



Всемирная организация здравоохранения

**Официальное совещание государств-членов для
завершения работы по комплексной глобальной
системе мониторинга, включая показатели и комплекс
добровольных глобальных целей по профилактике
неинфекционных заболеваний и борьбе с ними
Женева, 5–7 ноября 2012 г.
Пункт 4 предварительной повестки дня**

**A/NCD/INF./1
31 октября 2012 г.**

Проект комплексной глобальной системы мониторинга, включая показатели и комплекс добровольных глобальных целей по профилактике инфекционных заболеваний и борьбе с ними

ВВЕДЕНИЕ

1. Неинфекционные заболевания (НИЗ) в настоящее время являются ведущей причиной смертности в мире. В 2008 г. из 57 миллионов случаев смерти, зафиксированных в мире, 36 миллионов – почти две трети – были вызваны НИЗ, включающими, главным образом, сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, диабет и хронические легочные заболевания. Совокупное бремя этих заболеваний быстро увеличивается в странах с низким уровнем доходов. Около четверти случаев смерти в мире, вызываемых НИЗ, отмечаются до 60-летнего возраста.
2. Значительная часть НИЗ предотвратима. Эти болезни имеют общие модифицируемые поведенческие факторы риска, такие как табакокурение, нездоровое питание, отсутствие физической активности и злоупотребление алкоголем. Эти факторы риска приводят к избыточной массе тела и ожирению, повышению кровяного давления и повышению уровня холестерина. Если не будет принято никаких мер, в течение следующих трех десятилетий стоимость бремени НИЗ достигнет триллионов долларов утерянных ресурсов. Реализуемые и экономически эффективные меры вмешательства, призванные уменьшить существующее бремя и степень воздействия НИЗ, и постоянно предпринимаемые действия по предупреждению факторов риска и улучшению качества медико-санитарной помощи могут помочь избежать миллионов предотвратимых случаев преждевременной смерти.
3. В плане действий по осуществлению глобальной стратегии по профилактике инфекционных заболеваний и борьбе с ними основное внимание уделяется следующим ключевым компонентам: надзор, профилактика и обеспечение медико-санитарной помощи. Цель надзора – осуществлять мониторинг НИЗ и анализировать

их социальные, экономические, поведенческие и политические детерминанты, с тем чтобы обеспечивать руководство в принятии политических, законодательных и финансовых мер.

4. Важность осуществления надзора и мониторинга прогресса, достигнутого в профилактике НИЗ и борьбе с ними, подчеркивалась на Совещании высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, которое проводилось 19–20 сентября 2011 г. в Нью-Йорке. Резолюция 66/2 по Политической декларации совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними была принята Генеральной Ассамблеей 19 сентября 2011 года. Она призывает Всемирную организацию здравоохранения до конца 2012 г.:

- создать всеобъемлющий глобальный механизм контроля, включая разработку набора показателей, которую можно было бы использовать в разных странах и регионах, придерживаясь, в частности, многопрофильных подходов, в целях отслеживания тенденций и оценки прогресса, достигнутого в реализации национальных стратегий и планов в области НИЗ;
- подготовить рекомендации по комплексу добровольных глобальных целей в области профилактики НИЗ и борьбы с ними.

5. Политическая декларация призывает также государства-члены рассмотреть вопрос о разработке национальных целей и показателей, исходя из ситуаций в данной конкретной стране и опираясь на руководящие указания ВОЗ.

6. Всемирная ассамблея здравоохранения в решении WHA65(8), в частности, признала значительный прогресс, достигнутый в тесном сотрудничестве с государствами-членами в соответствии с пунктами 61 и 62 Политической декларации совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, постановила принять в качестве глобальной цели снижение к 2025 г. на 25% уровня преждевременной смертности, вызываемой неинфекционными заболеваниями; выразила готовность оказать серьезную поддержку в проведении дополнительной работы, задача которой – достижение консенсуса по целям, связанным с четырьмя основными факторами риска, а именно курением, нездоровым питанием, отсутствием физической активности и злоупотреблением алкоголем; отметила широкую поддержку со стороны государств-членов и других заинтересованных сторон в вопросах глобальных добровольных целей, рассматривавшихся до настоящего времени, включая цели, касающиеся повышенного артериального давления, курения, потребления соли/натрия и отсутствия физической активности; а также отметила поддержку, оказываемую государствами-членами и другими заинтересованными сторонами в разработке целей, связанных с проблемами ожирения, потребления жиров, алкоголя, уровня холестерина и реагирования системы здравоохранения, например в вопросах доступности необходимых лекарственных средств для лечения неинфекционных заболеваний.

7. В настоящем дискуссионном документе, как было предложено Ассамблеей здравоохранения Генеральному директору в решении WHA65(8), приводится описание проекта комплексной системы мониторинга, включающего ряд показателей и примеров добровольных глобальных целей, и принимается во внимание измеримость, реализуемость и достижимость, а также существующие стратегии ВОЗ в этой области. Он основывается на более ранних документах, представленных на обсуждение, которые были опубликованы в 2011 и 2012 годах¹.

ЧАСТЬ 1. ПРОЕКТ ГЛОБАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ МОНИТОРИНГА В ОБЛАСТИ НИЗ, ВКЛЮЧАЯ КОМПЛЕКС ПОКАЗАТЕЛЕЙ

8. Глобальный мониторинг призван повысить уровень осведомленности и подкрепить политические обязательства, касающиеся более активных и скоординированных глобальных действий по профилактике НИЗ и борьбе с ними.

9. Комплексная система мониторинга (см. Рисунок 1) должна включать соответствующие результаты (смертность и заболеваемость), воздействия (факторы риска) и эффективность и способность реагирования системы здравоохранения, при этом особое внимание уделяется приоритетным направлениям, содержащимся в Политической декларации. Глобальная система мониторинга, включающая предлагаемый ряд показателей, обеспечит получение сопоставимых на международном уровне оценок тенденций в отношении НИЗ, наблюдаемых на протяжении определенного промежутка времени, и позволит анализировать ситуацию в отдельных странах в сопоставлении с другими странами в том же регионе или в той же категории уровня развития.

10. Помимо показателей, описываемых в этой глобальной системе мониторинга, страны могут включить другие показатели с целью мониторинга прогресса национальных стратегий профилактики и лечения НИЗ, при этом принимаются во внимание ситуации, специфические для конкретных стран.

¹ Опубликован на веб-сайте ВОЗ 25 июля. Имеется на : http://www.who.int/nmh/events/2012/ncd_discussion_paper/en/index.html.

Рисунок 1. Проект глобальной системы мониторинга НИЗ



Показатели надзора за НИЗ в рамках глобальной системы мониторинга

11. В Таблице 1 представлен ряд показателей глобального мониторинга прогресса в области снижения воздействия НИЗ. Показатели, охватывающие все три компонента глобальной системы мониторинга (результаты, воздействие и ответные меры систем здравоохранения), перечисляются в алфавитном порядке (английском) в пределах каждого компонента.

Таблица 1: Показатели надзора за НИЗ

<p><i>Результаты:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Заболеваемость раком по видам онкологических заболеваний на 100 000 человек.
--

- Безусловная вероятность смерти в возрасте от 30 до 70 лет в результате сердечно-сосудистых заболеваний, онкологических заболеваний, диабета или хронических респираторных заболеваний.

Воздействие факторов риска:

- Общее (зафиксированное и незафиксированное) потребление алкоголя на душу населения (в возрасте старше 15 лет) в пределах календарного года в литрах чистого алкоголя.
- Стандартизованная по возрасту средняя доля общего потребления калорий за счет насыщенных жирных кислот (НЖК) и полиненасыщенных жирных кислот у взрослых в возрасте от 18 лет.
- Стандартизованная по возрасту распространенность потребления менее пяти суммарных порций (400 граммов) фруктов и овощей в день взрослым населением (в возрасте от 18 лет).
- Стандартизованная по возрасту распространенность избыточной массы тела и ожирения у взрослых в возрасте от 18 лет и у подростков (в соответствии с Контрольными показателями роста ВОЗ избыточный вес для подростков определяется как индекс массы тела, превышающий 25 кг/м^2 , а ожирение – как индекс массы тела, превышающий 30 кг/м^2).
- Стандартизованная по возрасту распространенность недостаточной физической активности среди взрослых в возрасте от 18 лет (недостаточная активность определяется как менее 150 минут активности умеренной интенсивности в неделю или эквивалентный показатель).
- Стандартизованная по возрасту распространенность повышенного уровня глюкозы в крови/диабета среди взрослых в возрасте от 18 лет (определяется как уровень глюкозы в плазме натощак $\geq 7,0$ ммоль/л (126 мг/дл) или при приеме лекарств против повышения уровня глюкозы в крови).
- Стандартизованная по возрасту распространенность повышенного кровяного давления среди взрослых в возрасте от 18 лет (определяется как систолическое кровяное давление ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолическое кровяное давление ≥ 90 мм рт. ст.).
- Стандартизованная по возрасту распространенность повышенного уровня общего холестерина среди взрослых в возрасте от 18 лет (определяется как уровень общего холестерина $\geq 5,0$ ммоль/л или 190 мг/дл).
- Стандартизованное по возрасту среднепопуляционное потребление соли (хлорида натрия) в день в граммах у взрослых в возрасте от 18 лет.
- Стандартизованная по возрасту распространенность курения табака в настоящее время среди лиц в возрасте от 15 лет.

Ответные меры систем здравоохранения:

- Распространенность женщин в возрасте от 30 до 49 лет, которые, по меньшей мере один раз, проходили скрининг на рак шейки матки.
- Лекарственная терапия, применяемая для профилактики сердечных приступов и инсультов (включая гликемический контроль), и консультирование лиц в возрасте 40 лет и старше с 10-летним риском развития сердечно-сосудистого заболевания, который превышает или равен 30% (включая лиц с существующим сердечно-сосудистым заболеванием).
- Доступность основных генерических лекарств для лечения НИЗ и базовых технологий как в государственных, так и в частных учреждениях.
- Доступ к паллиативному лечению, оцениваемый по эквивалентному морфину употреблению сильных опиоидных анальгетиков (исключая метадон) на один случай смерти от онкологического заболевания.
- Принятие национальных стратегий, в соответствии с которыми из поставляемых пищевых продуктов фактически удаляются частично гидрогенизированные растительные масла (PHVO) и заменяются полиненасыщенными жирными кислотами (PUFA).
- Стратегии, направленные на снижение воздействия на детей маркетинга пищевых продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров, трансжирных кислот, свободных сахаров или солей.
- Вакцинация против инфекций, вызывающих онкологические заболевания: вирус папилломы человека (HPV) и вирус гепатита В (HBV).

Подробные сведения о показателях

Показатели результатов

Заболеваемость раком

12. *Показатель:* Заболеваемость раком по видам раковых заболеваний на 100 000 человек.

13. *Значимость для общественного здравоохранения:* Рак – вторая ведущая причина смертности в мире, вызываемой НИЗ, – в 2008 г. стал причиной 7,6 миллиона летальных исходов. Более двух третей всех случаев смерти, вызванных раком, зафиксированы в странах с низким и средним уровнями доходов. По прогнозам значимость рака как причины заболеваемости и смертности в следующие несколько десятилетий возрастет во всех регионах мира. Данные о заболеваемости раком и видах онкологических заболеваний существенно важны для планирования программ борьбы с раком. Разнообразие видов рака указывает на необходимость деятельности,

направленной на борьбу с онкологическими заболеваниями, с тем чтобы полностью учитывались их характеристики, с учетом того, что различные виды рака могут по-разному реагировать на первичные профилактические меры, меры по раннему обнаружению, скринингу и лечению.

14. *Выбор показателя:* При оценке онкологической заболеваемости определяется число новых случаев заболевания раком, конкретной локализации/типа, выявляемых в данной популяции за год. Обычно этот показатель выражается в виде числа новых заболеваний раком на 100 000 человек.

15. *Доступность основных данных, проблемы измерения и требования:* Данные о заболеваемости раком среди населения основываются на записях в реестрах, в которых собирается и классифицируется информация обо всех новых случаях рака в определенной популяции. Это позволяет получить статистические данные по заболеваемости и выживаемости, предназначенный для целей оценки и контроля влияния рака на здоровье населения. Однако отмечается существенная нехватка качественных популяционных реестров, регистрирующих случаи онкологических заболеваний в Африке, Азии и Латинской Америке, – в этих регионах осуществляется мониторинг, соответственно, примерно 1%, 4% и 6% населения.

Преждевременная смертность, вызываемая НИЗ

16. *Показатель:* Безусловная вероятность смерти в возрасте между 30 и 70 годами, вызываемого сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, диабетом или хроническими респираторными заболеваниями.

17. *Значимость для общественного здравоохранения:* Из 57 миллионов случаев смерти в мире в 2008 г. 36 миллионов (63%) были вызваны НИЗ. Почти 80% этих вызванных НИЗ случаев смерти отмечены в странах с низким и средним уровнями доходов (29 миллионов случаев смерти). Главными причинами случаев смерти вследствие НИЗ в 2008 г. были сердечно-сосудистые заболевания (17 миллионов случаев смерти, или 48% всех летальных исходов, вызванных НИЗ), онкологические заболевания (7,6 миллиона, или 13% всех летальных исходов, вызванных НИЗ) и респираторные заболевания, включающие астму и хроническое обструктивное заболевание легких (4,2 миллиона). Диабет стал причиной еще 1,3 миллиона случаев смерти.

18. *Выбор показателя:* Данный показатель рассчитывается на основании повозрастных коэффициентов смертности, обусловленной совокупностью четырех категорий причин (обычно с разделением на 5-летние возрастные группы 30–34, ..., 65–69). Таблица вероятности дожития позволяет рассчитать риск смерти между точными возрастами 30 и 70 лет по любой из этих причин – в отсутствие других причин смерти.

19. Более низкая возрастная граница для показателя – 30 лет – является точкой жизненного цикла, начиная с которой риск смерти, обусловленной четырьмя выбранными хроническими заболеваниями, возрастает в большинстве популяций с

относительно очень низких уровней в более молодом возрасте. Верхняя граница – 70 лет – была выбрана по двум причинам:

- (i) с целью идентификации возрастного диапазона, в котором эти летальные исходы, вызванные хроническими заболеваниями, могут действительно рассматриваться как случаи преждевременной смерти почти во всех регионах мира. В Таблице 1 представлены расчетные региональные сроки ожидаемой продолжительности жизни в возрасте 30 лет для 2009 г.; во всех регионах, за исключением Африканского региона, средняя ожидаемая продолжительность жизни для лиц 30-летнего возраста уже превышает 70 лет;
- (ii) оценка обусловленных конкретными причинами коэффициентов смертности становится все менее неопределенной в более старших возрастных группах, что объясняется возрастающим числом случаев смерти по некорректно идентифицированным причинам, повышенным уровнем сопутствующих заболеваний и повышением количества ошибочных сведений о возрасте в источниках, содержащих данные о смертности и популяционные данные.

20. *Доступность основных данных, проблемы измерения и требования:* Только примерно две трети стран имеют системы записей актов гражданского состояния, которые регистрируют случаи смерти с достаточной полнотой, что позволяет оценивать коэффициенты смертности по всем причинам. Кроме того, поскольку ошибки в сертификации причинной обусловленности и кодировании отмечаются в большом числе стран, предлагаемый показатель относится к комбинированному риску смертности вследствие четырех основных групп НИЗ, вызывающих смерть. Это избавляет от необходимости учитывать вариабельность в практике кодирования в случаях диабета и сердечно-сосудистых заболеваний. Страны с высоким качеством данных о причинной обусловленности случаев смерти благодаря системе полной регистрации могут пожелать установить более детально разработанные национальные цели по конкретным причинам НИЗ.

21. Национальные инициативы по укреплению систем записей актов гражданского состояния и данных о причинной обусловленности смертности для многих стран являются ключевым приоритетом. Врачи должны быть подготовлены таким образом, чтобы понимать важность правильного заполнения свидетельств о смерти. В обстоятельствах, когда многие случаи смерти происходят в отсутствие врача, могут быть использованы альтернативные методы, например вербальная аутопсия, дополняющая данные, собранные из свидетельств о смерти. Глобальная цель, заключающаяся в получении высококачественных данных о смертности, требует долговременных инвестиций в систему регистрации актов гражданского состояния.

Показатели воздействия

Алкоголь

22. *Показатель:* Общее (зафиксированное и незафиксированное) употребление алкоголя на душу населения (в возрасте 15 лет и старше) в пределах календарного года в литрах чистого алкоголя.

23. *Значимость для общественного здравоохранения:* Снижение бремени заболеваний, обусловленных употреблением алкоголя, является приоритетом глобального общественного здравоохранения, что было подтверждено глобальной стратегией сокращения вредного употребления алкоголя. Стратегия определяет вредное употребление алкоголя как такое потребление алкоголя, при котором наступают опасные последствия для здоровья пьющего и для общества (вредное употребление алкоголя), для людей в окружении пьющего и общества в целом, а также формы употребления алкоголя, которые сопровождаются повышенным риском неблагоприятных клинических исходов (опасное потребление алкоголя). Согласно оценкам, 2,3 миллиона случаев смерти, отмечаемых ежегодно, или 3,8% всех случаев смерти в мире, вызываются употреблением алкоголя, и более половины этих летальных исходов обусловлены НИЗ, включающими онкологические и сердечно-сосудистые заболевания. Риск большей части обусловленных употреблением алкоголя заболеваний коррелирует с общими уровнями потребления алкоголя, при этом нет никаких данных о пороговом эффекте для онкологических заболеваний и гипертензии.

24. Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя подчеркивает, что на злоупотребление алкоголем и связанные с ним проблемы общественного здравоохранения влияют общий уровень потребления алкоголя в популяции, формы употребления алкоголя и местные условия. Уровни и формы употребления алкоголя взаимосвязаны: увеличение общего потребления алкоголя в данной популяции сопровождается увеличением распространенности связанных с употреблением алкоголя расстройств и пагубных для здоровья видов употребления спиртного, и, с другой стороны, снижение распространенности тяжелых форм употребления алкоголя сопровождается общим снижением уровня потребления алкоголя. В некоторых странах на 10%–20% алкоголиков приходится 80%–90% общего количества потребленного алкоголя в популяции. Имеющиеся данные показывают, что общие уровни потребления алкоголя, измеряемые по количеству потребленного алкоголя на душу населения, коррелируют с важнейшими клиническими исходами, связанными с употреблением алкоголя.

25. *Выбор показателя:* Для профилактики и лечения особенно важное значение имеют два параметра потребления алкоголя: общий уровень потребления алкоголя и характер его употребления. Что касается общего уровня потребления алкоголя в популяциях взрослых людей в расчете на душу населения, то это хорошо известный и с достоверностью установленный показатель, данные по которому собирались, анализировались и сообщались ВОЗ во временных сериях. Уровень потребления на душу населения коррелирует с уровнями опасного и вредного употребления спиртного и может рассматриваться как единственная надежная приближенная мера глобального

мониторинга "вредного употребления алкоголя" в соответствии с определением, содержащимся в глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя. Распространенность эпизодического употребления алкоголя в больших количествах рассматривается как наилучший показатель для описания характера употребления алкоголя, ассоциируемого с множественными отрицательными клиническими исходами. Однако значительные методологические проблемы, сопряженные с измерением эпизодического употребления алкоголя в больших количествах, которые основываются на данных, сообщаемых самими пьющими лицами, то есть со значительным потенциалом смещения, вариабельность данных, полученных в различных обследованиях каждой отдельной популяции, отсутствие данных на глобальном и региональном уровнях, доступных во временных сериях для большинства стран мира, а также значительные расходы, требуемые для сбора надежных данных по странам, не позволяют рекомендовать этот показатель в качестве ключевого показателя для целей мониторинга во всемирном масштабе. Показатели, основанные на показателях смертности и заболеваемости, вызванных употреблением алкоголя, таких например, как алкогольный цирроз печени, алкогольная зависимость или индуцированные алкоголем психозы, рассматривались, но не были рекомендованы в связи со значительными трудностями измерения и отсутствием данных, характеризующих тенденции в большинстве государств – членов ВОЗ.

26. *Доступность основных данных, проблемы измерения и требования:* Данные (зарегистрированные и незарегистрированные) по общему потреблению алкоголя на душу населения (в возрасте 15 лет и старше), выраженному в литрах чистого алкоголя, в течение календарного года доступны по 192 государствам-членам и основаны на сведениях о государственных национальных продажах и сведениях об экспорте/импорте, на данных, полученных из источников в алкогольной промышленности и Продовольственной и сельскохозяйственной организации, а также на оценках незарегистрированного употребления алкоголя. Оценка изменений в общем потреблении алкоголя базируется на документально зафиксированных изменениях в общем потреблении алкоголя взрослыми людьми (в возрасте 15 лет и старше) на душу населения, выраженном в литрах чистого алкоголя, в течение календарного года. В странах, где число туристов в год по меньшей мере равно числу местных жителей, при расчете потребления алкоголя на душу населения принимается во внимание потребление спиртных напитков туристами. С 2004 г. данные по общему (зафиксированному и незафиксированному) потреблению алкоголя доступны для большинства государств-членов, и отмечается значительный прогресс в улучшении качества оценок незарегистрированного потребления алкоголя.

Потребление жиров

27. *Показатель:* Стандартизованная по возрасту средняя доля общего потребления калорий за счет насыщенных жирных кислот взрослыми людьми в возрасте 18 лет и старше.

28. *Показатель:* Стандартизованная по возрасту средняя доля общего потребления калорий за счет полиненасыщенных жирных кислот взрослыми людьми в возрасте 18 лет и старше.

29. *Значимость для общественного здравоохранения:* Избыточное потребление пищевых жиров сопряжено с повышенным риском ожирения, ишемической болезни сердца и некоторых видов рака. Повышенное потребление насыщенных жирных кислот является общепризнанным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний. В 2002 г. Совместное консультативное совещание экспертов ВОЗ/ФАО предложило рекомендацию, согласно которой для профилактики НИЗ потребление НЖК должно составлять менее 10% общего потребления калорий человеком. Позднее ВОЗ обратилась с рекомендацией, согласно которой для снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний потребление НЖК должно составлять менее 10% общего потребления энергии человеком. Проведенный ФАО анализ Таблиц энергетического баланса пищевых продуктов (FBS) показывает, что в 2008 г. потребление НЖК колебалось от 2% до 35%, при этом более чем в 40 странах оно превышало 10% уровень потребления энергии.

30. Анализ данных когортных исследований и рандомизированных контролируемых испытаний показывает, что изокалорийное замещение НЖК полиненасыщенными жирами снижает риск сердечно-сосудистых заболеваний. Согласно проведенным расчетам, отмечается 10% снижение риска ишемической болезни сердца при каждом 5% увеличении потребления энергии из полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК).

31. *Выбор показателя:* Необходимо собрать данные о пропорциях общего потребления энергии как из насыщенных жирных кислот, так и из полиненасыщенных жирных кислот, с тем чтобы осуществлять мониторинг изменений в формах потребления.

32. *Доступность основных данных, проблемы измерения и требования:* В большинстве обследований пищевых рационов в странах с высоким уровнем доходов сообщается о потреблении НЖК (например, в Австралии, Канаде, Германии, Японии, Новой Зеландии, Соединенном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии и Соединенных Штатах Америки). В совокупности имеющиеся данные национальных обследований пищевых рационов показывают, что более 60 стран собрали данные о пищевых рационах, в которых содержится информация о НЖК. Кроме того, крупномасштабный метаанализ проводился в контексте проекта Глобального бремени болезней, и его данные будут доступны к концу 2012 года. В тех случаях, когда нет сообщений о потреблении НЖК, могут быть сделаны допущения о НЖК и ПНЖК на основании данных об общем потреблении жиров. В отсутствие сведений о SFA в базе данных о составе пищевых продуктов можно оценить потребление НЖК путем разделения общего количества жиров по пищевым продуктам или группам пищевых продуктов, для того чтобы рассчитать состав жирных кислот. Например, состав жирных кислот молочных продуктов весьма сходен в масле, сырах, йогурте и т. д., и поэтому можно оценить содержание НЖК и ПНЖК в молочных продуктах, если есть данные об общем содержании жиров. Аналогичные оценки могут быть сделаны для мясных продуктов, орехов, семян и растительных масел.

Низкий уровень потребления фруктов и овощей

33. *Показатель:* Стандартизованная по возрасту распространенность потребления менее пяти полных порций (400 граммов) фруктов и овощей в день взрослым населением (в возрасте 18 лет и старше).

34. *Значимость для общественного здравоохранения:* Примерно 16 миллионов (1,0%) DALY (годы жизни, скорректированные на инвалидность) и 1,7 миллиона (2,8%) случаев смерти в мире обусловлены низким потреблением фруктов и овощей. Адекватное потребление фруктов и овощей снижает риск сердечно-сосудистых заболеваний, рака желудка и колоректального рака. Имеются убедительные данные, показывающие, что потребление больших количеств высококалорийной, такой как обработанные пищевые продукты с высоким содержанием жиров и сахаров, приводит к ожирению, в отличие от пищевых продуктов с низким содержанием энергии, например фруктов и овощей.

35. *Выбор показателя:* В качестве цели для населения рекомендуется потребление по меньшей мере 400 г фруктов и овощей в день для профилактики хронических заболеваний, вызываемых неправильным питанием.

36. *Доступность основных данных, проблемы измерения и требования:* Данные о низком потреблении фруктов и овощей собираются в обследованиях особенностей поведения, сопряженных с риском для здоровья, и в обследованиях, посвященных проблемам питания. Обследования должны охватывать полное потребление фруктов и овощей с использованием стандартных размеров порций по 80 граммов каждая.

Избыточный вес и ожирение

37. *Показатель:* Стандартизованная по возрасту распространенность ожирения (определяемой как индекс массы тела (ИМТ), равный или превышающий 30 кг/м²) у взрослых в возрасте 18 лет и старше.

38. *Показатель:* Стандартизованная по возрасту распространенность избыточной массы тела у взрослых людей в возрасте 18 лет и старше и у подростков (определяемого как ИМТ, равный или превышающий 25 кг/м² для взрослых, и в соответствии с Контрольными показателями роста ВОЗ для подростков).

39. *Значимость для общественного здравоохранения:* Взаимосвязь между неблагоприятными клиническими исходами/смертностью по всем причинам и ожирением с достоверностью установлена. В мире по меньшей мере 2,8 миллиона человек ежегодно умирают вследствие избыточного веса или ожирения, и, по оценкам, 35,8 миллиона (2,3%) глобального индекса DALY обусловлены избыточным весом или ожирением. В 2008 г. 9,8% мужчин и 13,8% женщин в мире страдали ожирением (ИМТ ≥ 30 кг/м²), по сравнению с 4,8% мужчин и 7,9% женщин в 1980 году. Согласно оценкам, 205 миллионов мужчин и 297 миллионов женщин в возрасте старше 20 лет страдали ожирением в 2008 г. – всего более 500 миллионов взрослых в мире.

40. *Выбор показателя:* Индекс массы тела – это простой индекс, объединяющий вес и рост, который обычно применяют для классификации избыточного веса и ожирения у взрослых людей. Он рассчитывается как вес человека в килограммах, разделенный на квадрат роста в метрах ($\text{кг}/\text{м}^2$). В этих показателях используется определение ВОЗ для обозначения избыточного веса и ожирения, при этом ИМТ, превышающий или равный 25, классифицируется как "избыточный вес", а ИМТ, превышающий или равный 30, классифицируется как "ожирение". ИМТ представляет собой наиболее удобную для населения меру оценки избыточного веса и ожирения, так как он применим для лиц обоих полов и для взрослых людей всех возрастов.

41. *Доступность основных данных, проблемы измерения и требования:* Данные о распространенности избыточного веса и ожирения среди взрослых широко доступны из источников в государствах-членах. Данные собираются в обзорах, посвященных проблемам здоровья, и/или в обследованиях, касающихся проблем питания, которые включают антропометрические параметры (т.е. рост и вес). Данные о распространенности избыточного веса и ожирения среди подростков собираются главным образом по материалам медицинских обследований в школах.

Недостаточная физическая активность

42. *Показатель:* Стандартизованная по возрасту распространенность недостаточной физической активности у взрослых в возрасте 18 лет и старше (определяется как активность умеренной интенсивности менее 150 минут в неделю или эквивалентный показатель).

43. *Значимость для общественного здравоохранения:* Недостаточная физическая активность – четвертый по значимости фактор риска смертности. Примерно 3,2 миллиона случаев смерти и 32,1 миллиона DALY (что составляет примерно 2,1% глобального индекса DALY) ежегодно происходят по причине недостаточной физической активности. У людей, которые недостаточно физически активны, на 20%-30% выше риск смертности по любым причинам по сравнению с теми, кто большую часть дней недели уделяет не менее 30 минут физической активности умеренной интенсивности. По оценкам, в 2008 г. 31% лиц в возрасте 15 лет и старше были недостаточно физически активны (28% мужчин и 34% женщин).

44. *Выбор показателя:* Пограничная точка, означающая менее 150 минут умеренной активности в неделю (или эквивалентный показатель), была выбрана в связи с тем, что обширный массив убедительных научных данных показывает, что у людей, соответствующих этому пороговому показателю, более высокие уровни физической выносливости, более низкий риск развития ряда инвалидизирующих заболеваний и более низкие коэффициенты заболеваемости различными хроническими НИЗ, чем у неактивных людей.

45. Этот показатель рассчитывается на основании связанных с возрастом показателей распространенности недостаточной физической активности. Стандартизация по возрасту осуществляется для того, чтобы контролировать возрастную структуру популяции на протяжении определенных периодов времени и в разных странах.

В качестве нижней границы был выбран 18-летний возраст, так как были приняты во внимание характер и доступность научных данных, касающихся клинических исходов.

46. *Доступность основных данных, проблемы измерения и требования:* Данные о физической активности собираются в обзорах, посвященных влияющим на здоровье поведенческим факторам риска. Такие обзоры должны охватывать сведения о физической активности во всех сферах жизни, включая работу/дом, транспорт и время досуга для всего населения.

Повышенное содержание глюкозы в крови/диабет

47. *Показатель:* Стандартизованная по возрасту распространенность повышенного содержания глюкозы в крови/диабета среди взрослых в возрасте 18 лет и старше (определяется по уровню глюкозы в плазме натощак ≥ 7 ммоль/л (126 мг/дл) или при приеме лекарств повышения уровня глюкозы в крови).

48. *Значимость для общественного здравоохранения:* Диабет, ухудшение переносимости глюкозы и гликемические нарушения, определяемые при проведении анализов натощак, являются категориями риска развития в будущем диабета и сердечно-сосудистых заболеваний. В 2008 г. диабет стал непосредственной причиной 1,3 миллиона случаев смерти. В 2008 г. глобальная распространенность диабета (определяемого как уровень глюкозы в плазме натощак $\geq 7,0$ ммоль/л (126 мг/дл) или при приеме лекарств против повышения содержания глюкозы в крови), по оценкам, составила почти 10%.

49. *Выбор показателя:* Содержание глюкозы в крови натощак было выбрано в качестве показателя в связи с широкой доступностью в репрезентативных обзорах на национальном уровне. Хотя использование HbA1c становится все более признанным в качестве достоверного теста для диагностики диабета, его не рекомендуется применять для мониторинга этого целевого показателя в связи с его высокой стоимостью по сравнению с другими диагностическими инструментами и отсутствием стандартизации в его измерении в различных популяциях.

50. *Доступность основных данных, проблемы измерения и требования:* Более чем в 100 странах, включая многие страны с низким и средним уровнями доходов, собраны данные об уровне глюкозы в крови натощак благодаря репрезентативным медицинским обследованиям на национальном уровне. Уровень глюкозы необходимо измерять, а не полагаться на сообщения пациентов, и измерение должно осуществляться после того, как человек голодал по меньшей мере восемь часов. Существует два основных метода скрининга биохимии крови – "сухой" и "влажный". При сухом анализе используется капиллярная кровь, взятая из пальца, и данный метод применяется в качестве быстрого диагностического теста. При влажном анализе для лабораторного исследования используется проба венозной крови. В большей части популяционных обследований для получения данных о содержании глюкозы в крови натощак используются быстрые диагностические тесты с применением сухих биохимических методов.

Повышенное кровяное давление

51. *Показатель:* Стандартизованная по возрасту распространенность повышенного кровяного давления (определяемого как систолическое кровяное давление ≥ 140 и/или диастолическое кровяное давление ≥ 90) среди взрослых в возрасте 18 лет и старше.

52. *Значимость для общественного здравоохранения:* Согласно оценкам, повышенное кровяное давление является причиной 7,5 миллиона случаев смерти в мире, то есть примерно 12,8% всех случаев смерти. Это составляет 57 миллионов лет жизни, скорректированных на инвалидность (DALY), или 3,7% суммарного индекса DALY. Повышенное кровяное давление – один из основных факторов риска ишемической болезни сердца и ишемического, а также геморрагического инсульта. В глобальном масштабе в 2008 г. общая распространенность повышенного кровяного давления у людей в возрасте 25 лет и старше составляла 40%.

53. *Выбор показателя:* Гипертензия стадии 1/степени 1 определяется в клинических условиях как среднее кровяное давление, равное или превышающее 140/90 и ниже, чем 160/100, при двух или большем числе измерений во время каждого из двух или большего числа визитов в разные дни. При лечении систолического кровяного давления и диастолического кровяного давления, в результате которого показатели снижались до уровня менее 140/90, отмечалось снижение частоты сердечно-сосудистых осложнений.

54. *Доступность основных данных, проблемы измерения и требования:* В значительном числе стран, включая многие страны с низким и средним уровнями доходов, собраны данные измерений кровяного давления, осуществленных в процессе медицинских обследований. Кровяное давление необходимо измерять, а не полагаться на данные, сообщаемые пациентами.

Повышенный уровень общего холестерина

55. *Показатель:* Стандартизованная по возрасту распространенность повышенного уровня общего холестерина среди взрослых в возрасте 18 лет и старше (определяется как уровень общего холестерина $\geq 5,0$ ммоль/л или 190 мг/дл).

56. *Значимость для общественного здравоохранения:* При повышенных уровнях холестерина возрастают риски сердечных заболеваний и инсульта. На глобальном уровне треть случаев ишемической болезни сердца вызывается высоким уровнем холестерина. По оценкам, в целом повышенный уровень холестерина является причиной 2,6 миллиона случаев смерти (4,5% общего числа) и 29,7 миллиона DALY, или 2% общего индекса DALY. Повышенный уровень общего холестерина – одна из основных причин бремени болезней как в развитых, так и в развивающихся странах мира, поскольку это фактор риска ишемической болезни сердца и инсульта. В 2008 г. глобальная распространенность повышенного уровня общего холестерина среди взрослых составляла 39% (37% у мужчин и 40% у женщин). В глобальном масштабе средний уровень общего холестерина мало изменился между 1980 и 2008 годами – отмечено снижение менее чем на 0,1 ммоль/л за десятилетие у мужчин и женщин.

57. *Выбор показателя:* Повышенный уровень общего холестерина, характеризуемый показателем $\geq 5,0$ ммоль/л или 190 мг/дл, используется ВОЗ в руководствах, посвященных оценке и контролю риска сердечно-сосудистых заболеваний.

58. *Доступность основных данных, проблемы измерения и требования:* Национальными репрезентативными данными о повышенных уровнях общего холестерина располагают примерно 50 стран, многие из них – это страны с низким и средним уровнями доходов, в которых данные об уровне общего холестерина были собраны в репрезентативных национальных обследованиях. Показатели уровня холестерина необходимо измерять, а не полагаться на сообщения пациентов. Существуют два основных метода проведения биохимического анализа крови – "сухой" и "влажный". При сухом анализе отбирается капиллярная кровь из пальца, это – быстрый диагностический тест. При влажном биохимическом методе для проведения лабораторного теста используется проба венозной крови. В большей части популяционных обследований для получения данных об уровнях холестерина используются сухие биохимические быстрые диагностические тесты.

Потребление соли/натрия

59. *Показатель:* Стандартизованное по возрасту среднепопуляционное потребление соли (хлорида натрия) в день, в граммах, взрослыми в возрасте 18 лет и старше.

60. *Значимость для общественного здравоохранения:* Количество потребленной поваренной соли (хлорида натрия) – важная детерминанта уровней кровяного давления и гипертензии и общего сердечно-сосудистого риска. Для предупреждения сердечно-сосудистых заболеваний, являющихся ведущей причиной смертности в мире, ВОЗ рекомендует установить уровень потребления соли менее 5 граммов (примерно 2 г натрия) на одного человека в день. Однако данные, получаемые из разных стран, показывают, что большая часть населения потребляет большее количество соли, чем рекомендованное ВОЗ. Во многих странах с высоким уровнем доходов примерно 75% соли в рационе поступает из обработанных пищевых продуктов и мяса, приготовленного вне дома. Во многих странах с низким и средним уровнями доходов большая часть потребляемого натрия поступает из соли, добавляемой во время приготовления пищи и за столом, или из приправ, например из соуса к рыбе или из соевого соуса. Снижение потребления поваренной соли с современных глобальных уровней 9–12 граммов в день до рекомендованного уровня менее 5 граммов в день должно оказать значительное воздействие на кровяное давление и сердечно-сосудистые заболевания, тем самым в мире ежегодно будет предотвращаться до 2,5 миллиона случаев смерти, вызываемых сердечными приступами и инсультами.

61. *Выбор показателя:* Потребление соли в количестве менее 5 граммов (примерно 2 г натрия) одним человеком в течение дня рекомендуется ВОЗ в целях профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, основной причины смертности в мире. Стратегии снижения потребления соли – это "самая выгодная акция" в профилактике НИЗ.

62. *Доступность основных данных, проблемы измерения и требования:* Существуют ограниченные данные на национальном уровне, касающиеся измерения потребления

соли/натрия, при этом популяционные показатели доступны лишь в нескольких странах, главным образом с высоким уровнем доходов. Оценки показателей среднепопуляционного потребления соли/натрия в разных странах находятся в стадии подготовки как часть проекта обновленной оценки Глобального бремени болезней, эти данные будут доступны к концу 2012 года. В настоящее время ведется значительная работа и осуществляется региональное сотрудничество с целью разработки механизмов мониторинга, в том числе в странах с низким и средним уровнями доходов. Например, ступенчатый подход ВОЗ (STEPwise) к контролю инструментов (STEPS) позволяет разработать модуль потребления натрия с пищей, который должен включать как вопросы по оценке источников натрия, так и отбор проб мочи, что должно облегчить получение информации по этому показателю в будущем. Золотой стандарт оценки потребления соли – анализ проб мочи в течение 24 часов, однако другие методы, такие как капельные анализы мочи и обследования частоты приемов пищи, могут быть более легко осуществимыми на популяционном уровне.

Табак

63. *Показатель:* Стандартизованная по возрасту распространенность курения табака в настоящее время среди лиц в возрасте 15 лет и старше.

64. *Значимость для общественного здравоохранения:* Риск для здоровья, сопряженный с табаком, обусловлен прямым употреблением как бездымного, так и курительного табака, а также воздействием табачного дыма, образующегося при курении других лиц. Нет строго установленного безопасного уровня употребления табака. Все современные (ежедневно курящие и курящие от случая к случаю) потребители табака подвержены риску различных неблагоприятных клинических исходов на протяжении жизни и риску НИЗ в зрелом возрасте. Ежегодно от употребления табака в мире умирают почти шесть миллионов человек – 6% случаев смерти от числа всех женщин и 12% случаев смерти от числа всех мужчин. Из этих случаев смерти 600 000 приходится на воздействие на некурящих людей табачного дыма, образующегося в результате курения других лиц, и более 5 миллионов являются следствием прямого употребления табака. Табакокурение, по оценкам, является причиной примерно 71% случаев смерти от рака легких, 42% случаев смерти от хронического респираторного заболевания и почти 10% случаев смерти от ишемической болезни сердца. В 2008 г. глобальная распространенность табакокурения составляла 22% среди представителей обоих полов (36% среди мужчин и 8% среди женщин).

65. *Выбор показателя:* Хотя меры вмешательства, касающиеся курения, должны затрагивать проблемы, связанные с употреблением как бездымного, так и курительного табака, в настоящее время цель, касающаяся употребления табака, может быть реально установлена в отношении только курительного табака в связи с большей доступностью данных о временных тенденциях, касающихся курительного табака, что позволяет провести более значимый анализ тенденций. "Табакокурение" означает употребление любой формы табака, вызывающей образование дыма.

66. *Доступность основных данных, проблемы измерения и требования:* В соответствии со Статьей 20 РКБТ ВОЗ, страны должны создавать национальную систему эпидемиологического надзора за употреблением табака и поддерживать обновленные данные эпидемиологических программ. В рамках Системы глобального эпиднадзора за табаком ВОЗ разработала ряд показателей употребления табака и соответствующие вопросы, которые могут использоваться на глобальном уровне во всех обследованиях. В то время как все страны собирают данные о курительном табаке, не все из них собирают данные о бездымном табаке. Помимо стран, в которых употребление бездымного табака уже является существенной проблемой, всем странам рекомендуется осуществлять мониторинг распространенности бездымного табака, поскольку табачная промышленность увеличивает сбыт бездымного табака во всем мире. Тот факт, что до настоящего времени основное внимание в мире уделяется мониторингу курительного табака, объясняется тем, что качество и количество данных о курительном табаке, собранных на протяжении определенного периода времени, значительно выше, чем качество и количество данных о бездымном табаке.

Показатели ответных мер систем здравоохранения

Скрининг на рак шейки матки

67. *Показатель:* Распространенность женщин в возрасте 30–49 лет, которые, по меньшей мере один раз, проходили скрининг на рак шейки матки.

68. *Значимость для общественного здравоохранения:* Согласно оценкам, в 2008 г. в мире было зарегистрировано 530 000 случаев рака шейки матки и 270 000 случаев смерти, вызванных этой болезнью, 80% этих случаев отмечены в странах с низким и средним уровнями доходов. Рак шейки матки – наиболее распространенная разновидность рака у женщин в странах с низким и средним уровнями доходов. Широкое применение скрининга в странах с высоким уровнем доходов обусловило резкое снижение уровня смертности, вызываемой раком шейки матки, за последние три десятилетия.

69. Свыше 95% бремени рака шейки матки потенциально предотвратимы с помощью высококачественных программ скрининга и вакцинации против HPV16 и 18 – последний является этиологическим фактором почти 70% случаев рака шейки матки. Международное агентство по изучению рака (МАИР) пришло к заключению, что существуют достаточно убедительные данные, показывающие, что скрининг на рак шейки матки может снизить смертность, вызываемую этой болезнью, на 80% или более среди обследованных женщин. Недавние разработки в области технологий, адаптированные к условиям в странах с низким уровнем ресурсов, позволили сделать скрининг и лечение предраковых цервикальных поражений осуществимыми и высокоэффективными с точки зрения затрат во всех странах. Раннее обнаружение и лечение предопухолевых состояний может значительно улучшить показатели выживаемости, что особенно важно для развивающихся стран, где доступ к дорогостоящим методикам лечения рака ограничен.

70. При наличии надлежащих ресурсов цитологическое исследование (мазок) – наиболее широко распространенный скрининговый тест. Среди различных скрининговых тестов, которые осуществимы в условиях недостаточных ресурсов, HPV-тестирование и визуальный осмотр с применением уксусной кислоты (VIA) продемонстрировали свою эффективность благодаря снижению смертности, вызываемой раком шейки матки. HPV-тестирование характеризуется более высокой чувствительностью, воспроизводимостью и негативной прогностической значимостью, чем цитологическое исследование и VIA. Однако стоимость метода в настоящее время препятствует его широкому применению.

71. *Выбор показателя:* Скрининг на рак шейки матки осуществляется с целью обнаружения предраковых изменений, которые, в случае отсутствия лечения, могут привести к онкологическому заболеванию. В странах с низким уровнем ресурсов женщины в возрасте от 30 до 49 лет составляют целевую аудиторию, поскольку случаи рака шейки матки редки у женщин моложе 30 лет и наиболее распространены у женщин старше 40 лет. Скрининг более молодых женщин приводит к обнаружению многих поражений, которые, вероятно, не разовьются до онкологического заболевания, что приведет к значительному "перелечиванию" и не эффективно с точки зрения затрат. Новые программы должны стартовать со скрининга женщин в возрасте 30 лет или старше, а более молодых женщин следует включать, только если охватывается группа повышенного риска. Если женщина может быть обследована только один раз в жизни, ВОЗ рекомендует в качестве наилучшего возраста выбрать интервал между 35 и 45 годами.

72. *Доступность основных данных, проблемы измерения и требования:* Сопоставимые основные данные по скринингу доступны примерно для одной четверти всех стран. Однако большинство из них основаны на программах и не являются популяционными, национально репрезентативными данными. Данные могут быть доступны в материалах популяционных национально репрезентативных обследований. Однако достоверность данных скрининга, основанных на сообщениях самих женщин, не была в достаточной мере установлена в странах с низким и средним уровнями доходов.

Лекарственная терапия с целью профилактики сердечных приступов и инсультов

73. *Показатель:* Лекарственная терапия с целью профилактики сердечных приступов и инсультов (включая гликемический контроль) и консультирование лиц в возрасте 40 лет и старше с 10-летним риском сердечно-сосудистых заболеваний $\geq 30\%$ (включая лиц с существующим сердечно-сосудистым заболеванием).

74. *Значимость для общественного здравоохранения:* Одни лишь популяционные меры вмешательства недостаточны для профилактики сердечных приступов и инсультов для лиц с 10-летним риском сердечно-сосудистых заболеваний, составляющим 30% или более. У лиц с таким уровнем риска обычно отмечается умеренное повышение множественных факторов риска, таких как курение, повышенное кровяное давление, повышенный уровень холестерина и/или диабет. Для предупреждения сердечных приступов и инсультов в этой популяции риск сердечно-

сосудистых заболеваний необходимо снизить посредством проведения консультаций и надлежащей лекарственной терапии. Исторический опыт стран с высоким уровнем доходов, где отмечается снижение коэффициентов смертности, вызываемой сердечно-сосудистыми заболеваниями, показывает, что примерно 50% этого снижения может быть обусловлено сокращением сердечно-сосудистых рисков благодаря лечению, включающему меры вторичной профилактики. Подход, основанный на абсолютном риске, который контролируется этим показателем, обеспечивает наиболее эффективный с точки зрения затрат способ достижения поставленной цели.

75. Если задача осуществляется с помощью служб первичной медико-санитарной помощи, подход, основанный на общем риске сердечно-сосудистых заболеваний, по оценкам, приводит к снижению бремени сердечно-сосудистых заболеваний по меньшей мере на одну треть.

76. *Выбор показателя:* С целью профилактики и контроля сердечных приступов и инсультов ВОЗ рекомендует проведение лекарственной терапии, поскольку она осуществима, оказывает эффективное воздействие и доступна в финансовом отношении даже в странах с низким и средним уровнями доходов. Такой подход считается наиболее экономически эффективным и менее дорогостоящим, чем традиционные меры вмешательства, направленные на отдельный фактор риска, при котором учитываются гипертензия или гиперхолестеринемия. Таким образом, рассматриваемый подход является одной из наиболее "выгодных" мер вмешательства.

77. *Доступность основных данных, проблемы измерения и требования:* Данные об охвате лекарственной терапией лиц, относящихся к группе риска, в настоящее время доступны в странах с высоким уровнем доходов и в некоторых странах со средним уровнем доходов. Установление исходного уровня для этого показателя требует получения информации о сердечно-сосудистых нарушениях и лекарственном лечении, когда данные о факторах риска (о кровяном давлении, уровне сахара в крови и уровне холестерина в крови) собираются государствами-членами на основании существующих или планируемых популяционных обследований. Таблицы прогнозирования риска ВОЗ/Международного общества по гипертензии или национальные инструменты прогнозирования риска могут быть использованы в отношении данных о факторах риска и информации о лечении, с тем чтобы определить охват лиц с 10-летним риском сердечного приступа или инсульта $\geq 30\%$ надлежащей терапией.

Основные лекарственные средства и технологии для лечения важнейших НИЗ

78. *Показатель:* Доступность основных технологий и необходимых генерических лекарств, требующихся для лечения важнейших НИЗ в учреждениях государственного и частного секторов, включая службы первичной медико-санитарной помощи. Минимальный перечень должен включать: лекарственные средства – по меньшей мере аспирин, статины, ингибитор ангиотензин-конвертирующего фермента, тиазидный диуретик, блокатор кальциевых каналов пролонгированного действия, метформин, инсулин, бронходилататор и стероидный ингаляционный препарат. Технологии – по меньшей мере 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.

79. *Значимость для общественного здравоохранения:* В условиях недоступности эффективных лекарств и необходимого для лечения НИЗ диагностического и контрольного оборудования в медицинских учреждениях пациенты будут страдать от кратковременных и долговременных побочных эффектов, сопутствующих этим заболеваниям. Во многих странах с высоким уровнем доходов недавно была отмечена недостаточность сведений, и системы отчетности были значительно улучшены, что позволило быстро собирать и распространять такие данные. ВОЗ сообщила данные по 2779 учреждениям в 40 развивающихся странах и продемонстрировала, что средняя доступность генерических лекарств для лечения НИЗ составила 36% в государственном секторе и 55% в частном секторе. Недавно проведенные при поддержке ВОЗ обследования Службы оценки доступности и готовности лекарственных средств (SARA) продемонстрировали весьма близкие результаты в Сьерра-Леоне и Замбии.

80. *Выбор показателя:* ВОЗ рекомендует применять лекарственное лечение лиц с высокой степенью риска, включая больных диабетом, с тем чтобы предотвращать и контролировать сердечные приступы, инсульты и осложнения диабета. Такой набор технологий и лекарственных средств должен обеспечить использование таких "самых выгодных" мер вмешательства в службах первичной медико-санитарной помощи.

81. *Доступность основных данных, проблемы измерения и требования:* Все страны с высоким уровнем доходов располагают на местах системами информирования о доступности лекарств для лечения НИЗ. Эти источники могут быть использованы для получения сведений о доступности. В странах с низким и средним уровнями доходов уже проведено много обследований по оценке доступности лекарственных средств и их расценкам, и полученные результаты известны.

82. В каждой стране, вероятно, имеется несколько различных рекомендаций по лечению на национальном уровне, и, таким образом, список лекарств, который предстоит оценивать, необходимо привести в соответствие с требованиями, характерными для ситуации в каждой стране. Однако, как было показано в других обследованиях, общая доступность сопоставима на протяжении определенных периодов времени и в разных странах. Для того чтобы оценки доступности лекарственных средств были конкретными и непротиворечивыми, может потребоваться корректировка, с тем чтобы были учтены национальные рекомендации.

Паллиативное лечение

83. *Показатель:* Доступ к паллиативному лечению, оцениваемый по эквивалентному морфину потреблению сильных опиоидных анальгетиков (исключая метадон) на один случай смерти от онкологического заболевания.

84. *Значимость для общественного здравоохранения:* Ежегодно десяткам миллионов пациентов с неинфекционными заболеваниями требуется паллиативное лечение для облегчения страданий или в ситуациях, когда радикальное лечение неприменимо, с тем

чтобы обеспечить, по возможности, самое высокое качество жизни до кончины больного. Хотя такое лечение рассматривается как неотъемлемая часть служб здравоохранения в отношении многих неинфекционных заболеваний, подавляющее большинство этих пациентов не имеют доступа к паллиативному лечению и в результате испытывают страдания, которых можно было избежать. Политическая декларация Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними признала необходимость паллиативного лечения для людей с НИЗ.

85. *Выбор показателя:* Этот показатель является эффективным средством косвенной оценки для разработки паллиативного лечения при всех заболеваниях, представляющих угрозу для жизни, включая НИЗ.

86. *Доступность основных данных, проблемы измерения и требования:* Необходимые данные уже собираются ежегодно. Всемирная организация здравоохранения представляет оценки числа случаев смерти от онкологических заболеваний. Международный совет по контролю за наркотиками ежегодно публикует данные по потреблению наркотических лекарств, включая сильные опиоидные анальгетики, на основе сообщений, поступающих из разных стран. Эквивалент морфина – это мера измерения, позволяющая стандартизировать дозы сильных опиоидов, что делает возможным комбинирование и сравнение различных медицинских опиоидов. Это уравнение взято из соотношений определенной суточной дозы (пероральное дозирование для всех препаратов, за исключением фентанила, который вводится трансдермально) в соответствии с описанием в Методологии статистики лекарственных средств Сотрудничающего центра ВОЗ. В связи с широким применением метадона в опиоидной заместительной терапии и его относительно редким применением для уменьшения боли от умеренной до тяжелой степени в некоторых случаях применяется также неметадоновый эквивалент морфина. Предлагается использовать величину неметадонового эквивалента морфина, с тем чтобы избежать искажения расчетов, вызванного употреблением метадона в качестве лекарственного средства.

Стратегии, направленные на исключение потребления производимых промышленностью трансжирных кислот

87. *Показатель:* Национальные стратегии, в соответствии с которыми из поставляемых пищевых продуктов фактически удаляются частично гидрогенизированные растительные масла и заменяются полиненасыщенными жирными кислотами.

88. *Значимость для общественного здравоохранения:* Трансжирные кислоты (ТЖК) отрицательно воздействуют на липиды крови и метаболизм жирных кислот, на эндотелиальную функцию и вызывают воспаление, что повышает риск развития диабета 2-го типа и сердечно-сосудистых заболеваний. ТЖК повышают риск ишемической болезни сердца, поскольку отрицательно воздействуют на сывороточные липиды, повышая уровень липопротеидов низкой плотности и снижая уровень липопротеидов высокой плотности в крови даже в большей степени, чем насыщенные

жиры. В частности, потребление ТЖК из частично гидрогенизированных растительных масел неблагоприятно воздействует на многие сердечно-сосудистые факторы риска и в значительной степени способствует увеличению риска приступов ишемической болезни сердца. ТЖК ухудшают также инсулиновую резистентность, в частности у лиц с соответствующей предрасположенностью и наличием факторов риска (например, повышенный уровень сахара в крови, избыточный вес и ожирение или недостаточная физическая активность).

89. В соответствии с рекомендацией ВОЗ потребление ТЖК следует исключить. В 2002 г. объединенный консультативный совет экспертов ВОЗ/ФАО предложил рекомендацию, согласно которой для профилактики НИЗ потребление ТЖК должно быть менее 1% общего потребления энергии. В 2007 г. Обновленная научная информация ВОЗ отметила, что ТФА следует рассматривать как промышленные пищевые добавки, не продемонстрировавшие никаких благоприятных эффектов и, безусловно, представляющими опасность для здоровья человека.

90. *Выбор показателя:* Замена производимых промышленностью ТЖК полиненасыщенными жирными кислотами – "наиболее выгодная" мера в профилактике НИЗ.

91. *Доступность основных данных, проблемы измерения и требования:* Данные по стратегии отслеживания и осуществлению программы по этому показателю должны собираться на регулярной основе с использованием материалов Обследования потенциала стран в борьбе с НИЗ под эгидой ВОЗ и глобального обзора политики ВОЗ в отношении проблем питания.

Маркетинг предназначенных для детей пищевых продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров, трансжирных кислот, свободных сахаров или соли

92. *Показатель:* Стратегии, направленные на снижение воздействия на детей маркетинга пищевых продуктов с высоким содержанием насыщенных кислот, трансжирных кислот, свободных сахаров или соли.

93. *Значимость для общественного здравоохранения:* Данные систематических обзоров, посвященных оценке степени, характера и последствий маркетинга пищевых продуктов для детей, позволяют сделать вывод, что интенсивная реклама и другие формы маркетинга пищевых продуктов для детей широко распространены в мире. Основной объем этого маркетинга касается пищевых продуктов с высоким содержанием жиров, сахара или соли. Имеющиеся данные показывают также, что на пищевые предпочтения детей, покупательский спрос и характер потребления влияет телевизионная реклама. Телевизионная реклама постепенно дополняется комплексом маркетинговых коммуникаций, в которых основное внимание уделяется маркировке и укреплению взаимосвязей с потребителями. Маркетинг пищевых продуктов для детей в настоящее время является глобальным явлением и характеризуется тенденцией в направлении плюрализма и интегрированности с использованием многих сообщений, передаваемых по многим каналам.

94. *Выбор показателя:* В мае 2010 г. на Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения государства – члены ВОЗ разработали ряд рекомендаций по маркетингу пищевых продуктов и безалкогольных напитков для детей (см. резолюцию WHA63.14). Основная цель данных рекомендаций – руководить усилиями государств-членов, направленными на разработку новых и/или укрепление существующих стратегий по информационной работе, касающейся маркетинга пищевых продуктов для детей, с тем чтобы уменьшить воздействие на детей пищевых продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров, трансжирных кислот, свободных сахаров или соли. В ряде стран уже начали осуществлять резолюцию WHA63.14, в том числе в Ирландии, Малайзии, Испании, Швеции и Соединенном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии.

95. *Доступность основных данных, проблемы измерения и требования:* В резолюции WHA63.14 (подпункт 2(3)) Ассамблея здравоохранения призывает государства-члены установить систему мониторинга и оценки осуществления рекомендаций по маркетингу пищевых продуктов и безалкогольных напитков для детей. Данные по политике отслеживания и осуществлению программы по этому показателю будут собираться на регулярной основе с использованием материалов обследования потенциала стран в борьбе с НИЗ под эгидой ВОЗ и глобального обзора политики ВОЗ в отношении проблем питания.

Вакцинация против инфекций, вызывающих онкологические заболевания

96. *Показатель:* Вакцинация против инфекционных раковых заболеваний: вирус папилломы человека (HPV) и вирус гепатита В (HBV).

97. *Значимость для общественного здравоохранения:* Согласно оценкам в глобальном масштабе, в 2008 г. было отмечено 694 000 случаев смерти от рака печени (477 000 у мужчин и 217 000 у женщин), и в связи с его высокой летальностью (общее соотношение смертности и заболеваемости 0,93) рак печени считается третьей наиболее распространенной причиной смерти от рака в мире. HBV, один из основных возбудителей рака печени, является причиной 54% случаев рака печени в мире (59% случаев рака печени в развивающихся странах). Кроме того, HBV вызывает цирроз печени, и всего, по оценкам, 600 000 человек умирают ежегодно от хронических HBV-инфекций, главным образом от цирроза и рака печени. У людей с хронической HBV-инфекцией отмечается 15%–25%-ный риск преждевременной смерти от вызванных HBV цирроза и рака печени. Имеется безопасная эффективная вакцина, предупреждающая развитие хронической HBV-инфекции, и ВОЗ рекомендовала включить ее в национальные программы вакцинации грудных детей. Ключевая стратегия, обеспечивающая достижение цели, – всеобщая вакцинация грудных детей с использованием 3 доз вакцины против гепатита В, при этом первая доза должна быть введена в пределах 24 часов после рождения.

98. Почти у половины миллиона женщин в год развивается рак шейки матки. Рак шейки матки вызывается определенными типами вируса папилломы человека (HPV), и это наиболее распространенная форма рака, поражающая женщин в развивающихся

странах. Во многих странах разрешены к применению две HPV-вакцины. Результаты клинических испытаний показывают, что обе вакцины безопасны и эффективны в плане предупреждения инфицирования двумя типами HPV, которые вызывают наибольшее число случаев рака шейки матки и предраковых цервикальных поражений.

99. *Выбор показателя:* Профилактика рака печени путем вакцинации гепатита В классифицируется как "наиболее выгодная" мера со стороны ВОЗ. HPV-вакцинация потенциально весьма эффективна с точки зрения затрат, если она может быть доступна по цене ниже 10 долларов на одну вакцинированную девочку.

100. *Доступность основных данных, проблемы измерения и требования:* Данные о HPV и HBV получены на основании данных обследований, проводившихся с целью мониторинга охвата национальной программой иммунизации. Выборочная оценка охвата прививками ВОЗ-ЮНИСЕФ и базы данных национальных программ иммунизации предоставляют сведения об охвате прививками в значительном числе стран.

ЧАСТЬ 2. ДОБРОВОЛЬНЫЕ ГЛОБАЛЬНЫЕ ЦЕЛИ

101. В Таблице 2 приводятся примеры добровольных глобальных целей, представленных на рассмотрение государств-членов во время сессий шести региональных комитетов в соответствии с требованием, изложенным в решении WHA65(8). Выполнение выбранных целей к 2025 г. станет серьезным прогрессом в профилактике НИЗ и борьбе с ними.

102. Ограниченное число целей составит основу для потребностей глобального надзора. Пункт 63 Политической декларации содержит призыв к государствам-членам рассмотреть вопрос о разработке национальных целей, исходя из ситуации в данной конкретной стране и опираясь на руководящие указания ВОЗ, дать оценку прогрессу, достигнутому в профилактике НИЗ и борьбе с ними, а также их факторами риска и другими детерминантами, что будет также способствовать достижению этих глобальных целей.

Критерии отбора показателей и целей в рамках глобальной системы мониторинга

103. Перечисленные ниже возможные цели оценивались по следующим критериям:

- (i) Высокая эпидемиологическая значимость и значимость для общественного здравоохранения.
- (ii) Согласованность с основными стратегиями, особенно с приоритетами глобальной стратегии профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними, а также соответствующего плана действий, Политической декларации, а также приоритетами ВОЗ для систем здравоохранения, в делах мониторинга воздействий факторов риска, результатов и ответных мер систем здравоохранения.

- (iii) Наличие научно обоснованных, эффективных и реализуемых мер вмешательства в области общественного здравоохранения.
- (iv) Данные, свидетельствующие о возможности достижения цели на уровне страны, включая страны с низким и средним уровнями доходов.
- (v) Наличие инструментов сбора достоверных данных и возможность установить исходный уровень и контролировать происходящие со временем изменения.

104. При расчете этих целей оценивалась историческая характеристика верхнего 10-го перцентиля стран, с тем чтобы помочь установить уровень достижения, который рассматривается как возможный. Стандартизованные по возрасту исходные уровни для 2010 г. для всех целей устанавливались ВОЗ на основании имеющихся доступных данных и с использованием методов оценки, позволяющих заполнить пробелы в данных, например методов, описанных в Докладе ВОЗ о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире за 2010 год¹. Промежуточные цели на 2015 г. и 2020 г. будут установлены после того, как окончательные глобальные цели будут согласованы государствами-членами. Эти цели должны быть достигнуты к 2025 г., и они перечисляются в алфавитном порядке в рамках каждого компонента глобальной системы мониторинга.

Таблица 2. Примеры добровольных глобальных целей (с указанием показателей и источников данных)

Цели, касающиеся результатов	Показатель	Источник(и) данных
1. Преждевременная смертность, вызванная НИЗ		
25%-ное снижение общей смертности, вызываемой сердечно-сосудистым заболеванием, раком, диабетом или хроническим респираторным заболеванием	Безусловная вероятность смерти в возрасте между 30 и 70 годами от сердечно-сосудистого заболевания, рака, диабета или хронических респираторных заболеваний	Система записей актов гражданского состояния наряду с медицинским свидетельством, указывающим причину смерти, или обследование с помощью вербальной аутопсии

¹ Цели, касающиеся распространенности, стандартизованы по возрасту, чтобы исключить любое воздействие на смертность или распространенность, основанное на различных возрастных распределениях в популяциях и на протяжении некоторых периодов времени, и будущая отчетность по всем показателям будет стандартизована по возрасту. Без такой стандартизации будет неясно, обусловлены ли различия в показателях или в распространенности возрастом или другими факторами.

Цели, касающиеся воздействия факторов риска	Показатель	Источник(и) данных
2. Алкоголь		
10%-ное относительное снижение общего потребления алкоголя (включая опасное и наносящее вред употребление спиртных напитков)	Общее (зафиксированное и незафиксированное) потребление алкоголя на душу населения (с 15-летнего возраста) в пределах календарного года в литрах чистого алкоголя	Официальная статистика и системы информирования о производстве, импорте, экспорте и продажах или данные о налогообложении
3. Потребление жиров		
15%-ное относительное снижение средней доли общего потребления калорий за счет насыщенных жирных кислот для достижения рекомендованного уровня менее 10% общего потребления калорий	Стандартизованная по возрасту средняя доля общего потребления калорий за счет насыщенных жирных кислот у взрослых людей в возрасте 18 лет и старше	Национальное обследование
4. Ожирение		
Остановить повышение распространенности ожирения	Стандартизованная по возрасту распространенность ожирения среди взрослых в возрасте 18 лет и старше	Национальное обследование (с данными измерений)
5. Недостаточная физическая активность		
10%-ное относительное снижение распространенности недостаточной физической активности	Стандартизованная по возрасту распространенность недостаточной физической активности у взрослых в возрасте 18 лет и старше	Национальное обследование
6. Повышенное кровяное давление		
25%-ное относительное снижение распространенности повышенного кровяного давления	Стандартизованная по возрасту распространенность повышенного кровяного давления среди взрослых в возрасте 18 лет и старше	Национальное обследование (с данными измерений)
7. Повышенный уровень холестерина		
20%-ное относительное снижение распространенности повышенного уровня общего холестерина	Стандартизованная по возрасту распространенность повышенного уровня общего холестерина среди взрослых в возрасте 18 лет и старше	Национальное обследование (с данными измерений)

Цели, касающиеся воздействия факторов риска	Показатель	Источник(и) данных
8. Потребление соли/натрия		
30%-ное относительное снижение среднепопуляционного потребления соли для достижения рекомендованного уровня потребления, то есть менее 5 граммов в день	Стандартизованное по возрасту среднепопуляционное потребление соли в среди взрослых (в возрасте 18 лет и старше)	Национальное обследование (с данными измерений)
9. Табак		
30%-ное относительное снижение распространенности табакокурения в настоящее время	Стандартизованное по возрасту табакокурение в настоящее время среди лиц в возрасте 15 лет и старше	Национальное обследование
Цели, касающиеся ответных мер систем здравоохранения	Показатель	Источник(и) данных
10. Лекарственная терапия, применяемая для профилактики сердечных приступов и инсультов		
Для 50% подходящих по статусу лиц применяется лекарственная терапия с целью предотвращения сердечных приступов и инсультов, а также проводится консультирование	Лекарственная терапия для профилактики сердечных приступов и инсультов (включая гликемический контроль) и консультирование лиц в возрасте 40 лет и старше с 10-летним риском развития сердечно-сосудистого заболевания $\geq 30\%$ (включая лиц с существующим сердечно-сосудистым заболеванием)	Национальное обследование
11. Основные лекарственные средства и технологии для лечения важнейших НИЗ		
80%-ная доступность основных технологий и необходимых генерических лекарств, требующихся для лечения важнейших НИЗ как в государственных, так и в частных медицинских учреждениях	Доступность основных технологий и необходимых генерических лекарств, требующихся для лечения основных НИЗ в медицинских учреждениях государственного и частного секторов, включая службы первичной медико-санитарной помощи	Данные медицинских учреждений

Подробное описание целей, которые должны быть достигнуты к 2025 г.

105. Ниже приводится полное описание каждой предложенной цели, обоснование постановки цели и каким образом данная цель может быть достигнута. На основании решения Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA65(8) были установлены

следующие категории целей: "принятая цель", "цели, получившие широкую поддержку", "цели, получившие поддержку для дальнейшей разработки".

Принятая цель

Преждевременная смертность, вызванная НИЗ

106. *Цель:* 25%-ное относительное снижение общей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета и хронических респираторных заболеваний.

107. *Постановка цели:* Предлагаемая цель достичь 25%-ного относительного снижения смертности за 15-летний период 2010–2025 гг. была основана на анализе исторически достигнутых тенденций в данном показателе за последние десятилетия. Для постановки этой цели были проанализированы сведения, полученные от 81 государства-члена, представившего демографические данные по меньшей мере за 15 лет в период 1980–2010 гг., которые соответствовали критериям качества в плане полноты и точности указания причины смерти. Среднегодовая степень снижения рассчитывалась на основании безусловной вероятности наступления смерти по четырем причинам в возрасте между 30 и 70 годами (комбинировались данные по обоим полам) для каждой страны с использованием доступных данных в пределах этого 30-летнего периода, и определялся верхний 24-й перцентиль для 81 страны (см. Рисунок 3). Исходя из осторожного допущения, что другие государства-члены, не располагающие историческими данными такого высокого качества, оказываются ниже указанного уровня, следует считать, что этот перцентиль соответствует 10-му перцентилю для всех государств-членов и соответствует среднегодовому снижению порядка 2% в год. Таким образом, на 15-летний период 2010–2025 гг. поставлена цель достичь 25% относительного снижения смертности (2% годовое снижение в течение 15 лет).

Таблица 3. Расчетные региональные показатели ожидаемой продолжительности жизни и вероятность наступления смерти между точными возрастными 30 и 70 лет в 2009 г.

	Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 30 (лет)	Ожидаемый возраст при наступлении смерти	Вероятность смерти (%) между точными возрастными 30 и 70 лет
Страны с высоким уровнем доходов	51,0	81,0	18
Страны с низким и средним уровнями доходов			
Африканский регион	35,5	65,5	54
Регион стран Америки	47,2	77,2	26
Регион Юго-Восточной Азии	41,5	71,5	39
Европейский регион	42,0	72,0	39
Регион Восточного Средиземноморья	42,5	72,5	36
Регион Западной части Тихого океана	45,9	75,9	27

Источник: Таблицы продолжительности жизни ВОЗ на 2009 г. (Мировая статистика здравоохранения, 2011 г.).

108. *Достижимость*: Исторический опыт самых благополучных стран за период 1980–2010 гг. показал, что может быть достигнуто очень существенное снижение коэффициентов смертности, вызываемой НИЗ, и что предлагаемая цель достижима. Известные "наиболее выгодные" действия, а именно меры вмешательства по профилактике и лечению, могут привести к весьма значительному снижению коэффициентов смертности, обусловленной четырьмя основными группами заболеваний. Например:

- (i) По оценкам ВОЗ, пять основных поведенческих рисков и рисков, связанных с неправильным питанием, – высокий индекс массы тела, низкий уровень потребления фруктов и овощей, недостаточная физическая активность, употребление табака и употребление алкоголя – ответственны за 30% случаев смерти от рака.
- (ii) По оценкам ВОЗ, восемь факторов риска – злоупотребление алкоголем, употребление табака, повышенное кровяное давление, высокий индекс массы тела, повышенный уровень холестерина, повышенный уровень глюкозы в крови, низкий уровень потребления фруктов и овощей и недостаточная физическая активность – ответственны за 61% случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний. Дополнительное снижение смертности осуществимо при применении целенаправленных мер вмешательства, проводимых службами здравоохранения в отношении лиц с высоким сердечно-сосудистым риском и пациентов, которые перенесли острые приступы сердечно-сосудистых заболеваний.
- (iii) Около 60% случаев диабета, развивающегося у взрослых людей, может быть предотвращено посредством изменения образа жизни, и дополнительное снижение смертности может быть достигнуто благодаря своевременной диагностики и лечению.
- (iv) Около 60% случаев смерти из-за хронических респираторных заболеваний обусловлены курением табака или воздействием дыма, образующегося при горении твердого топлива в помещении.

Цели, получившие широкую поддержку

Повышенное кровяное давление

109. *Цель*: 25%-ное относительное снижение распространенности повышенного кровяного давления (определяется как систолическое кровяное давление ≥ 140 и/или диастолическое кровяное давление ≥ 90).

110. *Постановка цели*: Предлагаемый процент снижения основан на историческом опыте – с 1980 по 2010 год относительное снижение было достигнуто верхним 10-м процентилем стран.

111. *Достижимость*: Эта цель должна быть достигнута посредством ряда мер вмешательства, включающих снижение потребления соли; пропаганду здорового

питания, в том числе повышения потребления фруктов и овощей и снижения потребления насыщенных жиров; меры, направленные на уменьшение избыточного веса и ожирения; а также скрининг, выявление и лечение людей с гипертензией.

Табакокурение

112. *Цель:* 30%-ное относительное снижение распространенности табакокурения.

113. *Постановка цели:* Предлагаемый процент снижения основан на данных о снижении распространенности курения, отмеченном в некоторых странах с высоким и средним уровнями доходов, в которых были реализованы эффективные программы борьбы против табака. На основании данных отчета ВОЗ о Глобальной табачной эпидемии тенденции в распространенности табакокурения были проанализированы для тех государств-членов, где меры, направленные на снижение спроса на табачные изделия, дали наилучшие результаты. Этот анализ показал, что данные страны с высоким и средним уровнями доходов достигли примерно 1%-го абсолютного годового снижения распространенности табакокурения. На основании этого достижения была поставлена цель добиться 30%-го относительного снижения данного показателя к 2025 г., которая, в связи с вышесказанным, представляется осуществимой и достижимой.

114. *Достижимость:* Эта цель достижима при условии полного выполнения требований Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ), и в частности мер по снижению спроса на табачные изделия, в том числе – введение налога на табачные изделия, крупные иллюстрированные этикетки с текстом, содержащим напоминание о вреде курения для здоровья, всеобщее законодательство, касающееся свободных от курения зон, и запрет на все формы рекламирования табачных изделий, пропаганды курения и спонсорства.

Потребление соли/натрия

115. *Цель:* 30%-ное относительное снижение среднего потребления соли населением, конечная цель – потребление менее 5 граммов в день (2 г натрия).

116. *Постановка цели:* Потребление менее 5 граммов в день взрослыми людьми в возрасте 18 лет и старше – это установленная ВОЗ рекомендация, направленная на профилактику сердечно-сосудистых заболеваний. Предлагаемый процент снижения основан также на рекомендации ВОЗ по предупреждению сердечно-сосудистых заболеваний, в которой отмечено, что всему населению следует настоятельно рекомендовать снизить суточное потребление соли по меньшей мере на треть. Как показывают имеющиеся данные, потребление поваренной соли составляет от 9 до 12 граммов в день.

117. *Достижимость:* Эта цель выполнима, если будут осуществляться меры вмешательства, включающие кампании в средствах массовой информации, которые должны информировать и поощрять потребителей делать осознанный выбор, и необходимо снизить содержание соли в обработанных пищевых продуктах путем изменения технологии их приготовления. Стратегии снижения потребления

соли/натрия реализовало ограниченное число стран, и данные, полученные из этих стран (например, из Финляндии, Соединенного Королевства), показали, что за период 7–10 лет среднепопуляционное потребление соли в день может быть снижено до 30%. В некоторых странах с низким и средним уровнями доходов в настоящее время также осуществляются или планируется осуществлять стратегии снижения потребления соли/натрия в ближайшем будущем.

Недостаточная физическая активность

118. *Цель:* 10%-ное относительное снижение распространенности недостаточной физической активности.

119. *Постановка цели:* Предлагаемый процент снижения основан на показателях снижения распространенности недостаточной физической активности взрослых людей, продемонстрированных в странах, где службы общественного здравоохранения реализовали эффективные и осуществимые меры вмешательства, направленные на пропаганду физической активности среди взрослых людей. Примеры на уровне стран включают страны как с высоким, так и со средним уровнями доходов. В Канаде наиболее продолжительная история проведения акций на национальном уровне, направленных на повышение физической активности населения, и данные, полученные с 1981 по 2002 год, показывают, что степень участия в этих акциях возросла с 21% до 42%, то есть за этот период произошло увеличение на 21%. В Бразилии мониторинг данных по физической активности показывает, что за период 2002–2008 гг. существенное увеличение числа акций, проводившихся с целью повышения физической активности во многих учреждениях, привело к снижению доли недостаточно активных взрослых на 6%. Аналогичные эффекты продемонстрировали Сингапур и Таиланд. Эти примеры показывают, что величина изменения, которая может быть достигнута в результате проведения национальных акций, составляет примерно 1% в год.

120. *Достижимость:* Ключевая мера вмешательства, направленная на снижение распространенности недостаточной физической активности, – это пропаганда физической активности в средствах массовой информации. Кроме того, физическую активность можно пропагандировать с помощью национальных руководств по вопросам физической активности, национальных стратегий, демонстрирующих, что ходьба, езда на велосипеде, занятия спортом и другие виды восстановительной активности доступны и безопасны, а также с помощью других видов государственных стратегий в таких секторах, как транспорт, образование и градостроительство. Учреждения, в которых может осуществляться пропаганда физической активности, включают школы и рабочие места; кроме того, такая пропаганда может осуществляться на уровне местных сообществ.

Цели, получившие поддержку для дальнейшей проработки

Ожирение

121. *Цель:* никакого увеличения распространенности ожирения.

122. *Постановка цели:* Предлагаемая цель амбициозна. Обзор данных по странам за период 1980–2010 гг. показывает, что глобальная распространенность ожирения за этот период удвоилась, следовательно, необходимо принимать экстренные меры на глобальном уровне.

123. *Достижимость:* Эта цель может быть достигнута благодаря всеобъемлющему комплексу мер, обеспечивающих оптимальный энергетический баланс, путем стимулирования здорового питания и физической активности с самых ранних этапов жизни. Доказательная база реализуемых, масштабируемых на национальном уровне мер вмешательства, которые продемонстрировали обратимость существующих тенденций, не была четко установлена. В мае 2012 г. Всемирная ассамблея здравоохранения в резолюции WHA65.6 одобрила цель недопущения увеличения распространенности избыточного веса в детстве к 2025 г.; это касается детей грудного и младшего возраста до 5-лет. Поскольку имеющиеся данные позволяют предположить, что избыточный вес и ожирение характеризуются тенденцией сохраняться на протяжении всей жизни, для достижения к 2025 г. цели, поставленной для взрослых, необходимо остановить увеличение распространенности избыточного веса среди детей грудного и младшего возраста и принять меры по предупреждению избыточного веса и ожирения у детей и подростков.

Потребление жиров

124. *Цель:* 15%-ное относительное снижение средней доли общего потребления калорий за счет насыщенных жирных кислот; поставлена цель достичь рекомендованного уровня менее 10% общего потребления калорий.

125. *Постановка цели:* Планируемое 15%-ное снижение основывается на наблюдавшихся абсолютных показателях снижения потребления калорий за счет НЖК на уровне между 3% и 9% в результате осуществления комплексных популяционных стратегий за периоды от 5 до 30 лет. В Финляндии потребление НЖК снизилось с 22% в 1972 г. до 13% в 2007 г. благодаря повышенному потреблению обезжиренного молока вместо цельного, использованию маргаринов низкой жирности на основе канолового масла и потреблению сыров низкой жирности. В Исландии снизилось потребление насыщенных жиров, содержащихся главным образом в молоке и молочных продуктах, масле, молодой баранине и маргарине, в результате чего общее потребление энергии из жиров снизилось с 40% до 36%. На Маврикии отмечено снижение потребления энергии из НЖК на 3,5% благодаря изменению вида кулинарного жира, а именно применению соевого масла вместо широко применявшегося пальмового масла. В Польше отмена государственных субсидий, выделявшихся для производства сливочного масла и сала, в начале 1990-х годов привела к сдвигу в направлении потребления растительных масел, благодаря чему потребление НЖК снизилось на 7% и увеличилось соотношение полиненасыщенных и насыщенных жиров с 0,33 в 1990 г. до 0,56 в 1999 году.

126. *Достижимость:* Это может быть достигнуто путем применения стратегий, направленных на увеличение потребления продуктов с пониженным содержанием НЖК, а также стратегий, обеспечивающих изменение состава потребляемых в рационе

жиров с переключением от насыщенных жирных кислот на полиненасыщенные жирные кислоты.

Алкоголь

127. *Цель:* 10%-ное относительное снижение общего потребления алкоголя (включая опасное и наносящее вред здоровью потребление спиртных напитков).

128. *Постановка цели:* Планируемое 10%-ное снижение общего потребления алкоголя согласуется с документально подтвержденными результатами, полученными в значительном числе стран. Согласно данным ВОЗ, в период 1990–2005 гг. в 46 странах отмечено снижение показателя АРС (измерявшегося из расчета потребления на душу населения), в том числе в Аргентине, Канаде, Чили, Франции, Италии, Новой Зеландии и Швейцарии. В течение этого периода в 17 странах Европы потребление алкоголя снизилось, и относительное снижение отмечалось в диапазоне 13%–47%. Примерно в 70 странах за период 1990–2005 гг. произошло увеличение потребления алкоголя на душу населения от относительного увеличения на 10% до многократного увеличения общих уровней потребления алкоголя. Изменение тенденции увеличения на обратную является обоснованной целью для стран с постоянным увеличением потребления алкоголя. По оценкам, 10%-ное относительное снижение общего уровня потребления алкоголя приведет к предотвращению на глобальном уровне 43 000 случаев смерти и 670 000 DALY, вызываемых только НИЗ, среди взрослых в возрасте от 15 до 64 лет. Если в эти оценки включить нейропсихиатрические расстройства, то число предотвращенных случаев смерти и DALY существенно возрастет, а количество предотвращенных DALY увеличится более чем втрое.

129. *Достижимость:* Для достижения этой цели необходимы осуществление и обеспечение соблюдения эффективных и экономически выгодных стратегий, касающихся потребления алкоголя, а также согласованные надлежащие действия всех заинтересованных сторон в соответствии с глобальной стратегией ВОЗ по снижению злоупотребления алкоголем.

Повышенный уровень общего холестерина

130. *Цель:* 20%-ное относительное снижение распространенности повышенного уровня общего холестерина (определяется как 5,0 ммоль/л или 190 мг/дл или выше).

131. *Постановка цели:* Предлагаемый процент снижения базируется на историческом опыте – в период 1980–2010 гг. относительное снижение было достигнуто верхним 10-м процентилем стран.

132. *Достижимость:* Эта цель будет достигнута путем пропаганды здорового питания, включающего повышенное потребление фруктов и овощей и снижение потребления насыщенных жиров; принятия мер, направленных на снижение распространенности избыточного веса и ожирения; пропаганды повышения физической активности; а также скрининга, выявления и лечения людей с гиперлипидемией.

Наличие основных генерических лекарств и технологий для лечения важнейших НИЗ

133. *Цель:* 80%-ная доступность как в государственных, так и в частных учреждениях основных технологий и необходимых генерических лекарств, требующихся для лечения важнейших НИЗ.

134. *Постановка цели:* Цель достижения 80%-ной доступности была использована в среднесрочном стратегическом плане ВОЗ на 2008–2013 гг. и в программной стратегии по основным лекарственным средствам на 2008–2013 годы.

135. *Достижимость:* 80%-ная доступность уже достигнута во многих странах с низким и средним уровнями доходов в отношении вакцин, антиретровирусных препаратов, лекарств для лечения туберкулеза и малярии. Таким образом, при наличии политической воли и адекватном финансировании всеобщий доступ к необходимым генерическим лекарствам для лечения НИЗ может быть достигнут.

Лекарственная терапия, применяемая с целью предупреждения сердечных приступов и инсультов

136. *Цель:* обеспечить для 50% отвечающих определенным критериям лиц лекарственную терапию с целью профилактики сердечных приступов и инсультов, а также надлежащее консультирование.

137. *Постановка цели:* Исторический опыт стран с высоким уровнем доходов по снижению коэффициентов смертности, вызываемой сердечно-сосудистыми заболеваниями, свидетельствует о том, что примерно 50% отмечаемого снижения может быть обусловлено снижением сердечно-сосудистого риска благодаря лечению, включающему вторичную профилактику.

138. *Достижимость:* Для достижения этой цели необходимо укрепление служб первичной медико-санитарной помощи с целью раннего выявления и лечения людей с сердечно-сосудистыми заболеваниями или лиц с высокой степенью риска, при этом в качестве исходных критериев используются диабет и гипертензия.

= = =