

# АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ДИРЕКТОР ФГБУ  
«ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
НАУЧНО-  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ЦЕНТР ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ  
МЕДИЦИНЫ»  
МИНЗДРАВА РОССИИ  
Сергей Анатольевич  
Бойцов



Основные неинфекционные заболевания<sup>1</sup> – ведущая причина временной нетрудоспособности, инвалидности и смертности населения, приводящая не только к большому человеческому страданиям, но и к выраженному негативному воздействию на социально-экономическое положение страны.

В России смертность от основных неинфекционных заболеваний (далее – НИЗ) составляет 68,5% от общей смертности населения, которая, несмотря на снижение за последние 10 лет более чем на 17%, остается на очень высоком уровне.

Основными причинами такого положения дел являются тяжелые социально-экономические потрясения, имевшие место в нашей стране в конце XX века, а также недостаточное развитие мер профилактики НИЗ. Опыт большого числа стран показал, что реализация научно обоснованных профилактических и лечебных мер позволяет в течение 15–20 лет снизить смертность от НИЗ в два и более раза. При этом вклад профилактических мер, существенно менее затратных в сравнении с лечебными, в снижение смертности составляет от 40 до 70%. Имеются убедительные научные доказательства, что популяционные профилактические программы обеспечивают возврат инвестиций в соотношении 1 : 5–6 в течение 5–10 лет. А программы профилактики

на рабочем месте уже в течение 3–5 лет сопровождаются возвратом инвестиций в соотношении 1 : 3–6.

Проблема снижения смертности включена как основная в Стратегию национальной безопасности Российской Федерации (утверждена Указом Президента Российской Федерации от 31 декабря 2015 года №683), так как приводит к большим экономическим потерям в виде прямых затрат на оказание медицинской помощи и из-за сокращения трудовых ресурсов.

Основное стратегическое направление обеспечения национальной безопасности в сфере охраны здоровья нации на среднесрочную перспективу – это усиление профилактической направленности здравоохранительных действий всех ветвей власти, секторов, слоев и структур общества. Ориентироваться при этом следует на сохранение здоровья человека в течение всей его жизни, во всех сферах его деятельности, при совершении в качестве основы жизнедеятельности института семьи, охраны материнства, отцовства и детства.

Приоритет развития профилактики в сфере охраны здоровья установлен статьей 12 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и обеспечивается путем:

- разработки и реализации программ формирования здорового образа жизни, в том числе снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ и борьбы с ним;
- осуществления санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
- проведения мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе социально значимых, и борьбе с ними;

<sup>1</sup> В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения к основным неинфек-

ционным заболеваниям относятся сердечно-сосудистые (болезни системы кровообращения), злокаче-

ственные новообразования, хронические болезни органов дыхания и сахарный диабет.

- проведения профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- осуществления мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Межведомственный характер мероприятий по профилактике НИЗ и формированию здорового образа жизни определен статьей 30 названного выше закона. А статья 19 Федерального закона от 28 июня 2014 года № 172-ФЗ «О стратегическом планировании в Российской Федерации» в таких случаях предписывает и межведомственную стратегию по формированию здорового образа жизни населения, профилактике и контролю НИЗ на период до 2025 года. Она определяет приоритеты, основные направления государственной политики и нормативно-правового регулирования в сфере общественного здоровья, реализуемые на основе комплексных планов и программ профилактики и контроля НИЗ.

Положения указанной стратегии учитывают рекомендации и руководящие принципы основополагающих стратегических и политических документов ВОЗ по профилактике и контролю НИЗ:

- охват всего жизненного цикла человека, всех сфер его деятельности;
- расширение прав граждан, трудовых коллективов и общественных объединений;
- использование стратегий и технологий, основанных на фактических данных об их эффективности;
- всеобщий охват доступными и эффективными мерами профилактики и контроля НИЗ на популяционном и индивидуальном уровне;
- исключение реальных, предполагаемых или потенциальных конфликтов интересов, неравенства граждан и социальных слоев общества;
- соблюдение прав человека и принципа справедливости;
- согласованность действий на национальном и международном уровне, международное сотрудничество и солидарность;
- многосекторальная деятельность в достижении основных целей.

За основу приняты Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 годы, разработанный ВОЗ, материалы Первой глобальной (Московской) министерской конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям (2011 год), резолюция A/RES/68/300 совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по неинфекционным заболеваниям (Нью-Йорк, 2014 год). А также рекомендации других документов ВОЗ, направленных на согласованные и координированные действия для достижения 9 добровольных глобальных целей, в том числе относительного сокращения преждевременной смертности от четырех основных групп НИЗ на 25% к 2025 году в контексте принятой Европейским региональным комитетом ВОЗ политики «Здоровье-2020» и нового Европейского плана действий по борьбе с неинфекционными заболеваниями. В 2015 году Гене-

ральная Ассамблея ООН определила 17 целей устойчивого развития до 2030 года, в их число входит обеспечение здорового образа жизни и снижение смертности от НИЗ. Обязательства по достижению этих целей взяла на себя и Российская Федерация в лице ее президента.

С учетом накопленного 25-летнего собственного опыта, а также большого международного опыта, закрепленного в документах ВОЗ, современная работа по профилактике НИЗ в Государственном научно-исследовательском центре профилактической медицины (ГНИЦПМ) строится по принципу реализации четырех направлений:

1. Популяционное направление. Снижение популяционного риска НИЗ в масштабах всего населения.
2. Направление высокого риска. Снижение доли граждан с высоким индивидуальным риском НИЗ, а также доли граждан, имеющих эти заболевания.
3. Направление вторичной профилактики. Комплекс мер вторичной профилактики НИЗ в рамках участковой службы первичного звена здравоохранения.
4. Обеспечение широкой доступности мер вторичной профилактики НИЗ на уровне специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Популяционная стратегия предполагает повышение информированности населения о факторах риска НИЗ и мотивацию к ведению здорового образа жизни. Данная стратегия весьма эффективна, но результатов ее можно ожидать не ранее чем через 5–10 лет. Затраты на стимулирование населения к ведению здорового образа жизни и обеспечение нормативно-правовой базы относительно невелики. Непрямые затраты государства и бизнеса на обеспечение условий для ведения здорового образа жизни могут быть весьма существенны. Стратегия высокого риска направлена на выявление в популяции людей с высоким риском НИЗ и коррекцию их факторов риска. Данная стратегия, реализуемая главным образом через диспансеризацию и профилактические медицинские осмотры населения, весьма затратна, но особенно важна в нашей стране для снижения смертности среди мужчин среднего возраста и может дать весьма быстрый результат – через 3–4 года. Стратегия вторичной профилактики предполагает обеспечение качественного лечения людей, уже имеющих доказанные НИЗ, коррекцию их факторов риска и повышение приверженности пациентов к лечению. Эта стратегия достаточно эффективна, может дать весьма быстрый эффект – через 3–4 года, но наиболее затратна и до сих пор была практически единственной полноценно реализуемой стратегией в нашей стране. Очевидно, что только одновременная реализация всех стратегий позволит добиться значимого, быстрого и стабильного эффекта в снижении смертности от НИЗ.

Существенный импульс профилактике НИЗ в стране придала состоявшаяся в апреле 2011 года в Москве Первая глобальная министерская конференция по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям, по итогам работы которой была принята Московская декларация. Этот документ четко обозначил, что профилактика и контроль НИЗ требуют регулирования и реализации широкого ряда многоуровневых и межсекторальных (межведомственных) мер, направленных на весь спектр детерминант НИЗ



с целью создания необходимых условий для ведения здорового образа жизни. Важно не только пропагандировать здоровый образ жизни, но и обеспечить условия для его реализации, создав соответствующую законодательную, политическую и экономическую основу, а также систему медицинских мер профилактики и выявления заболеваний на самой ранней стадии. В принятом документе подчеркивается, что эффективная профилактика и контроль НИЗ требуют согласованных действий правительства на всех уровнях (национальном, субнациональном и местном) в целом ряде секторов, таких как здравоохранение, образование, энергетика, сельское хозяйство, спорт, транспорт и градостроительство, экология, промышленность и торговля, финансы и экономическое развитие.

Следует отметить и принятие 22 ноября 2011 года Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», который создал реальную нормативную базу для организации широкомасштабных мер профилактики НИЗ в стране.

В настоящее время важная задача – привлечь к процессу формирования здорового образа жизни представителей органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, администрации муниципальных образований, образовательных структур, бизнеса, трудовых коллективов системы медицинского и социального страхования, общественных организаций, религиозных конфессий через повышение уровня их информированности о проблеме НИЗ и способе ее решения. Координация всей этой работы в стране осуществляется под руководством Правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан, возглавляемой премьер-министром Д.А. Медведевым. Но аналогичные структуры должны быть созданы и в каждом субъекте Российской Федерации.

Предусматривается организация новой модели диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения, разработанной при самом активном участии сотрудников ГНИЦПМ и нацеленной на раннее выявление преимущественно НИЗ и факторов риска их развития, а также на их коррекцию. Одновременно с организацией диспансеризации и профилактических осмотров решаются важнейшие задачи. Первая – формирование инфраструктуры медицинской профилактики: создание и расширение сети центров медицинской профилактики во всех субъектах и крупных городах, отделений/кабинетов медицинской профилактики во всех поликлиниках и врачебных амбулаториях. Вторая – повышение уровня знаний в области профилактики НИЗ у сотрудников существующих и вновь создаваемых структур. Повышение уровня знаний должно быть организовано в два этапа. На первом этапе необходимо быстро, в течение года, организовать обучение сотрудников в рамках циклов тематического усовершенствования. Второй этап более длительный и касается базовой подготовки врачей и среднего медицинского персонала, для чего необходимо провести корректировку федерального государственного образовательного стандарта, соответствующих учебных программ дипломной подготовки, а также обеспечить внесение в учебники внутренних болезней информации о профилактике НИЗ. Параллельно должно быть организовано совместно с профессиональными обществами

своевременное обновление и продвижение в практику рекомендаций по профилактике НИЗ.

С учетом имеющегося отечественного и зарубежного опыта, реальных возможностей государства и существующей системы здравоохранения в 2012 году была разработана принципиально новая система всеобщей диспансеризации населения. Она позволила обеспечить устойчивое функционирование амбулаторно-поликлинического учреждения (подразделения), не нарушая его повседневный режим работы, при непосредственном участии и личной ответственности участкового врача (фельдшера) за ее результаты. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 декабря 2012 года №1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» разработанная система диспансеризации введена в действие на всей территории страны. В настоящее время действует порядок, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 февраля 2015 года №36ан.

Такая диспансеризация предусматривает углубленное обследование граждан в целях:

- раннего выявления хронических НИЗ (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации, основных факторов риска их развития, туберкулеза, а также потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;
- определения группы состояния здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан, имеющих заболевания (состояния) или факторы риска их развития, а также для здоровых граждан;
- проведения краткого профилактического консультирования больных и здоровых, а также индивидуального углубленного профилактического консультирования и групповых методов профилактики (школ пациентов) для граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском;
- определения группы диспансерного наблюдения граждан с выявленными заболеваниями (состояниями), а также здоровых граждан, имеющих высокий и очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск.

К основным особенностям диспансеризации относятся:

1. Участковый принцип ее организации. Правда, следует иметь в виду, что в соответствии с порядком выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания такой помощи, утвержденной приказом Минздрава России от 26 апреля 2012 года №406н, гражданин может проходить диспансеризацию в медицинской организации, выбранной им для получения первичной врачебной или доврачебной медико-санитарной помощи, что в определенной мере может нарушать стройную систему территориального принципа организации врачебных участков.
2. Возложение ответственности за организацию и проведение диспансеризации населения, находящегося



на медицинском обслуживании в медицинской организации, на ее руководителя и на отделение (кабинет) медицинской профилактики (в том числе входящий в состав центра здоровья), а ответственности за организацию и проведение диспансеризации населения терапевтического, в том числе цехового, участка – на врача-терапевта участкового, врача-терапевта цехового врачебного участка, врача общей практики (семейного врача).

3. Двухэтапный принцип проведения диспансеризации. На первом этапе диспансеризации (скрининг) у граждан выявляются признаки хронических НИЗ, факторы риска их развития, потребление наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также определяются медицинские показания к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза на втором этапе диспансеризации. Первый этап заканчивается приемом (осмотром) врача-терапевта, включающим определение групп состояния здоровья, диспансерного наблюдения и проведение краткого профилактического консультирования. Второй этап диспансеризации проводится для дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния), углубленного профилактического консультирования и включает (по определенным на первом этапе показаниям) целый ряд инструментально-лабораторных методов исследования и осмотра специалистов.
4. Конкретизация понятия «факторы риска», к которым относятся повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, гипергликемия, курение табака, пагубное потребление алкоголя, нерациональное питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела и ожирение.
5. Дифференцированный набор инструментально-лабораторных методов исследования для раннего выявления наиболее часто встречающихся для данного пола и возраста хронических НИЗ.
6. Уменьшение числа групп здоровья с шести до трех и новый принцип их определения, позволяющий четко обозначить порядок действий в отношении каждого гражданина.
7. Обязательное проведение профилактического консультирования в целях коррекции факторов риска уже в процессе диспансеризации.

Одно из стратегических направлений – комплекс мер вторичной профилактики НИЗ в рамках участковой службы первичного звена здравоохранения. Главное содержание мероприятий – диспансерное наблюдение и эффективный контроль артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, других болезней системы кровообращения (далее – БСК) атеросклеротического генеза и их осложнений, злокачественных новообразований после стандартного хирургического, лучевого и химиотерапевтического вмешательства, хронической обструктивной болезни легких и сахарного диабета.

Большое значение имеет мониторинг охвата диспансерным наблюдением и качества его проведения у па-

циентов с основными НИЗ, а также ликвидация дефицита врачей-специалистов (кардиологов, онкологов, пульмонологов, эндокринологов) первичного звена здравоохранения и их активное участие в диспансерном наблюдении пациентов, в методической помощи в этом аспекте врачам участковой службы.

Необходим поиск методов и средств повышения эффективности диспансерного наблюдения как путем повышения приверженности пациентов к назначенному лечению, так и путем совершенствования его проведения. Например, с использованием современных достижений в области информационных технологий (электронная медицинская карта, электронная форма учета и проведения диспансеризации, профилактического медицинского осмотра и диспансерного наблюдения, дистанционный мониторинг физиологических функций и биохимических параметров, дистанционные аудио- и визуальные контакты врача и пациента), а также выездных методов работы.

В частности, существенно повысит эффективность выявления хронических болезней органов дыхания и кровообращения у сельских жителей, а также эффективность диспансерного наблюдения этих больных широкая реализация проекта «Пульмомобиль», увеличение числа мобильных центров здоровья и других передвижных средств оказания медицинской помощи населению.

Существенно повысит эффективность диспансерного наблюдения больных хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой повсеместное введение в число индикаторов качества их лечения вакцинации против гриппа, пневмококковой и гемофильной инфекции.

Обеспечение широкой доступности мер вторичной профилактики НИЗ на уровне специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи также является важным стратегическим направлением.

Всем пациентам с БСК и другими НИЗ для безрецидивного их течения и профилактики осложнений должны быть обеспечены: своевременная консультация врача-специалиста, обследование на наличие показаний к специализированному лечению, специализированное, в том числе высокотехнологичное, лечение при наличии показаний к его проведению, профилактическое консультирование и коррекция устранимых факторов риска в стационаре в процессе (до или сразу после) специализированного (высокотехнологичного) вмешательства с участием врача, осуществляющего это вмешательство, для повышения мотивации пациента к коррекции выявленных факторов риска и ведению здорового образа жизни.

Основной резерв снижения смертности в России лежит в области профилактики и контроля болезней органов кровообращения, прежде всего ишемической болезни сердца и cerebrovascularных заболеваний. А потому требуется дальнейшее расширение и совершенствование сети кардиологических диспансеров и центров сердечно-сосудистой хирургии для лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (далее – ОНМК) и острым коронарным синдромом (далее – ОКС). Необходимо создавать региональные центры по оказанию мультидисциплинарной специализированной помощи пациентам с тяжелыми сосудистыми осложнениями сахарного диабета.



Необходимо полностью исключить возможность лечения в неспециализированных стационарах больных с основными НИЗ, особенно с их острыми формами (ОКС, ОНМК, астматический статус, обострение хронических бронхолегочных заболеваний, нестабильное течение сахарного диабета) и злокачественными новообразованиями. Для этого необходимо в первоочередном порядке привести число вышеуказанных специализированных центров и отделений в полное соответствие потребностям населения в данном виде помощи, а также обеспечить стабильную работу этих структур за счет адекватного кадрового, материально-технического и финансового обеспечения.

При этом принципиально важно, чтобы увеличение доступности стационарной специализированной медицинской помощи сопровождалось аналогичным снижением внегоспитальной (внебольничной) смертности от БСК и хронических бронхолегочных заболеваний, особенно граждан в возрасте менее 80 лет. Все случаи смерти вне стационара должны подлежать клинико-анатомическому разбору на предмет ее преждевременности и предотвратимости.

Совершенствование оказания специализированной медицинской помощи *онкологическим больным* в Российской Федерации предполагает:

1. Обеспечение соответствия числа, штатной численности персонала и выполняемых функций первичных онкологических кабинетов и первичных онкологических отделений требованиям (рекомендациям) Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология», утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 года №915.
2. Дальнейшее развитие сети онкологических центров (диспансеров) с организацией их в абсолютном большинстве регионов при обеспечении организационного, методического и научного сопровождения со стороны федеральных онкологических центров.
3. Обеспечение всеми региональными онкологическими центрами (диспансерами) организационно-методического сопровождения работы первичного звена здравоохранения в плане своевременного выявления злокачественных опухолей на ранних стадиях в рамках организованного (диспансеризация) и оппортунистического скрининга.
4. Функционирование региональных онкологических центров в качестве мультидисциплинарных структур с необходимыми диагностическими мощностями, включающими магнитно-резонансную, компьютерную и позитронно-эмиссионную томографию, а также современные лаборатории для проведения морфологической и молекулярно-генетической диагностики злокачественных новообразований.
5. Наличие у региональных онкологических центров всех возможностей для оперативного лечения опухолей, а также для химиотерапии, лучевой терапии, брахитерапии, таргетной и иммунотерапии.
6. Обеспечение фундаментальных и прикладных научных исследований в области профилактики, ранней диагностики и лечения злокачественных новообразований, включая разработку и внедрение отече-

ственных импортозамещающих лекарственных препаратов и технологий.

Совершенствование оказания специализированной медицинской помощи *пациентам с хроническими болезнями органов дыхания* включает проведение мероприятий по следующим основным направлениям:

1. Оснащение современным оборудованием, стабильное обеспечение кадровыми и финансовыми ресурсами пульмонологических отделений и пульмонологических дневных стационаров, приведение их численности в соответствие реальной потребности населения.
2. Разработка, регулярное обновление и широкое внедрение в практическое здравоохранение национальных (подготовленных с учетом международного опыта) клинических рекомендаций по профилактике и лечению хронических болезней органов дыхания, а также острых респираторных заболеваний и пневмонии как важнейших факторов риска развития хронических болезней органов дыхания, а также тяжелых осложнений практически всех хронических НИЗ.
3. Организация циклов тематического усовершенствования во всех медицинских вузах по вопросам профилактики, диагностики и лечения болезней органов дыхания для врачей-терапевтов, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-педиатров, развитие и совершенствование системы непрерывного обучения врачей-пульмологов.
4. Обеспечение актуальных научных исследований в области профилактики, ранней диагностики и лечения хронических болезней органов дыхания, подготовка и проведение научных форумов с международным участием.

Дальнейшее развитие и совершенствование специализированной медицинской помощи *больным сахарным диабетом* предусматривается по следующим направлениям:

1. Создание региональных центров по оказанию мультидисциплинарной специализированной помощи пациентам с тяжелыми сосудистыми осложнениями сахарного диабета (кабинеты диабетической стопы, диабетической ретинопатии, нефропатии). Совершенствование материально-технической базы федеральных и региональных медицинских организаций, имеющих лицензии на оказание мультидисциплинарной специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи больным сахарным диабетом с тяжелыми сосудистыми осложнениями.
2. Организация центров медико-генетического консультирования и прогнозирования сахарного диабета 1-го и 2-го типа в семьях больных и в популяции в регионах России с целью выявления лиц с высоким риском заболевания и проведение профилактических мер по предупреждению развития диабета и его осложнений.
3. Модернизация и оптимизация работы национального регистра больных сахарным диабетом с обеспечением возможности для динамической оценки показателей заболеваемости сахарным диабетом 1-го и 2-го типа, другими формами сахарного диабета, летальности больных сахарным диабетом, частоты раз-



- вития хронических осложнений; анализа структуры сахароснижающей терапии и эффективности терапии; оценки экономической составляющей охраны здоровья лиц с сахарным диабетом. Такая политика позволит проводить оперативную оценку изменений эпидемиологии сахарного диабета, экономического бремени заболевания и оптимизацию расходов на лечение больных во всех регионах страны.
4. Внедрение в клиническую практику современных сахароснижающих лекарственных средств и введение единых национальных стандартов по профилактике, лечению и реабилитации больных сахарным диабетом как реальный способ существенного повышения (до 65%) доли больных с хорошим контролем заболевания ( $HbA1c < 7\%$ ).
  5. Повышение качества подготовки кадров в области диагностики, лечения и профилактики сахарного диабета путем создания кафедр эндокринологии-диабетологии, внедрения обучающих программ (курсов) по диабетологии на кафедрах терапевтического направления для роста профессиональных знаний врачей терапевтических специальностей относительно сахарного диабета.
  6. Рост числа фундаментальных и прикладных научных исследований и опытно-конструкторских разработок в области ранней диагностики, профилактики сахарного диабета и его сосудистых осложнений.

Кроме перечисленных основных направлений деятельности, необходимо с целью профилактики и *снижения внегоспитальной смертности населения*, прежде всего от ОКС, ОНМК, острой сердечной недостаточности и внезапной остановки сердца (внезапной сердечной смерти), проведение комплекса межсекторальных мер. Среди них:

1. Совершенствование нормативно-правового регулирования процесса оказания первой помощи населению, включая нормативно-правовое обеспечение проведения закрытого массажа сердца и применения автоматического дефибриллятора при оказании первой помощи лицам с внезапной остановкой сердца, произошедшей вне медицинской организации (обеспечение дефибрилляторами аэропортов, вокзалов, других мест массового скопления граждан, обучение населения, привлечение парамедиков и др.).

2. Широкое санитарно-гигиеническое просвещение населения относительно первых признаков наиболее опасных и наиболее часто встречающихся жизнеугрожающих состояний и ситуаций, требующих срочного вызова скорой медицинской помощи.
3. Обучение лиц, имеющих высокий риск развития жизнеугрожающих состояний, и их близких правилам оказания первой помощи и формирование готовности к срочному вызову скорой медицинской помощи при появлении первых симптомов неотложного состояния.
4. Разработка алгоритмов первой помощи при основных неотложных состояниях, официальное их утверждение и широкое распространение в виде памяток и буклетов для населения в целом и групп высокого риска. Огромный и далеко не полностью использованный резерв профилактики и снижения смертности от НИЗ имеют *профилактические прививки от инфекционных заболеваний*, способствующих развитию НИЗ или осложняющих их течение, в частности от гриппа и пневмококковой инфекции.

Грипп провоцирует и осложняет течение практически всех заболеваний и нередко становится причиной декомпенсации, осложнения и летального исхода при сердечно-сосудистых, бронхолегочных и онкологических заболеваниях, сахарном диабете. В ближайшие годы необходимо обеспечить вакцинацию всего взрослого населения страны против гриппа.

Пневмококковая инфекция является частой причиной декомпенсации и смерти лиц, страдающих хроническими НИЗ, особенно в пожилом возрасте. Вакцинации пневмококковой полисахаридной вакциной должны подлежать все граждане в возрасте 65 лет и старше, а также все лица, страдающие сахарным диабетом, хроническими сердечно-сосудистыми и бронхолегочными заболеваниями.

Необходимо проводить на постоянной основе пропагандистские и информационно-просветительские мероприятия для всего населения, а также для больных НИЗ, особенно хроническими болезнями органов дыхания и кровообращения, информируя их об эффективности и целесообразности проведения вакцинации против гриппа и других инфекций (в соответствии с показаниями), поскольку она достоверно снижает смертность практически от всех НИЗ, особенно у лиц старшей возрастной группы.

МАТЕРИАЛ СТАТЬИ ПОДГОТОВЛЕН ПРИ УЧАСТИИ  
 РУКОВОДИТЕЛЯ ОТДЕЛА ПРОФИЛАКТИКИ КОМОРБИДНЫХ  
 СОСТОЯНИЙ, ГЛАВНОГО НАУЧНОГО СОТРУДНИКА  
 ФГБУ «ГНИЦПМ» МИНЗДРАВА РОССИИ  
 Р.Г. Оганова  
 ВЕДУЩЕГО НАУЧНОГО СОТРУДНИКА  
 НАУЧНО-ОРГАНИЗАЦИОННОГО ОТДЕЛА  
 ФГБУ «ГНИЦПМ» МИНЗДРАВА РОССИИ  
 П.В. Ипатова