

© Драпкина О.М., 2020

ПОПУЛЯЦИОННАЯ ПРОФИЛАКТИКА КАК ПЕРВЫЙ ЭТАП ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНТИНУУМА В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

О.М. Драпкина

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии
и профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

Популяционная профилактика является базовой составляющей системы укрепления общественного здоровья. В нашей стране накоплен большой опыт, который получил признание на международном уровне. Министерством Здравоохранения РФ разработаны инициативы, направленные на снижение доступности алкогольной и табачной продукции, создание безопасной и свободной от табачного дыма окружающей среды, формирование здорового образа жизни. Реализация мер по укреплению общественного здоровья требует эпидемиологического мониторинга распространенности факторов риска и приверженности к здоровому образу жизни на популяционном уровне. У лиц, ведущих здоровый образ жизни, смертность от всех причин ниже на 39 % ($p = 0,0003$), от сердечно-сосудистых заболеваний — на 36 % ($p = 0,0035$) и общих сердечно-сосудистых событий меньше на 19 % ($p = 0,0058$) по сравнению с лицами, его не соблюдающими.

Ключевые слова: профилактика, здоровый образ жизни, факторы риска, общественное здоровье.

Для цитирования: Драпкина О.М. Популяционная профилактика как первый этап профилактического континуума в первичном звене здравоохранения Российской Федерации. *Южно-Российский журнал терапевтической практики*. 2020;1(1):28-32.

Контактное лицо: Драпкина Оксана Михайловна, drapkina@bk.ru.

POPULATION PREVENTION AS THE FIRST STAGE OF A PREVENTIVE CONTINUUM IN THE PRIMARY HEALTH CARE OF THE RUSSIAN FEDERATION

O.M. Drapkina

National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russia

Population prevention is the basic component of a public health promotion system. In this area Russia has got extensive experience, which is internationally acknowledged. Ministry of Health of Russia has developed initiatives aimed at reducing availability of the alcohol and tobacco products, creating a safe and smoke-free environment, and establishing a healthy lifestyle. Implementation of measures to strengthen public health requires epidemiological monitoring of the risk factors prevalence and the population commitment to a healthy lifestyle. Individuals leading a healthy lifestyle, compared to those who do not observe it, demonstrated a 39% ($p = 0.0003$) lower mortality from all causes, 36 % ($p = 0.0035$) - from cardiovascular diseases, and 19 % ($p = 0.0058$) of overall cardiovascular events.

Key words: prevention, healthy lifestyle, risk factors, public health.

For citation: Drapkina O.M. Population prevention as the first stage of a preventive continuum in the primary health care of the Russian Federation. *South Russia Journal of Therapeutic Practices*. 2020;1(1):28-32.

Corresponding author: Oksana M. Drapkina, drapkina@bk.ru.

Сохранение и укрепление здоровья нации на протяжении многих лет является приоритетом государственной политики Российской Федерации в целом и Министерства здравоохранения в частности.

Популяционная профилактика является базовой составляющей системы укрепления общественного здоро-

вья, которую в настоящее время в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения лучшими практиками из отечественного и международного опыта Министерство здравоохранения выстраивают в РФ. Накоплен уже достаточно большой опыт, который получил признание на международном уровне. Реализо-

ванные меры, направленные на снижение доступности алкогольной и табачной продукции, создание безопасной и свободной от табачного дыма окружающей среды, формирование здорового образа жизни, обеспечение качественной медицинской помощью, привели к сокращению потребления табака и алкоголя и улучшению контроля артериальной гипертензии на популяционном уровне. Следствием этого стал тот факт, что в сентябре 2018 г. авторитетный медицинский журнал «Ланцет» отметил Россию как одну из немногих стран, которая, по прогнозам международных экспертов, в рамках исполнения целей устойчивого развития (ЦУР) может к 2030 г. уменьшить на треть преждевременную смертность от неинфекционных заболеваний.

Курение вносит наибольший вклад в заболеваемость и смертность основных неинфекционных заболеваний, которые являются причинами преждевременной смертности трудоспособного населения [1,2].

В 2008 г. Российская Федерация присоединилась к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ), принятой в 2005 г. Основным законодательным актом, направленным на снижение доступности табачной продукции и сокращение курения стал Федеральный закон от 23.02.2013г №15-ФЗ «Об охране здоровья населения от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» (Федеральный Закон №15-ФЗ), определяющий основные направления борьбы с потреблением табака в рамках ратификации Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака в России. Также в 2013 г. были внесены изменения в Федеральный закон «О рекламе».

Согласно данным Глобального опроса ВОЗ взрослого населения о потреблении табака в Российской Федерации (GATS), распространенность потребления табака среди взрослого населения России старше 15 лет с 2009 по 2016 гг. снизилась с 39,1 % до 30,5 %, причем среди мужчин — с 60,2 % до 49,8 %, среди женщин — с 21,7 % до 14,5 %. Согласно данным опросов 2018 г., распространенность потребления табака стала еще ниже — 29,5 % [3].

По данным GATS, по сравнению с 2009 г. в 2016 г. на фоне реализации мер антитабачной политики и запрета курения в общественных местах наблюдалось сокращение доли взрослого населения, подвергшегося воздействию пассивного курения. На 13,1 % сократилось воздействие вторичного табачного дыма на рабочих местах (с 34,5 % до 21,8 % взрослого населения). В 2016 г. наблюдалось резкое сокращение доли взрослых, посетителей ресторанов, подвергшихся воздействию табачного дыма, — с 78,6 % до 19,9 % (на 58,7 %). Также сократилась доля лиц, подвергшихся воздействию вторичного табачного дыма в общественном транспорте, госучреждениях и в медицинских учреждениях.

Среди детей и подростков, по данным Глобального обследования употребления табака среди молодежи ВОЗ (GYTS), процент школьников, которые подвергались воздействию вторичного табачного дыма дома в 2004 г., составлял 76,4 % (74,3 % среди мальчиков и 78,5 % среди девочек). В 2015 г. этот показатель сократился более чем в два раза и составил 33,4 % (30 % среди мальчиков и 37,1 % среди девочек).

Следующим этапом развития антитабачной политики должно стать приравнивание электронных систем до-

ставки никотина (ЭСДН) к обычным сигаретам, так как это растущая проблема в России и серьезная угроза достижениям антитабачной политики. Правительство уже одобрило законопроект о приравнивании ЭСДН к обычным сигаретам в законодательном регулировании. Кроме того, необходимо введение простой (стандартной) упаковки и более жесткой акцизной политики, так как цены на табачные изделия пока являются относительно низкими.

Алкоголь занимает одно из ведущих мест среди факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ).

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2009 г. №2128-р была одобрена «Концепция государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 г.».

За прошедшие десять лет были достигнуты определенные успехи в этом направлении. Внесены изменения в законодательство, которые ограничили время продажи алкогольных напитков, ужесточили лицензионные требования к производителям и продавцам алкоголя. Создана единая государственная автоматизированная информационная система (ЕГАИС), предназначенная для государственного контроля над объемом производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции.

Все эти меры привели к снижению объема розничных продаж алкогольных напитков на 27,5 %, а крепкого алкоголя — с 4,4 до 2,7 литров в пересчете на этиловый спирт.

Заболеваемость алкоголизмом и алкогольными психозами снизилась в 1,7 раза. Смертность от острых алкогольных отравлений уменьшилась более чем в 3 раза: с 11,8 на 100 тыс. населения в 2009 г. до 3,8 на 100 тыс. населения в 2018 г. Отмечается также снижение уровня смертности от причин, связанных с употреблением алкоголя [4,5].

Ожирение входит в десятку основных факторов риска как в РФ, так и в других странах [6].

В соответствии с Глобальным планом действий ВОЗ по профилактике и контролю хронических неинфекционных заболеваний 2013 – 2020 гг. намечено девять основных целей, которые должны быть достигнуты к 2025 г. В ряду четко очерченных «мишеней» стало следующее положение: торможение кривой роста распространенности ожирения и сахарного диабета 2 типа.

Распространенность ожирения и ассоциированных заболеваний неуклонно растет в Российской Федерации [7]. По данным эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ (2013 г.), абдоминальное ожирение отмечается более чем у двух третей обследованных, что отражает общемировые тенденции последних лет [8]. Кроме того, выявлено увеличение распространенности ожирения с возрастом как по критерию индекса массы тела (ИМТ), так и по величине окружности талии (ОТ). В российской популяции в возрасте 35 – 44 лет ожирением страдают 26,6 % мужчин и 24,5 % женщин, в возрасте 45 – 54 лет — 31,7 % мужчин и 40,9 % женщин, в возрасте 55 – 64 лет — 35,7 % и 52,1 % мужчин и женщин соответственно. За последние 20 лет наблюдается двукратный рост распространенности ожирения у мужчин. Так, в 1993 г. ожире-

ние выявлялось у 11,8 % мужчин, а к 2013 г. — у 26,6 % мужчин. В настоящее время необходим детальный анализ ситуации в РФ по распространенности и клиническим особенностям ожирения.

Известно, что метаболические изменения, обычно характерные для ожирения, встречаются далеко не у всех пациентов, страдающих ожирением. Приблизительно 10 – 25 % лиц с ожирением, а также существенная часть пациентов с морбидным ожирением демонстрируют отсутствие метаболических изменений в углеводном и липидном обменах [9]. В этой когорте людей, имеющих признаки «метаболически здорового» ожирения, сохранена чувствительность к инсулину, нет артериальной гипертензии, отмечаются оптимальный липидный профиль, меньшее количество висцеральной жировой ткани, реже развивается неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП), несмотря на значительное количество подкожно-жировой клетчатки.

С другой стороны, в клинической практике встречаются пациенты, имеющие нормальную массу тела, но с признаками метаболических нарушений, характерных для ожирения. Этих пациентов можно охарактеризовать как «метаболически нездоровых с нормальной массой тела».

Таким образом, группа пациентов, страдающих ожирением, является весьма неоднородной, и в ней можно выделить несколько подгрупп с разными метаболическими профилями. Хотя теория фенотипов ожирения обсуждается давно в научной среде, недостаточно данных о популяционном уровне распространенности и значении каждого фенотипа в развитии ассоциированных с ожирением заболеваний (ССЗ, СД 2 типа, НАЖБП).

Ранее считалось, что при «метаболически здоровом ожирении» частота неблагоприятных исходов ниже, чем у пациентов с метаболическим синдромом и нормальной массой тела. Однако эти данные были получены в нескольких исследованиях, в которых проводили сравнение различных фенотипов ожирения и оценку клинко-лабораторных признаков этих групп в общей популяции США и Финляндии. В России по этому вопросу эпидемиологические данные полностью отсутствуют.

Очевидно, что драйверы роста ожирения в Российской Федерации те же самые что и во всем мире, а именно нерациональное питание и недостаточная физическая активность. В современном обществе сформировалась среда, способствующая ожирению с агрессивным маркетингом нездоровых продуктов питания, направленного в том числе на детей, в средствах массовой информации. По данным исследования, проведенного НМИЦ ПМ совместно с Европейским бюро ВОЗ, на российских телеканалах 60 % рекламируемых продуктов питания запрещены для детей, согласно рекомендациям ВОЗ, а еще 20 % было невозможно оценить вследствие отсутствия необходимой информации на этикетке.

В характере питания россиян отмечаются как позитивные (протективные) моменты, так и негативные [10]. Из протективных аспектов выделяется регулярное потребление молочных продуктов, высокая частота потребления птицы, широкое (94 %) использование растительных масел в процессе приготовления пищи. Из негативных — недостаточное по количеству потребление рыбы, овощей и фруктов, выбор молочных продуктов высокой жирности, высокое потребление красного мяса, частое присутствие в

рационе мяскоколбасных продуктов и кондитерских изделий, высокая распространенность привычки досаливания и потребления продуктов с высоким содержанием соли.

Так, молочные продукты популярны в рационе россиян, и 74 % взрослого населения ежедневно включают их в питание, однако большинство россиян (около 87 %) предпочитают изделия с высоким содержанием жира. Кроме того, наблюдается и высокое потребление сливочного масла: 74,0 % населения ежедневно используют его в пищу.

Ежедневное потребление красного мяса составляет 42,9 %. Каждый пятый россиянин (22,5 %) ежедневно употребляет переработанные продукты красного мяса — мяскоколбасные изделия и мясные деликатесы (копчености и т.д.).

Практически половина россиян (47,6 %) включает сладости и кондитерские изделия в ежедневный рацион и 28,0 % потребляют их регулярно (1 – 2 раза в неделю).

Среди россиян привычка досаливания уже приготовленного блюда имеет высокое распространение (40,5 %).

Основной проблемой нерационального питания следует считать недостаточное потребление овощей, фруктов и рыбы. Несмотря на то что свежие овощи и фрукты ежедневно присутствуют в рационе у 59,7 % россиян, среднее количество составляет лишь 1,48 порций в день, что является низким [11].

Структура пищевых привычек взрослой популяции РФ на современном этапе пока далека от полного соответствия рекомендациям ВОЗ и благоприятного прогноза в отношении профилактики ХНИЗ. Однако наблюдается некий «переходный» период, когда существуют моменты, требующие коррекции, но при этом уже формируется в популяции основа позитивных аспектов рациона здорового питания.

С 1 января 2018 г. вступили в силу поправки к Техническому регламенту на масложировую продукцию, действующему на территории государств Таможенного союза. С нового года все производители России, Беларуси, Армении, Киргизии и Казахстана обязаны сократить содержание трансжиров в продукции до 2 %.

Низкая физическая активность (НФА) — значимый фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний, особенно в развитых странах. По данным исследования ЭССЕ, распространенность НФА в российской популяции составила 36,1 % среди мужчин и 40,8 % среди женщин [4]. Что касается возрастных групп, то наибольшая частота НФА выявлена в молодом и среднем возрасте (25 – 44 года). В этом отношении мы ближе к развивающимся странам Азии, где наиболее активны лица старше 60 лет, тогда как в большинстве западных стран наибольшая активность приходится на молодую и среднюю возрастную группу. Наименьший уровень НФА отмечен среди лиц с высшим образованием, причем образовательный градиент был в большей степени выражен у женщин по сравнению с мужчинами.

Среди жителей села распространенность НФА оказалась ниже по сравнению с горожанами (35,1 % и 40,8 % соответственно, $p < 0,0005$).

Эпидемиологический мониторинг как значимый компонент укрепления общественного здоровья

Реализация мер по укреплению общественного здоровья требует эпидемиологического мониторинга рас-

пространенности факторов риска и приверженности к здоровому образу жизни на популяционном уровне [12].

Опыт реализации эпидемиологических исследований накоплен в Национальном медицинском исследовательском центре профилактической медицины (НМИЦ ПМ), который стал организатором и участником крупнейших эпидемиологических исследований, проводимых в стране, таких как Russian Longitudinal Monitoring Survey (Правительство РФ и Всемирный банк), Мониторинг Эпидемиологической ситуации по АГ (Министерство здравоохранения РФ), Исследование популяции пожилых (SAHR, MONICA, ЭССЕ-РФ, ЭССЕ-РФ-2) [12,13].

НМИЦ ПМ давно и успешно сотрудничает с Росстатом (Russian Federal State Statistics Service): специалисты Центра участвуют в разработке вопросников и обучении исполнителей при проведении Федеральных статистических наблюдений, а также в описании полученных результатов.

Данные эпидемиологических исследований, собираемые в НМИЦ ПМ, позволяют получить информацию о распространенности факторов риска ХНИЗ, в том числе в динамике. Кроме того, когортные наблюдения, которые проводятся в настоящее время, дадут возможность оценить вклад различных факторов в риск развития смерти и заболеваний и построить шкалы оценки риска, специфичные для РФ.

Результаты проводимых в НМИЦ ПМ исследований позволили научной группе под руководством проф. Шальной С.А. разработать показатель доли лиц, ведущих здоровый образ жизни, который является основным индикатором эффективности Национального проекта «Демография» и Федерального проекта «Укрепление общественного здоровья» [12]. Данный индекс является характеристикой здорового образа жизни и включает в себя следующие индикаторы/компоненты:

- отсутствие курения;
- потребление овощей и фруктов ежедневно не менее 400 г;
- адекватную физическую активность (не менее 150 мин. умеренной или 75 мин. интенсивной физической нагрузки в неделю);
- нормальное потребление соли (не выше 5,0 г NaCl в сутки);
- употребление алкоголя не более 168 г чистого этанола в неделю для мужчин и не более 84 г для женщин.

В РФ в 2013 г. этот показатель составил 16,7 %, причем у женщин выявлялся в 2 раза чаще, чем у мужчин (20,6 % против 10,7 %, $p < 0,001$).

У лиц, ведущих здоровый образ жизни, смертность от всех причин ниже на 39 % ($p = 0,0003$), от сердечно-сосудистых заболеваний — на 36 % ($p = 0,0035$) и общих сердечно-сосудистых событий меньше на 19 % ($p = 0,0058$) по сравнению с лицами, его не соблюдающими [5].

Укрепление общественного здоровья

В рамках реализации Национального проекта «Демография» в России начала формироваться система общественного здоровья, включающая создание «мотивирующей среды» через развитие сети центров общественного

здоровья, реализацию региональных, муниципальных, корпоративных «программ здоровья», а также через нормативное регулирование, образовательную деятельность и таргетированные коммуникации.

Министерством Здравоохранения разработаны инициативы, направленные на снижение доступности алкогольной и табачной продукции, создание безопасной и свободной от табачного дыма окружающей среды, формирование здорового образа жизни, в том числе, на рабочем месте.

Направление 1. Создание новой модели укрепления общественного здоровья в РФ, включая совершенствование инфраструктуры и функционала.

Для создания новой модели необходимы следующие шаги:

1. Создание региональных Центров общественного здоровья на базе Центров медицинской профилактики и первичных Центров общественного здоровья на базе Центров здоровья с объединением в единую скоординированную профилактическую сеть, занимающуюся укреплением общественного здоровья.
2. Усиление компонента популяционной профилактики / укрепления общественного здоровья на региональном уровне и активное его внедрение на уровне муниципалитетов (межсекторальное взаимодействие — школы, волонтерские организации, работодатели и др.).
3. Разработка модельного плана работы региональных и первичных центров здоровья, пакета модельных профилактических программ на региональном и муниципальном уровнях, которые могут быть адаптированы к потребностям конкретного региона.
4. Создание обучающих программ для специалистов по общественному здоровью и поэтапное обучение всех сотрудников региональных центров общественного здоровья и первичных центров общественного здоровья.
5. Поэтапное внедрение новой модели в регионах РФ, координация и методическая помощь в адаптации и внедрении новой модели и модельных мероприятий.
6. Разработка финансово-экономического механизма финансирования Центров общественного здоровья, особенно в аспекте реализации популяционных мер.

Направление 2. Создание модельной корпоративной программы укрепления здоровья и массовое внедрение этих программ с широким охватом работающего населения.

Для реализации этого направления необходимы следующие шаги:

1. Разработка модельной корпоративной программы, аккумулирующей лучшие практики, которую можно адаптировать для конкретного предприятия.
2. Стимулирование работодателей к реализации корпоративных программ укрепления общественного здоровья (за счет повышения осведомленности, а также мотивации финансовой и не финансовой).
3. Активная работа центров общественного здоровья по массовому внедрению корпоративных программ.

Направление 3. Реализация информационно-коммуникационной кампании по здоровому образу жизни, которая стартовала в 2018 г.

Все вышеперечисленные мероприятия создают основу для эффективно работающей платформы общественного здоровья и создания здоровьесберегающей среды, что наряду с качественно проводимой диспансеризацией

и диспансерным наблюдением служит необходимым условием снижения смертности и увеличения продолжительности жизни [14].

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Муромцева Г.А., Концевая А.В., Константинов В.В., Артамонова Г.В., Гатагонова Т.М., Дупляков Д.В. и др. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в российской популяции в 2012-2013 гг. Результаты исследования ЭССЕ-РФ. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2014;13(6):4-11. doi: 10.15829/1728-8800-2014-6-4-11.
2. Баланова Ю.А., Шальнова С.А., Деев А.Д., Капустина А.В., Константинов В.В., Бойцов С.А. Распространенность курения в России. Что изменилось за 20 лет? *Профилактическая медицина*. 2015;6:47-52. doi: 10.17116/profmed201518647-52.
3. Гамбарян М.Г., Калинина А.М., Попович М.В., Старовойтов М.Л., Драпкина О.М., Бойцов С.А. Потребность в медицинской помощи по отказу от курения и ее реализация: результаты российского опроса взрослого населения по оценке государственной политики противодействия потреблению табака ЭПОХА-РФ. *Профилактическая медицина*. 2019;22(4):26-36. doi: 10.17116/profmed201911908126.
4. Концевая А.В., Шальнова С.А., Баланова Ю.А., Деев А.Д., Артамонова Г.В., Гатагонова Т.М. и др. Социально-экономические градиенты поведенческих факторов риска в российской популяции (по результатам исследования ЭССЕ-РФ). *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2015;14(4):59-67. doi: 10.15829/1728-8800-2015-4-59-67.
5. Бойцов С.А., Деев А.Д., Шальнова С.А. Смертность и факторы риска развития неинфекционных заболеваний в России: особенности, динамика, прогноз. *Терапевтический архив*. 2017;89(1):5-13. doi: 10.17116/terarkh20178915-13.
6. Шальнова С.А., Деев А.Д., Баланова Ю.А., Капустина А.В., Имаева А.Э., Муромцева Г.А. и др. Двадцатилетние тренды ожирения и артериальной гипертензии и их ассоциации в России. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2017;16(4):4-10. doi: 10.15829/1728-8800-2017-4-4-10.
7. Баланова Ю.А., Шальнова С.А., Деев А.Д., Имаева А.Э., Концевая А.В., Муромцева Г.А. и др. Ожирение в российской популяции — распространенность и ассоциации с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний. *Российский кардиологический журнал*. 2018;23(6):123-130. doi: 10.15829/1560-4071-2018-6-123-130.
8. Жернакова Ю.В., Железнова Е.А., Чазова И.Е., Ощепкова Е.В., Долгушева Ю.А., Яровая Е.Б. и др. Распространенность абдоминального ожирения в субъектах Российской Федерации и его связь с социально-экономическим статусом, результаты эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ. *Терапевтический архив*. 2018;10:14-22. doi: 10.26442/terarkh201890104-22.
9. Rotar O., Bovarinova M., Orlov A., Solntsev V., Konradi A., Baranova E. et al. Metabolically healthy obese and metabolically unhealthy non-obese phenotypes in a Russian population. *European Journal of Epidemiology*. 2017;32(3):251-254. doi: 10.1007/s10654-016-0221-z.
10. Карамнова Н.С., Шальнова С.А., Деев А.Д., Тарасов В.И., Баланова Ю.А., Имаева А.Э. и др. Статус курения и характер питания взрослой популяции: отличия рационов. Результаты эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ. *Российский кардиологический журнал*. 2018;23(6):131-140. doi: 10.15829/1560-4071-2018-6-131-140.
11. Карамнова Н.С., Шальнова С.А., Тарасов В.И., Деев А.Д., Баланова Ю.А. и др. Гендерные различия в характере питания взрослого населения Российской Федерации. Результаты эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ. *Российский кардиологический журнал*. 2019;24(6):66-72. doi: 10.15829/1560-4071-2019-6-66-72.
12. Шальнова С.А., Драпкина О.М., Концевая А.В. Мониторинг факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в России. Реалии и перспективы. Значение для практики. *Вестник Росздравнадзора*. 2018;1:21-24. eLIBRARY ID: 32595584
13. Жукова В.А., Шальнова С.А., Метельская В.А., Деев А.Д., Худяков М.Б., Александри А.Л. и др. Результаты популяционного исследования «Стресс, Старение и Здоровье в России». *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. 2012;1:136-138. eLIBRARY ID: 18845841
14. Бойцов С.А., Шальнова С.А., Деев А.Д. Эпидемиологическая ситуация как фактор, определяющий стратегию действий по снижению смертности в Российской Федерации. *Терапевтический архив*. 2020;92(1):4-9. doi: 10.26442/00403660. 2020.01.000510.

Информация об авторе

Драпкина Оксана Михайловна, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия. ORCID: 0000-0002-4453-8430. E-mail: drapkina@bk.ru.

Information about the author

Oksana M. Drapkina, Corresponding Member of RAS, Dr. Sci. (Med.), Prof., National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russia. ORCID: 0000-0002-4453-8430. E-mail: drapkina@bk.ru.