



Дорогие читатели!

Вы держите в руках брошюру из серии публикаций под общим названием «Утверждено на Ученом Совете», где мы будем знакомить вас с самыми современными и важными научными разработками нашего Центра и мировыми достижениями в области профилактической медицины, выбрав те из них, которые могут быть полезны не только специалистам, но и широкому кругу читателей.

Ни для кого не секрет, что предотвратить болезнь или выявить ее на ранних этапах гораздо лучше, чем впоследствии мобилизовывать все силы на лечение, поэтому за очевидностью аргументов мы опускаем лозунги в защиту целесообразности профилактики, напомнив лишь, что прожить максимально длительный период своей жизни комфортно, сохранив свой организм в отлаженном и работоспособном состоянии, вполне возможно и даже нужно.

Мы намерены вам в этом помочь, и будем акцентировать ваше внимание на наиболее распространенных факторах риска, от которых исходит основная угроза здоровью населения и предлагать способы, позволяющие с ними эффективно бороться.

Мы надеемся, что наш труд поможет взглянуть по-новому на многие вопросы, связанные с профилактикой, и будет полезен в сохранении вашего здоровья, как одной из главных ценностей жизни, которую за деньги, как известно, не купишь.

Директор ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздравсоцразвития России,
доктор мед. наук, профессор

С. А. Бойцов

Содержание

Введение	5
Этапы создания и организации программы профилактики неинфекционных заболеваний в регионе	6
Отслеживание эффекта профилактики инфекционных заболеваний в регионе.....	8
Борьба с четырьмя факторами риска инфекционных заболеваний	9
I. Курение	9
<i>Популяционные подходы</i>	10
<i>Индивидуально-групповой подход</i>	11
<i>Оценка и слежение за развитием программы борьбы с курением</i>	12
II. Артериальная гипертония	12
<i>Организация профилактической и лечебной работы на индивидуально-групповом уровне</i>	15
<i>Оценка эффективности программы</i>	16
III. Нерациональное питание	17
<i>Мероприятия, направленные на все население (популяционные подходы)</i>	19
<i>Индивидуальный уровень</i>	21
<i>Оценка и слежение за пищевыми привычками и фактическим питанием населения региона</i>	22
IV. Алкоголь	22
<i>Цель программы борьбы с злоупотреблением алкоголем:</i>	22
<i>Популяционный уровень</i>	23
<i>Групповой и индивидуальный уровень</i>	26
<i>Оценка программы</i>	26
Заключение	27

От авторов:

Методические рекомендации «Методы и организация программ профилактики неинфекционных заболеваний на уровне региона» предназначены лицам, которые организуют и осуществляют программу профилактики неинфекционных заболеваний (НИЗ) в российских регионах (в области, республике, городе, районе) – администраторам, законодателям и всем другим лицам, участвующим в построении профилактики НИЗ у себя в регионе.

В отличие от большинства имеющихся отечественных рекомендаций по профилактике НИЗ настоящие рекомендации фокусируются не на индивидуальной профилактике и советах пациентам, а на принципах организации и проведении профилактических программ среди населения региона в целом. В этой связи приоритет отдан тем мерам профилактики, которые охватывают все население, а не только лиц, посещающих врачей и других медицинских работников. Настоящие рекомендации также касаются аспектов организации профилактических программ НИЗ в регионе.

Основная часть рекомендаций рассматривает эффективные методы снижения распространения четырех ведущих факторов риска НИЗ среди населения: артериальной гипертензии, курения, нерационального питания, злоупотребления алкоголем.

Авторы надеются, что предлагаемые методические рекомендации будут полезны в организации и проведении профилактических программ НИЗ в регионах. Авторы будут признательны за отзывы и замечания.

Желаем успехов и крепкого здоровья!

*Глазунов И. С.,
Соловьева И. М.,
Усова Е.В.*

Введение

Предлагаемые методические рекомендации адресованы администраторам, законодателям и другим лицам, участвующим в развитии и внедрении профилактики неинфекционных заболеваний у себя в регионе, т.е. тем, кто, организует и реализует программу их профилактики в крупных административных подразделениях — в области, республике, городе, районе. По сути, это — инструкции по запуску и реализации программы профилактики неинфекционных заболеваний среди населения, базирующиеся на результатах многолетнего отечественного, в том числе, нашего собственного, и зарубежного опыта.

В методических рекомендациях, наряду с общими мероприятиями по организации программы профилактики, как основа программы предложена система конкретных мер для борьбы с четырьмя основными факторами риска неинфекционных заболеваний: **артериальной гипертензией, курением, нерациональным питанием и избыточным потреблением алкоголя**. Данные российских научных исследований, согласующиеся с данными мировой науки, несомненно свидетельствуют, что именно эти факторы поведения населения в основном ответственны за возникновение сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета, хронических легочных заболеваний. Это не исключает внимания к другим факторам риска и организации профилактического воздействия на них, но упомянутый выше минимум из четырех факторов риска не может быть игнорирован при построении программы профилактики неинфекционных заболеваний.

Поскольку основной целью профилактической программы является снижение распространения факторов риска среди всего населения, в отличие от других методических пособий по профилактике, мы обращаем особое внимание на описание мер, воздействующих на все население, — популяционных мер профилактики. В каждом из разделов, описывающих профилактику четырех факторов риска, рекомендуемые действия разделены на **популяционные и индивидуальные**.

Меры профилактики популяционного характера должны осуществляться межсекторально — с участием органов власти, законодателей, общественных организаций, СМИ, органов здравоохранения, образования, физкультуры и спорта, производителей продуктов питания и т.п.. Проводниками же мер индивидуальной профилактики являются в основном медицинские работники. При этом можно подчеркнуть наибольшую потенциальную эффективность семейного врача и весьма значительный недоиспользованный потенциал медицинской сестры в сфере проведения профилактических мероприятий.

Весьма важно также систематическое отслеживание эффективности профилактических мероприятий в процессе их осуществления и координации действий многих партнеров профилактической программы.

Этапы создания и организации программы профилактики неинфекционных заболеваний в регионе

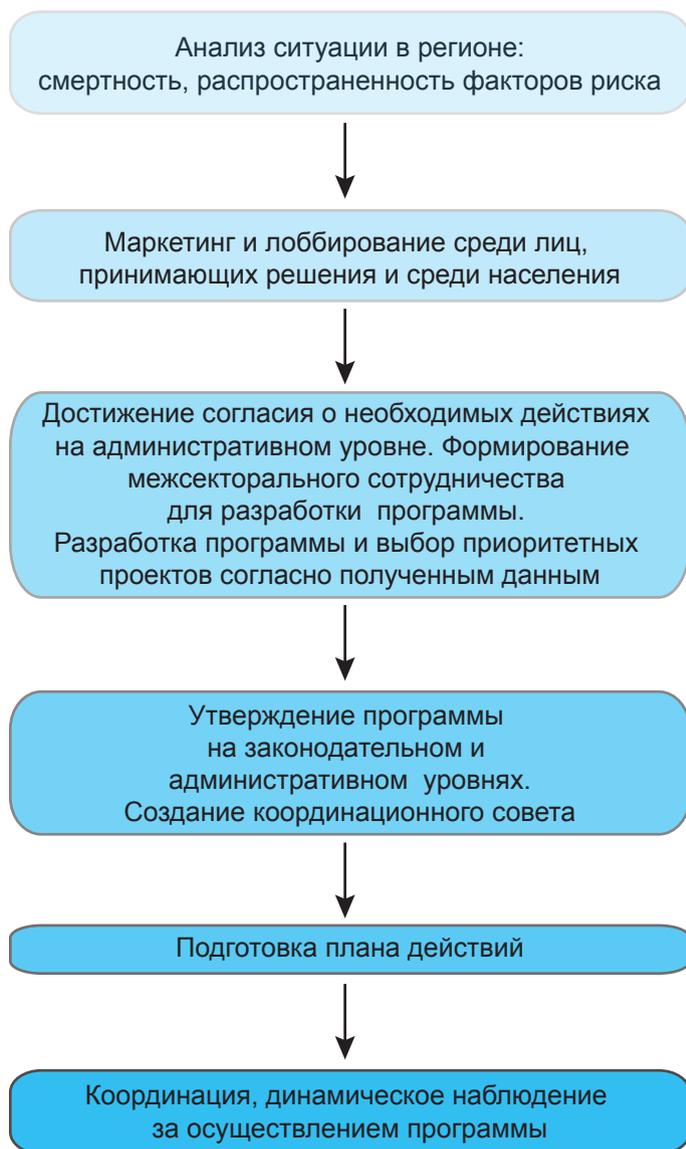


Рисунок 1. Этапы создания и организации программы профилактики неинфекционных заболеваний в регионе.

На рис. 1 представлены этапы создания и организации программы профилактики неинфекционных заболеваний в регионе, принципы формирования такой программы.

Начальный этап предполагает **проведение анализа исходной ситуации** в регионе — анализ распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний. Изучение распространенности основных факторов риска: артериальной гипертонии, курения, низкой физической активности, привычек питания, избыточной массы тела, злоупотребления алкоголем, гиперхолестеринемии позволит оценить исходную ситуацию, а в последующем — результаты вмешательства.

Рекомендуется провести анализ смертности по полу и возрасту — общей и от основных неинфекционных заболеваний, за ряд лет, не менее последних 5 лет.

Рекомендуется также провести анализ потребностей в профилактических мероприятиях среди различных групп населения, административных структур и условий осуществления таких мер.

Следует использовать для анализа ситуации данные обследований населения, если такие имеются; данные официальной статистики Госкомстата: показатели питания, продажи табачных изделий, продажи алкогольных напитков.

Маркетинг и лоббирование профилактики неинфекционных заболеваний является следующим необходимым этапом работы. Разработка и реализация программы требует обсуждения имеющейся ситуации и пропаганды действий по ее изменению не только на административном уровне, но и среди других лиц, принимающих решения, и среди общественности. Должны быть определены каналы, службы и методы воздействия на разные социальные группы.

Следующий этап — это **достижение согласия по необходимым действиям на административном уровне, формирование межсекторального сотрудничества для разработки программы, разработка программы и выбор приоритетных проектов** согласно полученным данным. Когда на уровне администрации региона достигнуто согласие о необходимости разработки и реализации программы профилактики неинфекционных заболеваний, следует наладить межсекторальное сотрудничество. Должны быть сформированы рабочие группы, которые будут разрабатывать соответствующие проекты комплексной программы неинфекционных заболеваний и должен быть определен координатор программы, ответственный за исполнение поставленных задач и выполнение намеченных мероприятий в программе. Так как невозможно охватить профилактическим вмешательством одновременно все факторы риска, то рекомендуется сделать **выбор приоритетных проектов**, которые наиболее целесообразно сразу включить в программу профилактики неинфекционных заболеваний. Как свидетельствуют научные данные и опыт предыдущей работы в регионах, наиболее целесообразно развивать следующие проекты: профилактика и контроль АГ, борьба с курением, нерациональным питанием,

избыточным потреблением алкоголя. Однако это не исключает возможности разработки программ и по другим факторам риска: борьба с низкой физической активностью, ожирением и др.

Утверждение программы на административном и законодательном уровнях. Создание координационного совета. Этот этап необходим для организационного оформления и финансирования региональной программы профилактики. Исполнительная и законодательная власть субъекта РФ должна принять решение о разработке и внедрении программы профилактики неинфекционных заболеваний. Это решение должно предусмотреть финансовое, кадровое и техническое обеспечение проводимой программы. Также следует создать координационный совет исполнения программы, обеспечивающий межсекторальное сотрудничество. Такой совет должен возглавлять представитель администрации (заместитель главы администрации), ответственный за социальную работу, способный решать административные и финансовые вопросы программы.

Подготовка плана действий. Для достижения поставленных целей и задач необходимо разработать план, который должен быть оформлен в виде приложения к утвержденной программе. В плане должны быть определены:

- основные составные части программы — проекты;
- группы населения, на которые будет направлено вмешательство;
- сроки проведения программы с определением долгосрочных, среднесрочных и ближайших задач и путях их реализации;
- необходимые ресурсы (технические, кадровые, финансовые);
- ответственные исполнители каждого направления программы;
- методы оценки программы по промежуточным и конечным результатам (см. каждый раздел по профилактике факторов риска).

Координация, динамическое наблюдение по осуществлению программы. В процессе реализации программы необходимо осуществлять постоянный контроль за ее развитием и продвижением. (см. разделы рекомендаций ниже).

Представленные этапы могут варьировать в зависимости от степени готовности региона к реализации профилактической программы неинфекционных заболеваний. Например, как показывает опыт работы, в одних регионах для начала формирования межсекторального сотрудничества достаточно согласия администрации, в других регионах — межсекторальное сотрудничество формируется только после законодательного утверждения программы.

Отслеживание эффекта профилактики неинфекционных заболеваний в регионе

Профилактика неинфекционных заболеваний нацелена на снижение заболеваемости и смертности от них. Но необходимо учитывать два научно установленных положения. Во-первых, снижение заболеваемости и смертности в программе профилактики неинфекционных заболеваний может быть достоверно установлено не ранее чем через 5–10 лет от начала программы. Во-вторых,

если будет достигнуто снижение распространения разбираемых выше факторов риска среди населения, то за ним в этом населении неизбежно последует снижение заболеваемости и смертности от неинфекционных заболеваний.

В связи с этим, **основным и достаточным методом отслеживания результативности** проводимой профилактической программы является **слежение за распространенностью факторов риска среди населения**. Это должно осуществляться исследованием случайных выборок населения раз в год или в два года.

Информацию о том, как проводить такое исследование (стандартные опросники, критерии оценки показателей, таблицы для анализа данных, формирование случайных выборок, материалы для обучения персонала, формат отчета по исследованию) можно получить на сайте cindi.gnicpm.ru/risk-factors.htm.

Желательно также использовать данные Госкомстата и данные проводимых эпидемиологических исследований, если последние имеются. Следует, конечно, следить и за смертностью, но не следует ожидать быстрых результатов ее изменения.

Борьба с четырьмя факторами риска неинфекционных заболеваний

1. Курение

Одним из наиболее значимых факторов риска, влияющих на развитие сердечно-сосудистых заболеваний и других неинфекционных заболеваний, является курение. С курением связано более 30% смертей, происходящих в России ежегодно. Доказана также пагубная роль пассивного курения, т.е. вдыхания табачного дыма из окружающей среды некурящими людьми от курящих.

Реализация системы мер по борьбе с курением в России в социальном плане не является узкой задачей. Это — вопрос развития в обществе новых ценностей, нового отношения к собственному здоровью. В этой связи подходы к решению данной задачи не могут быть традиционными — чисто административными. Для того, чтобы сделать некурение социальной нормой, требуется мобилизация всего общества, ориентация населения на повышение качества собственной жизни, что определяет необходимость осуществления многосекторального, междисциплинарного и межведомственного партнерства.

Для снижения распространенности курения необходимы комплексные подходы, направленные как на первичную профилактику курения, т.е. на предотвращение начала курения, так и на помощь в отказе от курения курящим.

Подходы по контролю курения могут быть ориентированы как на все население в целом (популяционный уровень), так и на индивидуальную работу с курящими.

Популяционный подход предполагает:

- административно-законодательные меры и экономические подходы — с ис-

- пользованием поощрения или наоборот — штрафов;
- образовательные подходы, включающие образование населения через средства массовой информации и через медицинских работников;
 - популяционные программы, позволяющие отказаться от курения большому количеству курящих и осуществляемые с помощью СМИ.

Индивидуальный подход включает в себя консультирование врачами и специалистами, занимающимся отказом от курения, назначение медикаментозной (никотинозаместительной) терапии, психологическую помощь.

Популяционные подходы

Административно-законодательные и экономические меры

В регионах стоит задача исполнения федеральных законов о борьбе с курением: Закона об ограничении курения табака, Закона о рекламе, в части ограничения рекламы табачных изделий. В 2008 г. Россия присоединилась к Рамочной конвенции Всемирной Организации Здравоохранения по борьбе против табака (РКБТ). РКБТ является нормативно-правовой базой и моральной поддержкой для выработки на уровне субъектов РФ собственной региональной программы по борьбе с курением, что и рекомендуется сделать. Основными направлениями реализации РКБТ в регионе являются:

- запрет курения в общественных местах и на рабочих местах;
- запрет рекламы и продвижения табачной продукции, включая спонсорство табачными кампаниями спортивных и других массовых мероприятий, т.е. косвенной, скрытой рекламы;
- предотвращение продажи табачной продукции подросткам;
- налоговая и ценообразовательная политика и другие экономические меры, не поддерживающие производство и продажу табака.

Образовательные подходы

Образование населения заключается в разъяснении вреда здоровью, наносимого курением. На популяционном уровне оно осуществляется через СМИ, телевидение, интернет, газеты, журналы. Значительный вклад при этом вносят медицинские структуры профилактической направленности — центры медицинской профилактики, центры здоровья, которые могут предоставлять квалифицированную информацию представителям СМИ. Журналисты, работающие с этой темой, должны быть также подготовлены в области профилактики неинфекционных заболеваний. Через СМИ можно достичь той части населения, которая негативно относится ко всем профилактическим вмешательствам и при других стратегиях является недостижимой.

Для изменения привычки наряду с информированием и образованием населения через СМИ необходимо предложить курящим определенные действия для отказа от курения, чему могут способствовать популяционные программы.

Популяционные программы

Популяционные программы охватывают значительное число населения, позволяют эффективно информировать его о вопросах здоровья, и добиваться большого числа отказавшихся от курения. Кроме того, по сравнению с клиническими методами, они значительно дешевле, а, следовательно, более осуществимы.

Примером такого подхода, служит антитабачная кампания «Брось курить и выиграй!», которая проводится в России и на международном уровне с 1992 г. и которая может быть рекомендована всем регионам. Эффективность этой кампании доказана: долгосрочный отказ от курения (на 1 год) составляет среди участвующих в среднем 15%. Эта массовая кампания проводится для всех курящих, желающих отказаться от курения, в соревновательной форме, в течение 1 месяца. Помимо желания отказаться от курения, мотивацией к участию в кампании является возможность выиграть приз. Организаторами/координаторами кампании могут являться административные структуры системы здравоохранения, а также общественные организации. Любой курящий, который хочет отказаться от курения, должен заполнить регистрационную форму и передать ее в координационный центр. При проведении такой программы успешно используется интернет. Целесообразно создание сайта, где посетители могут регистрироваться самостоятельно, получать консультацию по всем вопросам, в том числе по вопросам отказа от курения. На протяжении всего периода проведения кампании на сайте размещается информация по опыту отказа от курения. По окончании кампании формируется случайная выборка из числа участников, тестовое обследование их и розыгрыш призов. Подобные акции могут проводиться ежегодно или 1 раз в 6 месяцев. Более подробную информацию по технологии проведения кампании можно получить на сайте cindi.gnicpm.ru/smoking.htm.

По аналогичному дизайну проводятся кампании на рабочих местах (например, «Некурящий цех»), где целевой группой вмешательства являются сотрудники предприятия.

Среди подростковой популяции эффективна кампания «Некурящий класс», которая проводится в соревновательной форме между отдельными классами в течение 6 мес., или более. Такая акция может проводиться в 7–8-х классах. Класс, решивший принять участие в соревновании, заполняет заявку, и каждый учащийся подписывает обязательство не курить. Обязательство подписывается также родителями. Куратор акции поддерживает учащихся в соревновании, помогает контактировать с организационным комитетом. В конце каждого месяца подводятся итоги. Класс остается участвующим в кампании, пока не курит 90% учащихся. Классы, дошедшие до конца соревнования, участвуют в лотерее, где разыгрываются ценные призы.

Индивидуально-групповой подход

К этим методам следует относить консультирование врачами, в том числе и с

назначением медикаментозной терапии, консультации психологов, как индивидуальные, так и групповые. Осуществляться эти мероприятия могут в различных лечебно-профилактических учреждениях, а также в центрах здоровья.

Поскольку врач ограничен временем приема, консультирование должно сводиться к краткому совету бросить курить и передаче буклета пациенту о том, как это сделать. При наличии в структуре лечебно-профилактического учреждения кабинета медицинской профилактики, или центра здоровья врач может направить пациента туда для более подробного консультирования. Эффективность консультирования, т.е. отказ пациента от курения даже при однократном совете врача составляет 7–15%.

Медикаментозная терапия — это в первую очередь никотинозаместительная терапия. Такая терапия основывается на том, что никотин, содержащийся в препарате, снимает симптомы никотиновой зависимости, которые чаще всего являются причиной возврата к курению. Никотинзамещающие препараты имеются в нескольких формах, включая жевательную резинку, накожные пластыри, спрей для носа, таблетки, ингалятор, таблетки под язык. Никотинозаместительная терапия удваивает шансы отказа от курения, если при ее использовании проводится консультация врача или помощь специалиста-психолога.

Оценка и слежение за развитием программы борьбы с курением

Необходимо следить за распространением курения среди населения региона. Это надо делать периодически изучением случайных выборок населения раз в один — два года. (Подробное описание на сайте cindi.gnicpm.ru; раздел «Мониторинг факторов риска»).

II. Артериальная гипертензия

Распространенность АГ в России среди мужчин и женщин старше тридцати лет составляет 30—40 %. Среди факторов риска АГ занимает первое место по силе влияния на развитие инфаркта миокарда, инсульта и смерти.

В возникновении и контроле АГ в первую очередь играют роль поведенческие факторы риска такие как ожирение, избыточное потребление поваренной соли, злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность.

Целью профилактических мер, в программе борьбы с АГ среди населения, является снижение распространенности АГ среди населения, т.е. снижение процента лиц с АГ, с цифрами АД 140/90 мм рт. ст. и выше, что ведет к уменьшению частоты инфаркта, инсульта и смертности.

Такое снижение может быть достигнуто только работой на двух уровнях: работой, направленной на все население и мероприятиями на индивидуально-групповом уровне.

Работа, направленная на все население, требует следующих шагов:

- принятие решения исполнительной и законодательной властью о создании межсекторальной программы контроля АГ;

- создание межсекторальной рабочей группы;
- эффективное вовлечение среднего медицинского персонала в проведение программы;
- обучение медицинских и немедицинских работников для работы в программе контроля и профилактики АГ;
- организация массовых кампаний по профилактике АГ.

Ниже более подробно рассматриваются упомянутые способы работы с населением.

Решение о разработке и внедрении программы контроля АГ должна принимать исполнительная и законодательная власть субъекта РФ. Эти решения должны предусмотреть финансовое, кадровое участие, а также участие общества в проведении программы в субъекте РФ.

Для организации профилактической работы при координационном совете всей программы профилактики неинфекционных заболеваний рекомендуется создать рабочую группу, которая будет решать вопросы, касающиеся развития программы контроля АГ и осуществлять тесное взаимодействие с различными немедицинскими структурами, например, со СМИ, системой образования, осуществлять разработку системы мер, направленных на кадровое и ресурсное обеспечение.

Руководить такой группой должен координатор. В состав рабочей группы следует включить представителей всех заинтересованных структур: системы здравоохранения (департамент/ министерство здравоохранения правительства региона, центр медицинской профилактики, лечебно-профилактические учреждения и др.), органов исполнительной и законодательной власти, СМИ, физкультурно-оздоровительных учреждений, организаций общественного питания (особенно на предприятиях), органов образования и др.

Рабочей группе необходимо разработать рабочий план (на текущий год, на ближайшие 5 лет) с описанием планируемых мероприятий.

Система здравоохранения должна осуществлять постоянный контроль за реализацией программы. Медицинской службе следует организовать обучение по профилактике АГ для медицинских работников — врачей, фельдшеров, медицинских сестер, наладить систему выявления и регистрации лиц с АГ, внедрить систему научно обоснованной медикаментозной и немедикаментозной профилактики АГ в поликлинике, на фельдшерско-акушерских пунктах.

Отечественная практика контроля АГ, к сожалению, слабо использует ресурс участия среднего медицинского персонала. Средний медицинский персонал должен активно участвовать в профилактической программе. Фельдшеры и медсестры могут и должны:

- активно выявлять лиц с АГ;
- фиксировать уровни АД в соответствующей документации;
- проводить профилактику факторов риска АГ среди лиц с нормальным давлением при любом обращении в поликлинику, центр здоровья, здравпункт;

– осуществлять тесное взаимодействие с врачами, с целью усиления контроля АГ у лиц, находящихся на медикаментозном и немедикаментозном лечении.

Обученный средний медицинский персонал может самостоятельно контролировать 70–80% лиц с АГ, лиц с АД в пределах систолического артериального давления 140–179 мм. рт. ст. и диастолического артериального давления 90–104 мм. рт. ст. без сопутствующих заболеваний и осложнений.

СМИ должны заниматься подготовкой и регулярной публикацией материалов о ходе развития программы, о профилактике поведенческих факторов риска АГ, создавать и распространять рекламные материалы по профилактике АГ.

В системе общественного питания, на предприятиях рекомендуется организовать питание со сниженным содержанием соли и жира в пище, увеличением в меню блюд из овощей и фруктов.

Физкультурно-оздоровительным центрам и аналогичным структурам необходимо:

- организовать занятия для лиц с АГ для повышения физической активности и снижения избыточной массы тела (помня, что занятия аэробными физическими упражнениями 3-5 раз в неделю по 30-45 минут в течение 6 месяцев приводит к снижению и систолического, и диастолического АД примерно на 10 мм рт. ст. каждого);
- заниматься организацией массовых мероприятий совместно с центром медицинской профилактики по профилактике низкой физической активности;
- организовать программы повышения физической активности на рабочем месте: пропаганда ходьбы в здании на работе, например, для персонала, который в основном сидит — подъем по лестнице пешком вместо использования лифта, прогулки во время обеда и другие возможные способы увеличения ежедневной регулярной физической активностью.

Обучение медицинских и немедицинских работников необходимо для работы в программе контроля и профилактики АГ. Основным условием успешности контроля АГ является **достижение целевого уровня АД — ниже 140 и 90 мм.рт.ст.** В настоящее время такой уровень при лечении АГ в нашей стране достигается лишь у 10-20% пациентов. При правильной организации программы эффективность лечения, т.е. достижение целевого уровня, должна быть порядка 60% и выше среди всех лиц с зарегистрированной АГ. К таким результатам следует стремиться и по ним следует оценивать результат программы контроля АГ. Это приведет к снижению распространенности АГ в населении.

Примером такого снижения является муниципальная программа профилактики АГ в городе Питкяранта (Карелия), которая путем кропотливой работы показала возможность снижения распространенности АГ среди населения за 10 лет на 10 %, что является потенциалом снижения количества инсультов и инфарктов в этом городе.

Необходимо организовывать краткосрочные курсы, которые позволят повысить эффективность лечения. В состав курса должны быть включены следующие аспекты:

- введение в теорию факторов риска неинфекционных заболеваний (артериальной гипертензии, курения, алкоголя, низкой физической активности, ожирения);
- обзор опыта отечественных и зарубежных профилактических программ;
- основы популяционного подхода к укреплению здоровья: массовые кампании, акции, работа с СМИ и т.д.;
- методы немедикаментозной профилактики АГ;
- медикаментозное лечение;

Содержание курса должно быть сформировано в соответствии с целевой аудиторией (врачи, средний медицинский персонал, не медработники).

Следует использовать дистанционное обучение через интернет. Рекомендуется воспользоваться материалами с сайтов:

- cindi.gnicpm.ru (раздел «Профессиональное образование»);
- www.cardiosite.ru/medical/recom-artgip03.asp.

Что касается организации массовых мероприятий и кампаний, ведущих к снижению АГ, то основным организатором такой работы должен быть центр медицинской профилактики. Ему необходимо активно работать со СМИ: проведение круглых столов с видными деятелями на ТВ, подготовка научно обоснованных материалов по профилактике АГ для печати и роликов для телевидения, осуществление постоянного контроля за частотой подачи информации СМИ для населения. Лечебно-профилактические учреждения, центры здоровья должны быть обеспечены достаточным количеством памяток и буклетов для населения по профилактике факторов риска АГ.

Центру медицинской профилактики следует организовывать и проводить широкомасштабные кампании, направленные на профилактику АГ такие как «День здорового сердца», «Знаешь ли ты свое давление?», на улицах, в универсамах с измерением давления всем желающим и выдачей необходимых рекомендаций всем лицам, имеющим факторы риска АГ.

Для проведения таких кампаний следует привлекать обученных волонтеров, которые будут способны правильно измерить давление и дать необходимые рекомендации по профилактике факторов риска АГ.

Организация профилактической и лечебной работы на индивидуально-групповом уровне

Адекватное лечение позволяет снизить риск инсульта у лиц с АГ на 35–40%, инфаркта миокарда — на 20–25%, сердечной недостаточности — до 50%. Поэтому основной задачей работы на индивидуально-групповом уровне является достижение нормализации уровня давления АД < 140 и 90 мм. рт. ст. у пациентов с АГ, используя принцип непрерывности лечения. Лечение артериальной гипертензии должно быть направлено на раннее выявление заболевания, предупреждение его прогрессирования и развития осложнений, в том числе — инсульта, инфаркта миокарда и сердечной недостаточности.

Выявление лиц с АГ и факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний

Выявление может проводиться по обращаемости — всем пациентам независимо от причины обращения в поликлинику, центр здоровья, МСЧ измеряется и регистрируется АД. Другой способ выявления — массовые целевые осмотры населения.

Динамическое наблюдение

Организация динамического наблюдения за пациентами с АГ должна осуществляться при тесном сотрудничестве врача и медицинской сестры (фельдшера), которые должны работать как единая бригада. Динамическое наблюдение должно проводиться в соответствии с рекомендациями Всероссийского научного общества кардиологов, и часть функций может быть передана прошедшим курс обучения по профилактике АГ фельдшеру или медицинской сестре.

При назначении медикаментозного лечения необходимо запланировать визит к врачу в течении следующих 4 недель для оценки эффективности лечения. На фельдшерско-акушерских пунктах осуществлять еженедельный контроль за уровнем АД у пациента может прошедший курс обучения фельдшер.

При достижении целевого уровня АД на фоне проводимого лечения последующий контроль может осуществляться раз в 3 месяца у больных с высоким и очень высоким рисками и раз в 6 месяцев у пациентов со средним и низким рисками.

Активное привлечение пациентов в школы АГ, профилактики факторов риска неинфекционных заболеваний также позволит воздействовать на факторы риска АГ.

Медикаментозное лечение в данной главе подробно не разбирается, так как рекомендации, представлены на сайте Всероссийского научного общества кардиологов.

Оценка эффективности программы

Наиболее достоверную оценку эффективности программы можно провести, изучая распространенность АГ на случайной выборке населения, среди которого проводится программа борьбы с АГ. Информацию о том, как правильно организовать такое исследование можно получить на сайте cindi.gnicpm.ru.

На этапах работы следует оценивать такие показатели как:

- процент эффективно леченных лиц, среди поставленных на учет (критерий эффективности — уровень АД ниже 140 и 90 мм. рт. ст);
- изменение информированности о факторах риска, изменение поведенческих привычек населения на случайной выборке.

Постоянно проводится слежение за динамикой инвалидности и смертности. Но четкие результаты изменения этих показателей можно ожидать не ранее 5–7 лет от начала программы.

III. Нерациональное питание

В настоящее время научно доказана связь между питанием и неинфекционными заболеваниями: сердечно-сосудистыми, раком, диабетом, которые являются ведущими причинами преждевременной смертности в России.

Цель программы здорового питания — оптимизация питания населения путем формирования пищевых привычек, отвечающих принципам здорового питания.

Нерациональное питание характеризуется чрезмерным потреблением общего жира, насыщенных жиров, рафинированного сахара, соли, алкоголя, недостатком полиненасыщенных и мононенасыщенных жиров, клетчатки, витаминов и минералов.

Всемирной Организацией Здравоохранения разработана практическая модель здорового питания — «Двенадцать принципов здорового питания». Она может быть адаптирована в соответствии с культурными традициями, пищевыми привычками и окружающей средой в различных регионах России. В этой модели рекомендованы **конкретные группы продуктов**, с указанием их пропорций, а не их составляющие — **пищевые ингредиенты** (белки, жиры, углеводы), что делает ее более понятной и практичной. Согласно этой модели следует, что:

- Питание должно быть разнообразным и содержать, в основном, **продукты растительного происхождения**. Это позволяет исключить добавки витаминов или минеральных веществ.
- **Более половины необходимой энергии** должно поступать за счет хлеба, макаронных изделий, круп, картофеля.
- Необходимо употреблять ежедневно **не менее 400 граммов фруктов и овощей**, предпочтительно **свежих и выращенных в месте проживания**.
- Показателем пищевого статуса является **индекс массы тела** — вес в кг/(рост в метрах)². Благоприятными для здоровья показателями являются значения индекса, **равные 20–25**. Значения индекса выше 25 означают **избыточную массу тела** и повышенный риск развития заболеваний.
- Наряду с контролем индекса массы тела необходима ежедневная умеренная физическая нагрузка (до появления одышки и пота), но не реже 5 раз в неделю, по 30 мин. На фоне увеличения физической активности еще до снижения массы тела происходит улучшение центрального метаболизма жиров.
- Необходимо **контролировать количество и качество потребляемых с продуктами жиров**, причем стараться **получать жир из растительных масел и рыбы**.
- Мясные продукты являются важным источником белка и железа. **Мясные продукты с повышенным содержанием жира** рекомендуется заменять на мясо, содержащее меньше насыщенных жиров — мясо птицы, рыбу, бобовые.
- Молочные продукты являются важным источником кальция, белка. Рекомендуется употреблять **молоко с низким содержанием жира, а молочные продукты с низким содержанием жира и соли**.

- **Сахар и продукты с большим содержанием сахара** способствуют развитию кариеса, избыточной массы тела, в связи с чем **их потребление следует ограничивать**.
- Рекомендуется **потребление соли не более 6 г в день**. Для профилактики йододефицитных состояний следует употреблять йодированную соль.
- При употреблении спиртных напитков общее содержание чистого спирта в них не должно превышать 20 г в день.
- Рекомендуется выбирать способы приготовления пищи, не требующие масла, жира, соли, сахара: отваривание, запекание, приготовление в специальной посуде.
- Основным принципом здорового питания для новорожденного и ребенка первого года жизни является грудное вскармливание **по крайней мере до 6 месяцев**.

Наглядно вышеизложенные принципы представлены в «Пирамиде здорового питания» (рис. 2).



Рисунок 2. Пирамида здорового питания

Базисная, нижняя часть пирамиды включает хлеб, крупы, макаронные изделия, картофель, овощи и фрукты. Эти продукты должны составлять основу ежедневного питания человека. Меньшая часть поделена на правую и левую половины — мясо и рыба и молочные продукты. Этих продуктов должно

потребляться значительно меньше. Самая верхняя часть пирамиды включает масло, сахар, кондитерские изделия, сладости, алкоголь. Их потребление должно быть ограниченным.

Программа здорового питания включает в себя межсекторальное сотрудничество, административное регулирование, обучение медицинских, немедицинских работников и населения принципам здорового питания, оптимизацию общественного питания, мониторинг пищевых привычек и фактического питания населения, оценку эффективности программы.

Для успешной разработки и реализации планов действий в области здорового питания необходимо участие **различных заинтересованных секторов общества**: административных региональных и муниципальных структур, производителей продуктов питания, торгового сектора (предприятий торговли, рынков), системы общественного питания, органов контроля за качеством и безопасностью пищевых продуктов, финансовых структур, служб здравоохранения, образования, СМИ, потребительских и др. общественных организаций, населения. Система здравоохранения должна играть координирующую роль в формировании и реализации программы по здоровому питанию.

Стратегия внедрения системы здорового питания включает популяционные (направленные на все население) и индивидуальные подходы. К популяционным подходам можно отнести:

- мероприятия, направленные на оптимизацию общественного питания;
- стимулирование сельскохозяйственного сектора к производству продуктов, которые способствуют рациональному питанию;
- стимулирование населения к потреблению овощей и фруктов, снижению потребления высококалорийных продуктов, контролю индекса массы тела и уровня холестерина;
- обучение медицинских и немедицинских работников принципам рационального питания;
- мероприятия по популяризации рационального питания среди населения.

Индивидуальные подходы в стратегии здорового питания направлены на непосредственную работу с лицами различного пола и возраста.

Мероприятия, направленные на все население (популяционные подходы)

Эти мероприятия связаны с информированием, обучением населения и стимулированием его к изменению пищевых привычек в соответствии с принципами здорового питания.

Обучение населения принципам здорового питания осуществляется различными путями:

- через СМИ, предоставляющих информацию и популяризирующих здоровое питание;
- посредством вовлечения в различные популяционные программы/проекты оздоровительной направленности.

Примеры программ\проектов здорового питания, которые могут проводиться в регионе

Программа «5+ в день». Цель программы — пропаганда регулярного употребления овощей и фруктов в достаточном количестве. Участник программы должен съедать в день как минимум 5 различных овощей и фруктов. Учитываются фрукты и овощи, употребленные в любом виде: свежие, приготовленные, консервированные, сухие и в виде сока. Идеальным считается употребление овощей и фруктов из разных цветовых групп (белой, желто-оранжевой, зеленой, красной и фиолетовой) в сыром и готовом виде в течение дня. Именно в таком сочетании организм получает оптимальный набор витаминов, минералов, антиоксидантов, сложных растительных соединений и растительной клетчатки.

Другой пример — кампания «Здоровый вес!», разработанная и проведенная корпорацией «Уралсиб». Кампания заняла первое место в соревновании оздоровительных проектов МЗ и СР РФ в 2010 г. Она помогает сотрудникам снизить избыточный вес, сформировать здоровые привычки питания и образа жизни. Она проводилась среди сотрудников с индексом массы тела более 25 в течение двух месяцев. Сотрудникам предлагалось снизить за этот срок индекс массы тела на две единицы. Участникам рассылались буклеты с рекомендациями по снижению веса, здоровому питанию и физической активности. Еженедельно через информационную рассылку они получали поддержку по снижению веса. На специальном форуме, созданном на внутрикорпоративном Интернет-сайте, сотрудники обсуждали ход кампании и получали рекомендации. Успешно выдержавшие испытание награждались призами.

Одним из важных стимулирующих компонентов, описанных выше, кампаний является соревнование и возможность выиграть приз.

Примером проекта, направленного на расширение местного производства пищевых продуктов и способствующего большему потреблению зелени в пище, может служить выращивание овощей в городских условиях. В России наибольшее развитие проект получил в Санкт-Петербурге, где на крышах домов по специальной технологии реализованы 15 огородов. Независимая экспертиза овощей, выращенных на крышах, показала, что уровни содержания загрязняющих веществ в них ниже, чем в овощах, продающихся на рынках. Этот проект по инициативе Всемирной Организации Здравоохранения получил свое развитие во многих городах Европы.

Обучение немедицинских работников, контактирующих с населением в сфере питания

Важно, чтобы специалисты, имеющие отношение к общественному питанию и торговле, были хорошо осведомлены о принципах здорового питания. Этой цели служат обучающие семинары для работников общественного питания, торгового сектора, средств массовой информации.

В развитии здорового питания важное место занимает общественное питание. Для оптимизации общественного питания пища должна содержать достаточное количество свежих овощей и фруктов, нежирного молока и молочных

продуктов, бобовых, картофеля и крупяных продуктов. Важно уменьшить число блюд, приготовленных с использованием большого количества насыщенного жира, соли, сахара. Следует стимулировать спрос на блюда из здоровой пищи. В условиях производственных коллективов это можно делать с помощью частичной или полной компенсации стоимости этих блюд.

Образование медицинских работников

Медицинскому персоналу отводится ключевая роль при осуществлении программ в области здорового питания. Медицинские работники должны владеть современными знаниями по вопросам здорового питания, иметь навыки консультирования населения по вопросам питания и мониторинга фактического питания населения и его пищевых привычек.

Для обучения медицинских работников применимы следующие формы:

- проведение выездных обучающих семинаров и курсов повышения квалификации на рабочем месте компетентными специалистами ведущих научно-исследовательских институтов страны (таких как ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий, НИИ питания РАМН и др.);
- дистанционное обучение — Интернет-модули по здоровому питанию для медицинских работников (cindi.gnicpm.ru/prof-edu-gp.htm);
- обеспечение медицинских работников научной (отечественной и зарубежной) литературой и методическими рекомендациями по здоровому питанию: «Руководство CINDI по питанию», «Здоровое питание: план действий по разработке региональных программ в России», «Рацион, питание и предупреждение и хронических заболеваний: доклад исследовательской группы Всемирной Организации Здравоохранения», «Изучение и оценка питания взрослого населения» и др.

Индивидуальный уровень

Основные направления деятельности медицинских работников по осуществлению программы здорового питания на индивидуальном уровне должны проводиться в лечебно-профилактических учреждениях, кабинетах профилактики, центрах здоровья и включать следующие пункты:

- индивидуально-групповое консультирование пациентов по вопросам здорового питания, по выбору и приготовлению здоровой пищи в соответствии с 12 принципами здорового питания;
- разработка индивидуальных рекомендаций по оптимизации питания пациентов с учетом имеющихся факторов риска и заболеваний;
- распространение буклетов и научно-популярной литературы по здоровому питанию среди пациентов;
- контроль уровня холестерина в крови. Общий холестерин крови в норме не превышает 5 ммоль/л, уровень холестерина-липопротеинов низкой плотности в норме не более 3 ммоль/л.;
- контроль индекса массы тела.

Центры здоровья ориентированы на углубленный анализ пищевого статуса пациентов и при наличии их в структуре лечебно-профилактических учреждений могут взять на себя вышеперечисленные функции.

Оценка и слежение за пищевыми привычками и фактическим питанием населения региона.

Лучшие методы отслеживания пищевых привычек и фактического питания населения — опрос населения (случайной выборки) стандартными методами, а также использование статистических данных Госкомстата. Организацию, координацию проведения изучения пищевых привычек, информированность о принципах здорового питания и фактического питания населения, оценку результатов рекомендуется проводить в соответствии с пособием для врачей «Изучение и оценка питания взрослого населения» на сайте cindi.gnicpm.ru.

IV. Алкоголь

Избыточное потребление алкоголя имеет социальные и экономические последствия. Оно является фактором риска развития ряда неинфекционных заболеваний: сердечно-сосудистых (артериальная гипертония, алкогольная кардиомиопатия), желудочно-кишечных (острый и хронический панкреатит, гепатит, цирроз печени), злокачественных заболеваний, а также фактором риска травматизма и несчастных случаев.

По рекомендациям Всемирной Организации Здравоохранения потребление чистого алкоголя не должно превышать 20 грамм чистого алкоголя в день для мужчин и не более 2\3 этого количества для женщин. В год это составит около 7 л для мужчин. Установлено, что каждый добавочный литр сверх этого рекомендуемого предела уносит 11 месяцев жизни мужчин и 4 месяца — женщин. В России потребление чистого алкоголя на душу населения, по данным официальных лиц, составляет 18 л в год и более. В российском населении мужчины, потребляющие более 168 г чистого алкоголя в неделю, имеют продолжительность жизни на 5,6 года меньше, а женщины, потребляющие более 84 г чистого алкоголя в неделю, на 8,6 лет меньше, чем менее пьющие (данные долгосрочных исследований в Москве и Санкт-Петербурге).

В России имеется опыт борьбы с избыточным потреблением алкоголя — это широкомасштабная антиалкогольная кампания 1985–1987 гг. В результате этой кампании был ограничен доступ населения к спиртным напиткам, что привело к снижению смертности на 12% среди мужчин и на 7% среди женщин, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний уменьшилась на 9%. Эта кампания показала возможность достаточно быстрого снижения смертности и увеличения продолжительности жизни населения с помощью законодательных и административных мер.

Цель программы борьбы с злоупотреблением алкоголем:

Снизить процент лиц, избыточно потребляющих алкоголь.

Популяционный уровень.

Наиболее важны меры, направленные на все население, они — наиболее эффективны. К ним относятся:

- принятие решения исполнительной и законодательной властью о реализации программы борьбы с избыточным потреблением алкоголя в регионе;
- создание межсекторального комитета по контролю избыточного потребления алкоголя;
- подготовка и утверждение ряда нормативно-правовых актов на уровне региона;
- административная поддержка борьбы с злоупотреблением алкоголем на предприятиях;
- активная работа с СМИ;
- проведение широкомасштабных акций;
- разработка отдельных модулей для постоянной работы с целевыми группами молодежи (школьники, студенты, учащиеся ПТУ, учащиеся автошкол);
- стимуляция создания общественных организаций по борьбе с избыточным потреблением алкоголя и алкоголизмом (общество анонимных алкоголиков и др.).

Принятие решения исполнительной и законодательной властью о реализации программы

Исполнительная и законодательная власть субъекта РФ должна принять решение о разработке и внедрении программы контроля избыточного потребления алкоголя среди населения. Эти решения должны предусмотреть финансовое, кадровое и общественное участие в проведении программы в регионе.

Создание межсекторального комитета

Избыточное потребление алкоголя населением можно снизить только при проведении комплекса мер: законодательных, административных, организационных. С этой целью необходимо создать координационный комитет из представителей ряда ведомств: министерств/комитетов здравоохранения, физкультуры и спорта, по делам молодежи, образования, торговли, внутренних дел, юстиции, СМИ и широкой сети государственных и общественных организаций, представителей бизнеса. Такой комитет может быть создан, например, под руководством заместителя губернатора региона по социальным вопросам.

Подготовка и утверждение ряда нормативно-правовых актов.

При создании нормативно-правовой документации следует использовать два направления:

- разработка нормативно-правовых документов, связанных с ограничением избыточного потребления алкоголя;
- разработку системы законодательно утвержденных мер, направленных на формирование в общественном сознании установок на трезвый образ жизни, возможность проведения культурного досуга без употребления спиртных напитков.

К первому направлению работ относятся:

- установление возрастного ценза на покупку спиртных напитков: запрет продажи алкогольной продукции несовершеннолетним;
 - юридически закрепленный принцип административной ответственности за нарушения в области продажи алкогольной продукции несовершеннолетним;
 - ограничение продажи спиртных напитков в ночное время;
 - контроль за рекламой алкогольной продукции;
 - законодательное ограничение проведения мероприятий, нацеленных на содействие потреблению алкогольной продукции (например винные, пивные фестивали и конкурсы)
 - запрет на привлечение в качестве спонсоров на культурно-массовые и спортивные мероприятия производителей и продавцов алкогольной продукции.
- Ко второму направлению работ относятся:
- запрещение продажи алкогольной продукции вблизи детских садов, школ, колледжей и других учебных заведений, культурных, спортивных и лечебных учреждений, а также на всех видах транспорта;
 - запрет на распитие алкогольной продукции в общественных местах, особенно в местах проведения культурного досуга и осуществления спортивных мероприятий;
 - обеспечение законодательной деятельности общественным и религиозным организациям, клубам, общественным фондам в проведении ими мероприятий по пропаганде и реализации инициатив, направленных на борьбу со злоупотреблением алкогольной продукцией.

Административная поддержка на предприятиях

Она включает:

- запрет продажи алкоголя на территории предприятий, и прилегающих к ним территорий;
- введение системы штрафов для лиц, употребляющих алкоголь на рабочем месте;
- финансовое поощрение лиц, ведущих здоровый образ жизни.

Активная работа с СМИ

Информационно-разъяснительная работа — это один из наиболее эффективных популяционных подходов к профилактике проблем, связанных с злоупотреблением алкоголем. Пропаганда должна быть адресной, с учетом менталитета разных поло-возрастных групп и уровня образования. В обязанности СМИ должно входить:

- проведение регулярной серии программ по радио и телевидению о вреде избыточного потребления алкоголя, и возможной его опасности для жизни и здоровья;
- запрещение рекламы алкогольной продукции в средствах СМИ;
- расширение социальной рекламы, направленной на здоровый образ жизни;
- издание статей в местных печатных изданиях на тему вреда избыточного потребления алкоголя;

- организация и проведение пресс-конференций с медиками, психологами, лицами, участвующими в общественных организациях по борьбе с избыточным потреблением алкоголя.

Проведение широкомасштабных акций

Под руководством представителей, министерства здравоохранения, образования, центров медицинской профилактики, комитетов по делам молодежи необходимо регулярно организовывать и проводить конкурсы плакатов, выставок, молодежные концерты, например, под девизом «Новой России — здоровая молодежь», «Алкоголь и здоровое потомство несовместимы». С Министерством торговли и торговыми представителями в летнее время следует проводить массовые акции по рекламе прохладительных напитков, не содержащих алкоголь.

Разработка отдельных модулей для постоянной работы с целевыми группами населения, особенно молодежи (школьники, студенты, учащиеся ПТУ, учащиеся автошкол)

Особое внимание при организации антиалкогольных программ среди молодежи необходимо уделить работе с подростками. Как показало исследование, проведенное в ряде городов России по программе CINDI, от 40 до 60 % подростков считают, что в употреблении спиртных напитков «большой беды нет». По данным многих исследований, уже через 3–4 года у подростков, злоупотребляющих алкоголем, эта привычка может укорениться, что обуславливает необходимость проведения постоянной работы в школах.

Следует использовать **методику организационно-деятельностных игр**, которая позволяет формировать поведение подростков, осваивать навыки здорового образа жизни и неприятия употребления алкоголя.

Организационно-деятельностная игра — это инновационная деловая игра, являющаяся одновременно методом исследования и развития организации и каждого участника игры. В сжатые сроки формируются новые системы (в заданной области), принимаются верные решения, закрепляются навыки новой формы мышления.

Использование **методики планирования и проведения проектов** позволяет создать активную позицию у подростка и вовлечение его в анализ, обсуждение и изменение ситуации, что развивает способность эффективно противостоять употреблению алкоголя. Что касается программ для молодежи, они должны учитывать следующие принципы:

- информации о вреде алкоголя;
- организация досуга молодежи с учетом того, что бессодержательно проводимый досуг — это один из ведущих факторов в развитии злоупотребления алкоголем;
- привлечение детей и молодежи к занятиям физической культурой;
- привлечение ведущих популярных молодежных радио и ТВ программ к пропаганде здорового образа жизни и уменьшению потребления алкоголя в среде молодежи.

Одно из важных направлений работы — это обучение будущих водителей в автошколах. В курс обучения должны быть включены занятия о влиянии алкоголя на вождение и возможные последствия.

Групповой и индивидуальный уровень

Подготовка медицинских работников (врачей, фельдшеров и медсестер).

Для проведения программы по профилактике избыточного потребления алкоголя необходимо провести обучение медицинского персонала — врачей и среднего медицинского персонала — курс лекций по проблемам злоупотребления алкоголем и предупреждения этого злоупотребления.

Выявление лиц, злоупотребляющих алкоголем.

Врачу общей практики принадлежит главная роль в выявлении лиц, чрезмерно потребляющих алкоголь и в профилактике развития алкогольной зависимости. С этой целью следует использовать специальные стандартные опросники для выявления алкогольной зависимости.

Профилактика злоупотребления алкоголем методом индивидуальных консультаций.

Эффективным методом профилактики алкогольной зависимости является собеседование. Оно проводится 3–4 раза с интервалом в несколько недель. Этот метод эффективен у лиц, находящихся на грани злоупотребления, у которых ещё не возникли серьёзные проблемы, связанные с алкогольной зависимостью. При этом врачу/медсестре рекомендуется:

- опрашивать всех пациентов, которые приходят на консультацию по любой причине, об их привычках потребления алкоголя;
- опрашивать пациентов с признаками артериальной гипертензии и депрессии о потреблении ими алкоголя;
- вести запись в медицинской документации о потребляемом алкоголе (количество и частота);
- рекомендовать пациентам, злоупотребляющим алкоголем, снизить его потребление, — желательно ниже двух дневных рекомендуемых доз, либо полностью отказаться от него, применять короткие мотивационные собеседования;
- развивать сотрудничество с ассоциацией анонимных алкоголиков, клубов трезвости и другими государственными и общественными организациями, работающими по борьбе с злоупотреблением алкоголем.

Оценка программы

Для слежения за результатами борьбы с злоупотреблением алкоголем программа действий должна быть оценена опросом случайных представительных выборок населения региона по стандартным опросникам, которые находятся на сайте cindi.gnicpm.ru/risk-factors.htm с рекомендуемым интервалом один раз в год или в два года.

Дополнительную информацию можно получить с помощью сбора данных по официальной статистике об уровнях продаж спиртных напитков в конкретном регионе.

Заключение

Предложенные рекомендации по организации программы профилактики неинфекционных заболеваний в регионе, большом или малом, описывают последовательность действий (этапы, см. рис. 1), акцентируя многосекторальный подход к профилактике, при котором система здравоохранения играет важную, но не исключительную роль. Необходимость координации взаимодействия секторов общества для успеха программ профилактики очевидна.

Основная цель программы профилактики неинфекционных заболеваний — это организация системы мер, ведущих к снижению распространения факторов риска неинфекционных заболеваний среди населения. В рекомендациях подчеркивается, что такое снижение может быть достигнуто в первую очередь массовыми, популяционными мероприятиями. Хотя они, конечно, должны сочетаться с мерами индивидуального воздействия.

ББК 51.1(2)2

94.3

УДК 61



Глазунов И. С., [Соловьева И. М.], Усова Е.В. **Профилактика неинфекционных заболеваний в регионах и других административных единицах России. Методы и организация. Методические рекомендации.** Брошюра (практическое пособие). Серия «Утверждено на Ученом Совете». 28 с., РИО ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздравсоцразвития России.

Редактор Гуманова Н. Г.

Технический редактор Комельков А. В.

ISBN 978-5-905937-02-6

© ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздравсоцразвития России, 2012

Сайт: www.gnicpm.ru

Общий отдел: тел. (495) 623-86-36

Адрес: Москва, 101990 Петроверигский пер.,10

Издано ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздравсоцразвития России при поддержке образовательного гранта «Наше знание — ваше здоровье» компанией **Новартис Фарма**.

Воспроизведение брошюры или ее части любым способом без письменного разрешения ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздравсоцразвития России запрещено. Этот запрет не распространяется на различные формы цитирования брошюры в печатной продукции или в сети Интернет.