

ДОКЛАД О СИТУАЦИИ В ОБЛАСТИ неинфекционных заболеваний в мире 2014

*“Достижение девяти глобальных целей по НИЗ,
общая ответственность”*



Всемирная
организация здравоохранения

Выражение признательности

В подготовке и выпуске настоящего доклада приняли участие следующие лица, которые работали под руководством помощника Генерального директора Олега Честнова:

Канцелярия Генерального директора (консультации и руководство) Anarfi Asamoah-Baah, заместитель Генерального директора, Chris Dye, Ian Smith

Ведущий автор: Shanthi Mendis. **Ведущие авторы по главам:** Tim Armstrong, Douglas Bettcher, Francesco Branca, Jeremy Lauer, Cecile Mace, Shanthi Mendis, Владимир Позняк, Leanne Riley, Vera Da Costa E Silva, Gretchen Stevens

Руководитель проекта: Kwok Cho Tang

Сотрудники ВОЗ в Женеве и Лионе: Юлия Баконина, Freddie Bray, Nick Banatvala, Melanie Bertram, Peter Beyer, Monika Bloessner, Alison A'Isha Commar, Edouard Tursan D'Espaignet, Mercedes De Onis, Alexandra Fleischmann, Silvia Franceschi, Etienne Krug, Chizuru Nishida, Colin Mathers, Bente Mikkelsen, Armando Peruga, Dag Rekve, Jane Robertsen, Gojka Roglic, Yasuyuki Sahara, Ruitai Shao, Andreas Ullrich, Meindert Van Hilten, Temo Waqanivalu, Christopher P Wild

Сотрудники ВОЗ в региональных и страновых бюро

Региональные директора: Африканский регион - Luis Sambo, Регион стран Америки - Carissa Etienne, Регион Восточного Средиземноморья - Ala Alwan, Европейский регион - Jakob Zsuzsanna, Регион Юго-Восточной Азии - Poornam Singh, Регион Западной части Тихого океана -Young-soo Shin

Другие сотрудники: Ibtihal Fadhil, Renu Garg, Gauden Galea, Anselm Hennis, Branca Legitic, Samer Jabbour, Frederiek Mantingh, Hai-Rim Shin, Susan Mercado, Steven Shongwe, Slim Slama, Elena Tsoyi, Cherian Varghese

Рецензенты со стороны и другие участники

George Alleyne, Robert Beaglehole, David Bramley, Joy Carrington, Rajiv Chowdhury, Michael Engelgau, Majid Ezzati, Charlie Foster, Oscar Franco, Valentin Fuster, Gerald Gartlehner, Danaei Goodarz, Vilius Grabauskas, Ian Graham, Murad Hassan, John Harold, Corinna Hawkes, Carl Heneghan, Konstantin Kotenko, Liming Li, Alan Lopez, Gabriel Masset, Jean Claude Mbanya, George Mensah, Rob Moodie, Venkat Narayan, Sania Nishtar, Srinath Reddy, Jurgen Rehm, Mike Rayner, Peter Scarborough, Yackoob Seedat, Surendra Shastri, Priya Shetty, Sidney Smith, Isolde Sommer, Laurence Sperling, David Stuckler, Doug Webb, Kremlin Wickramasinghe, David Wood, Qiao Youlin, Salim Yusuf

Административная поддержка: Fabienne Besson, Maritha Osekre-Amey, Joel Tarel, Roelof Wuite

Издание настоящей публикации стало возможным за счет щедрой финансовой поддержки со стороны правительств Норвегии и Российской Федерации

WHO/NMH/NVI/15.1

© Всемирная организация здравоохранения, 2014 г.

Все права защищены. Публикации Всемирной организации здравоохранения имеются на веб-сайте ВОЗ (www.who.int) или могут быть приобретены в Отделе прессы ВОЗ, Всемирная организация здравоохранения, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; эл. почта: bookorders@who.int). Запросы на получение разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ - как для продажи, так и для некоммерческого распространения - следует направлять в Отдел прессы ВОЗ через веб-сайт ВОЗ (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

Обращение Генерального директора



Д-р Маргарет Чен
Генеральный директор
Всемирная организация здравоохранения

Мир достиг критической точки в истории борьбы с неинфекционными заболеваниями (НИЗ) и сейчас имеет беспрецедентную возможность изменить ее развитие. Государства-члены ВОЗ согласовали девять добровольных глобальных целей, которые должны быть достигнуты к 2025 году. Это цели по уменьшению вредного употребления алкоголя, распространенности недостаточной физической активности, потребления соли/натрия, употребления табака и распространенности повышенного кровяного давления, а также по прекращению роста случаев диабета и ожирения и расширению охвата усилий для профилактики инфарктов и инсультов. Есть также цель по улучшению доступности и ценовой приемлемости технологий и основных лекарственных средств для ведения НИЗ. Странам необходимо обеспечить прогресс в отношении всех этих целей для достижения общей цели по сокращению на 25% преждевременной смертности от четырех основных НИЗ к 2025 году.

Из 38 миллионов случаев смерти в результате НИЗ в 2012 г. более 40% произошли преждевременно, среди людей в возрасте до 70 лет. Большинство преждевременных случаев смерти от НИЗ предотвратимо. В настоящем докладе представлены обнадеживающие данные, свидетельствующие о том, что преждевременная смертность от НИЗ может быть значительно снижена во всем мире. Во многих странах с высоким уровнем дохода число случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний значительно уменьшилось благодаря государственной политике, способствующей принятию более здорового образа жизни и предоставлению справедливой медицинской помощи. Необходимо закрепить этот положительный сдвиг и, по возможности, ускорить его темпы в развитых странах и воспроизвести этот сдвиг в странах с низким и средним уровнями дохода.

НИЗ находятся в зависимости от воздействия глобализации на маркетинг и торговлю, от быстрой урбанизации и старения населения – факторов, которые человек, как и общепринятый сектор здравоохранения, может контролировать лишь в ограниченных пределах. Важно изменить поведение

человека, поэтому для борьбы с НИЗ совершенно необходимо обеспечить лидерство на самых высоких уровнях правительства, разрабатывать политику с участием всех подразделений правительства и добиваться прогресса на пути обеспечения всеобщего охвата медицинской помощью.

Настоящий доклад предназначается, прежде всего, для министров здравоохранения. Он содержит информацию о добровольных глобальных целях и о путях устойчивой активизации национальных усилий по их достижению. В докладе приводятся базисные оценки смертности от НИЗ за 2010 г. и факторы риска с тем, чтобы страны могли начать сообщать ВОЗ о прогрессе, достигнутом на пути достижения целей, начиная с 2015 года. В докладе отмечается, что целевые исследования в странах в области успешной профилактики НИЗ и борьбы с ними могут быть полезными для других стран, сталкивающихся с аналогичными проблемами.

В докладе сообщается о согласованном комплекте высокоэффективных по затратам – и осуществимых в глобальных масштабах – мероприятий по НИЗ для достижения всех девяти целей. Необходимо, чтобы каждая страна проводила их с учетом своих конкретных местных условий и контекста, опираясь на наилучший имеющийся опыт. На Генеральной Ассамблее Организации Объединенных Наций 2014 г. министры согласились с тем, что нет таких причин, по которым какая-либо страна – с низким, средним или высоким уровнем дохода – может отсрочить осуществление этих мероприятий. Отсрочивание действий приведет к усугублению бремени НИЗ и повышению расходов на здравоохранение.

Основной идеей второго доклада о ситуации в области НИЗ в мире является то, что сегодня глобальное сообщество имеет возможность изменить развитие эпидемии НИЗ. Сейчас мир имеет действительно глобальную повестку дня в области профилактики НИЗ и борьбы с ними, за которую все страны несут общую ответственность на основе конкретных целей. И ни одна страна не может позволить себе упустить эту историческую возможность для борьбы с эпидемией НИЗ.



Вступление

Д-р Олег Честнов

Помощник Генерального директора

Неинфекционные заболевания и психическое здоровье

Всемирная организация здравоохранения

Неинфекционные заболевания (НИЗ) являются одной из основных проблем в области здравоохранения и развития 21-го века как с точки зрения причиняемых ими человеческих страданий, так и с точки зрения их негативного воздействия на социально-экономическую структуру стран, особенно стран с низким и средним уровнями дохода. Ни одно правительство не может себе позволить игнорировать возрастающее бремя НИЗ. При отсутствии основанных на фактических данных действий последствия НИЗ для людей, общества и экономики будут продолжать усугубляться и превысят возможности стран для борьбы с ними.

Признавая разрушительное воздействие НИЗ на общество, экономику и общественное здравоохранение, мировые лидеры приняли в сентябре 2011 г. политическую декларацию, содержащую твердые обязательства по борьбе с глобальным бременем НИЗ, и дали Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ряд поручений для поддержки деятельности в странах. Одним из таких поручений была разработка Глобального плана действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг. (известного как Глобальный план действий по НИЗ), включая девять добровольных глобальных целей и глобальную систему мониторинга. Глобальный план действий по НИЗ и добровольные глобальные цели были приняты Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2013 году.

Девять добровольных глобальных целей по НИЗ свидетельствуют о том, что страны должны уделять первоочередное внимание действиям, направленным на сокращение вредного употребления алкоголя, распространенности недостаточной физической активности, потребления соли/натрия, употребления табака и распространенности повышенного кровяного давления, а также на прекращение роста числа случаев диабета и ожирения, расширение охвата усилий для профилактики инфарктов и инсультов и обеспечение доступа к основным технологиям и лекарственным средствам.

Для поддержки осуществления Глобального плана действий по НИЗ ВОЗ создала Глобальный координационный механизм, который улучшит координацию деятельности по НИЗ, участие различных заинтересованных сторон и деятельность разных секторов. Дополнительную поддержку в осуществлении Глобального плана действий по НИЗ будет оказывать Межучрежденческая целевая группа Организации Объединенных Наций по профилактике НИЗ и борьбе с ними, учрежденная Генеральным секретарем для координации деятельности соответствующих учреждений Организации Объединенных Наций и других межправительственных организаций.

Второй доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире выходит всего лишь за 10 лет до срока, намеченного для достижения согласованных на международном уровне добровольных глобальных целей по НИЗ. Это также время, когда мы можем быть более оптимистичными, чем когда-либо ранее, в отношении будущего развития профилактики НИЗ и борьбы с ними. Для достижения глобальных целей по НИЗ правительства, международные партнеры и ВОЗ должны работать вместе, обмениваться опытом и информацией и принимать необходимые меры для уменьшения пробелов в потенциальных возможностях и ресурсах.

Ни одна страна не должна быть оставлена без внимания по мере того, как человечество энергично приступает к решению одной из самых значительных проблем в области общественного здравоохранения 21-го века.

Резюме

Доклад о положении дел в мире в области профилактики неинфекционных заболеваний (НИЗ) и борьбе с ними является вторым в трехгодичной серии докладов, отслеживающих глобальный прогресс в области профилактики НИЗ и борьбе с ними.

Последствия НИЗ для человеческого, социального и экономического измерений ощущают на себе все страны, но особенно разрушительны они для малоимущего и незащищенного населения. Снижение бремени НИЗ в общемировом масштабе является главным приоритетом и необходимым условием для устойчивого развития. НИЗ — наиболее распространенная причина смерти в мире: в 2012 г. из 56 миллионов смертей 38 миллионов (68%) были вызваны именно ими. Более 40% (16 миллионов) умерли преждевременно, не дожив до 70 лет. Почти три четверти всех смертей от НИЗ (28 миллионов) и большинство преждевременных смертей (82%) приходится на страны с низким и средним уровнем доходов.

В 2011–2025 гг. при стабильном сценарии совокупные экономические потери, вызванные НИЗ, в странах с низким и средним уровнем доходов прогнозируются на уровне 7 трлн. долл. США. Бездействие обходится в колоссальную сумму, которая намного превышает годовые затраты на принятие высокоэффективных мер по снижению бремени НИЗ (11,2 млрд. долл. США в год).

В сентябре 2011 г. мировые лидеры согласовали «дорожную карту» с конкретными обязательствами по снижению глобального бремени НИЗ, включая обязательство по разработке многосекторальных планов действий и стратегий профилактики НИЗ и борьбе с ними к 2013 году.

В целях активизации национальных усилий по НИЗ Всемирная ассамблея здравоохранения в 2013 г. утвердила девять конкретных добровольных глобальных целей на 2025 г. и одобрила комплекс мероприятий в контексте Глобального плана действий ВОЗ по НИЗ на 2013–2020 гг., который при условии его совместного осуществления государствами-членами, международными партнерами и ВОЗ будет способствовать выполнению обязательств, принятых мировыми лидерами в сентябре 2011 года. Этот комплекс мероприятий построен вокруг шести целей, направленных на укрепление национального потенциала и расширение международного сотрудничества для снижения остроты факторов риска, совершенствования систем здравоохранения и

отслеживания прогресса в достижении глобальных целей по НИЗ.

В июле 2014 г. Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций провела обзор прогресса, достигнутого в осуществлении Политической декларации 2011 г., и оценила прогресс, достигнутый на национальном уровне с сентября 2011 года. Признав, что прогресс в осуществлении «дорожной карты» обязательств, включенной в Политическую декларацию 2011 г., является недостаточным и крайне неравномерным и что необходимы дальнейшие и более активные усилия, члены Организации Объединенных Наций приняли обязательства в отношении комплекса мер в четырех приоритетных областях, касающихся руководства, профилактики и снижения факторов риска, здравоохранения и эпиднадзора. Эти ограниченные временными рамками меры включают установление национальных целей по НИЗ, соответствующих глобальным целям, разработку национальных многосекторальных планов по НИЗ к 2015 г. и начало реализации этих планов к 2016 г. для достижения национальных целей.

Второй доклад о положении дел в мире в области профилактики неинфекционных заболеваний (НИЗ) и борьбе с ними составлен на основе девяти добровольных глобальных целей. В нем содержатся данные по текущей ситуации, приводится информация как о препятствиях, так и о возможностях и приоритетных действиях, необходимых для достижения целей. Кроме того, в доклад включены проведенные в 2010 г. базовые расчеты по связанным с НИЗ факторам риска и смертности, что дает странам возможность сообщать о прогрессе начиная с 2015 года.

Глобальная цель 1: Относительное сокращение на 25% общей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, онкологических заболеваний, диабета или хронических респираторных заболеваний к 2025 г.

Прогресс в достижении всех других целей способствует достижению этой главной цели по преждевременной смертности. В Главе 1 представлены данные по смертности в 2012 г., которые говорят о том, что (i) от НИЗ страдают все страны; (ii) особенно тяжелым бременем НИЗ ложатся на страны с низким и средним уровнем доходов; и (iii) большинство

преждевременных смертей от НИЗ приходится на страны с низким и средним уровнем доходов.

Способность стран достичь этой цели будет сильно варьироваться между разными регионами планеты. Страны с низким и средним уровнем доходов могут ориентироваться на целевой уровень 25%, в то время как страны с высоким уровнем доходов, в которых уже отмечается снижение распространенности основных НИЗ, могут ориентироваться на более амбициозные целевые уровни.

В Главе 1 описываются комплексные, много-секторальные стратегии и меры, необходимые для достижения этой цели, а также соответствующий потенциал стран, включая системы регистрации актов гражданского состояния и естественного движения населения и системы эпиднадзора. В условиях нехватки ресурсов во многих странах на приоритетной основе необходимо будет осуществлять наиболее затратоэффективные стратегии и меры («лучшие покупки»).

Глобальная цель 2: Сокращение вредного употребления алкоголя по меньшей мере на 10% к 2025 г.

В 2012 г. употребление алкоголя стало причиной около 5,9% (3,3 миллиона) всех смертей в мире и 5,1 лет жизни с поправкой на инвалидность (ГЖПИ). Более половины этих смертей было вызвано НИЗ.

В 2010 г. мировое потребление алкоголя оценивалось в 6,2 л чистого алкоголя на человека старше 15 лет (соответствует 13,5 г чистого спирта в день). Распространенность запойного пьянства коррелирует с общим уровнем употребления алкоголя и выше всего в Европейском и Американском регионах.

Существуют затратоэффективные методы регулирования, способствующие снижению вредного употребления алкоголя. К ним относятся политика ценообразования, ограничения в отношении доступа к алкоголю и его сбыта, предоставление более эффективных медико-санитарных услуг, а также нормы и меры по борьбе с вожделением в нетрезвом состоянии. Свою эффективность также доказали такие меры индивидуального воздействия, как скрининг на вредное употребление алкоголя и лечение алкогольной зависимости, однако они обходятся дороже, чем меры, ориентированные на население в целом.

После принятия Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2010 г. *Глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя* в деле борьбы с вредным употреблением алкоголя был достигнут определенный прогресс. Растет число стран, разработавших или пересмотревших национальную политику и планы действий в отношении

употребления алкоголя. Из 76 стран, имеющих документально закреплённую национальную политику по алкоголю, 52 предприняли шаги к ее практической реализации. Около 160 государств-членов ВОЗ регулируют возраст, с которого разрешена покупка алкогольных напитков.

Глобальная цель 3: Относительное сокращение распространенности недостаточной физической активности на 10% к 2025 г.

Недостаточная физическая активность вызывает 69,3 миллиона ГЖПИ и 3,2 миллиона смертей ежегодно. Взрослые, не занимающиеся физической активностью в достаточной мере, подвержены более высокому риску смертности от любых причин по сравнению с теми, кто по меньшей мере 150 минут в неделю (или эквивалентный период) уделяют физической активности умеренной интенсивности в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Регулярная физическая активность снижает риск развития ишемической болезни сердца, инсульта, диабета и рака молочной железы и толстой кишки.

В 2014 г. 23% людей старше 18 лет не занимались достаточной физической активностью. Женщины менее активны, чем мужчины, а пожилые люди менее активны, чем молодежь. В 2014 г. 81% подростков в возрасте от 11 до 17 лет были недостаточно физически активны. Девушки менее активны, чем юноши: 78% соответствуют рекомендациям ВОЗ (для подростков мужского пола этот показатель составляет 84%).

Несколько развитых стран сообщили об улучшении показателей физической активности за последнее десятилетие в результате осуществления национальных стратегий и программ, направленных на повышение физической активности. В последние годы целый ряд стран с низким и средним уровнем доходов также начали осуществление инициатив для решения проблемы недостаточной физической активности. Достижение целей по физической активности требует многосекторального взаимодействия между органами, отвечающими за транспорт, городское планирование, отдых, спорт и образование, что позволит сформировать безопасную среду, стимулирующую к физической активности самые разные возрастные группы.

Глобальная цель 4: Относительное сокращение на 30% среднего потребления соли среди населения к 2025 г.

Чрезмерное потребление пищевой поваренной соли связано с повышенным риском развития

гипертензии и сердечно-сосудистых заболеваний. Около 1,65 миллиона смертей в мире от сердечно-сосудистых заболеваний связаны с чрезмерным потреблением натрия. По текущим оценочным данным, среднее глобальное потребление соли в мире находится на уровне 10 г в день (3,95 г натрия в день). ВОЗ рекомендует сократить потребление соли до менее 5 г в день (2 г натрия в день), что позволит снизить кровяное давление и риск ишемической болезни сердца и инсульта.

В одних странах основным источником соли являются переработанные продукты и готовое питание, в других — пищевая соль, добавляемая при приготовлении и употреблении пищи дома. По мере расширения доступа населения стран с низким и средним уровнем доходов к переработанным продуктам питания оно начинает получать больше натрия из этого источника.

Как отмечается в Главе 4, для постановки национальных целей и разработки эффективных кампаний для потребителей необходимо определить исходный уровень потребления соли. Цели по снижению потребления натрия необходимо устанавливать для каждой категории продуктов и приоритизировать те, из которых население получает наибольший объем натрия.

Министерства здравоохранения всех стран должны играть руководящую роль в разработке и осуществлении стратегий, направленных на снижение потребления соли населением. Эти стратегии должны носить межсекторальный и многодисциплинарный характер и предусматривать участие всех заинтересованных сторон. Они должны подходить для различных условий и включать использование всех имеющихся инструментов, в том числе маркировку, нормотворчество, изменение состава продуктов, налоговые льготы, стимулирующие производство и потребление продуктов питания с пониженным содержанием натрия, а также информационную работу с населением, направленную на эффективную реализацию стратегий. В некоторых странах был достигнут значительный прогресс на этом направлении.

Глобальная цель 5: Относительное сокращение на 30% показателя распространенности употребления табака среди лиц в возрасте от 15 лет к 2025 г.

По оценкам, около 6 миллионов человек в год умирают по причинам, связанным с употреблением табака, причем 600 000 человек погибают от пассивного курения (из них 170 000 детей).

Меры по снижению употребления табака включают: защиту населения от пассивного курения на основе национального законодательства, обеспечивающего «полное отсутствие дыма»; консультации по отказу от курения и работу по информированию населения об опасностях, связанных с употреблением табака; обеспечение исполнения запрета на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табака; а также повышение налогов на табак до уровня, при котором они составят не менее 70% от конечной розничной цены любого табачного изделия.

В борьбе против табака в мировом масштабе за последние годы удалось достичь заметного прогресса: выросло как число стран, защищающих свое население от табака, так и число людей по всему миру, охваченных эффективными мерами борьбы против табака. В 2013 г. 95 стран полностью реализовали по меньшей мере одну из мер борьбы против табака, получивших название «лучшая покупка» (крайне затратоэффективные меры), а две страны полностью реализовали все четыре «лучшие покупки». Многие страны, успешно внедряющие «лучшие покупки», относятся к числу стран с низким или средним уровнем доходов.

Как утверждают авторы доклада в Главе 5, во многих странах необходимы дополнительные усилия для принятия эффективных мер борьбы против табака. В частности, необходимо вывести меры по снижению спроса из категории «лучшая покупка» на качественно новый уровень, на котором деятельность еще не велась; поддерживать и активизировать осуществление существующих программ, включив в них полный спектр мер; и осуществлять в полной мере РКБТ ВОЗ. Достижения большинства стран в осуществлении мер по снижению спроса на табак говорят о том, что любая страна независимо от ее размера и уровня развития может успешно бороться против табачной эпидемии.

Глобальная цель 6: Сокращение на 25% распространенности случаев повышенного кровяного давления или сдерживание распространенности случаев повышенного кровяного давления, в соответствии с национальными условиями, к 2025 г.

В 2010 г., по оценкам, повышенное кровяное давление стало причиной смерти 9,4 миллиона человек и 7% бремени болезней (в ГЖПИ). Без лечения повышенное кровяное давление приводит к инсульту, инфаркту миокарда, сердечной недостаточности, деменции, почечной недостаточности и слепоте.

Существуют убедительные научные данные в пользу того, что снижение кровяного давления посредством как мер, ориентированных на население в целом, так и индивидуальных мер (поведенческого и фармакологического характера) полезно для здоровья. Общемировой показатель распространенности случаев повышенного кровяного давления (систолическое и/или диастолическое кровяное давление составляет или превышает 140/90 мм рт. ст.) среди лиц 18 лет и старше в 2014 г. составил 22%.

Высокая распространенность случаев повышенного кровяного давления обусловлена многочисленными факторами, поддающимися изменению. К ним относятся употребление в пищу продуктов, содержащих слишком много соли и жира, недостаток в рационе фруктов и овощей, избыточный вес и ожирение, вредное употребление алкоголя, недостаточная физическая активность, психологический стресс, социально-экономические детерминанты и недостаточный доступ к медико-санитарным услугам. Выявление, лечение и контроль по всему миру оставляют желать лучшего из-за несовершенства систем здравоохранения, особенно на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Для достижения этой цели необходимо проводить стратегии и принимать меры, ориентированные на население в целом и воздействующие на поддающиеся изменению факторы риска. Кроме того, необходимо разрабатывать и внедрять комплексные программы в сфере первичной медико-санитарной помощи для повышения эффективности выявления и лечения гипертензии и других сердечно-сосудистых факторов риска на основе принципов учета всех факторов риска, как рекомендует ВОЗ.

Глобальная цель 7: Прекращение роста числа случаев диабета и ожирения к 2025 г.

Ожирение повышает вероятность развития диабета, гипертензии, ишемической болезни сердца, инсульта и некоторых видов рака. В мировом масштабе распространенность ожирения выросла почти в два раза. В 2014 г. 10% мужчин и 14% женщин в возрасте 18 лет и старше страдали ожирением. В 2013 г. более 42 миллиона детей младше 5 лет имели лишний вес. Глобальная распространенность диабета в 2014 г. оценивается в 10%.

Ожирение и диабет поддаются профилактике на основе многосекторальных усилий, нацеленных одновременно на различные сектора, участвующие в производстве, сбыте и маркетинге продуктов питания. Параллельно необходимо вести работу по

формированию среды, способствующей поддержанию должного уровня физической активности.

Лица, находящиеся в группе высокого риска по диабету, могут снизить его за счет умеренного похуждения и ежедневной умеренной физической активности. В небольшом числе стран с высоким уровнем доходов соответствующими мерами удалось охватить все население. Однако в странах с низким и средним уровнем доходов масштабное принятие таких мер осложнено, частично потому, что современные методы выявления лиц, подвергающихся высокому риску, неудобны и весьма дорогостоящи.

Существует острая необходимость в проведении оценки эффективности мер профилактики ожирения и диабета.

Глобальная цель 8: Получение к 2025 г. по крайней мере 50% людей, которым это необходимо, лекарственной терапии и консультирования (включая гликемический контроль) для предотвращения инфаркта и инсульта

В 2012 г. сердечно-сосудистые заболевания стали наиболее распространенной причиной смертности от НИЗ: на их долю пришлось 17,5 миллиона смертей (46% от всех смертей, вызванных НИЗ). Из них около 7,4 миллиона смертей были вызваны инфарктом (ишемической болезнью сердца), а 6,7 миллиона — инсультом.

Цель по снижению распространенности инфаркта и инсульта подразумевает расширение охвата лекарственной терапии и консультирования населения с повышенным риском развития сердечно-сосудистых заболеваний и с диагностированными заболеваниями. Это доступные по стоимости мероприятия, которые можно проводить в рамках первичной медико-санитарной помощи даже в условиях дефицита ресурсов.

Охват населения мероприятиями по профилактике инфаркта и инсульта крайне неравномерен, особенно в странах с низким и средним уровнем доходов. Основные причины этого следующие: затрудненный доступ к базовым услугам первичной медико-санитарной помощи, нехватка лекарственных средств и лабораторных исследований, ненадлежащие методы клинической практики и несоблюдение пациентами рекомендаций по лечению.

В целях продвижения к всеобщему охвату услугами здравоохранения мероприятия по профилактике инфаркта и инсульта необходимо включать в базовый пакет медицинских услуг. Кроме того, следует с учетом конкретного контекста разработать стратегии устранения многочисленных пробелов в

системах здравоохранения, связанных с доступом к базовым технологиям и лекарственным средствам, медицинскими кадрами, оказанием услуг, информированием и направлением пациентов, обращая при этом особое внимание на первичную медико-санитарную помощь.

Глобальная цель 9: Достижение к 2025 г. как в частных, так и в государственных учреждениях здравоохранения 80% уровня наличия базовых технологий и основных лекарственных средств (включая препараты-генерики), необходимых для лечения основных неинфекционных заболеваний

Данная цель связана с наличием определенного уровня технологий и лекарственных средств для осуществления затратоэффективных мероприятий первичной медико-санитарной помощи по борьбе против сердечно-сосудистых заболеваний, диабета и астмы. Перечень основных лекарственных средств включает аспирин, статины, ингибитор ангиотензинпревращающего фермента, тиазидный диуретик, блокатор кальциевых каналов пролонгированного действия, метформин, инсулин, бронходилататор и стероидный ингаляционный препарат. В перечень базовых технологий входят, как минимум, прибор для измерения кровяного давления, весы, средства для измерения уровня сахара и холестерина в крови (тест-полоски) и анализ альбумина в моче с помощью полосок.

Без выполнения этих минимальных требований невозможно осуществление даже базовых мероприятий по НИЗ на уровне первичной медико-санитарной помощи. В настоящее время сохраняется множество проблем, связанных с доступностью и наличием базовых технологий и основных лекарственных средств, особенно в странах с низким и средним уровнем доходов. Из-за ограниченного доступа пациенты поздно обращаются за лечением, что может приводить как к появлению осложнений, которых можно было бы избежать, так и к необходимости оплачивать дорогостоящие медицинские услуги из своего кармана, что может разорить домохозяйство. Необходимо устойчивое финансирование здравоохранения, которое позволило бы наладить эффективные и надежные системы закупок и сбыта, гарантирующие поставки технологий и основных лекарственных средств от НИЗ на всех уровнях здравоохранения, включая первичную медико-санитарную помощь. Соответственно, национальная политика, направленная на обеспечение доступности базовых медицинских технологий и лекарственных

средств, должна играть центральную роль в усилиях по достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения. Лекарственные средства должны использоваться надлежащим образом, поэтому необходимо обеспечить соответствие основанным на фактических данных руководящим принципам и вести работу по разъяснению принципов их рационального применения как медикам, так и пациентам.

Стратегии и мероприятия, направленные на достижение этих девяти целей (главы 1–9), должны получить высокий приоритет и финансироваться из бюджетов национальных многосекторальных планов действий по НИЗ. В Главе 10, посвященной разработке национального многосекторального плана по НИЗ, перечислены ключевые аспекты НИЗ, которые необходимо учесть: руководство, профилактика, здравоохранение, эпиднадзор и мониторинг. Для повышения вероятности успешной реализации процесс разработки плана должен в обязательном порядке охватывать все заинтересованные стороны как в секторах, связанных со здравоохранением, так и в других секторах, включая гражданское общество и частный сектор.

В последней главе предлагаются пути достижения девяти добровольных глобальных целей к 2025 г. и подчеркиваются основные выводы доклада.

Вывод 1. НИЗ являются ключевой движущей силой устойчивого развития

Данные доклада свидетельствуют о том, что НИЗ присутствуют во всех странах и что наиболее тяжелым бременем смертности и заболеваемости они ложатся на страны с низким и средним уровнем доходов. Потери производительности, связанные с преждевременной смертностью, и личные и национальные расходы на борьбу против НИЗ являются серьезными препятствиями для сокращения масштабов нищеты и устойчивого развития. Таким образом, прогресс в достижении целей по НИЗ имеет ключевое значение для достижения целей в области устойчивого развития.

Вывод 2. Некоторые страны идут правильным путем к достижению глобальных целей по НИЗ, но большинство сбилось с курса

Как свидетельствуют многие обнадеживающие тематические исследования, страны, политические лидеры которых продемонстрировали твердую

приверженность решению проблемы НИЗ, уже добились значительных успехов в этой области. Однако прогресс остается неравномерным и недостаточным. В докладе говорится о многочисленных упущенных возможностях по укреплению руководства, профилактики, здравоохранения, а также эпиднадзора и мониторинга, особенно в странах с низким и средним уровнем доходов.

Вывод 3. Страны могут переходить от политических обязательств к практической работе путем приоритизации высокоэффективных и доступных по стоимости мероприятий

Очевидно, что главным препятствием, обусловившим недостаточный прогресс в деле профилактики НИЗ и борьбы с ними, является вовсе не недостаточное число проводимых мероприятий. Высокие показатели смертности и заболеваемости, особенно в странах с низким и средним уровнем доходов, отражают недостаточный уровень инвестиций в затратноэффективные мероприятия по НИЗ. Для улучшения результатов работы по НИЗ необходимо расходовать ресурсы стратегически. Все страны могут переходить от политических обязательств к практической работе путем приоритизации высокоэффективных и доступных по стоимости стратегий и мероприятий («лучшие покупки»).

Вывод 4. Все страны должны установить национальные цели по НИЗ и нести ответственность за их достижение

Девять добровольных глобальных целей дают хорошее представление о том, как к 2025 г. может измениться положение в мире в том, что касается НИЗ. Все страны должны поставить себе национальные цели и наладить систему мониторинга для отслеживания прогресса в достижении этих целей. Учитывая, что глобальные цели ориентированы на ограниченный перечень ключевых конечных результатов по НИЗ, постановка национальных целей и реализация соответствующих стратегий и мероприятий позволит странам использовать ресурсы максимально эффективно. Для достижения наилучших результатов уроки, извлеченные из осуществления, следует оперативно использовать при принятии решений на основе оперативных исследований.

Вывод 5. Необходимо сформировать структуры и процессы для многосекторального и межсекторального взаимодействия

Взаимодействие между секторами помимо здравоохранения (многосекторальное взаимодействие) и между государственными и негосударственными структурами (межсекторальное взаимодействие) имеет ключевое значение как для профилактики НИЗ и борьбы с ними при соблюдении принципов справедливости, так и для достижения национальных целей. Механизмы и процессы содействия многосекторальному и межсекторальному взаимодействию должны быть предусмотрены на этапе планирования программ по НИЗ, при этом они должны функционировать на этапах осуществления, проведения государственной политики, мониторинга и оценки.

Вывод 6. Инвестиции в системы здравоохранения имеют принципиальное значение для улучшения результатов по НИЗ

Анализ систем здравоохранения говорит о том, что пробелы в ключевых элементах системы здравоохранения затрудняют справедливое предоставление услуг здравоохранения людям с НИЗ. Укрепление систем здравоохранения, в том числе таких аспектов, как финансирование здравоохранения, руководство, медицинские кадры, медико-санитарная информация, медицинские товары и технологии и оказание медико-санитарной помощи, должно осуществляться на приоритетной основе в рамках активизации работы по профилактике НИЗ и борьбе с ними. Глобальный переход к всеобщему охвату услугами здравоохранения дает возможность явным образом приоритизировать затратноэффективные мероприятия по НИЗ в базовых пакетах медико-санитарных услуг.

Вывод 7. Необходимо укреплять институциональный и человеческий потенциал в области профилактики НИЗ и борьбы с ними

Достижение национальных целей требует наличия институционального и кадрового потенциала,

достаточного для решения сложных проблем, связанных с профилактикой НИЗ и борьбой с ними, таких как взаимосвязь между продовольственными и сельскохозяйственными системами, нормативно-правовой базой, торговлей, транспортом и городским планированием. Компетентность и потенциал кадров здравоохранения в области НИЗ необходимо будет усилить, в том числе путем включения аспектов общественного здравоохранения, связанных с профилактикой НИЗ и борьбой с ними, в учебные планы медико-санитарного и сестринского персонала, а также проведения специализированной подготовки на местах.

Несомненно, правительства стран должны признавать, что на них лежит основная ответственность по реагированию на проблему НИЗ, устанавливать национальные цели и разрабатывать национальные планы действий, но достижение глобальных целей потребует усилий и участия всех секторов общества на национальном, региональном и глобальном уровнях. Появились новые глобальные механизмы, призванные ускорить осуществление национальных мер по НИЗ. Межучрежденческая целевая группа Организации Объединенных Наций по профилактике НИЗ и борьбе с ними, которую Генеральный секретарь учредил в июне 2013 г. и поместил под управление ВОЗ, координирует деятельность соответствующих учреждений Организации Объединенных Наций и других межправительственных организаций, содействуя выполнению обязательств, принятых мировыми лидерами в Политической декларации по вопросу о НИЗ 2011 г., в частности, посредством осуществления Глобального плана действий ВОЗ по НИЗ на 2013–2020 годы. Круг ведения Целевой группы был принят Экономическим и Социальным Советом Организации Объединенных Наций в июле 2014 года. В сентябре 2014 г. ВОЗ учредила Глобальный координационный механизм ВОЗ по профилактике НИЗ и борьбе с ними, призванный обеспечивать и совершенствовать координацию действий различных государств-членов, учреждений системы Организации Объединенных Наций и негосударственных структур в интересах осуществления Глобального плана действий ВОЗ по НИЗ на 2013–2020 годы.

ВОЗ играет руководящую и координирующую роль, содействуя деятельности по решению проблемы НИЗ и контролируя ее эффективность. Как основное специализированное учреждение Организации Объединенных Наций по охране здоровья, ВОЗ продолжит поддерживать принимаемые странами меры по НИЗ в целях осуществления Глобального плана действий ВОЗ по НИЗ на

2013–2020 годы. В 2015 г. и далее ключевыми направлениями работы будут следующие: предоставление государствам-членам технической помощи в постановке национальных целей, разработка и осуществление национальных стратегий и планов по НИЗ в целях достижения поставленных целей, отслеживание тенденций и оценка прогресса. В 2015 г. ВОЗ планирует завершить работу над платформой, призванной помогать странам вести деятельность, охватывающую различные сектора (не только сектор здравоохранения), а также над подходом, позволяющим вести учет и публиковать информацию о вкладе негосударственных структур в достижение девяти добровольных глобальных целей.

Глобальная архитектура и приверженность стран действенной борьбе против эпидемии НИЗ создали крайне благоприятные условия для решения этой проблемы. Достижение девяти глобальных целей по НИЗ к 2025 г. позволит приостановить стремительный рост эпидемии НИЗ и смягчить ее разрушительные последствия для здоровья населения, экономики и жизни общества. Это масштабная задача, и решить ее будет непросто. Однако будущие поколения не простят нам бездействия. Если мы упустим эту возможность изменить историю, у наших потомков будет право спросить, почему мы не приняли решительные меры, когда могли это сделать.



Относительное сокращение на 25% общей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, онкологических заболеваний, диабета и хронических респираторных болезней



Относительное сокращение вредного употребления алкоголя, по меньшей мере, на 10%, в соответствующих случаях, с учетом национальных условий



Относительное сокращение на 10% распространенности недостаточной физической активности



Относительное сокращение на 30% среднего потребления соли/натрия среди населения



Относительное сокращение на 30% текущей распространенности употребления табака



Относительное сокращение на 25% распространенности повышенного кровяного давления или сдерживание распространенности повышенного кровяного давления в соответствии с национальными обстоятельствами



Прекращение роста числа случаев диабета и ожирения



Обеспечение, по меньшей мере, для 50% людей, имеющих соответствующие показатели, лекарственной терапии и консультирования (включая гликемический контроль) для профилактики инфаркта и инсульта



Достижение как в государственных, так и в частных учреждениях здравоохранения 80% уровня наличия базисных технологий и основных лекарственных средств, включая лекарства-генерики, необходимых для лечения основных инфекционных заболеваний

