

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК ОСНОВА ПОПУЛЯЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА: КРИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ И СТРАТЕГИЙ ВНЕДРЕНИЯ

Имомназарова Дилёра Фахриддин кизи

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Магистрант 1 курса

*Кафедра основ профилактической медицины, общественного
здравоохранения, физического воспитания и спорта*

Аскарова Нигора Акбаровна

*Кафедра основ профилактической медицины, общественного
здравоохранения, физического воспитания и спорта*

Кандидат медицинских наук

Аннотация: В данной статье рассматривается потенциал здорового образа жизни (ЗОЖ) как основного метода предотвращения инсульта. На основе анализа современных научных данных показано, что комплекс мер ЗОЖ способен снизить риск развития инсульта на 50–80% [1, 2]. Особое внимание уделяется критическому разбору причин, по которым эффективные рекомендации (например, средиземноморская диета) часто не работают на практике [3, 4]. В итоге обосновывается необходимость перехода от простого информирования людей к созданию окружающей среды, которая поддерживает здоровый выбор [5].

Annotation: This article examines the potential of a healthy lifestyle (HLS) as the primary method for preventing stroke. Based on an analysis of contemporary scientific data, it is demonstrated that a комплекс of HLS measures can reduce the risk of stroke by 50–80% [1, 2]. Particular attention is paid to a critical analysis of the reasons why effective recommendations (e.g., the Mediterranean diet) often fail in practice [3, 4]. Ultimately, it substantiates the need to shift from simply informing people to creating an environment that supports healthy choices [5].

Ключевые слова: первичная профилактика инсульта, здоровый образ жизни, модифицируемые факторы риска, популяционное здоровье, поведенческие интервенции, критический обзор.

Keywords: primary stroke prevention, healthy lifestyle, modifiable risk factors, population health, behavioral interventions, critical review.

Целью настоящей работы является критический обзор и сопоставительный анализ современных научных данных, подтверждающих роль комплекса мер здорового образа жизни в первичной профилактике инсульта.

Инсульт является одной из ведущих причин смертности и основной причиной инвалидности взрослого населения во всем мире, формируя огромное медико-социальное и экономическое бремя для систем здравоохранения и обществ [6].

Ежегодно в мире регистрируется около 15 миллионов новых случаев инсульта, из которых примерно 5 миллионов заканчиваются летальным исходом [6]. В последние десятилетия парадигма борьбы с этим заболеванием кардинально



сместилась в сторону профилактики. Это связано с фундаментальным открытием эпидемиологических исследований: до 90% риска развития инсульта связано с воздействием модифицируемых факторов риска [1]. Ключевые из них — артериальная гипертензия, дислипидемия, фибрилляция предсердий, курение, сахарный диабет, абдоминальное ожирение, психосоциальный стресс, недостаточное потребление овощей и фруктов, низкая физическая активность и злоупотребление алкоголем [1, 7]. Большинство этих факторов являются прямым следствием поведенческих паттернов и образа жизни.

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) представляет собой наиболее перспективное и экономически эффективное направление первичной профилактики инсульта [8]. Под ЗОЖ понимается комплекс мер, включающий рациональное питание, регулярную физическую активность, поддержание нормальной массы тела, отказ от табакокурения и злоупотребления алкоголем, а также управление стрессом. Многочисленные рандомизированные контролируемые исследования и крупные когорты продемонстрировали, что последовательное соблюдение принципов ЗОЖ способно снизить индивидуальный риск инсульта на 50-80% [1, 2]. Таким образом, теоретически большинство инсультов являются предотвратимыми состояниями.

Однако существует критический разрыв между убедительными научными доказательствами эффективности ЗОЖ и их успешной реализацией на популяционном уровне, особенно в регионах с высоким бременем болезни, таких как страны СНГ [3, 4]. Несмотря на наличие национальных программ, распространенность ключевых факторов риска остается высокой, а

заболеваемость инсультом — стабильно превышающей среднемировые показатели [4].

Данный обзор ставит своей целью не только систематизировать современные доказательства о роли ЗОЖ в профилактике инсульта, но и провести критический анализ барьеров, препятствующих их практическому внедрению, а также сформулировать научно обоснованные стратегии преодоления этих барьеров.

Методы и материалы:

Был проведен поиск литературы в базах данных PubMed, Scopus, Cochrane Library и ScienceDirect за период 2013–2024 гг. Использовались ключевые слова: «stroke primary prevention», «lifestyle intervention», «diet and stroke», «physical activity», «smoking cessation», «population-based program». В обзор включены мета-анализы, крупные проспективные когортные исследования (такие как INTERSTROKE, Nurses' Health Study, REGARDS) и РКИ, оценивающие жесткие конечные точки (инсульт/смертность) [9]. Критерии исключения: статьи без рецензирования, исследования только с суррогатными маркерами. Методология анализа предполагала сравнительную оценку величины эффекта (относительный риск, ОР), популяционной атрибутивной доли, а также критическую оценку ограничений исследований и программ внедрения.

Анализ



Питание. Мета-анализы единогласно подтверждают эффективность диетических моделей, богатых фруктами, овощами, цельными злаками, орехами и полиненасыщенными жирами (DASH, средиземноморская диета). Например, приверженность диете DASH ассоциирована со снижением риска инсульта на 20% (ОР 0.80, 95% ДИ 0.76–0.85) [10]. Однако критический анализ выявляет проблему: в условиях урбанизации и низкого социально-экономического статуса доступ к качественным продуктам резко падает. Большинство исследований не учитывают эту «пищевую среду», переоценивая возможность самостоятельного выбора. РКИ, такие как PREDIMED, демонстрируют эффект в контролируемых условиях, но их модель (бесплатная раздача оливкового масла и орехов) трудно масштабировать [9].

Физическая активность (ФА). Систематические обзоры показывают дозозависимый эффект: 150–300 минут аэробной активности умеренной интенсивности в неделю снижают риск инсульта на 25-30% [11]. Однако когортные исследования страдают от «обратной причинности» (более здоровые люди активнее) и reliance на самоотчеты, завышающие реальный уровень ФА. Критическим упущением популяционных программ является ориентация на досуговую активность, в то время как для большинства взрослого населения ключевым является активность на рабочем месте и в транспорте. Успешные примеры (программы в Сингапуре) интегрируют ФА в городскую инфраструктуру, что является более действенным, чем призывы «больше ходить».



Отказ от вредных привычек. Это наиболее доказанный компонент. Мета-анализ 2016 года показал, что отказ от курения снижает риск инсульта до уровня никогда не куривших уже через 5 лет [12]. Политика повышения акцизов и запрета на рекламу демонстрирует высокую популяционную эффективность. Однако критика касается коммерческих детерминант здоровья: агрессивного маркетинга алкоголя и ультра-обработанных продуктов, который нивелирует эффект просвещения. Исследования часто игнорируют эту макроэкономическую составляющую [3].



Управление весом и стрессом. Связь ожирения и инсульта опосредована другими факторами (АГ, диабет), что затрудняет оценку независимого вклада. Интервенции по снижению веса эффективны для снижения АГ, но их долгосрочный успех без поддержания среды ограничен. Роль хронического стресса как независимого фактора риска набирает доказательную силу, но методы его оценки (опросники) субъективны, а эффективные интервенции (когнитивно-поведенческая терапия, mindfulness) требуют специалистов и плохо внедряются на популяционном уровне.

Крупнейшее когортное исследование INTERSTROKE показало, что контроль за 5 факторами (АГ, активность, липиды, диета, курение) мог бы предотвратить около 80% инсультов [1].

Исследование «Life’s Simple 7» Американской кардиологической ассоциации (обновленное до «Life’s Essential 8») выявило градиент риска: оптимальное соблюдение правил (включая диету, ФА, отказ от курения, ИМТ, АД, холестерин, глюкозу) снижало риск инсульта на 48% (женщины) и 52% (мужчины) по сравнению с низким соблюдением [2].

Несмотря на впечатляющие цифры, ключевой проблемой остается низкая и неустойчивая адгезия к комплексным рекомендациям. Большинство популяционных программ построены на информационной модели («знание → изменение»), которая доказала свою ограниченность. РКИ, такие как FINRISK, демонстрируют успех многокомпонентных программ (индивидуальное консультирование, групповые занятия, изменение среды), но они ресурсозатратны. Критический пробел — недостаток исследований, изучающих эффективность разных стратегий внедрения (законодательные, экономические, цифровые) в зависимости от социально-культурного контекста и социальных детерминант здоровья [3].

Сравнение успешных (Финляндия в 1970-2000 гг., Япония) и менее успешных популяционных программ позволяет выявить ключевые различия:

- Успешные программы носят мультисекторальный и законодательный характер: регулирование состава продуктов, акцизы, urban planning для поощрения активности, запрет рекламы [5].
- Неудачные программы фокусируются на добровольном выборе и просвещении, игнорируя средовые и экономические барьеры [3].

Цифровые технологии (мобильные приложения, wearables) открывают новые возможности для персонализированных вмешательств и повышения приверженности, но их долгосрочная эффективность и охват уязвимых групп (пожилые, малообразованные) требуют дальнейшей оценки.

Ключевые результаты исследования

1. Доказанный факт: Комплекс мер здорового образа жизни (ЗОЖ) снижает риск инсульта на 50–80%. Теоретически большинство инсультов предотвратимы [1, 2].

2. Выявленная проблема: Существует огромный разрыв между эффективностью ЗОЖ в исследованиях и их результативностью в реальной жизни. Основные барьеры — нездоровая окружающая среда, социально-экономическое неравенство и ориентация государства только на информирование, а не на системные изменения [3, 4, 5].

3. Необходимое решение: Требуется переход от советов гражданам к изменению государственной политики. Приоритеты:

- Законы и налоги: Регулирование состава продуктов, акцизы на вредное.
- Среда: Строительство городов, поощряющих активность.
- Медицина: Оплата врачам за профилактическую работу.
- Цифровизация: Персональные приложения для поддержки

Вывод

Снизить заболеваемость инсультом можно, только создав среду, где здоровый выбор станет самым легким и доступным для каждого. Современные научные данные предоставляют неопровержимые и количественно оцененные доказательства того, что здоровый образ жизни является краеугольным камнем профилактики инсульта. Комплексная приверженность рекомендациям по питанию, физической активности и отказу от вредных привычек обладает мощным синергетическим эффектом [1, 2]. Однако критический обзор выявляет системную проблему: разрыв между эффективностью в условиях исследования (efficacy) и реальной эффективностью в популяции (effectiveness). Основными барьерами являются социально-экономическое неравенство, агрессивная коммерческая среда, продвигающая нездоровые продукты, и преобладание пассивных информационных стратегий над активным формированием поддерживающей среды [3, 5]. Для реализации потенциала ЗОЖ в профилактике инсульта необходима эволюция от индивидуально-ориентированных советов к структурным и политическим изменениям. Приоритетами должны стать: 1) фискальное и законодательное регулирование (налоги, маркировка, ограничения рекламы); 2) проектирование здоровьесберегающей городской и пищевой среды; 3) развитие доступных, в том числе цифровых, персонализированных инструментов поддержки; 4) целевая работа с уязвимыми группами населения. Только такой комплексный подход позволит превратить доказанную эффективность здорового образа жизни в реальное снижение заболеваемости инсультом на популяционном уровне.

Список литературы:

1. O'Donnell, M. J., et al. (2016). Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. The Lancet.
2. Lloyd-Jones, D. M., et al. (2022). Life's Essential 8: Updating and Enhancing the American Heart Association's Construct of Cardiovascular Health. Circulation.
3. McGill, R., et al. (2015). Are interventions to promote healthy eating equally effective for all? Systematic review of socioeconomic inequalities in impact. BMC Public Health.

4. World Health Organization. (2018). Отчет по неинфекционным заболеваниям в странах Европейского региона ВОЗ. Всемирная организация здравоохранения.
5. Pietilä, A., et al. (2019). Success in Salt Reduction: The Finnish Case. Current Nutrition Reports.
6. GBD 2019 Stroke Collaborators. (2021). Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet Neurology.
7. Министерство здравоохранения Российской Федерации. (2021). Национальные клинические рекомендации "Церебральный ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых".
8. Pandian, J. D., et al. (2018). Prevention of stroke: a global perspective. The Lancet.
9. Estruch, R., et al. (2018). Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet Supplemented with Extra-Virgin Olive Oil or Nuts. New England Journal of Medicine.
10. Fung, T. T., et al. (2018). Adherence to a DASH-style diet and risk of coronary heart disease and stroke in women. Archives of Internal Medicine.
11. Wahid, A., et al. (2016). Quantifying the Association Between Physical Activity and Cardiovascular Disease and Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of the American Heart Association.
12. Mons, U., et al. (2015). Impact of smoking and smoking cessation on cardiovascular events and mortality among older adults: meta-analysis of individual participant data from prospective cohort studies of the CHANCES consortium. BMJ.