

ISSN 2782-3806

ISSN 2782-3814 (Online)

УДК 614.2: 613.9:616-084

# **МИРОВОЙ ОПЫТ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Ахминеева А. Х.

Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

## Контактная информация:

Контактная информация:  
Ахминеева Азиза Халиловна,  
Военно-медицинская академия им.  
С. М. Кирова Министерства обороны РФ,  
ул. Академика Лебедева, д. 6,  
Санкт-Петербург, Россия, 194044.  
E-mail: [aaziza@mail.ru](mailto:aaziza@mail.ru)

Статья поступила в редакцию 21.08.2025  
и принятa к печати 29.09.2025

РЕЗЮМЕ

Общемировая тенденция старения населения и увеличения продолжительности жизни приводит к необходимости разработки и внедрения на популяционном уровне национальных стратегий пропаганды здорового образа жизни и профилактики хронических неинфекционных заболеваний. В статье проанализированы лучшие практики мирового опыта по популяризации здорового образа жизни среди различных возрастных групп, концепции сохранения здоровья и увеличения продолжительности жизни, активного долголетия, а также эффективных мер по профилактике хронических неинфекционных заболеваний. Проведен анализ публикаций, размещенных в электронных базах PubMed, CochraneLibrary, WoS, Scopus, eLibrary, CyberLeninka, глубиной 15 лет, а также документов Организации Объединенных Наций по целям устойчивого развития и «Глобального плана действий по профилактике неинфекционных заболеваний на 2013–2020 гг.» Всемирной организации здравоохранения, пересмотренного и продленного по многим пунктам до 2030 г. Мировой опыт ряда государств подтверждает, что профилактика хронических неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни являются многоуровневыми задачами, требующими сочетания политической воли, развитой системы здравоохранения и участия общества.

**Ключевые слова:** здоровый образ жизни, профилактика хронических неинфекционных заболеваний, факторы риска, здоровьесберегающие технологии, здоровье, общественное здоровье, активное долголетие

Для цитирования: Ахминеева А.Х. Мировой опыт по формированию здорового образа жизни и профилактике хронических неинфекционных заболеваний. Российский журнал персонализированной медицины. 2025;5(4):298-305. DOI: 10.18705/2782-3806-2025-5-4-298-305. EDN: RTCUJG



# GLOBAL EXPERIENCE IN THE FORMATION OF A HEALTHY LIFESTYLE AND THE PREVENTION OF CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES

**Akhmineeva A. Kh.**

S. M. Kirov Military Medical Academy, Saint Petersburg, Russia

**Corresponding author:**

Akhmineeva Aziza Kh.,  
S. M. Kirov Military Medical Academy,  
Academika Lebedeva str., 6, Saint  
Petersburg, Russia, 194044.  
E-mail: aaziza@mail.ru

Received 21 August 2025; accepted  
29 September 2025

## ABSTRACT

The global trend of population aging and increasing life expectancy leads to the need to develop and implement national strategies for promoting a healthy lifestyle and preventing chronic noncommunicable diseases at the population level. The article analyzes the best practices of world experience in popularizing healthy lifestyle among different age groups, concepts of maintaining health and increasing life expectancy, active longevity, as well as effective measures to prevent CVD. The analysis of publications posted in the electronic databases PubMed, CochraneLibrary, WoS, Scopus, eLibrary, CyberLeninka, 15 years deep, as well as documents of the United Nations on Sustainable Development Goals and the World Health Organization “Global Action Plan for the Prevention of Noncommunicable Diseases for 2013–2020”, revised and extended in many ways until 2030. The rapid development of information technology in healthcare, the growth of data volumes and the complexity of diagnostic and treatment methods have led to the fact that artificial intelligence has begun to be used more and more often in this industry. The global experience of a number of Countries confirms that the prevention of chronic noncommunicable diseases and the formation of a healthy lifestyle are multi-level tasks that require a combination of political will, a developed healthcare system and public participation.

**Key words:** healthy lifestyle, prevention of chronic non-communicable diseases, risk factors, health-saving technologies, health, public health, active longevity

*For citation: Akhmineeva AKh. Global experience in the formation of a healthy lifestyle and the prevention of chronic non-communicable diseases. Russian Journal for Personalized Medicine. 2025;5(4):298-305. (In Russ.) DOI: 10.18705/2782-3806-2025-5-4-298-305. EDN: RTCUIG*

**Список сокращений:** ЗОЖ — здоровый образ жизни, ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания, ИБС — ишемическая болезнь сердца, АД — артериальное давление, ПМСП — первичная медико-санитарная помощь, ФР — факторы риска, ЗНО — злокачественные новообразования.

## ВВЕДЕНИЕ

Хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ), в первую очередь болезни системы кровообращения, сахарный диабет 2 типа, злокачественные новообразования (ЗНО), хронические болезни дыхательных путей, являются ведущими причинами заболеваемости и смертности в мире. Успехи в снижении бремени ХНИЗ во многом связаны с эффективной профилактикой на различных уровнях от популяционного до индивидуального, а также доступностью и эффективностью работы первичного звена здравоохранения. В статье проанализирован мировой опыт формирования здорового образа жизни (ЗОЖ) и реализации программ по профилактике ХНИЗ с целью выявления ключевых элементов успешных стратегий, их экономической эффективности, соотношения их с затратами и возможностями адаптации, масштабирования успешных практик в разных контекстах [1, 2]. Изучение мирового опыта и возможность масштабирования лучших практик по формированию ЗОЖ, сокращению употребления табака и алкоголя, как самых очевидных показателей в сохранении здоровой и активной жизни, является актуальным и своевременным и для Российской Федерации с учетом задач национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» и ожидаемого увеличения продолжительности жизни.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ публикаций, размещенных в электронных базах PubMed, Cochrane Library, WoS, Scopus, eLibrary, CyberLeninka, глубиной 15 лет, а также документов Организации Объединенных Наций (ООН) по целям устойчивого развития и «Глобального плана действий по профилактике неинфекционных заболеваний на 2013–2020 гг.» Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), пересмотренного и продленного по многим пунктам до 2030 г.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Классическим успешным кейсом по профилактике ХНИЗ на популяционном уровне принято считать опыт Финляндии, получивший название

“North Karelia Project” (проект «Северная Карелия») по названию одноименной провинции, позже масштабированный на всю страну. Запущенный в 1970-х для снижения чрезвычайно высокой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, проект сочетал массовые общественные кампании, изменение пищевых привычек (снижение потребления насыщенных жиров и поваренной соли), борьбу с курением, улучшение медицинской помощи, в первую очередь за счет повышения доступности первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), а также мер социальной поддержки. В рамках социально-поведенческого подхода, основанного на вмешательствах в политику и законодательство на национальном уровне, проект был направлен на изменение образа жизни как средства снижения факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний. В результате отмечено многократное снижение смертности от ишемической болезни сердца (ИБС) и значимое улучшение поведенческих и метаболических ФР в популяции. Проект, ставший национальной демонстрационной площадкой, официально завершился спустя 25 лет, в 1997 г. [3, 4]. Немаловажное значение в ходе реализации проекта придавалось работе с детьми и подростками, особенно в части школьного питания, где были изменены стандарты и основой питания в процессе обучения стали сбалансированные пищевые тарелки с использованием продуктов, одобренных Национальным советом по вопросам питания, с упором на пищу местных производителей и с учетом пожеланий и медицинских рекомендаций для каждого ученика [5].

Национальная инициатива, направленная на снижение острых сосудистых катастроф, в первую очередь инфарктов и инсультов, через улучшение контроля артериального давления (АД), липидного профиля, отказа от курения и внедрения клинических чек-листов в ПМСП в США, получила название “Million Hearts Model” («Миллион сердец»). В дополнение к клиническим целям были оценены различия в расходах на лечение сердечно-сосудистых заболеваний между организациями, осуществляющими вмешательство, и организациями, осуществляющими контроль. Исследование проводилось с 2017 по 2021 гг. Основным его результатом стало снижение на 3,3 % числа установленных диагнозов ИБС и инсульта среди 130 578 получателей помощи из групп среднего или высокого риска. Вторичные комбинированные исходы (случаи ИБС и инсульта, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний) были снижены на 4,2 %, при этом смертность от всех причин снизилась на 4,5 %, а смертность, связанная с ИБС, — на 11,9 %.

Оценки модели показывают снижение вероятности первичных сердечно-сосудистых событий при системной реализации мер на уровне медицинских организаций [6].

Япония демонстрирует стабильно высокую ожидаемую продолжительность жизни, что связывают с высоким уровнем благосостояния, традициями и стилем жизни, школьными программами питания, широкой сетью профилактических обследований и социокультурными факторами (активный образ жизни, социальная поддержка пожилых). Исследования показывают вклад общественных практик и политики в улучшение исходов здоровья населения [7]. С конца 1990-х годов в Японии сместился акцент с вторичной и третичной профилактики на первичную, что соответствует глобальным рекомендациям ВОЗ.

В рамках программы «Здоровье Японии, XXI век» ежегодно проводится скрининг для лиц 40–74 лет, по результатам которого формируются группы риска с последующими персонализированными рекомендациями и при необходимости вмешательствами. Национальные профилактические программы реализуются при участии органов власти, работодателей, образовательных учреждений и общественных организаций. Центральным координирующим органом выступает Министерство здравоохранения, труда и социального обеспечения Японии. Такой подход обеспечивает реализацию принципа «здоровье во всех политиках» [8].

ПМСП в Японии обеспечивается высококвалифицированными специалистами, прошедшими национальную аккредитацию. Контроль качества и постоянное обучение врачей являются обязательным условием системы, что повышает доверие населения и эффективность профилактических мер. Мониторинг состояния здоровья людей строится на крупных национальных базах данных, регулярно обновляемых и используемых для оценки эффективности программ. Изменения в стратегиях профилактики принимаются только после анализа статистики и научных данных, что соответствует принципам доказательной медицины [9]. Развитие электронных систем обмена данными — ключевое направление японской политики по профилактике ХНИЗ [10]. Несмотря на отдельные проблемы совместимости, внедряется новая система «Медицинское удостоверение личности», которая должна объединить медицинские организации в единую цифровую сеть [11].

Таким образом, японская модель профилактики ХНИЗ и формирования ЗОЖ демонстрирует эффективность за счет системного подхода, закрепления и контроля инициатив на законодательном уровне, межсекторального взаимодействия

и приоритета первичной профилактики. Использование цифровых технологий, вовлечение населения и акцент на ЗОЖ делают эту систему одной из наиболее успешных в мире.

Китай, помимо географической близости к Японии, имеет определенные сходства в генетическом происхождении его жителей, культуре, образе жизни и некоторых других аспектах. Однако Китай — страна со средним уровнем дохода, переживающая резкий экономический рост и урбанизацию, с многочисленным населением и ограниченными ресурсами здравоохранения. Отличительной чертой китайской модели ЗОЖ и профилактики ХНИЗ является институционально интегрированная традиционная китайская медицина. Для профилактики ХНИЗ традиционная китайская медицина чаще применяется как дополнение к современным подходам (изменение образа жизни, скрининги, фармакотерапия) [12, 13].

Законодательство в вопросах профилактики ХНИЗ и активного долголетия стало меняться в период с 2009 по 2014 гг., когда было принято порядка 165 подзаконных актов, включая программу «Здоровый Китай 2030» (Healthy China 2030), где заданы целевые ориентиры (ожидаемая продолжительность жизни, контроль ФР, расширение профилактики). Инициатива «Здоровый Китай» на 2019–2030 гг. (Healthy China Initiative 2019–2030) реализует 15 инициатив (здоровое питание, физическая активность, контроль потребления табака, профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, здоровье полости рта, ментальное здоровье и др.) с межсекторальной координацией и публичной отчетностью. Остаются не до конца отрегулированными на национальном уровне вопросы борьбы с растущим потреблением табака, никотинсодержащих продуктов и электронных средств доставки никотина, особенно среди мужского населения. Меры по борьбе с ХНИЗ в Китае в основном включают три аспекта, а именно: обследования или эпиднадзор за ХНИЗ и связанными с ними факторами риска, санитарное просвещение и укрепление здоровья населения в целом и комплексные мероприятия в группах высокого риска [14].

Китай выстраивает комплексную, доказательно-подкрепленную систему формирования ЗОЖ и профилактики ХНИЗ, сочетающую популяционные программы, укрепление ПМСП и цифровой мониторинг, при институциональной интеграции традиционной китайской медицины. Для достижения ориентиров 2030 г. критично: усилить меры контроля за потреблением табака (налоги/запрет на национальном уровне), сокращать региональные дисбалансы в доступе к ПМСП, масштабировать успешные модули (соль-замещение,

«15-минутные круги фитнеса» массовые занятия и мониторинг активности) [15, 16].

Австралия — один из мировых лидеров по нормативной профилактике ХНИЗ, последовательно выстраивает политику «здоровье во всех стратегиях». Национальная стратегия превентивного здоровья 2021–2030 (National Preventive Health Strategy 2021–2030) формирует целевые показатели к 2030 г. и увязывает контроль ФР с укреплением ПМСП и цифровых регистров/скрининга, а также иллюстрирует пример системного подхода: долгосрочное финансирование профилактики, мультисекторальное управление и упор на доказательные приоритеты (питание, физическую активность, сокращение и/или ограничение курения). Анализ действующей практики показывает, что устойчивое финансирование — ключ к масштабируемости [17]. Австралия первая в мире внедрила стандартную (plain) упаковку табачных изделий (с 2012 г.), что поддержано масштабной доказательной базой — от правительственные оценок до независимых обзоров, указывающих на вклад меры в снижение привлекательности продукта и распространенности курения. Новая Национальная стратегия борьбы с табаком на 2023–2030 гг. (National Tobacco Strategy 2023–2030) обновляет цели, меры регулирования и мониторинга, нацеленные на дальнейшее снижение потребления табака и никотинсодержащих продуктов [18]. Национальная стратегия борьбы с алкоголем на 2019–2028 гг. (National Alcohol Strategy 2019–2028) задает рамки по сокращению вредного потребления алкоголя через ценовые, маркетинговые и средовые меры, а также через ПМСП и адресные вмешательства. Постоянно консолидируются данные о бремени и мониторинге показателей [19]. Австралия поддерживает три национальные программы скрининга ЗНО (шейки матки, молочной железы, кишечника), за реализацию программы отвечает Национальный регистр скрининга, обеспечивающий приглашения/напоминания и безопасность маршрутизации, что особенно важно для коренного населения и жителей удаленных территорий. С 1 июля 2024 г. возраст участия в Национальной программе скрининга колоректального рака снижен до 45 лет, что укрепляет профилактический континуум [20–22]. Реформы ПМСП (10-летний план) усиливают профилактический фокус, интеграцию данных и роль медицинских организаций первичного звена в координации Национальной стратегии превентивного здоровья 2021–2030 и адресной работе с уязвимыми группами населения [23]. Национальная стратегия борьбы с ожирением на 2022–2032 гг.

(National Obesity Strategy 2022–2032) — межведомственный план, который комбинирует средовые интервенции (здравая урбанистика, доступ к полезной пище), клинические маршруты и меры коммуникации. Партнерство в области здорового питания (Healthy Food Partnership) продвигает добровольные цели по снижению уровней натрия, сахара и насыщенных жиров в ключевых категориях продуктов. В 2023/24 гг. зафиксированы количественные результаты «Волны 1» (снято из пищевого предложения ~145 т натрия и 72 т насыщенных жиров). Вместе с тем ряд исследований указывает, что добровольные цели могут быть недостаточно амбициозны, что обосновывает дискуссию об усилении мер воздействия на государственном уровне [24].

Австралия выстраивает многоуровневую систему профилактики ХНИЗ: регулирование среды (табак, питание), клинические маршруты, сильная ПМСП, цифровые реестры и целевые скрининги. Доказательная поддержка ключевых мер (стандартная упаковка с крупными предупреждениями на пачках сигарет) и регулярная отчетность в рамках Национальной стратегии превентивного здоровья повышают результативность. Для ускорения прогресса целесообразно расширять адресные меры для групп неравенства, поддерживать поведенческие интервенции в первичном звене (краткое консультирование, направления на программы физической активности/снижения веса), продолжать обновление индикаторов и публичную отчетность.

Кубинская Национальная система здравоохранения ориентирована на универсальность, бесплатный доступ и профилактическую направленность. Базовым элементом выступает программа «врач-и-медсестра семьи», обеспечивающая прикрепленное население непрерывной помощью: активный патронаж, раннее выявление ХНИЗ, управление рисками, диспансерное наблюдение [25–27]. Куба демонстрирует уникальный опыт при ограниченных ресурсах. Поликлиники координируют услуги второго уровня и поддерживают многопрофильные профилактические службы, интеграцию общественного здравоохранения и социальной поддержки [28]. Куба участвует в региональных стратегиях Панамериканской организации здравоохранения по уменьшению потребления соли и вредного воздействия табака, применяет информационно-образовательные кампании по физической активности и разработала методические указания по массовой физической активности на уровне сообществ (ориентир — пожилые и пациенты с ХНИЗ) [29]. Но даже при существующих мерах (высокий охват первичной помощью, диспансеризация) остаются вызовы:

рост поведенческих ФР (в частности, недостаточная физическая активность), необходимость обновления межсекторных мер (сокращение употребления соли и трансжиров), устойчивое финансирование и цифровизация. По данным Панамериканской организации здравоохранения в 2022 г. у Кубы — один из самых высоких уровней недостаточной физической активности среди взрослых в регионе (оценочно ~61 %). В отношении сокращения потребления табака и никотинсодержащих продуктов реализуются образовательные кампании, ограничение курения в общественных местах, налогообложение — частично, но существует потенциал для дальнейшего усиления комплексных мер (например, расширение рекламных ограничений) [30]. Национальная стратегия по контролю над ЗНО предусматривает организованный скрининг: цитологическое исследование на выявление рака шейки матки, раннее выявление рака молочной железы и колоректального рака, контроль качества скрининга (пороговые охваты, регулярный аудит) [31].

Кубинская модель показывает, что опора на ПМСП и команду «врач-и-медсестра семьи», в совокупности с национальными клиническими программами и популяционными мерами формирует устойчивый каркас профилактики ХНИЗ. Сильные стороны — раннее внедрение стандартизованных протоколов (гипертония), организованный скрининг рака, мультисекторальные инициативы по питанию/физической активности. Вместе с тем региональные данные указывают на необходимость интенсификации мер по физической активности и пищевого регулирования. Устойчивость программ зависит от стабильного финансирования, обновления нормативно-правовой базы под национальные инициативы (соль, трансжиры, маркировка, школьное питание).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ мирового опыта в сфере профилактики ХНИЗ и формирования ЗОЖ показал, что наиболее успешные стратегии опираются на комплексный межсекторальный подход, объединяющий государственную политику, систему здравоохранения и вовлечение населения. Во всех рассмотренных странах ключевым условием успеха является государственная политика и устойчивые национальные стратегии, закрепленные на законодательном уровне и поддерживаемые долгосрочным финансированием.

ПМСП и командный подход (как на Кубе и в Финляндии) являются наиболее эффективными платформами для раннего выявления ФР и долгосрочного сопровождения пациентов. Популяционные меры

(снижение потребления соли, налогообложение табака и алкоголя, регулирование маркетинга вредных продуктов) оказывают доказанное влияние на динамику заболеваемости и смертности. Межсекторальное взаимодействие (образование, урбанистика, транспорт, пищевая промышленность) — необходимое условие для устойчивого формирования ЗОЖ. Использование цифровых технологий, систем мониторинга и эпиднадзора усиливает эффективность профилактических программ и позволяет адаптировать меры в реальном времени. Эти подходы могут служить ориентиром для стран, разрабатывающих или совершенствующих национальные стратегии по борьбе с ХНИЗ, обеспечивая долгосрочные улучшения здоровья и качества жизни населения.

Успехи России в профилактике ХНИЗ и поддержке ЗОЖ также можно рассматривать в числе успешных кейсов, реализованных в масштабах страны. Российская Федерация внедрила ряд эффективных практик: организованный скрининг и диспансерное наблюдение целевых групп, использование программ ранней диагностики и лечения онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний, развитие телемедицины и цифровых реестров, системные мероприятия по повышению доступности ПМСП и подготовке кадров. Национальные проекты «Здравоохранение» и «Продолжительная и активная жизнь» обеспечивают институциональную поддержку, финансирование и координацию региональных инициатив.

## Конфликт интересов / Conflict of interest

Автор заявил об отсутствии потенциально-го конфликта интересов. / The author declare no conflict of interest.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Максикова Т. М., Кицул И. С. Зарубежный опыт организации профилактики хронических неинфекционных заболеваний. *Менеджер здравоохранения*. 2025; 4:115–125. <https://doi.org/10.21045/1811-0185-2025-4-115-125>
2. Maksikova TM, Kitsul IS. Foreign experience in the organization of prevention of chronic non-communicable diseases. *The health care manager*. 2025;4:115–125. (In Russ.) <https://doi.org/10.21045/1811-0185-2025-4-115-125>
3. World health organization. Implementation roadmap 2023–2030 for the WHO global action plan for the prevention and control of NCDs 2023–2030 [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2025 Aug 2]. Available from: <https://www.who.int/ru/publications/m/item/implementation-roadmap-2023-2030-for-the-who-global-action-plan-for-the-prevention-and-control-of-ncds-2023-2030>

3. Puska P, Jaini P. The North Karelia project: prevention of cardiovascular disease in finland through population-based lifestyle interventions. *Am J Lifestyle Med.* 2020;14(5):495–499. <https://doi.org/10.1177/1559827620910981>
4. Vartiainen E. The North Karelia Project: Cardiovascular disease prevention in Finland. *Glob Cardiol Sci Pract.* 2018;2018(2):13. <https://doi.org/10.21542/gcsp.2018.13>
5. Бекшаев И. А., Берсенева И. А. Здоровьесберегающие технологии в Финляндии. *Современные здоровьесберегающие технологии.* 2018;(2):19–28.
- Bekshaev IA, Berseneva IA. Health-saving technologies in Finland. *Modern health-saving technologies.* 2018;(2):19–28. (In Russ.)
6. Tajeu GS, Joynt Maddox K, Brewer LC. Million hearts cardiovascular disease risk reduction model. *JAMA.* 2023;330(15):1430–1432. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.16096>
7. Hirashiki A, Shimizu A, Nomoto K, et al. Systematic review of the effectiveness of community intervention and health promotion programs for the prevention of non-communicable diseases in Japan and other east and southeast Asian countries. *Circ Rep.* 2022;4(4):149–157. <https://doi.org/10.1253/circrep.CR-21-0165>
8. Wu F, Narimatsu H, Li X, et al. Non-communicable diseases control in China and Japan. *Global Health.* 2017;13(1):91. <https://doi.org/10.1186/s12992-017-0315-8>
9. Nomura S, Sakamoto H, Ghaznavi C, Inoue M. Toward a third term of Health Japan 21 — implications from the rise in non-communicable disease burden and highly preventable risk factors. *Lancet Reg Health West Pac.* 2021;21:100377. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2021.100377>
10. Федоткина С. А., Ахминеева А. Х., Карайланов М. Г. Лучшие практики применения телемедицинских технологий в Российской Федерации и за рубежом. *Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture.* 2023;15(3):295–312. <https://doi.org/10.12731/2658-6649-2023-15-3-295-312>
- Fedotkina SA, Akhmineeva AK, Karaylanov MG. Best practices in the application of telemedicine technologies in the Russian Federation and abroad. *Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture.* 2023;15(3):295–312. (In Russ.) <https://doi.org/10.12731/2658-6649-2023-15-3-295-312>
11. Arafa A, Kokubo Y, Kashima R, et al. The lifelong health support 10: a Japanese prescription for a long and healthy life. *Environ Health Prev Med.* 2022;27:23. <https://doi.org/10.1265/ehpm.22-00085>
12. Sun D, Pang Y, Lyu J, Li L. Current progress and challenges to tobacco control in China. *China CDC Wkly.* 2022;4(6):101–105. <https://doi.org/10.46234/ccdcw2022.020>
13. Ахминеева А. Х., Ожогин М. В. Формирование отношения к здоровому образу жизни: опыт России и Китая. *Современные здоровьесберегающие технологии.* 2022;(2):7–21. EDN: SGCZVJ.
- Akhmineeva AK, Ozhogin MV. Forming attitudes towards a healthy lifestyle: the experience of Russia and China. *Modern health-saving technologies.* 2022;(2):7–21. EDN: SGCZVJ. (In Russ.)
14. Yuan X, Zhang P, Zhang Y, et al. Current situation of preventive strategies of chronic diseases in China. *Chin J Prev Control Chron Dis.* 2012;20(2):214–217. <https://doi.org/10.1017/S1368980021004493>
15. Jiang Z, Jiang W. Health education in the healthy China initiative 2019–2030. *China CDC Wkly.* 2021;3(4):78–80. <https://doi.org/10.46234/ccdcw2021.018>
16. Карайланов М. Г., Русев И. Т., Борисов Д. Н. и др. Развитие общеврачебной практики в оказании первичной медико-санитарной помощи населению крупных городов на современном этапе. *Вестник Российской Военно-медицинской академии.* 2017;1(57):166–168.
- Karaylanov MG, Rusev IT, Borisov DN, et al. The development of general medical practice in the provision of primary health care to the population of large cities at the present stage. *Bulletin of the Russian Military Medical Academy.* 2017;1(57):166–168. (In Russ.)
17. Taylor R, Sullivan D, Reeves P, et al. A scoping review of economic evaluations to inform the reorientation of preventive health services in Australia. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20:6139. <https://doi.org/10.3390/ijerph20126139>
18. Australian government department of health and aged care. National Tobacco Strategy 2023–2030 [Internet]. Canberra: DoHAC; 2023 [cited 2025 Aug 3]. Available from: <https://www.health.gov.au/>
19. Australian institute of health and welfare (AIHW). Alcohol, tobacco & other drugs — alcohol: harm minimisation and policy [Internet]. 2023 [cited 2025 Aug 2]. Available from: <https://www.aihw.gov.au/>
20. Department of health and aged care. National bowel cancer screening program — overview and eligibility (age 45–74) [Internet]. 2025 [cited 2025 Aug 2]. Available from: <https://www.health.gov.au/>
21. National cancer screening register (NCSR). About the Register [Internet]. [cited 2025 Aug 2]. Available from: <https://www.ncsr.gov.au/>
22. Карайланов М. Г., Колпинский Г. И., Алешина О. В. и др. Мировой опыт развития онкологической помощи. *Менеджер здравоохранения.* 2025;4:126–133. <https://doi.org/10.21045/1811-0185-2025-4-126-133>
- Karaylanov MG, Kolpinskiy GI, Alyokhina OV, et al. World experience in the development of oncological care. *The health care manager.* 2025;4:126–33. (In Russ.) <https://doi.org/10.21045/1811-0185-2025-4-126-133>

23. Mengistu TS, Khatri R, Erku D, Assefa Y. Successes and challenges of primary health care in Australia: A scoping review and comparative analysis. *J Glob Health.* 2023;13:04043. <https://doi.org/10.7189/jogh.13.04043>
24. Australian government department of health and aged care. National obesity strategy 2022–2032 [Internet]. Canberra: DoHAC; 2022 [cited 2025 Aug 2]. Available from: <https://www.health.gov.au/>
25. Blanco A, Campbell NR, Cohn J, et al. The family doctor and nurse program: development of the health model in Cuba. *Rev Panam Salud Publica.* 2018;42:e31. Available from: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34902/v42e312018\\_eng.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34902/v42e312018_eng.pdf)
26. Pan American health organization. Health in the Americas+: Country Profile—Cuba [Internet]. 2024 [cited 2025 Aug 2]. Available from: <https://hia.paho.org/en/country-profiles/cuba>
27. Kengadaran S, Anusha D, Kengadaran S, Koyi S. Family health care model-A lesson to be learned from the Cuban health care system. *J Family Med Prim Care.* 2020;9(8):4481–4482. [https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc\\_632\\_20](https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_632_20)
28. Pan American journal of public health. Special issue: Health system in Cuba [Internet]. 2018 [cited 2025 Aug 2]. Available from: <https://journal.paho.org/en/special-issues/health-system-cuba>
29. Valdés González Y, Morejón Giraldoni A, Pérez Pereira L, et al. La iniciativa HEARTS en Cuba: experiencias tras 5 años de implementación (2016–2021). *Rev Panam Salud Publica.* 2022;46:e154. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.176>
30. Hiilamo H, Glantz S. FCTC followed by accelerated implementation of tobacco advertising bans. *Tob Control.* 2017;26(4):428–433. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2016-053007>.
31. Bermejo Bencomo W, Abreu Ruíz G, Gálvez González AM, Rubio Hernández MC. Acciones de pesquisa para el control del cáncer cervicouterino en Cuba. *Rev Infodir.* 2021;(36):1–12.

**Информация об авторах:**

Ахминеева Азиза Халиловна — доктор медицинских наук, доцент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» Минобороны России.

**Author information:**

Akhmineeva Aziza Kh., MD, DSc, Associate Professor of the Department of Health Organization and Public Health of the S. M. Kirov Military Medical Academy.