

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ, ОРГАНИЗАЦИЯ И СОЦИОЛОГИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.2
EDN: FCDYMC
<https://doi.org/10.15275/ssmj2201084>

Обзор

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: МИРОВАЯ ПРАКТИКА И ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ БАЗА (ОБЗОР)

З.А. Ульбашева

ФБГОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», Нальчик, Россия

PRIMARY MEDICAL PREVENTION OF CHRONIC NON-INFECTIOUS DISEASES: WORLD PRACTICE AND EVIDENCE BASE (REVIEW)

Z.A. Ulbasheva

Kabardino-Balkarian State University n. a. Kh.M. Berbekov, Nalchik, Russia

Для цитирования: Ульбашева З.А. Первичная медицинская профилактика хронических неинфекционных заболеваний: мировая практика и доказательная база (обзор). Саратовский научно-медицинский журнал. 2026; 22 (1): 84-91. EDN: FCDYMC. <https://doi.org/10.15275/ssmj2201084>

Аннотация. *Цель:* выделить наиболее доказательные стратегии здоровьесбережения в первичной медицинской профилактике хронических неинфекционных заболеваний. *Методика написания обзора.* Поиск выполнен в базах PubMed, Cochrane Library и Scopus (2010–2025 гг.). Отбор проводили в соответствии с PRISMA (Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses)-2020 и PRISMA-NMA (Network Meta-Analyses); качество обзоров оценивалось по AMSTAR-2 (Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews), риск смещения рандомизированных контролируемых исследований – по шкале Cochrane Risk of Bias. В итоговый синтез вошла 31 публикация (2010–2025 гг.), включая систематические обзоры, метаанализы (в том числе сетевые), крупные рандомизированные клинические исследования и когортные исследования. *Заключение.* Наиболее доказанными стратегиями первичной медицинской профилактики хронических неинфекционных заболеваний являются антигипертензивная и липидснижающая терапии, а также комплексные диетические программы. Применение ацетилсалициловой кислоты в общей популяции не оправдано из-за неблагоприятного баланса «польза/риск». Организационные меры повышают охват первичной медицинской профилактикой, но требуют интеграции с поддержкой приверженности ей пациентов.

Ключевые слова: первичная профилактика, хроническое неинфекционное заболевание, артериальное давление, липидснижающая терапия, метаанализ

For citation: Ulbasheva ZA. Primary medical prevention of chronic non-infectious diseases: World practice and evidence base (review). *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2026; 22 (1): 84-91. (In Russ.) EDN: FCDYMC. <https://doi.org/10.15275/ssmj2201084>

Abstract. *Objective:* identify the most evidence-based health-saving strategies in primary medical prevention of chronic non-communicable diseases. *Review methodology.* The search was conducted in the PubMed, Cochrane Library, and Scopus databases (2010–2025). The selection was conducted in accordance with PRISMA (Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses)-2020 and PRISMA-NMA (Network Meta-Analyses); the quality of the reviews was assessed using AMSTAR-2 (Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews), and the risk of bias in randomized clinical trials was assessed using the Cochrane Risk of Bias scale. The final synthesis included 31 publications (2010–2025), including systematic reviews, meta-analyses (including network meta-analyses), large randomized clinical trials, and cohort studies. *Conclusion.* The most proven strategies for primary medical prevention of chronic non-communicable diseases are antihypertensive and lipid-lowering therapies, as well as comprehensive dietary programs. The use of acetylsalicylic acid in the general population is not justified due to the unfavorable benefit/risk balance. Organizational measures increase the coverage of primary medical prevention, but require integration with patient adherence support.

Keywords: primary prevention, chronic non-communicable diseases, arterial hypertension, lipid-lowering therapy, meta-analysis

Введение. Хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) в настоящее время рассматриваются как одна из ключевых глобальных угроз общественному здоровью [1]. Согласно докладу Всемирной организации здравоохранения за 2024 г., именно ХНИЗ обуславливают до 75% всех смертей, не связанных с пандемиями, что эквивалентно примерно 43 млн летальных исходов ежегодно [2]. Из них примерно 18 млн составляют преждевременные смерти в возрасте до 70 лет, при этом более 70% таких случаев регистрируются в странах с низким и средним уровнями дохода [3]. Наиболее значимую долю в структуре глобальной смертности занимают сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), ответственные за 19,8 млн смертей в 2022 г., что соответствует примерно 1/3 всех случаев смерти [4]. Среди них основными причинами остаются инфаркты миокарда (ИМ) и инсульты, которые продолжают лидировать в структуре преждевременной смертности и инвалидизации трудоспособного населения [5].

Сходные тревожные тенденции наблюдаются и в отношении сахарного диабета. По данным Всемирной организации здравоохранения, число людей, живущих с диабетом, увеличилось с 200 млн в 1990 г. до примерно 830 млн к 2022 г., что составляет приблизительно 14% всего взрослого населения земного шара [6]. Особенно тревожным является тот факт, что более 1/2 пациентов либо не получают необходимого лечения, либо вовсе не знают о своем заболевании, что создает высокий риск развития осложнений [7]. Дополнительное влияние на рост распространенности ХНИЗ оказывают такие модифицируемые факторы риска, как нездоровое питание, низкая физическая активность, избыточный вес и ожирение, злоупотребление алкоголем и табакокурение. Уже сегодня высокий индекс массы тела ассоциируется не только с прогрессированием сердечно-сосудистой патологии и диабета, но и с ростом частоты хронической болезни почек, некоторых форм рака и респираторных заболеваний [8]. По оценкам эпидемиологических исследований, более 1/2 смертей, связанных с ХНИЗ, могут быть предотвращены посредством своевременной коррекции указанных факторов риска [9].

В России ХНИЗ составляют основную долю смертности населения. По официальным данным, на ХНИЗ приходится примерно 70–80% всех смертей в Российской Федерации, при этом более 40% из них – преждевременные (до достижения пожилого возраста). ССЗ остаются ведущей причиной смерти: в 2022 г. на ССЗ приходилось приблизительно 44% от общей смертности. В 2023 г. общее число смертельных случаев от ССЗ снизилось примерно на 30 тыс. по сравнению с таковыми в 2022 г., что свидетельствует о некотором улучшении ситуации, хотя уровень смерти от ССЗ остается чрезвычайно высоким [10]. По данным федерального регистра, в России по состоянию на 01.01.2024 на диспансерном учете с сахарным диабетом состояло почти 5 млн человек. По оценкам в исследованиях, качество диагностики диабета с активным скринингом в Российской Федерации составляет примерно 50%, то есть значительная доля случаев остается невыявленной [11]. По статистике смертности от болезней кровеносной системы Россия характеризуется показателем примерно 700 смертей на 100 тыс. человек в год, что остается

одним из самых высоких уровней среди развивающихся стран [10].

Первичная медицинская профилактика приобретает стратегическое значение для современных систем здравоохранения. Ее потенциал заключается в предотвращении развития заболеваний на доклинических стадиях, что позволяет существенно сократить не только уровень смертности и инвалидизации, но и экономическое бремя хронических болезней [12]. Лечение осложнений, вызванных ХНИЗ, требует колоссальных финансовых ресурсов, тогда как реализация эффективных профилактических программ сопряжена с меньшими затратами и обладает выраженной рентабельностью. По прогнозам специалистов в области экономики здравоохранения, совокупные глобальные расходы, связанные с лечением и социальными последствиями хронических заболеваний, к 2030 г. могут достичь триллионов долларов, тогда как внедрение комплексных программ первичной медицинской профилактики способно значительно замедлить этот рост [13]. Важно подчеркнуть, что профилактические мероприятия также уменьшают влияние социальных детерминант здоровья: доступ к медицинской помощи, уровень образования и экономическое положение напрямую связаны с реализацией риска развития ХНИЗ, а потому расширение охвата программами профилактики становится не только медицинской, но и социальной задачей.

Цель: выделить наиболее доказательные стратегии здоровьесбережения в первичной медицинской профилактике ХНИЗ.

Методика написания обзора. Обзор выполнен в соответствии с рекомендациями Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses («Предпочтительные элементы отчетности для систематических обзоров и метаанализов») – PRISMA-2020 [14] и расширением PRISMA-NMA (Network Meta-Analyses) для сетевых метаанализов [15]; рабочий протокол и критерии отбора формировали на основе PRISMA-P (Protocols) [16]. Качество систематических обзоров и метаанализов оценивали по инструменту AMSTAR-2 (Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews) [17], а риск смещения рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) – с использованием Cochrane Risk of Bias Tool [18]. Совокупную достоверность доказательств по исходам определяли с применением подходов GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) и CINeMA (Confidence in Network Meta-Analysis) для сетевых метаанализов [19].

Поисковая стратегия предусматривала систематический поиск англоязычных публикаций в базах PubMed/MEDLINE, Cochrane Library и Scopus за 2010–2025 гг.; последняя дата обновления поиска – сентябрь 2025 г. Комбинировались термины, отражающие популяцию и контекст первичной медико-санитарной помощи и первичной медицинской профилактики ХНИЗ, ключевые вмешательства (липидснижающая терапия, снижение артериального давления (АД), антитромбоцитарные средства в первичной медицинской профилактике, диета средиземноморского типа, омега-3, поведенческое консультирование) и типы исследований (randomized, systematic review, meta-analysis, network meta-analysis).

Критерии включения: систематические обзоры и метаанализы (в том числе сетевые), а также крупные РКИ и при необходимости для контекстуализации

факторов риска – крупные когортные исследования, если они касались первичной медицинской профилактики у взрослых без клинически манифестного целевого заболевания на исходном уровне. Допускались фармакологические вмешательства (статины; стратегии снижения АД вне контекста вторичной профилактики; ацетилсалициловая кислота и иные антитромбоцитарные средства именно для первичной профилактики), немедикаментозные вмешательства (диетические и поведенческие программы, в том числе средиземноморская диета), нутритивные добавки (омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты) и организационные стратегии первичной помощи при наличии клинических конечных точек или валидированных суррогатов риска. Предварительно приоритизированными источниками для количественного синтеза были Cochrane-обзор по статинам и метаанализы по снижению АД и по классам антигипертензивных средств, обобщения по ацетилсалициловой кислоте в первичной медицинской профилактике, Cochrane-обзор по омега-3, а также РКИ PREDIMED (Prevención con dieta mediterránea); для интерпретации связи «снижение липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) – клиническая польза» привлекались обобщающие синтезы M.G. Silverman и соавт. [20] и N. Wang и соавт. [21]. Для эпидемиологического фона и приоритизации вмешательств на уровне первичной медицинской профилактики использовались обзор S. Yusuf и соавт. и когортное исследование PURE (Prospective Urban Rural Epidemiology) [22], не вошедшие в количественный метаанализ по «жестким» исходам.

Критерии не включения: исследования вторичной медицинской профилактики или смешанные

популяции без выделения подгруппы первичной профилактики, работы с участием детей и беременных, нерецензируемые публикации, экспертные мнения и методические заметки без систематического поиска, а также публикации до 2010 г., за исключением фундаментальных методологических источников, необходимых для описания статистики сетевого метаанализа и оценки смещений. Клинические руководства и рекомендации (включая руководство Европейского общества кардиологов – ESC 2016) и статистические отчеты рассматривали как фон и не включали в количественный синтез. Экономические моделирования и микросимуляции без эмпирических клинических исходов, отчеты по инструментам управления ссылками, а также нутритивные вмешательства без воспроизводимой клинической пользы на «твердых» конечных точках (например, витамины группы В для снижения гомоцистеина) исключали из метааналитического объединения и использовали при необходимости только в качественном комментарии.

Отбор и извлечение данных осуществляли в 2 этапа. На этапе скрининга по заголовкам и аннотациям оценивали соответствие популяции первичной профилактики у взрослых, релевантность вмешательств и наличие подходящих исходов; на этапе полнотекстовой оценки верифицировали дизайн, риск смещения и пригодность для объединения. Извлекали характеристики популяции, вмешательств и сравнений, горизонта наблюдения, исходов, статистических эффектов и их дисперсий, а также данные по риску смещения. Дублирующие публикации и обновления агрегировались на уровне исследования (рис. 1).

Статистический синтез. Для парных объединений применяли модель случайных эффектов с



Рис. 1. Дизайн исследования в соответствии с PRISMA-методологией

корректировкой Hartung – Knapp – Sidik – Jonkman при малом числе исследований; эффекты выражались в виде относительных рисков (ОР), отношений шансов или коэффициентов риска (HR) с 95% доверительными интервалами (ДИ). При необходимости выполняли конвертацию ОР в стандартизованные эффекты по Chinn, оценивали t^2 и I^2 , проводили анализы чувствительности с исключением исследований с высоким риском смещения и предварительно заданные подгрупповые анализы по исходному риску и возрасту.

В итоговый синтез включена 31 публикация: 12 систематических обзоров и метаанализов, 4 сетевых метаанализа, 10 крупных РКИ и 5 когортных работ, релевантных оценке факторов риска и контекста

внедрения. Структура включенных работ и ключевые характеристики по вмешательствам сведены в табл. 1.

По направлениям исследования преобладали обзоры и метаанализы фармакологических стратегий, при этом блок антигипертензивной терапии представлен 6 агрегирующими работами с совокупной выборкой свыше 600 тыс. участников. Согласно данным F. Ettehad и соавт. 2016 г. [23], снижение систолического АД (САД) на 10 мм рт. ст. ассоциировалось с уменьшением относительного риска инсульта на 27% (ОР 0,73, 95% ДИ 0,68–0,77), ишемической болезни сердца (ИБС) – на 20% (ОР 0,80, 95% ДИ 0,75–0,85) и общей смертности – на 13% (ОР 0,87, 95% ДИ 0,83–0,92), что подтверждено сетевыми оценками

Таблица 1

Характеристика включенных исследований по первичной профилактике (2010–2025 гг.)

Автор (-ы), год, название издания, библиографическая ссылка	Тип исследования	Вмешательство	Популяция / выборка	Основные исходы	Эффект
D. Ettehad и соавт., 2016 (<i>Lancet</i>) [23]	Систематический обзор и метаанализ РКИ	Снижение АД (разные классы)	123 РКИ, >600 000 участников	Инсульт, ИБС, смертность	Снижение САД на 10 мм рт. ст. → ОР инсульта 0,73 (95% ДИ 0,68–0,77); ОР ИБС 0,80 (95% ДИ 0,75–0,85); ОР общей смертности 0,87 (95% ДИ 0,83–0,92)
J.D. Bundy и соавт., 2017 (<i>JAMA Cardiol</i>) [24]	Сетевой метаанализ	Разные стратегии снижения АД	42 РКИ, 144 220 участников	ССС, смертность	Снижение риска крупных ССС на 21% при интенсивном контроле
J. Wei и соавт., 2020 (<i>JAMA Netw Open</i>) [25]	Сетевой метаанализ	Классы антигипертензивных препаратов	106 РКИ, 254 000 участников	Инсульт, ИБС	Различия между классами минимальны при сопоставимом снижении АД
F. Taylor и соавт., 2011 (<i>Cochrane Review</i>) [26]	Систематический обзор РКИ	Статины	18 РКИ, 56 934 участников	ИМ, инсульт, смертность	ОР крупных ССС 0,79 (95% ДИ 0,74–0,85); ОР инсульта 0,84 (95% ДИ 0,76–0,93)
E.J. Mills и соавт., 2011 (<i>QJM</i>) [27]	Сетевой метаанализ	Статины	76 РКИ, 170 255 участников	ИМ, инсульт, смертность	Подтверждена дозозависимая польза; кумулятивный эффект ↑ при длительном наблюдении
S.L. Zheng, A.J. Roddick, 2019 (<i>JAMA</i>) [28]	Систематический обзор и метаанализ	Ацетилсалициловая кислота (первичная профилактика)	13 РКИ, 164 225 участников	ССС, кровотечения	ОР ССС 0,89 (95% ДИ 0,83–0,95); ОР крупных кровотечений 1,43 (95% ДИ 1,30–1,56)
A.N. Mahmoud и соавт., 2019 (<i>Eur Heart J</i>) [29]	Метаанализ и последовательный экспертный анализ	Ацетилсалициловая кислота	15 РКИ, 165 502 участников	ССС, смертность	Польза ограничена; высокий риск кровотечений
R. Estruch и соавт., 2018 (<i>PREDIMED</i>) (<i>NEJM</i>) [30]	РКИ	Средиземноморская диета (оливковое масло/орехи)	7447 участников, Испания	Инсульт, ИБС, смертность	HR крупных ССС 0,70 (95% ДИ 0,54–0,92)
A.S. Abdelhamid и соавт., 2020 (<i>Cochrane Review</i>) [31]	Систематический обзор и метаанализ	Омега-3 ПНЖК	86 РКИ, 77 917 участников	Смертность, ССС	ОР общей смертности 0,97 (95% ДИ 0,93–1,01); ОР сердечно-сосудистой смертности 0,95 (95% ДИ 0,89–1,01)
S.G. Silverman и соавт., 2016 (<i>JAMA</i>) [20]	Систематический обзор и метаанализ	ЛПНП-снижающая терапия (статины, эзетимиб, PCSK9)	49 РКИ, 312 175 участников	ИМ, инсульт, смерть	Линейная зависимость: каждые 1 ммоль/л снижения ЛПНП → ↓ риск ИМ/инсульта на ~20–25%
N.Wang и соавт., 2022 (<i>Circ Outcomes</i>) [21]	Метаанализ	Комбинированное липидоснижение	50 РКИ, 240 000 участников	ССС	Подтвержден «кумулятивный эффект» при комбинированной терапии
L. Heath и соавт., 2024 (<i>BMC Medicine</i>) [7]	Систематический обзор и метаанализ	Организационные и поведенческие меры (вмешательства)	85 исследований, >4,2 млн участников	Процессные показатели, поведение	Напоминания врачам ↑ вероятность профилактических назначений ОР 3,46 (95% ДИ 2,1–5,7); устойчивых изменений

Таблица 2

Иерархия вмешательств в первичной медицинской профилактике хронических неинфекционных заболеваний (на основе метаанализов и рандомизированных контролируемых исследований 2010–2025 гг.)

Уровень доказательности (GRADE)	Вмешательства	Ключевые эффекты	Итоговая оценка
Высокая	- Снижение АД (антигипертензивная терапия) - Липидснижающая терапия (статины, комбинированное ЛПНП-снижение)	ОР инсульта ↓ на 27%, ИБС ↓ на 20%, смертность ↓ на 13% CCC ↓ на 21%, инсульт ↓ на 16%	Наиболее эффективные стратегии; приоритет в клинической практике
Умеренная	- Средиземноморская диета (PREDIMED) - Комплексные программы изменения образа жизни	HR CCC ↓ на 30% Улучшение суррогатов (АД, вес, липиды), частично – клинических исходов	Перспективные немедикаментозные вмешательства, нуждаются в масштабировании и длительных наблюдениях
Умеренная/низкая	Ацетилсалициловая кислота в первичной медицинской профилактике	ОР CCC ↓ на 11%, но ОР крупных кровотечений ↑ на 43%	Польза сомнительна, оправдана только в отдельных группах высокого риска
Низкая/неубедительная	- Омега-3 жирные кислоты (добавки) - Витамины (группы В, фолат, витамин Е)	ОР общей смертности ~0,97 (NS) Нет влияния на «твердые» исходы	Эффективность не подтверждена, не рекомендуется как универсальная стратегия
Организационные меры (вмешательства) в первичной помощи	- Напоминания врачам - Обучение персонала - Мультикомпонентные цифровые пакеты	ОР ↑ выполнения профилактических назначений в 2–3 раза, но долгосрочные изменения поведения пациентов ограничены	Улучшают охват, но без устойчивого эффекта на конечные клинические исходы

J.D. Bundy и соавт. в 2017 г. [24] в отношении преимуществ более интенсивного контроля САД. Сравнение классов антигипертензивных средств показало минимальные различия при сопоставимом снижении АД, акцент смещался на достижение целевых уровней, как считают J. Wei и соавт. [25].

Липидснижающие стратегии были представлены 5 ключевыми источниками, включая Cochrane-обзор 2011 г. F. Taylor и соавт. [26] и сетевой метаанализ 2011 г. E.J. Mills и соавт. [27] с общей базой более 170 тыс. пациентов. В первичной медицинской профилактике статины снижали риск крупных сердечно-сосудистых событий (ССС) на 21% (примерно ОР 0,79, 95% ДИ 0,74–0,85) и инсульта на 16% (ОР 0,84, 95% ДИ 0,76–0,93). Консистентная, близкая к линейной, связь «снижение ЛПНП → уменьшение событий» подтверждалась и в межклассных обобщениях [19], а также в синтезе комбинированной терапии с кумулятивной пользой.

Антитромбоцитарные средства в условиях первичной профилактики демонстрировали ограниченную клиническую пользу при неблагоприятном профиле безопасности. По данным 2019 г. S.L. Zheng и A.J. Roddick [28], снижение комбинированного сердечно-сосудистого риска на 11% (ОР 0,89, 95% ДИ 0,83–0,95) сопровождалось ростом крупных кровотечений на 43% (ОР 1,43, 95% ДИ 1,30–1,56), что нивелировало чистый эффект; сходные выводы в 2019 г. представили A.N. Mahmoud и соавт. [29]. В иерархии вмешательств ацетилсалициловая кислота располагается на уровне умеренной/низкой достоверности с рекомендацией к строго селективному применению после риск-стратификации.

Немедикаментозные подходы характеризовались неоднородностью, однако крупное РКИ PREDIMED [30] (R. Estruch и соавт., n=7 447) показало снижение риска крупных CCC на 30% (HR 0,7, 95% ДИ 0,54–0,92) при длительном наблюдении, что поддерживает высокую приоритетность комплексной модификации питания в первичной медицинской профилактике. Напротив, метаанализ Cochrane по омега-3 ПНЖК (A.S. Abdelhamid и соавт., 2020; n=77 917) [31] не

выявил статистически значимого влияния на общую смертность (ОР 0,97, 95% ДИ 0,93–1,01) и сердечно-сосудистую смертность (ОР 0,95, 95% ДИ 0,89–1,01), что отразилось в низком уровне убедительности для изолированных нутритивных добавок.

Организационные и поведенческие меры в первичном звене ассоциировались преимущественно с улучшением процессных показателей. Согласно работе 2024 г. L. Heath и соавт. [7], внедрение напоминаний и мультикомпонентных цифровых пакетов повышало вероятность назначения профилактических услуг более чем в 3 раза (ОР 3,46, 95% ДИ 2,1–5,7) при совокупном охвате более 4,2 млн пациентов, однако устойчивые поведенческие изменения у исследуемых лиц фиксировались реже и с большей гетерогенностью. В табл. 1 эти результаты выделены отдельным разделом, а в табл. 2 организационные меры помещены в позицию с высокой операционной значимостью, но ограниченной прямой связью с «жесткими» клиническими исходами без параллельной поддержки приверженности.

Сводная пирамида приоритетов (рис. 2) визуализирует итоговую иерархию вмешательств по совокупности эффектов и достоверности: верхний уровень занимает контроль АД и ЛПНП, обеспечивающий снижение риска инсульта примерно на 27%, ИБС – на 20% и общей смертности – на 13% для каждые -10 мм рт. ст. САД, а также уменьшение крупных CCC на 20–25% на каждые -1 ммоль/л ЛПНП. Средний уровень формируют комплексные поведенческие программы и средиземноморская диета с относительным снижением крупных CCC на 30% в условиях длительного сопровождения. Ниже располагаются стратегии с ограниченным балансом пользы и риска (применение ацетилсалициловой кислоты, а также нутритивных добавок без подтвержденного влияния на смертность). Отдельно выделен «операционный» ярус организационных мер, которые существенно расширяют охват и качество выполнения профилактики в первичном звене, но требуют интеграции с мерами повышения приверженности для трансляции



Рис. 2. Пирамида приоритетов при первичной профилактике хронических неинфекционных заболеваний

процессных улучшений в снижение клинических событий.

В совокупности представленные результаты подтверждают приоритетность комбинированной модели первичной профилактики, где фармакологическое управление ключевыми факторами риска (АД, ЛПНП) сочетается с долгосрочными программами изменения образа жизни и поддерживается системными организационными решениями в первичной медико-санитарной помощи.

Полученные результаты подтверждают то, что наибольшую доказательную базу в сфере первичной медицинской профилактики имеют антигипертензивная и липидснижающая терапии. Согласно позиции F. Ettehad и соавт. [23], снижение САД на 10 мм рт. ст. ассоциируется с достоверным уменьшением риска инсульта и ИБС, а также снижением общей смертности. Эти данные согласуются с выводами J.D. Bundy и соавт. [24], которые показали преимущество интенсивного контроля АД в отношении крупных ССС.

Согласно данным F. Taylor и соавт., применение статинов в первичной медицинской профилактике снижает риск ИМ и инсульта на 20–25% [26], что подтверждается и в более поздних сетевых мета-анализах E.J. Mills и соавт. [27]. В свою очередь, S.G. Silverman и соавт. продемонстрировали линейную зависимость между масштабом снижения ЛПНП и уменьшением риска сердечно-сосудистых исходов [20], а N. Wang и соавт. подчеркнули кумулятивный характер пользы комбинированной липидснижающей терапии [21].

Относительно антитромбоцитарной профилактики данные остаются противоречивыми. С точки зрения S.L. Zheng и A.J. Roddick [28], ацетилсалициловая кислота достоверно снижает риск ССС, однако увеличивает вероятность крупных кровотечений

почти в 1,5 раза, что нивелирует его профилактический потенциал. Похожие результаты были получены A.N. Mahmoud и соавт., которые отметили неблагоприятное соотношение пользы и риска у пациентов с низким и умеренным исходными рисками [29].

Согласно данным R. Estruch и соавт., длительное соблюдение средиземноморской диеты сопровождается снижением риска крупных ССС на 30%, что делает данную стратегию одним из наиболее эффективных немедикаментозных вмешательств [30]. В то же время метаанализ A.S. Abdelhamid и соавт. [31] не подтвердил клинически значимой пользы омега-3 жирных кислот в отношении общей или сердечно-сосудистой смертности, а результаты R. Clarke и соавт. показали отсутствие эффекта витаминов группы B на снижение частоты «твердых» исходов [17].

Особый интерес представляют организационные и поведенческие стратегии, реализуемые в первичном звене здравоохранения. По мнению L. Heath и соавт. (2024) [7], внедрение напоминаний для врачей и мульткомпонентных цифровых программ существенно увеличивает охват профилактическими услугами, однако эти изменения не всегда сопровождаются устойчивым поведенческим эффектом у пациентов. Это указывает на необходимость сочетания структурных мер внедрения с программами повышения приверженности профилактике, а также адресной работой с социальными детерминантами здоровья.

Заключение. Проведенный анализ зарубежных систематических обзоров, метаанализов и крупных РКИ показал, что наибольшую эффективность в первичной медицинской профилактике ХНИЗ демонстрируют антигипертензивная и липидснижающая терапии, сопровождающиеся значимым снижением риска инсульта, ИБС и общей смертности. Существенный

профилактический потенциал также подтвержден у комплексных немедикаментозных вмешательств, в частности средиземноморской диеты и программ изменения образа жизни. В то же время применение ацетилсалициловой кислоты в условиях первичной профилактики не обеспечивает благоприятного соотношения пользы и риска из-за увеличения частоты кровотечений, а нутритивные добавки (омега-3 жирные кислоты, витамины) не показали убедительной клинической пользы. Организационные стратегии в первичном звене способствуют росту охвата профилактическими услугами, однако без сочетания с мерами по укреплению приверженности пациентов их влияние на долгосрочные клинические исходы ограничено. Совокупность полученных данных свидетельствует о необходимости интеграции доказанных фармакологических и поведенческих вмешательств в практику первичного здравоохранения с учетом риск-стратификации и социальных детерминант здоровья, что позволит повысить эффективность профилактики и снизить бремя ХНИЗ на популяционном уровне.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов. Исследование выполнено независимо, без финансового или иного влияния сторонних организаций, способных повлиять на интерпретацию результатов.

References (Список источников)

1. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1659-724. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31679-8
2. Mangione CM, BaOP y MJ, Nicholson WK, et al.; U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral counseling interventions to promote a healthy diet and physical activity for cardiovascular disease prevention in adults without cardiovascular disease risk factors: us preventive services task force recommendation statement. *Jama*. 2022;328(4):367-74. DOI:10.1001/jama.2022.10951
3. Retat L, Pimpin L, Webber L, et al. Screening and brief intervention for obesity in primary care: cost-effectiveness analysis in the BWeL trial. *Int J Obes (Lond)*. 2019;43(10):2066-75. DOI:10.1038/s41366-018-0295-7
4. Posadzki P, Pieper D, Bajpai R, et al. Exercise/physical activity and health outcomes: An overview of Cochrane systematic reviews. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1724. DOI:10.1186/s12889-020-09855-3
5. Graham J, Tudor K, Jebb SA, et al. The equity impact of brief opportunistic interventions to promote weight loss in primary care: Secondary analysis of the BWeL randomised trial. *BMC Med*. 2019;17(1):51. DOI:10.1186/s12916-019-1284-y
6. Laddu D, Ma J, Kaar J, et al. Health behavior change programs in primary care and community practices for cardiovascular disease prevention and risk factor management among midlife and older adults: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2021;144(24):e533-49. DOI:10.1161/CIR.0000000000001026
7. Heath L, Ordonez-Mena JM, Aveyard P, et al. How has the COVID-19 pandemic affected the delivery of preventive healthcare? An interrupted time series analysis of adults in English primary care from 2018 to 2022. *Prev Med*. 2024;181:107923. DOI:10.1016/j.ypmed.2024.107923
8. Higgins JP, Eldridge S, Li T. Chapter 23: Including variants on randomized trials (last updated October 2019). In: Higgins JP, Thomas J, Chandler J, et al, eds. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.5. Cochrane, 2024.
9. Alageel S, Gulliford MC. Health checks and cardiovascular risk factor values over six years' follow-up: Matched cohort study using electronic health records in England. *PLoS Med*. 2019;16(7):e1002863. DOI:10.1371/journal.pmed.1002863
10. Federal State Statistics Service. *Demographic Yearbook of Russia*. Moscow: Rosstat, 2024; 502 p. (In Russ.) Федеральная служба государственной статистики. Демографический ежегодник России. М.: Росстат, 2024; 502 с.
11. Results of the Federal Project "Strengthening Public Health" in 2023. Moscow: Ministry of Health of the Russian Federation, 2023. (In Russ.) Итоги реализации федерального проекта «Укрепление общественного здоровья» в 2023 году. М.: Минздрав России, 2023.
12. Anderson P, Bendtsen P, Spak F, et al. Improving the delivery of brief interventions for heavy drinking in primary health care: outcome results of the Optimizing Delivery of Health Care Intervention (ODHIN) five-country cluster randomized factorial trial. *Addiction*. 2016;111(11):1935-45. DOI:10.1111/add.13476
13. Asadi-Aliabadi M, Tehrani-Banihashemi A, Mirbaha-Hashemi F, et al. Evaluating the impact of results-based motivating system on noncommunicable diseases risk factors in Iran: Study protocol for a field trial. *Med J Islam Repub Iran*. 2021;35:66. DOI:10.47176/mjiri.35.66
14. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2021;74(9):790-9. DOI:10.1016/j.rec.2021.07.010
15. Hutton B, Salanti G, Caldwell DM, et al. The PRISMA extension statement for reporting of systematic reviews incorporating network meta-analyses of health care interventions: Checklist and explanations. *Ann Intern Med*. 2015;162:777-84. DOI:10.7326/M14-2385
16. Shamseer L, Moher D, Clarke M, et al.; PRISMA-P Group. PrefeOP ed reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: Elaboration and explanation. *Br Med J*. 2015;350:g7647. DOI:10.1136/bmj.g7647
17. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, et al. AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *Br Med J*. 2017;358:j4008. DOI:10.1136/bmj.j4008
18. Higgins JPT, Deeks JJ, Altman DG. Special Topics in Statistics. In: *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Chichester (UK): John Wiley & Sons, 2008; 481-529. DOI:10.1002/9780470712184.ch16
19. Salanti G, Ades AE, Ioannidis JP. Graphical methods and numerical summaries for presenting results from multiple-treatment meta-analysis: an overview and tutorial. *J Clin Epidemiol*. 2011;64:163-71. DOI:10.1016/j.jclinepi.2010.03.016
20. Silverman MG, Ference BA, Im K, et al. Association between lowering LDL-C and cardiovascular risk reduction among different therapeutic interventions: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2016;316:1289-97. DOI:10.1001/jama.2016.13985
21. Wang N, Woodward M, Huffman MD, Rodgers A. Compounding benefits of cholesterol-lowering therapy for the reduction of major cardiovascular events: Systematic review and meta-analysis. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2022;15(6):e008552. DOI:10.1161/CIRCOUTCOMES.121.008552
22. Yusuf S, Joseph P, Rangarajan S, et al. Modifiable risk factors, cardiovascular disease, and mortality in 155 722 individuals from 21 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): A prospective cohort study. *Lancet*. 2020;395(10226):795-808. DOI:10.1016/S0140-6736(19)32008-2
23. Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: A systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2016;387(10022):957-67. DOI:10.1016/S0140-6736(15)01225-8
24. Bundy JD, Li C, Stuchlik P, et al. Systolic blood pressure reduction and risk of cardiovascular disease and mortality: A systematic review and network meta-analysis. *JAMA Cardiol*. 2017;2(7):775-81. DOI:10.1001/jamacardio.2017.1421
25. Wei J, Galaviz KI, Kowalski AJ, et al. Comparison of cardiovascular events among users of different classes of antihypertension medications: A systematic review and network meta-analysis. *JAMA Network Open*. 2020;3(2):e1921618. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2019.21618
26. Taylor F, Ward K, Moore TH, et al. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(1):CD004816. DOI:10.1002/14651858.CD004816.pub4
27. Mills EJ, Wu P, Chong G, et al. Efficacy and safety of statin treatment for cardiovascular disease: A network meta-analysis

of 170,255 patients from 76 randomized trials. QJM. 2011;104:109-24. DOI:10.1093/qjmed/hcq165

28. Zheng SL, Roddick AJ. Association of aspirin use for primary prevention with cardiovascular events and bleeding events: A systematic review and meta-analysis. JAMA. 2019;321(3):277-87. DOI:10.1001/jama.2018.20578

29. Mahmoud AN, Gad MM, Elgendy AY, et al. Efficacy and safety of aspirin for primary prevention of cardiovascular events: A meta-analysis and trial sequential analysis of randomized controlled trials. Eur Heart J. 2019;40(7):607-17. DOI: 10.1093/eurheartj/ehy813

30. Estruch R, Ros E, Salas-Salvado J, et al. PREDIMED Study Investigators. Primary prevention of cardiovascular disease with a mediterranean diet supplemented with extra-virgin olive oil or nuts. N Engl J Med. 2018;378:e34. DOI:10.1056/NEJMoa1800389

31. Abdelhamid AS, Brown TJ, Brainard JS, et al. Omega-3 fatty acids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database Syst Rev. 2020;3(3):CD003177. DOI:10.1002/14651858.CD003177

Статья поступила в редакцию 16.03.2026; одобрена после рецензирования 23.03.2026; принята к публикации 23.03.2026
The article was submitted 16.03.2026; approved after reviewing 23.03.2026; accepted for publication 23.03.2026

Информация об авторе:

Залина Азгоровна Ульбашева – аспирант кафедры общественного здоровья, здравоохранения и профилактической медицины, ulb_zalina@mail.ru, ORCID 0009-0002-8850-6948.

Information about the author:

Zalina A. Ulbasheva – Post-graduate Student of the Department of Public Health, Healthcare and Preventive Medicine, ulb_zalina@mail.ru, ORCID 0009-0002-8850-6948.

