ЧАСТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «СЕВЕРО-КАВКАЗСКИЙ КОЛЛЕДЖ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ»

ЛЕКЦИЯ 11. ТЕМА 1.11 НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ФАКТОРЫ РИСКА И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ

1. Неинфекционные заболевания: определение и распространённость

Хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) — это болезни, характеризующиеся продолжительным течением и являющиеся результатом воздействия комбинации генетических, физиологических, экологических и поведенческих факторов. К ним относятся болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, хронические болезни органов дыхания и сахарный диабет — именно эти четыре группы заболеваний являются ведущей причиной инвалидности и преждевременной смертности как в Российской Федерации, так и в мире.

В России смертность от неинфекционных заболеваний составляет около 70% от общей смертности населения, из которых более 40% являются преждевременными. Глобальная структура смертности от ХНИЗ выглядит следующим образом: сердечно-сосудистые заболевания — 17,9 млн случаев в год, онкологические заболевания — 9,3 млн, хронические респираторные заболевания — 4,1 млн, диабет — 2,0 млн.

Вклад профилактических мероприятий, направленных на уменьшение распространённости факторов риска, составляет не менее 50% успеха значимого снижения смертности населения.

2. Классификация факторов риска

Все факторы риска развития ХНИЗ делятся на две группы:

Немодифицируемые факторы (на которые повлиять нельзя):

- возраст;
- пол;
- наследственная предрасположенность.

Модифицируемые факторы (поддающиеся коррекции):

- курение табака;
- нерациональное питание;
- низкая физическая активность;
- избыточное потребление алкоголя;
- повышенное артериальное давление;
- повышенный уровень холестерина в крови;
- избыточная масса тела / ожирение.

Около 50% вклада в развитие ХНИЗ обусловлено воздействием семи основных факторов риска, которые являются потенциальными мишенями для профилактических вмешательств.

3. Факторы риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний

Сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место в структуре смертности от ХНИЗ. К специфическим факторам риска относятся:

- **Артериальная гипертензия** — независимый фактор риска развития инсульта, инфаркта миокарда и хронической почечной недостаточности. Оптимальным считается давление ниже 120/80 мм рт. ст.; при значениях выше 140/90 мм рт. ст. диагностируется артериальная гипертония.
- **Гиперхолестеринемия** — уровень общего холестерина более 5 ммоль/л способствует развитию атеросклероза и ассоциированных с ним заболеваний. По шкале SCORE-2 для лиц 40–65 лет оценивается сердечно-сосудистый риск.
- **Курение** — у лиц, длительно и много курящих, риск развития сердечно-сосудистых заболеваний возрастает в 2 раза. Никотин сужает сосуды, повреждает эндотелий, а окись углерода способствует тромбообразованию.
- **Избыточная масса тела и ожирение** — повышают риск ишемической болезни сердца, инфаркта, инсульта.

• **Сахарный диабет** — повышает риск сосудистых и сердечных осложнений.

• **Низкая физическая активность** — фактор риска ожирения и сердечно-сосудистых заболеваний.

• **Психосоциальные факторы** — стресс, тревога, депрессия.

• **Избыточное потребление алкоголя** — способствует развитию алкогольной кардиомиопатии, артериальной гипертонии, мозгового инсульта.

4. Факторы риска возникновения онкологических заболеваний

Вклад генетики в развитие онкологических заболеваний не превышает 15–20%. К основным факторам риска относятся:

• **Курение** — главный фактор развития рака лёгких, а также рака других локализаций. Табачный дым содержит 93 канцерогена из 7000 соединений, вызывает генетические мутации; содержит радиоактивное вещество полоний-210.

• **Нерациональное питание** — избыточное потребление насыщенных жиров, трансжиров, красного и переработанного мяса при недостатке овощей, фруктов и клетчатки.

• **Ультрафиолетовое излучение** — фактор риска рака кожи.

• **Вирусы и бактерии** — вирус папилломы человека (рак шейки матки), Helicobacter pylori (рак желудка).

• **Избыточное потребление алкоголя** — повреждает ДНК; у женщин увеличивает выработку эстрогенов, повышая риск рака молочной железы.

• **Низкая физическая активность и ожирение** — факторы риска рака эндометрия, толстой кишки, лёгких.

• **Загрязнение атмосферного воздуха** — фактор риска рака лёгкого.

• **Незащищённые половые контакты** — инфицирование онкогенными типами ВПЧ.

5. Факторы риска возникновения заболеваний дыхательной системы

К основным хроническим заболеваниям дыхательной системы относятся хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) и бронхиальная астма. Факторы риска:

• **Курение** — ведущий этиологический фактор ХОБЛ; риск серьёзно возрастает по мере увеличения индекса курения. Курение вызывает необратимое прогрессирующее повреждение стенок бронхов, лёгочной ткани, сосудов.

• **Воздействие пыли и химических веществ** — составляет около 40% в структуре факторов риска заболеваний дыхательной системы.

• **Загрязнение атмосферного воздуха** — ежегодно обусловливает 6,7 млн случаев смерти в мире, из которых 5,7 млн вызваны ХНИЗ, включая ХОБЛ и рак лёгкого.

• **Профессиональные вредности** — асбестовая пыль, производственные химические вещества (при превышении предельно допустимых концентраций асбест становится этиологическим фактором диффузного фиброза лёгких и рака лёгкого).

• **Пассивное курение** — доказанный фактор риска бронхиальной астмы и хронического бронхита.

• **Ожирение** — снижает иммунитет и устойчивость к простудным заболеваниям, способствует развитию хронических респираторных заболеваний.

6. Факторы риска возникновения эндокринных заболеваний

Ведущим эндокринным заболеванием в структуре ХНИЗ является сахарный диабет 2-го типа. Факторы риска:

• **Избыточная масса тела и ожирение** — индекс массы тела 25 кг/м² и более; основной фактор развития диабета 2-го типа.

• **Низкая физическая активность** — способствует нарушению обмена веществ и инсулинорезистентности.

• **Нерациональное питание** — избыточное потребление сахара, насыщенных жиров при недостатке витаминов и минералов.

• **Генетические факторы** — некоторые эндокринные нарушения (врождённый гипотиреоз, адреногенитальный синдром) являются наследственными.

• **Хронический стресс** — может приводить к нарушению выработки гормонов, в том числе кортизола и адреналина.

• **Возраст** — естественное снижение функции эндокринных желёз.

• **Инфекционные заболевания** — могут поражать эндокринные железы и вызывать их дисфункцию.

• **Лекарственные препараты** — некоторые могут влиять на выработку или действие гормонов.

• **Курение и употребление алкоголя** — способствуют развитию эндокринных нарушений.

7. Меры профилактики неинфекционных заболеваний

Профилактика ХНИЗ осуществляется в соответствии с Порядком организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний, утверждённым приказом Минздрава России от 29.10.2020 № 1177н (действует до 1 марта 2031 г.). Принцип приоритета профилактики закреплён статьёй 12 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». docs.cntd.ru +2

Профилактика ХНИЗ включает следующие направления:

1. Разработка и реализация программ формирования здорового образа жизни.
2. Предупреждение, раннее выявление и коррекция факторов риска.
3. Раннее выявление заболеваний в рамках профилактических осмотров и диспансеризации.
4. Диспансерное наблюдение за гражданами с ХНИЗ или высоким риском их развития.

Конкретные меры первичной профилактики:

• **Отказ от курения** — поведенческая и медикаментозная терапия.

• **Оптимизация питания** — ограничение соли до 5 г/сутки; увеличение потребления фруктов и овощей не менее 400–500 г/день; отказ от трансжиров; ограничение добавленного сахара; потребление рыбы не менее 2 раз в неделю.

• **Повышение физической активности** — не менее 150 минут в неделю занятий средней интенсивности или не менее 75 минут высокой интенсивности; каждое занятие не менее 10 минут; чередование аэробных (5–7 раз в неделю) и силовых (2–3 раза в неделю) нагрузок.

• **Ограничение или отказ от алкоголя.**

• **Контроль артериального давления** — регулярное измерение и коррекция.

• **Коррекция уровня холестерина** — диетотерапия, при необходимости медикаментозное лечение.

• **Снижение избыточной массы тела** — комплексный подход.

• **Знание своих показателей здоровья** — уровень холестерина, артериального давления, глюкозы крови, индекс массы тела, окружность талии.

8. Роль диспансеризации в профилактике неинфекционных заболеваний

Диспансеризация — комплекс мероприятий, включающий профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья. Порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации утверждён приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н (с изменениями от 15.06.2026).

Периодичность проведения:

• 1 раз в 3 года — для граждан в возрасте от 18 до 39 лет включительно;

• ежегодно — для граждан 40 лет и старше, а также отдельных категорий (инвалиды ВОВ, бывшие несовершеннолетние узники концлагерей, работающие граждане предпенсионного возраста и пенсионеры).

Первый этап диспансеризации (скрининг) включает:

• анкетирование;

• антропометрию, расчёт индекса массы тела;

• измерение артериального давления;

• определение уровня глюкозы и холестерина в крови;

• электрокардиографию (с 35 лет);

• определение сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE;

• онкологический скрининг: цитологическое исследование мазка шейки матки, маммография (женщины 40+), определение ПСА (мужчины 45, 50, 55, 60, 64 лет), исследование кала на скрытую кровь, эзофагогастродуоденоскопия (в 45 лет);

• флюорографию лёгких;

• измерение внутриглазного давления (с 40 лет);

• приём врача-терапевта.

Второй этап проводится при наличии показаний по результатам первого этапа и включает дополнительные обследования: осмотр неврологом, дуплексное сканирование брахицефальных артерий, спирометрию, колоноскопию, эзофагогастродуоденоскопию, определение гликированного гемоглобина, углублённое профилактическое консультирование.

По результатам диспансеризации определяется группа здоровья и группа диспансерного наблюдения. В 2023 году более 93 млн граждан прошли диспансеризацию. Диспансеризация проводится бесплатно в рамках программы государственных гарантий оказания медицинской помощи.

9. Признаки угрожающих жизни и здоровью состояний, требующих вызова скорой медицинской помощи

9.1. Инсульт

Инсульт — острое нарушение мозгового кровообращения. Признаки появляются внезапно:

• асимметрия лица (тест «улыбнись» — один уголок рта не поднимается);

• нарушение речи (речь невнятная, смазанная, человек не может повторить простую фразу);

• слабость или онемение в конечностях с одной стороны (тест «подними руки» — одна рука слабее);

• резкая головная боль («как удар молнии»);

• головокружение, нарушение равновесия;

• внезапное ухудшение зрения на один глаз.

Методика FAST: **F** (face — лицо), **A** (arm — рука), **S** (speech — речь), **T** (time — время). Уже через 3 часа нарушения становятся необратимыми.

9.2. Сердечный приступ (инфаркт миокарда)

Характерные признаки:

• давящая, сжимающая, жгучая боль за грудиной, продолжающаяся более 15–20 минут;

• иррадиация боли в левую руку, лопатку, шею, нижнюю челюсть;

• холодный липкий пот;

• одышка, чувство нехватки воздуха;

• страх смерти;

• тошнота, рвота;

• бледность, головокружение;

• приём нитроглицерина не приносит облегчения или приносит лишь временное.

Примерно в 20% случаев инфаркт протекает в нетипичной форме: без боли в груди, с симптомами со стороны ЖКТ (гастрический тип), одышкой (астматический тип), нарушениями ритма (аритмический тип), помрачением сознания (церебральный тип). Боль длится более 5 минут и не проходит в покое — немедленно вызывается скорая помощь.

9.3. Острая боль в животе

Требует вызова скорой при следующих признаках:

• внезапная резкая («кинжальная») боль — возможна прободная язва;

• боль с рвотой, задержкой стула и газов — возможна кишечная непроходимость;

• боль с высокой температурой и ознобом — возможны аппендицит, холецистит, панкреатит;

• доскообразный, напряжённый живот — признаки перитонита;

• боль у женщин с задержкой менструации — возможна внематочная беременность.

До приезда скорой: не принимать обезболивающие (искажают клиническую картину), не есть, не пить, не ставить грелку на живот.

9.4. Эпилептический припадок

Вызов скорой необходим при:

• судорогах длительностью более 5 минут (эпилептический статус);

• повторных судорогах без восстановления сознания между ними;

• припадке в воде, у беременной или у лица с диабетом;

• отсутствии восстановления сознания после припадка;

• первом в жизни припадке.

9.5. Кровотечения

Требуют немедленного вызова скорой:

• **артериальное** — кровь ярко-алая, бьёт фонтаном, пульсирует;

• **внутреннее** — резкая слабость, бледность, холодный пот, падение давления, боль в животе;

• **желудочно-кишечное** — рвота тёмной или алой кровью, чёрный стул;

• любое кровотечение, не останавливающееся в течение 10–15 минут при прямом давлении.

10. Состояния, при которых оказывается первая помощь

Перечень состояний, при которых оказывается первая помощь, утверждён приложением № 1 к Порядку оказания первой помощи (приказ Минздрава России от 03.05.2024 № 220н, вступил в силу 01.09.2024):

1. Отсутствие сознания.
2. Остановка дыхания и (или) остановка кровообращения.
3. Нарушение проходимости дыхательных путей инородным телом и иные угрожающие жизни и здоровью нарушения дыхания.
4. Наружные кровотечения.
5. Травмы, ранения и поражения, вызванные механическими, химическими, электрическими, термическими поражающими факторами, воздействием излучения.
6. Отравления.
7. Укусы или ужаливания ядовитых животных.
8. Судорожный приступ, сопровождающийся потерей сознания.
9. Острые психологические реакции на стресс.

Первая помощь оказывается до оказания медицинской помощи при несчастных случаях, травмах, ранениях, поражениях, отравлениях, других состояниях и заболеваниях, угрожающих жизни и здоровью пострадавших. Согласно статье 31 Федерального закона № 323-ФЗ, первая помощь оказывается лицами, обязанными оказывать её в соответствии с законодательством, а также самими пострадавшими (самопомощь) или находящимися вблизи лицами (взаимопомощь).

11. Основные правила оказания первой помощи

Последовательность мероприятий по оказанию первой помощи установлена приложением № 2 к Порядку оказания первой помощи (приказ № 220н):

1. **Оценка обстановки и обеспечение безопасности.** Первая помощь оказывается при условии отсутствия угрожающих факторов жизни и здоровью оказывающего её лица.
2. **Оценка состояния пострадавшего.** Определение наличия сознания, дыхания, кровообращения и наружного кровотечения.
3. **Вызов скорой медицинской помощи** по номеру 103 или 112. При оказании помощи на месте происшествия следует попросить окружающих вызвать скорую.
4. **Освобождение дыхательных путей** и поддержание их проходимости.
5. **Сердечно-лёгочная реанимация** при отсутствии признаков жизни (дыхания, кровообращения): проводится на твёрдой ровной поверхности; 30 нажатий на грудную клетку и 2 вдоха «рот-в-рот».
6. **Специфические мероприятия в зависимости от характера поражения:**
   - при наружном кровотечении — прямое давление, наложение давящей повязки или жгута (с указанием времени наложения);
   - при отравлении через рот — промывание желудка приёмом воды и вызыванием рвоты (за исключением случаев кислот, щелочей и пенящихся веществ, а также при отсутствии сознания);
   - при травмах, ожогах, укусах — охлаждение;
   - при воздействии низких температур — термоизоляция и согревание;
   - при травмах — иммобилизация (обездвиживание) с использованием медицинских изделий или подручных средств;
   - при судорожном приступе с потерей сознания — не препятствовать судорожным движениям, предотвращать дополнительное травмирование головы, после окончания приступа — поддерживать проходимость дыхательных путей, придать устойчивое боковое положение.
7. **Оказание помощи в принятии лекарственных препаратов**, назначенных ранее лечащим врачом.
8. **Придание и поддержание оптимального положения тела** пострадавшего.
9. **Контроль состояния пострадавшего** до прибытия скорой медицинской помощи: наличие сознания, дыхания, кровообращения, отсутствие наружного кровотечения; оказание психологической поддержки.

При оказании помощи двум и более пострадавшим приоритет отдаётся детям (несоршеннолетним). Оказание первой помощи допускается при отсутствии выраженного отказа гражданина или его законного представителя.

Первая помощь оказывается не только при травмах, но и при заболеваниях, угрожающих жизни, до прибытия врача — это ключевое изменение, закреплённое приказом № 220н по сравнению с ранее действовавшим приказом № 477н.