

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ – ЗАДАЧА ДОЛГОСРОЧНАЯ



МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Татьяна Алексеевна Голикова

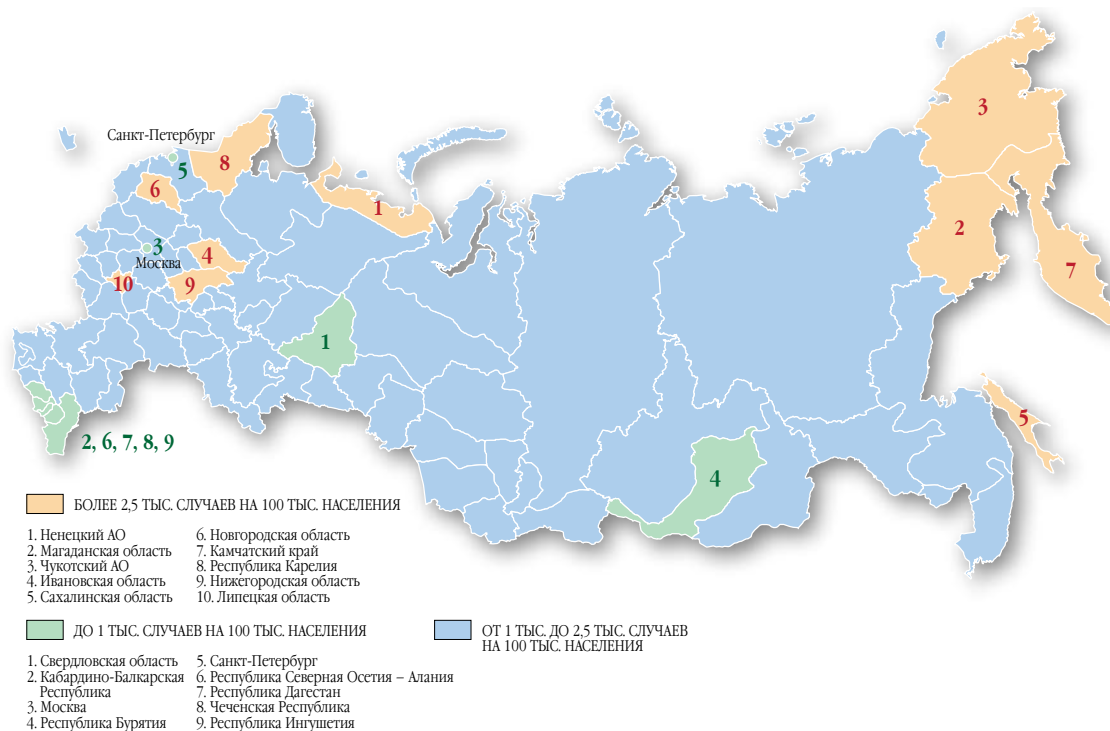
В 2009 году стартовала Программа по формированию здорового образа жизни, рассчитанная на период до 2012 года. Постановлением Правительства РФ от 18 мая 2009 года №413 субъектам Российской Федерации было выделено 375,7 млн. рублей из федерального бюджета на закупку оборудования в целях реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, включая сокращение потребления алкоголя и табака. Но, начав реализацию этой программы, мы уже сейчас должны ориентироваться на дальнейшие перспективы. Программы такого рода, направленные на изменение стандартов жизни, затрагивающие базовые жизненные установки людей, могут быть только долгосрочными. И все, кто сегодня задействован в Программе по формированию здорового образа жизни, обязаны настроиться на долгую, непрерывную работу.

Министерство здравоохранения и социального развития начало готовиться к запуску этой программы в 2008 году в ходе работы над концепцией здравоохранения. Был проведен тщательный анализ положения дел в сфере состояния здоровья населения, ведения здорового образа жизни, наличия вредных привычек и факторов, вносящих наибольший вклад в смертность, инвалидность, заболеваемость наших сограждан.

По данным Всемирной организации здравоохранения, в Российской Федерации лидирующие факторы риска смертности и заболеваемости – высокое артериальное давление, высокий уровень холестерина, курение и алкоголь. Кроме того, выявлена следующая взаимосвязь смертности с основными факторами риска (вклад в общую смертность): табак – 17,1%, несбалансированное питание (недостаток фруктов и овощей) – 12,9%, избыточный вес – 12,5%, алкоголь – 11,9%.

В последние годы распространенность злоупотребления алкоголем остается стабильно высокой. Согласно данным Росстата, потребление учтенного алкоголя на душу населения в стране выросло с 5,38 л абсолютного алкоголя в 1990 году до 10,1 л в 2007 году, или в 1,8 раза. Однако,

1



ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ АЛКОГОЛИЗМОМ В СУБЪЕКТАХ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2008 ГОДУ

по экспертным оценкам, реальное душевое потребление алкоголя с учетом нелегального оборота спиртосодержащей продукции в России составляет около 18 л.

Эксперты ВОЗ считают, что если потребление чистого алкоголя на душу населения превышает 8 л в год, то это уже опасно для здоровья населения. Установлено, что каждый добавочный литр сверх определенного ВОЗ предела уносит 11 месяцев жизни мужчин и 4 месяца жизни женщин. Ежедневно потребляют алкогольные напитки, включая пиво, 33% юношей и 20% девушек. Доля людей, регулярно потребляющих пиво, составляет 76%. А ведь подростковый возраст – наиболее опасный с точки зрения привыкания к алкоголю, особенно для девочек. Данные последних лет свидетельствуют, что алкоголизм в юношеском возрасте формируется вследствие приема пива либо слабоалкогольных напитков.

Если говорить об алкоголизации населения в региональном разрезе, то по итогам 2008 года лидером по заболеваемости алкоголизмом по-прежнему остается Магаданская область. Число потребителей алкоголя в регионе составило 5,6% от общей численности его населения. Выше, чем в среднем по России, заболеваемость алкоголизмом (более 2,5 тыс. случаев на 100 тыс. населения) наблюдается в Республике Карелия, Брянской, Ивановской, Костромской, Липецкой, Нижегородской, Новгородской, Сахалинской областях, Камчатском крае, Чукотском автономном округе. Заболеваемость алкоголизмом ниже, чем в среднем по стране (до 1 тыс. случаев на 100 тыс. населения), отмечена в девяти регионах, среди которых: республики Бурятия, Дагестан, Ингушетия, Кабардино-Балкария, Северная Осетия, Чечня, Свердловская область, гт. Москва и Санкт-Петербург.

В России курят около 50% человек. При этом темп роста курящих в нашей стране – один из самых высоких в мире: в последние три года количество сигарет, выкуриваемых в стране, увеличивается на 2–5% в год, число курильщиков ежегодно возрастает на 1,5–2%, включая женщин и подростков. По исследованиям ВОЗ, в 2003 году распространенность табакокурения среди подростков 13–15 лет составляла 33,4% (среди мальчиков – 40,6%, среди девочек – 29,8%). По экспертным оценкам, в настоящее время Россия находится на 4-м месте в мире по распространенности табакокурения среди подростков.

Большой вред здоровью населения наносит неправильное и несбалансированное питание. В питании россиян выявлены несоответствие между энергетической ценностью рациона и энергозатратами, избыточный уровень потребления жиров и недостаточное потребление витаминов, мине-



ральных веществ и биологически активных компонентов пищи. Особенно острой проблемой является дефицит ряда витаминов, в частности витамина С (у 60–70%), железа (20–40%), кальция (40–60%), йода (до 70%), фолиевой кислоты (до 70–80%). Например, дефицит этих витаминов у беременных женщин ведет к нарушению роста, развития ребенка, врожденным уродствам, рождению недоношенных и маловесных детей, число которых достигает 5% от общего числа новорожденных. Здоровье в России не является общественной и личной ценностью. Россияне не склонны думать о здоровье как о собственном ресурсе и капитале, не склонны заботиться о нем.

Этот фактор во многом является ключевым для определения динамики смертности и заболеваемости, что можно наглядно проследить при сравнении России с другими странами. В Европе в группу, где ожидаемая продолжительность жизни мужчин более чем на 10 лет различается с женской, кроме России входят еще пять государств. Успехи стран «старой» Европы, по мнению демографов, обусловлены реализацией нового этапа эпидемиологического перехода и соответствующей этому этапу организацией здравоохранения, заботой о здоровье людей в целом.

Россия же только начала, в том числе благодаря национальному проекту «Здоровье», организовывать свою систему здравоохранения по принципам второго этапа эпидемиологического перехода: ускоренное наращивание высокотехнологичной медицинской помощи, специальных программ по «дорожной травме», сердечно-сосудистым и онкологическим заболеваниям, развитию службы крови. Однако, чтобы выйти на полноценную реализацию второго этапа эпидемиологического перехода и совершить новый скачок в увеличении продолжительности жизни и состояния здоровья людей, нам еще нужно много сделать:

- каждого гражданина активным и ответственным участником сохранения его собственного здоровья, обеспечивая доступность знаний о состоянии своего здоровья и мерах по его укреплению и предотвращению заболеваний;
- способствовать развитию необходимых для ведения здорового образа жизни инфраструктур;
- исправить сложившийся в России перекос в сторону дорогостоящих видов медицинской помощи, которые оказывают незначительное влияние на здоровье популяции в целом. Усилить массовые профилактические мероприятия и расширить диспансеризацию населения, что в итоге приведет к улучшению здоровья населения, увеличению продолжительности жизни и к более эффективному использованию финансовых средств на здравоохранение. Из практики известно, что для лечения онкологического заболевания 1–2-й стадии, выявленного в результате скрининга в рамках мероприятий по диспансеризации, требуется от 40 до 250 тыс. рублей на полный курс лечения. Для лечения того же заболевания в запущенной 3–4-й стадии требуется от 320 тыс. до 1 млн. рублей. При этом лечение на ранних стадиях в разы увеличивает выживаемость;
- внести изменения в законодательство, направленные на ограничение употребления алкоголя и табакокурения;
- начать формирование программ по культуре здорового питания населения.

Все вышперечисленное в целом и составляет содержание программы по формированию здорового образа жизни.

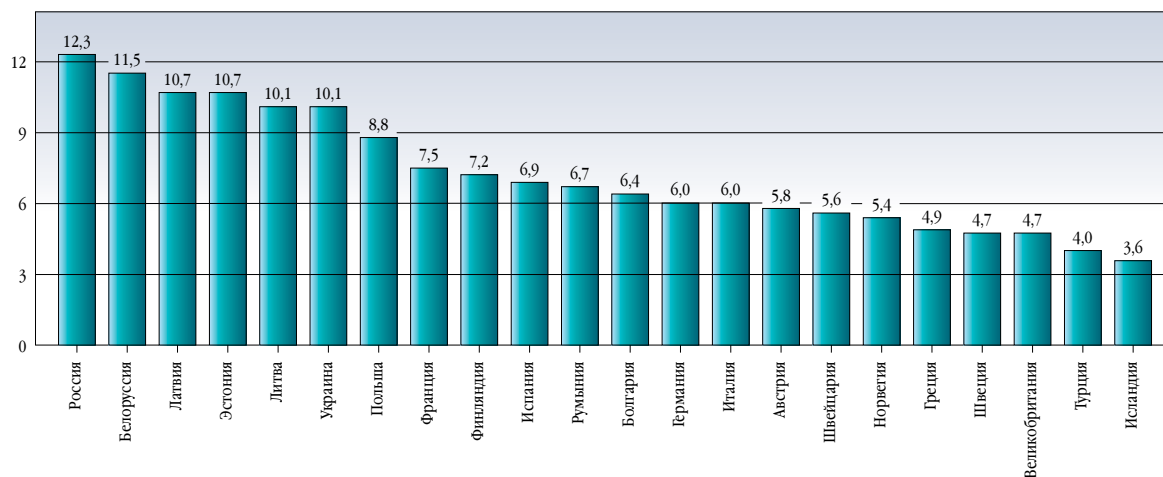
Основные факторы, определяющие здоровый образ жизни:

- отсутствие вредных привычек (злоупотребление алкоголем и табакокурение);
- полноценное и сбалансированное питание;
- физическая активность;
- регулярное прохождение медицинских осмотров;
- культура обучения гигиеническим навыкам;
- соблюдение режима труда и отдыха;
- состояние окружающей среды.

В 2009 году реализация программы началась с наиболее критических точек. Это борьба с факторами риска, с вредными привычками, которые наиболее часто приводят к заболеваниям и преждевременной смерти: курением и чрезмерным потреблением алкоголя. В особенности необ-



2



РАЗНОСТЬ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ
МЕЖДУ МУЖЧИНАМИ И ЖЕНЩИНАМИ, ЛЕТ

ходимо уделить внимание курению, во-первых, потому, что, как показывает мировая практика, мероприятия по борьбе с курением дают более быстрый результат, нежели мероприятия по борьбе со злоупотреблением алкоголем. А во-вторых, потому что Россия присоединилась к Международной рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, в которой курение впервые было обозначено как глобальный вызов и угроза. В соответствии с этой конвенцией в течение ближайших пяти лет наша страна обязана внести ряд мер по ограничению употребления табака.

Что касается злоупотребления алкоголем, то эту проблему нужно решать системно и продуманно. Во-первых, не ограничиваясь только запретительными мерами, но и создавая новые общественные ограничители и ориентиры, которые бы делали чрезмерное потребление алкоголя делом социально не престижным, индивидуально не желательным. Во-вторых, будем, прежде всего, обращаться к молодой аудитории, потому что алкоголизм, как показывает практика других стран, гораздо легче и эффективнее предупреждать, чем искоренять. В-третьих, будем использовать современные возможности общественных коммуникаций (особенно Интернета и телевидения) и образования.

Как показывает опыт стран, уже озаботившихся высоким потреблением алкоголя и курением, новым социальным ориентиром, способствующим предупреждению и отказу от этих вредных привычек, может стать идея общественного здоровья и индивидуального здорового образа жизни. Поэтому в 2009 году мы начали вводить «моду» на здоровый образ жизни через информационные и коммуникационные мероприятия под единым названием «Здоровая Россия».

Очевидно, что у каждого возраста свои причины, по которым человек выпивает, курит или не следит за своим здоровьем. Поэтому кампанию необходимо делать максимально дифференцированной, так, чтобы она была адресована детям, подросткам, молодежи и взрослому населению. Задействованы разные каналы сообщения: уличная реклама, телевидение, Интернет. Причем это не пропагандистская кампания. Наоборот, при ее разработке мы будем организовывать каналы общения по поводу здорового образа жизни через процессы самопознания, самопонимания и самоопределения людей разных возрастов в отношении к собственному здоровью.

Нужно не просто побудить людей заниматься своим здоровьем, но и предоставить им инфраструктуру, где они могли бы это делать. В этой части Министерство здравоохранения и социального развития РФ отвечает за выстраивание сети центров здоровья и связанных с ними кабинетов профилактики на территории всей России.

Сейчас функцию санитарно-гигиенического воспитания и образования осуществляют специалисты поликлиник. Кабинеты здорового ребенка и кабинеты профилактики входят в структуру амбулаторно-поликлинических учреждений. Вместе с тем следует признать, что профилактическое звено до настоящего времени, несмотря на принятые нормативные правовые акты, не представляет собой единую систему. Недостаточно внимания уделяется организации и проведению мероприятий



Таблица 1

**ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В ГЛОБАЛЬНОМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ ПЕРЕХОДЕ**

	Первый этап эпидемиологического перехода	Второй этап эпидемиологического перехода	Третий этап эпидемиологического перехода
Инициаторы изменений	Государство	Государство, семья, обще- ственные организации, человек	Все общественные институты
Борьба с лидерами причин смертнос- ти (ограничение или даже ликвида- ция смертности от данных при- чин)	Инфекционные заболева- ния традиционного типа, в том числе пандемии (чума, холера, тиф, различные ли- хорадки, оспа, др). Инфекционные заболевания (пневмония, туберкулез, же- лудочно-кишечные) и ослаб- ленное питание	«Болезни промышленной цивилизации»: онко-, кардио-, травматизм. Дегенеративные заболева- ния: диабет, язва желудка и кишечника, хронические болезни мочевыделительной системы и т.д. Заболевания, вызванные стрессом	Генетические заболевания. Проблемы старения организма. «Накапливаемые» эпидемии (герпес, гепатит), СПИД – болезни цивилизации
Преодоление проблем	Преодоление биологического голода, ведущего к смерти	Преодоление витаминного голода и недостаточного разнообразия пищи, ведуще- го к заболеваниям. Преодоление неэкологично- го питания, ведущего к хро- ническим заболеваниям	Преодоление культуры быст- рого питания, новых консер- вантов и вкусовых добавок. Проблемы нового белка, по- лучаемого за счет гормональ- ной стимуляции роста. Преодоление последствий массового потребления генно- модифицированных продук- тов питания, ведущих к новым генным заболеваниям
Научные откры- тия, инженерные разработки и ин- ституциональные изменения	Массовая вакцинация, повы- шение личной и врачебной гигиены, улучшение качества родовспоможения, развитие транспортной инфраструк- туры, технологии консерви- рования и сохранения про- дуктов (пастеризация)	Новые кардио- и онкоцент- ры, новая диагностика, методы лечения. Новые мотивации челове- ка: мода на здоровье, преодо- ление гиподинамии, фитнес, психорегуляция, здоровое питание. Экологическое законодатель- ство и экспертиза	Генная инженерия. Скачок в здоровье старших возрастов

по первичной и вторичной профилактике социально значимых заболеваний и укреплению здоровья населения. Назрела необходимость создания системы медицинской профилактики.

В рамках реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни планируется развитие кабинетов профилактики, кабинетов здоровья ребенка, которые будут располагаться в региональных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Важным элементом системы станут центры здоровья в ряде учреждений амбулаторно-поликлинического звена, многие из которых могут быть созданы на базе действующих центров медицинской профилактики (число кабинетов медпрофилактики в ЛПУ – 2556, число центров медпрофилактики – 106) и лечеб-



Таблица 2

ПОКАЗАТЕЛИ, КОТОРЫХ МЫ ДОЛЖНЫ ДОСТИГНУТЬ К 2012 ГОДУ

Задачи	2008	2012
Снижение объемов потребления алкоголя, л на одного человека в год в пересчете на чистый спирт	18,0	15,0
Снижение уровня распространенности потребления табака, % от населения РФ, употребляющего табак	50,0	35,0
Снижение уровня распространенности ожирения, % от населения РФ	23,0	20,0
Количество лиц, обратившихся в центры здоровья, % от населения, проживающего в регионе	0,0	14,0
Количество открытых центров здоровья, единиц	0,0	1500,0
Доля граждан РФ, систематически занимающихся физической культурой и спортом, % от общей численности населения	15,0	25,0
Удельный вес детей и молодежи, регулярно занимающихся в спортивных секциях, клубах, % от общей численности детей и молодежи	20,0	53,0
Количество спортивных сооружений на 100 тыс. населения	163,5	174,1
Охват обучающихся, воспитанников общеобразовательных учреждений 2-разовым полноценным горячим питанием, %	42,0	100,0
Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом «синдром зависимости от наркотических веществ» на 100 тыс. населения	20,5	18,7
Количество образовательных учреждений, в которые осуществлена поставка медицинского оборудования для медицинских кабинетов, единиц	200,0	400,0
Количество образовательных учреждений для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, в которые осуществлена поставка оборудования для психолого-педагогической диагностики, коррекции и реабилитации, единиц	72,0	298,0

но-физкультурных диспансеров. В центре здоровья предоставлена совокупность средств и методов индивидуального и группового воздействия на пациентов, направленная на повышение уровня их знаний, информированности и практических навыков, приверженности к профилактике заболеваний, соблюдению рекомендаций врача для повышения качества жизни, продления жизни, сохранения и восстановления трудоспособности и активного долголетия.

По этим задачам уже утверждены показатели, которых мы должны достигнуть к 2012 году. Однако мы понимаем, что реальные результаты, отраженные в интегрированном показателе здорового образа жизни (или индексе здоровья), можно будет зафиксировать через два-три года реализации программы. Для этого Министерство уже начало разработку модели и показателей индивидуального и общественного здоровья с учетом следующих факторов: ожидаемая продолжительность жизни, инвалидность, хронические заболевания, количество дней, проведенных на больничном, результаты диспансеризации, курение и употребление алкоголя, а также разработку информационно-аналитической базы по мониторингу этих показателей.