

# Факторы риска и профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы



Во второй половине XX века основную опасность для здоровья населения и проблему для здравоохранения стали представлять неинфекционные заболевания, в первую очередь болезни сердечнососудистой системы, которые в настоящее время являются ведущей причиной заболеваемости, инвалидизации и смертности взрослого населения. Произошло «омоложение» этих заболеваний.

В Европе ежегодно умирают от сердечнососудистых заболеваний (ССЗ) приблизительно 3 млн. человек, в США – 1 млн., причем 1/4 умерших от ССЗ составляют люди в возрасте до 65 лет. Общая заболеваемость сердечнососудистыми болезнями в нашей стране достигает 25-30% от всего населения. По данным Федеральной службы государственной статистики, смертность от ССЗ в России на протяжении последнего десятилетия постоянно растёт. Ежегодные экономические потери в результате смерти от ССЗ составляют 56 900 млн. долларов в год.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в РФ лидирующие факторы риска смертности и заболеваемости - это высокое артериальное давление, высокий уровень холестерина, курение и алкоголь. Распространённость артериальной гипертензии (АГ) в РФ составляет 39,3% среди мужчин и 41,1% среди женщин, при этом должным образом артериальное давление (АД) контролируют только 17,5% женщин и 5,7% мужчин. Число новых случаев ССЗ продолжает нарастать.

Таким образом, ССЗ — одна из главных причин потери трудоспособности. Они же в основном определяют и рост затрат на здравоохранение.

## Наиболее распространенные заболевания сердечнососудистой системы

1. Артериальная гипертензия (АГ). Заболеваемость АГ составляет до 25% от всего взрослого населения нашей страны.
2. Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Представляет собой широкий спектр ССЗ (инфаркт миокарда и т.д.), смертность от которых составила до 30% от общего числа смертей за прошедший год.
3. Инсульт.

## Факторы риска развития сердечнососудистых заболеваний

Многочисленные исследования позволили выделить факторы риска (ФР) ССЗ. Их можно разделить на две группы: факторы, изменить которые невозможно, и факторы, на которые можно повлиять.

К первым относят пол, возраст, наследственность.

- **Возраст.** После 65 лет риск развития ССЗ значительно возрастает, но не в равной степени для всех. При наличии других ФР вероятность заболевания возрастает на 65%, при отсутствии таких факторов – лишь на 4%.
- **Пол.** Известно, что мужчины болеют ИБС чаще и заболевание у них развивается в более молодом возрасте, чем у женщин. Мужской пол является ФР ССЗ. Статистически доказано, что не поврежденные атеросклерозом артерии встречаются лишь у 8% мужчин (по сравнению с 52% женщин) в возрасте от 40 до 70 лет.
- **Наследственность.** Люди, у которых ближайшие родственники страдают ССЗ (особенно, если перенесли инфаркт миокарда в возрасте до 50 лет), имеют неблагоприятную наследственность, и риск заболеть ИБС повышается на 25%.

Ко второй группе ФР, которые можно изменить, относятся курение сигарет, избыточная масса тела, неумеренное потребление алкоголя, низкая физическая активность.

- **Курение.** Наиболее распространенным ФР среди трудоспособного населения, особенно среди мужчин, является курение. У курящих, по данным ВОЗ, чаще развиваются сердечнососудистые, онкологические (с поражением дыхательной

системы), бронхолегочные заболевания. Выраженность патологии, частота осложнений связаны не только с фактом курения, но и с его интенсивностью. По мнению экспертов ВОЗ, нет «неопасных» видов табачных изделий, так как спектр вредных веществ в табачном дыме настолько широк, что меры по их уменьшению в целом не снижают опасность курения. Курящие люди умирают от ИБС в 2 раза чаще, чем те, кто никогда не курил.

В настоящее время борьба с курением в той или иной форме проводится во многих странах и в основном направлена на предотвращение начала курения некурящими, ликвидацию пассивного курения, снижение ядовитых свойств табачных изделий, отказ от курения и лечение лиц, желающих избавиться от этой вредной привычки. Для успешной пропаганды борьбы с курением нужна постоянная и терпеливая пропаганда, причем в последнее время все большее внимание уделяется не разъяснению вредных последствий курения, а положительным аспектам отказа от курения (улучшение самочувствия, исчезновение запаха изо рта, улучшение цвета лица и зубов и др.)

В борьбе с курением важную роль играют все медицинские работники, но особенно практикующие врачи и медицинские сестры, чаще всего контактирующие с населением. Люди чаще всего прекращают курить под влиянием совета медработников. Несомненно, важен личный пример медсестер и врачей. Врач должен терпеливо, но настойчиво ставить акцент на поиск «альтернативной» замены курения в каждом конкретном случае, вовлекая курильщика в «сотрудничество», постепенно подводя его к мысли о необходимости и реальной возможности прекращения курения. Нужно создать у курильщика положительную мотивацию к отказу от этой привычки и убедить его, что всегда предпочтительнее одномоментный отказ от курения. Иногда приходится прибегнуть к седативной и другой симптоматической терапии, а в случаях физиологической зависимости — к специфическому медикаментозному лечению.

Лекарственная терапия курения условно может быть разделена на аверсионную и заместительную. Цель первой — выработать отвращение к табаку, для чего используются различные вяжущие средства, полоскание рта перед закуриванием сигарет и т. п. Заместительная терапия позволяет снять симптомы никотиновой абстиненции путем введения в организм веществ, сходных по действию на организм с никотином, но лишенных его вредных свойств или никотина.

Вспомогательная терапия (седативные, снотворные и другие психотропные средства, а также рациональная витаминотерапия) назначается для снятия невротических расстройств, нарушений сна и снижения работоспособности, часто сопровождающих отказ от курения.

Методом выбора при лечении табакокурения в последние годы является рефлексотерапия, которая оказывается весьма эффективной не только в отношении непосредственного отказа от курения, но и для профилактики возврата к курению, что часто наблюдается при краткосрочных методах лечения.

Большинство курильщиков свое нежелание бросить курить объясняют тем, что опасаются прибавить в весе. Действительно, отказ от курения, постепенная ликвидация симптомов хронической табачной интоксикации сопровождается улучшением вкусовой чувствительности, аппетита, нормализацией секреции пищеварительных желез, что в целом приводит к увеличению приема пищи и, следовательно, прибавке массы тела. Этого нежелательного для многих явления можно избежать, если следовать некоторым несложным диетическим советам: избегать переедания и соблюдать основы рационального питания. Физиологическое равновесие у курильщика восстановится быстрее при употреблении продуктов, содержащих витамин С (шиповник, черная смородина, зеленый лук, капуста, лимоны и др.), витамин В1 (хлеб грубого помола, крупы), витамин В12 (зеленый горошек, апельсины, дыни), витамин РР (фасоль, крупы, дрожжи, капуста, молочные продукты, картофель), витамин А (овощи, особенно морковь), витамин Е (хлеб грубого помола, растительное масло, зеленые овощи, зародыши пшеницы). Никотиновую зависимость, сопровождающуюся, как правило, «закислением» внутренней среды организма, уменьшает щелочное питье - минеральные воды, соки, овощные отвары.

Особенно внимательно следует относиться к жалобам, появляющимся сразу после отказа от курения, чтобы вовремя прервать формирование у пациента причинно-следственной связи своего состояния с отказом от курения и убрать повод к возврату этой вредной привычки. Это касается в первую очередь развития невротических расстройств, явлений абстиненции, нежелательной прибавки в весе. У ряда курильщиков, особенно с большим стажем, в первое время после прекращения курения усиливается кашель с отделением мокроты. Нужно объяснить пациенту, что это - естественный процесс, и назначить отхаркивающие средства и щелочное питье.

Следует рекомендовать пациенту избегать ситуаций, провоцирующих курение. Психологическая поддержка окружающих, одобрительное отношение к некурению способствуют закреплению отказа от этой вредной привычки.

- Неправильное питание. Изменился стиль питания в сторону мясных, сладких и жареных блюд, что привело к резкому повышению калорийности пищи наряду с уменьшением физической активности. Переизбыток в рационе насыщенных животных жиров, отличающихся высоким содержанием холестерина, приводит к атеросклерозу и, следовательно, катализирует развитие ССЗ.
- Избыточный вес. Не только увеличивает риск заболевания сердечнососудистыми болезнями, но и крайне негативно влияет на развитие уже существующей болезни. Избыточная масса тела, нарушения липидного обмена, как правило, тесно связаны с неправильными привычками и характером питания, поэтому их коррекция предполагает, прежде всего, комплекс диетических рекомендаций, в основе которого лежит принцип рационального питания. У лиц, не

контролирующих калораж своего пищевого рациона, увеличивающих потребление животных жиров, углеводов, в 2-3 раза чаще развивается избыточная масса тела.

Наиболее распространенным подходом к снижению массы тела является назначение низкокалорийных, сбалансированных по основным пищевым веществам диет.

Лицам с клиническими формами ожирения (индекс массы тела 29,0 и выше) необходимо более значительное уменьшение калорийности: до 1200-1800 ккал в сутки с назначением 1-2 разгрузочных дней (мясных, творожных, яблочных) в неделю. В эти дни следует питаться дробно 5-6 раз.

Больным с гиперхолестеринемией (ГХС) и у лиц с риском ее появления (тучных, с нарушением обмена, наследственной предрасположенностью) необходимо выполнять следующие рекомендации по рациональному питанию:

1. не употреблять более 3 яичных желтков в неделю, включая желтки, используемые для приготовления пищи;
2. ограничить потребление субпродуктов (печень, почки), икры, креветок; всех видов колбас, жирных окороков, сливочного и топленого масла, жирных сортов молока и молочных продуктов;
3. глубокое прожаривание пищи на животных жирах заменить тушением, варкой, приготовлением на пару, в духовке, перед приготовлением срезать видимый жир с кусков мяса, а с птицы удалить кожу;
4. отдать предпочтение рыбным блюдам, продуктам моря, овощам и фруктам;
5. использовать обезжиренные сорта молочных продуктов, готовить на растительных маслах;
6. ограничить поваренную соль - она вызывает отек тканей, в том числе и тканей стенок сосудов, отчего их просвет суживается. Особенно важно ограничивать соль тем, у кого стенокардия сочетается с АГ;
7. запретить употребление алкоголя. Хроническое употребление алкоголя нередко сопровождается переизбытком, что приводит к ожирению со всеми вытекающими отсюда последствиями в отношении ССЗ. Помимо этого, сразу же после приема алкоголя в большинстве случаев возникает подъем АД, создающий перегрузки для сердечной мышцы и увеличивающий тем самым вероятность коронарных осложнений. Установлено, что алкоголь уменьшает силу сердечных сокращений, а при длительном употреблении вызывает структурные изменения в сердечной мышце, которые могут привести к нарушению ритма сердечных сокращений и другим нарушениям сердечной деятельности, получившим название алкогольной кардиопатии.

Принципы рационального питания:

1. Сбалансированность энергопоступления и энергозатрат организма в соответствии с полом, возрастом, характером труда.
2. Обеспеченность физиологических потребностей организма в незаменимых пищевых веществах: белках, жирах, углеводах, витаминах, минеральных веществах.
3. Для нормальной жизнедеятельности организма основные пищевые вещества должны содержаться в рационе в следующих пропорциях: белок — 15% от общей калорийности (90-95 г), жир — 35% от общей калорийности (80-100 г), углеводы — 50% от общей калорийности (300-350 г).

Желательно принимать пищу не реже 4-5 раз в день, распределяя ее по калорийности суточного рациона приблизительно следующим образом: завтрак до работы — 30%, второй завтрак — 20%, обед — 40%, ужин — 10%. Последний прием пищи должен быть не менее чем за 2-3 часа до сна. Интервал между ужином и завтраком должен быть не более 10 часов.

Если соблюдение диеты в течение 3-6 месяцев не приводит к снижению уровня общего ХС в крови, рекомендуется лекарственная терапия. Гиполипидемическая терапия, способствуя снижению уровня атерогенных фракций липидов крови и уровня общего ХС, приводит к стабилизации атеросклеротических бляшек.

• Низкая физическая активность. Негативно воздействует на тонус тела, выносливость организма, сопротивляемость внешнему воздействию. Повышает риск ССЗ в 2-3 раза. Увеличивает риск внезапных сердечных приступов.

Доказано, что физически активный досуг предупреждает последствия малоподвижного образа жизни (развитие ожирения, АГ, заболеваний сердечнососудистой системы, обменных нарушений). Режим и методы повышения физической активности следует выбирать совместно с пациентом, учитывая реальные условия его труда, быта, сложившиеся стереотипы. Физическая активность должна сопровождаться положительными психо-эмоциональными установками и не иметь оттенка бремени. Перед началом самостоятельных занятий необходимо провести медицинское обследование в зависимости от возраста больного:

- до 30 лет достаточно обычного врачебного осмотра;

- от 30 до 40 лет к осмотру необходимо добавить снятие ЭКГ - покоя;

- старше 40 лет рекомендуется начинать тренировки под наблюдением инструктора с предварительным проведением пробы с физической нагрузкой.

При занятиях физическими упражнениями рекомендуют соблюдать следующие условия:

1. Темп (интенсивность) физических упражнений должен быть достаточным, чтобы привести к увеличению частоты сердечных сокращений (ЧСС) до 50-75% от максимальной.
2. Продолжительность выполнения физических упражнений, при которой ЧСС достигает 50-75% от максимальной, должна быть 15-30 минут.
3. Физические упражнения следует выполнять регулярно, не менее 3 раз в неделю.

Если человек прекращает регулярно заниматься физическими упражнениями, то достигнутая им степень тренированности сердечнососудистой системы довольно быстро снижается и через некоторое время он уже ничем не отличается от человека, постоянно ведущего малоподвижный образ жизни.

Следует иметь в виду, что все перечисленные рекомендации предназначены для людей без клинических признаков ССЗ и желающих заниматься физическими упражнениями с целью укрепления здоровья и профилактики ССЗ.

Лицам старше 40 лет физическую нагрузку рекомендуется назначать с дозированной ходьбы, постепенно увеличивая темп и дистанцию. Лицам с ожирением рекомендуется более медленный темп и длительный период тренировки.

Необходим самоконтроль нагрузки: она не должна приводить к учащению пульса выше возрастного предела, который определяется как «180 — возраст в годах». Появление одышки служит сигналом для уменьшения интенсивности нагрузки. Тренирующий эффект нагрузки проявляется в снижении частоты пульса в покое, сокращении времени восстановления пульса после стандартной нагрузки (например, 20 приседаний). Ухудшение самочувствия (сна, аппетита, работоспособности, появление неприятных ощущений) требует снижения или прекращения нагрузок.

• Артериальная гипертензия. АГ - синдром повышения АД при гипертонической болезни и симптоматических артериальных гипертензиях. Взаимосвязь между уровнем АД и риском возникновения ССЗ линейна и не зависит от других факторов риска. Чем выше АД, тем больше вероятность инфаркта миокарда, инсульта, сердечной недостаточности и поражения почек. Состояние хронически повышенного АД увеличивает риск развития ИБС не менее чем в 3 раза. В связи с этим выделяют оптимальное, нормальное и высокое нормальное АД. Классификация АГ основана на уровне АД. Выделяют 3 степени повышенного АД.

Таблица 1 Определение и классификация уровней АД

Категории	Систолическое АД, мм рт.ст.	Диастолическое АД, мм рт.ст.	• Злоупотребление алкоголем. Минимальное потребление алкоголя (20 мл этанола в день для женщин и 30 мл этанола для мужчин)
Оптимальное АД	<120	<80	
Нормальное АД	120-129	80-84	
Высокое нормальное АД	130-139	85-89	
1 степень АГ (мягкая)	140-159	90-99	
2 степень АГ (умеренная)	160-179	100-109	
3 степень АГ (тяжёлая)	≥180	≥110	
Изолированная систолическая АГ	≥140	<90	

снижает риск заболевания всеми видами сердечнососудистых болезней. Риск смертельного исхода повышен у тех, кто злоупотребляет алкоголем или не употребляет его совсем.

- Сахарный диабет. Повышает риск развития ИБС и заболеваний периферических сосудов в несколько раз, а также усложняет течение болезни.
- Абдоминальное ожирение. При превышении нормальных значений обхвата талии (более 94 см у мужчин и более 80 см у женщин) повышен риск развития заболеваний сердечнососудистой системы.
- Стресс. В состоянии стресса организм функционирует неполноценно, особенно это касается сосудов, обмена веществ и всех прочих систем, связанных с нервной системой. Хронический стресс способствует развитию ССЗ, а острый стресс может стать катализатором и толчком к возникновению опасного для жизни приступа.

**Профилактические мероприятия в борьбе сердечнососудистых заболеваний**

Профилактика – одна из основных составляющих деятельности врача общей практики (ВОП). Каждый пациент, наблюдающийся у ВОП, должен быть оценен с точки зрения наличия и выраженности у него ФР. Для того необходимо не только собрать информацию об образе жизни самого пациента и его семьи, но и определить у него концентрацию холестерина в сыворотке крови.

Профилактика заболеваний — это мероприятия, направленные не только на предупреждение заболевания, но и на то, чтобы сдержать его развитие и уменьшить его последствия после установления факта заболевания. Исходя из этого определения, в профилактике заболеваний ВОЗ предлагает выделять 3 стратегии:

1. Массовая профилактика — мероприятия, направленные на повышение образовательного уровня населения, формирование у людей установки на здоровый образ жизни и создание условий для его реализации. Это, в первую очередь, государственная политика по охране здоровья населения, экономическая политика, а также система средств массовой информации.
2. Выявление лиц с высоким уровнем риска развития болезни и коррекция ФР. Эти мероприятия являются сугубо медицинскими и требуют не только проведения массовых профилактических обследований, но и специальной подготовки медицинского персонала по методам оздоровления и индивидуальной профилактики.
3. Вторичная профилактика — выявление, лечение и реабилитация больных.

Профилактика заболеваний в современной России возложена на центры профилактики, специальные подразделения ЛПУ и центры государственного санитарно - эпидемиологического надзора.

В центрах здоровья для исследования сердечнососудистой системы применяется несколько методов:

1. Система скрининга сердца компьютеризированная (экспресс-оценка состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей) - метод дисперсионного картирования ЭКГ (Кардиовизор). Данная методика обеспечивает быстрое и точное отнесение состояния сердца к одной из четырех групп: норма, пограничное состояние, невыраженная патология, выраженная патология. Система наглядно показывает и врачу, и пациенту проблемные области сердца, позволяет выявить ИБС, прединфарктное состояние, дает информацию о выраженности и локализации очага изменений на трехмерном «портрете» сердца, о степени опасности состояния, а также о наиболее вероятном виде патологии.

2. Система ангиологического скрининга с автоматическим измерением систолического АД и расчета плече-лодыжечного индекса - ультразвуковой доплеровский метод, позволяющий оценить адекватность циркуляции крови в нижних конечностях.

Также в Центре здоровья проводят оценку риска смерти от ССЗ в ближайшие 10 лет жизни в соответствии со шкалой SCORE. В ней учитывают следующие факторы риска: пол, возраст, курение, систолическое АД и общий холестерин. Шкала помогает оценить результат профилактических мероприятий. Так человек, бросивший курить, перейдет из категории более высокого риска в категорию менее высокого. К категории высокого риска относят лиц, имеющих общий риск  $\geq 5\%$ .

Таблица 2. Оценка риска смерти от ССЗ в ближайшие 10 лет жизни

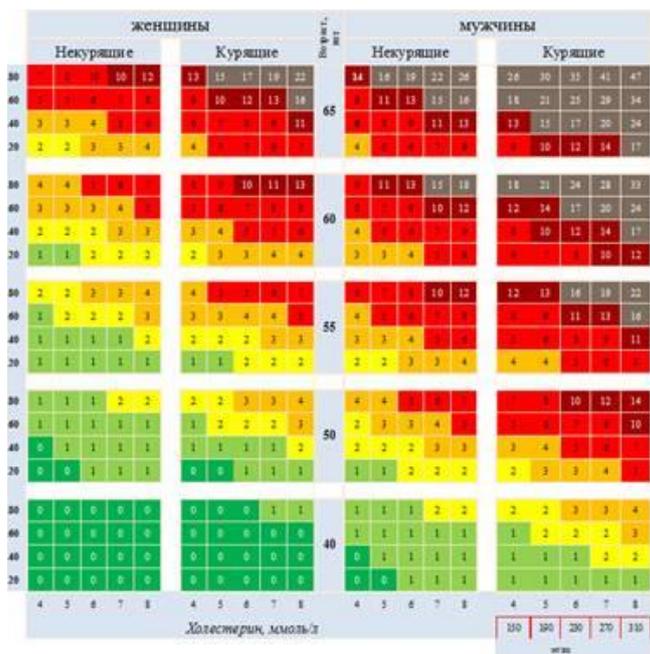


Таблица 3. Оценка риска смерти от ССЗ в ближайшие 10 лет жизни в соответствии со шкалой SCORE в %.

Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний со смертельным исходом в ближайшие 10 лет	15 % и более
	10-14 %
	5-9 %
	3-4 %
	2%
	1%
	Менее 1%

В системе профилактических мероприятий особое значение имеет санитарно-просветительная работа, которая включает в себя кроме лекций и бесед профилактического направления – работу обучающих «школ», основная цель которых - обучить пациентов здоровому образу жизни.

Основными задачами «школы профилактики сердечнососудистых заболеваний» являются:

- повышение информированности пациентов о ФР ССЗ, их развития, возможностях лечения и профилактики, согласно современным рекомендациям;
- обучение правилам самоконтроля АД и основных физиологических параметров организма;
- уменьшение риска развития осложнений гипертонической болезни;
- обучение методам вторичной профилактики осложнений АГ;
- стабилизация состояния пациентов, снижение частоты госпитализации.

Немедикаментозная профилактика является начальным этапом любых профилактических мероприятий, в число которых входит:

- отказ от курения;
- отказ от злоупотребления алкоголем;
- снижение избыточной массы тела;
- увеличение физической активности;
- борьба с гиперхолестеринемией.

Необходимо подчеркнуть, что большинство рекомендуемых профилактических мер носят универсальный характер и показаны не только при ССЗ, но и для целого ряда хронических неинфекционных заболеваний — хронических обструктивных заболеваний легких, некоторых форм ЗНО, сахарного диабета и др. Вот почему широкое внедрение мероприятий медицинской профилактики в практическое здравоохранение, развитие системы целенаправленного применения этих мер может рассматриваться как шаг к переходу служб практического здравоохранения на реальное профилактическое направление, которое декларируется в основных законодательных документах и нашло отражение в Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ на ближайшие годы.

Результаты комплексных профилактических мероприятий определяют социально-экономическую и этическую значимость всей профилактической работы. Дело только за ее реальным осуществлением, активизацией резервов служб практического здравоохранения. И наконец, необходимо создать социальные условия, при которых человеку выгодно (и материально, и морально) быть здоровым.

#### Как снизить риск смерти от сердечнососудистых заболеваний:

При выявлении ССЗ в обязательном порядке необходимо обратиться к своему участковому терапевту или семейному врачу. ССЗ — ведущая причина смертности населения России. Эти заболевания можно предотвратить, выполняя рекомендации своего врача по лечению, изменив стиль жизни и соблюдая простые правила.

1. Обязательно нужно прекратить курение.
2. Следует ограничить потребление поваренной соли до 6 г. в сутки. Не держите солонку на столе, старайтесь готовить пищу без соли, ешьте свежие овощи и фрукты, откажитесь от консервированных или имеющих солёный вкус продуктов.
3. Нормализуйте массу тела. Каждый лишний килограмм сопровождается повышением АД на 2 мм рт. ст. Важно нормализовать массу тела, о чём судят по величине индекса массы тела, который должен составлять менее 25. Индекс массы тела определяют по формуле: масса тела (кг), разделённая на рост, выраженный в метрах и возведённый в квадрат ( $m^2$ ).
4. Уменьшите потребление жирных и сладких продуктов (печенье, конфеты, шоколад, мороженое). Калорийность суточного рациона должна соответствовать энергетическим затратам организма. Средняя потребность женщин в энергии составляет 1500—1800 ккал в сутки, мужчин — 1800-2100 ккал в сутки. Продукты следует готовить на

пару, отваривать или запекать. При приготовлении пищи нужно использовать растительные жиры (оливковое, подсолнечное, кукурузное масло).

5. Ежедневно выполняйте физические нагрузки, по меньшей мере по 30 мин. Необходимо регулярно выполнять физические упражнения. Уровень физической нагрузки Вам определит врач.
6. Необходимо контролировать уровень АД. Добейтесь, чтобы АД было нормальным — менее 140/90 мм рт.ст.
7. Обязательно нужно ограничить употребление алкоголя или отказаться от его приёма. Безопасная для сердечнососудистой системы доза алкоголя в перерасчёте на чистый этиловый спирт составляет менее 30 г. для мужчин за сутки (50—60 мл водки, 200—250 мл сухого вина или 500-600 мл пива) и 15 г для женщин (25—30 мл водки, 100—125 мл сухого вина или 250—300 мл пива).
8. Периодически проверяйте уровень холестерина (липидов) крови. Желательная концентрация общего холестерина - менее 200 мг/дл (5 ммоль/л).
9. Периодически проверяйте уровень глюкозы крови (сахар крови). Уровень глюкозы натощак утром должен быть менее 100 мг/дл (5,5 ммоль/л).

Таким образом, уровень здоровья населения является показателем цивилизованного общества, а характер организации здравоохранения и его эффективность отражают степень этой цивилизованности. Охрана здоровья и профилактическая помощь населению являются составляющими сферы здравоохранения. Провозглашение профилактики в качестве стратегического направления развития содержится во всех государственных законодательных актах последнего десятилетия, касающихся охраны здоровья населения. Это утверждается в «Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан», об этом настойчиво прописывается в «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ» и ряде законодательных актов самого последнего времени. Тем не менее, приходится констатировать, что всё это зачастую носит декларативный характер, и не получает должного внедрения в повседневную практику деятельности лечебно-профилактической сети.

Надежды на развитие профилактических мероприятий и улучшение ситуации в здравоохранении от введения медицинского страхования и внедрения системы врачей общей практики до сих пор себя никак не оправдали. Складывается впечатление, что для того, чтобы идеи профилактики в стране вновь стали жизнеспособными, необходимо более грамотное и успешное совмещение экономических и социальных интересов общества и здравоохранения. Опыт реформирования здравоохранения в мировой практике даёт основания для выводов о существовании определённых общественных закономерностей, которые следует учитывать в качестве методологической основы для проведения организационных изменений, направленных на оптимизацию медицинской помощи.