

Всемирный атлас профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и борьбы с ними



Опубликовано Всемирной организацией здравоохранения
совместно с Всемирной федерацией сердца
и Всемирной организацией по борьбе с инсультом

Всемирный атлас профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и борьбы с ними

Опубликовано Всемирной организацией здравоохранения
совместно с Всемирной федерацией сердца
и Всемирной организацией по борьбе с инсультом

Редакторы: Shanthi Mendis, Pekka Puska и Bo Norrving



**World Health
Organization**



**WORLD HEART
FEDERATION®**
UNITING GLOBAL EFFORTS
TO FIGHT HEART DISEASE
AND STROKE



**World Stroke
Organization**

WHO library Cataloguing-in-Publication Data

Global atlas on cardiovascular disease prevention and control 2011/ edited by Shanthi Mendis ...[et al].

1. Cardiovascular diseases – prevention and control. 2. Cardiovascular diseases – epidemiology. 3. Cardiovascular diseases – economics. 4. Cardiovascular diseases – mortality. 5. Health promotion. 6. Atlases. I. Mendis, Shanthi. II. Puska, Pekka. III. Norrving, B. IV. World Health Organization. V. World Heart Federation. VI. World Stroke Organization.

ISBN 978 92 4 156437 3

(NLM classification: WG 120)

Рекомендуемая форма цитирования: Всемирный атлас профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и борьбы с ними. Под ред.: Mendis S, Puska P, Norrving B. Всемирная организация здравоохранения, Женева, 2013.

Данный документ разработан Всемирной организацией здравоохранения (Shanti Mendis) совместно со Всемирной федерацией сердца (Peka Puska) и Всемирной организацией по борьбе с инсультом (Bo Norrving).

Члены авторского коллектива: A. Alwan, T. Armstrong, D. Bettcher, T. Boerma, F. Branca, J. C.Y. Ho, C. Mathers, R. Martinez, V. Poznyak, G. Roglic, L. Riley, E. d'Espaignet, G. Stevens, K. Taubert и G. Xuereb. Кроме того, в составлении этого документа участвовали в той или иной форме A. Ayinla, X. Bi, F. Besson, L. Bhatti, A. Enyoma, N. Christenson, F. Lubega, P. Nordet, M. Osekre-Amey и J. Tarel.

ISBN 978 92 4 456437 0

© Всемирная организация здравоохранения, 2013 г.

Все права защищены. Публикации Всемирной организации здравоохранения доступны 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 продуктов 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 их правильности. 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.

Министерство здравоохранения Российской Федерации финансировало перевод и печать этой публикации на русском языке.

Перевод книги на русский язык выполнен группой переводчиков под руководством проф. И.Ю. Марковиной (ММГУ им. И.М. Сеченова) и издательством «Весь Мир» (www.vesmirbooks.ru).

Отпечатано во Франции

Содержание

Сокращения и единицы измерения	V
Предисловие	VI
Раздел «А» – Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) на почве атеросклероза	1
1. Что такое сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ)?	2
2. Смертность и инвалидность от ССЗ (инфарктов миокарда и инсультов)	8
3. Патологические процессы, лежащие в основе инфарктов миокарда и инсультов	14
4. Данные в пользу профилактики инфарктов миокарда и инсультов	16
5. Снижение риска сердечно-сосудистых заболеваний в целях профилактики инфаркта и инсульта	18
6. Табак: полностью устранимый фактор риска ССЗ	26
7. Отсутствие физической активности: предотвратимый фактор риска ССЗ	28
8. Вредное употребление алкоголя: предотвратимый фактор риска ССЗ	30
9. Нездоровое питание: предотвратимый фактор риска ССЗ	32
10. Ожирение: фактор риска ССЗ	36
11. Повышенное артериальное давление (гипертензия): важный фактор риска ССЗ	38
12. Повышенный уровень сахара крови (сахарный диабет): важный фактор риска ССЗ	40
13. Повышенный уровень холестерина крови: важный фактор риска ССЗ	42
14. Социальные детерминанты и ССЗ	44
15. Факторы риска формируются в период внутриутробного развития, в детстве и подростковом возрасте	46
16. Инфаркты миокарда и инсульты у женщин	48
17. Другие детерминанты развития ССЗ: старение население, глобализация и урбанизация	50
18. Неравенство и ССЗ	54
Раздел «В» – Другие сердечно-сосудистые заболевания	57
19. Сердечные аритмии	58
20. Врожденные пороки сердца	60
21. Ревматическая болезнь сердца: заболевание бедняков, которому не уделяется достаточное внимание	62
22. Болезнь Шагаса (американский трипаносомоз): заболевание бедняков, которому не уделяется достаточное внимание	66

Раздел «С» – Профилактика ССЗ и борьба с ними: политика, стратегии и меры вмешательства	69
23. Профилактика ССЗ и борьба с ними: как выявить эффективные меры	70
24. Профилактика ССЗ и борьба с ними: необходимость объединенных и взаимодополняющих стратегий	72
25. Профилактика ССЗ и борьба с ними: учет интересов здоровья во всех направлениях политики	74
26. Профилактика ССЗ и борьба с ними: необходимость национальной стратегии по борьбе с НИЗ	76
27. Стратегии и политические меры по борьбе против табака	78
28. Стратегии и политические меры, направленные на популяризацию здорового питания	80
29. Стратегии и политические меры, направленные на популяризацию физической активности	84
30. Стратегии и политические меры по борьбе с вредным употреблением алкоголя	88
31. Индивидуальные меры профилактики ССЗ и борьбы с ними	92
32. Роль первичной медико-санитарной помощи в профилактике ССЗ и борьбе с ними	94
33. Меры по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и борьбе с ними, обладающие наилучшим соотношением «цена–качество» («наиболее выгодные вложения»)	96
34. Преодоление препятствий на пути внедрения мер по профилактике ССЗ и борьбе с ними	100
35. Мониторинг ССЗ	102
36. Социальная мобилизация в целях профилактики ССЗ и борьбы с ними	104
37. Меры по профилактике ССЗ и борьбе с ними и социально-экономическое развитие	106
38. Изыскание ресурсов для профилактики ССЗ и борьбы с ними	108
39. Профилактика ССЗ и борьба с ними: проблема, игнорировать которую больше нельзя?	110
40. Профилактика ССЗ и борьба с ними: глобальное видение, дорожная карта и судьбоносное событие	114
Всемирная организация здравоохранения, Всемирная федерация сердца и Всемирная организация по борьбе с инсультом	118
Библиография	119
Список рисунков	127
Библиография к рисункам	131
Приложения	133
Приложение I – Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения A64/61	134
Приложение II – Московская декларация	136
Приложение III – Региональные декларации по ССЗ	139
Приложение IV – Контактная информация	144
Приложение V – Стандартизированные по возрасту показатели смертности на 100 тыс. чел. населения обоих полов с разбивкой по причинам смерти и странам-членам, 2008 г.	148
Предметный указатель	153

Список сокращений

ВАЗ	Всемирная ассамблея здравоохранения
ВВП	валовой внутренний продукт
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВНП	валовой национальный продукт
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
Глобальный план действий ВОЗ по НИЗ	План действий для Глобальной стратегии по профилактике неинфекционных болезней и борьбе с ними на 2008–2013 гг.
ИМТ	индекс массы тела
НИЗ	неинфекционные заболевания
НПО	неправительственная организация
ООН	Организация Объединенных Наций
Повестка дня ВОЗ по НИЗ	Приоритизированная повестка дня научных исследований для профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними
РКБТ	Рамочная конвенция по борьбе против табака
СНСУД	страны с низким и средним уровнем дохода
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
ССЗ	сердечно-сосудистые заболевания
США	Соединенные Штаты Америки
ХЛВП	холестерин липопротеинов высокой плотности
ХЛНП	холестерин липопротеинов низкой плотности
ЦРДТ	Цели ООН в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия
DALY	годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности
G20	«Группа 20»
ISH	Международное общество артериальной гипертензии
YLD	годы жизни с инвалидностью

Единицы измерения

дл	децилитр
г	грамм
кг	килограмм
л	литр
м	метр
мг	миллиграмм
мм рт. ст.	миллиметр ртутного столба
ммоль	миллимоль

Предисловие

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются важнейшей причиной смертности во всем мире. В 2008 г. от ССЗ умерло более 17 млн чел. Из этих случаев смерти свыше 3 млн приходится на возрастные группы до 60 лет и в значительной степени могли быть предотвращены. Процентная доля случаев преждевременной смерти от ССЗ варьируется от 4% в странах с высоким уровнем дохода до 42% в странах с низким уровнем дохода, что приводит к растущему неравенству между странами и группами населения в отношении частоты возникновения ССЗ и их исходов.

Кроме того, в этой тревожной ситуации возникают новые проблемы. За последние 20 лет число случаев смерти от ССЗ в странах с высоким уровнем дохода снижалось, а в странах с низким и средним уровнями дохода (СНСУД) возрастало ошеломляюще быстрыми темпами.

ССЗ в значительной степени можно предотвратить. Меры общепопуляционного характера и улучшение доступа к индивидуальной медико-санитарной помощи способны значительно снизить бремя для здоровья, а также социально-экономическое бремя, обусловленное этими заболеваниями и их факторами риска. Эти меры вмешательства, которые являются научно обоснованными и экономически эффективными, описаны в вышедшем в 2010 г. «Докладе о ситуации в области неинфекционных заболеваний (НИЗ) в мире» и названы в нем «наиболее выгодными вложениями».

В настоящее время службы здравоохранения в развивающихся странах испытывают сильную перегрузку ввиду возросшей потребности в лечении болезней сердца, инсульта, рака, диабета и хронических респираторных заболеваний. В то же самое время системы медико-санитарной помощи во многих СНСУД ослаблены вследствие их ориентации на модель, которая основана на стационарном обслуживании и сфокусирована на лечении заболеваний. В центре этой модели зачастую находятся высокотехнологичные больницы, предоставляющие экстенсивную терапию лишь меньшинству граждан. Больницы потребляют значительные ресурсы, а министерства здравоохранения, возможно, тратят на лечебные услуги, зависящие от больниц, больше половины своего бюджета. В результате значительная доля людей с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний остается не выявленной, и даже те, кому поставлен диагноз, не имеют удовлетворительного доступа к лечению на первичном уровне медико-санитарной помощи. В то же время опыт показывает, что две трети случаев преждевременной смерти от НИЗ, включая ССЗ, можно предотвратить благодаря первичной профилактике, а еще треть – путем совершенствования систем здравоохранения, повышая эффективность и справедливость удовлетворения потребностей больных с ССЗ в медико-санитарной помощи.

В этих условиях два новых обстоятельства привели к созданию настоящего доклада. Первое – это растущее осознание странами мира того факта, что случаи преждевременной смерти от ССЗ и других НИЗ снижают производительность, тормозят экономический рост и создают серьезные социальные проблемы в большинстве стран. Второе обстоятельство состоит в том, что сегодня накоплены неоспоримые данные, которые подтверждают, что меры вмешательства, представляющие собой «наиболее выгодные вложения» и направленные на уменьшение бремени преждевременной смертности от ССЗ и других НИЗ, являются эффективными организационными решениями и превосходными экономическими инвестициями, в том числе в беднейших странах.

Так как масштабы ССЗ во всем мире продолжают расти, все более широкое признание получает настоятельная необходимость повышения осведомленности и принятия более интенсивных и адресно-ориентированных мер реагирования на международном и страновом уровнях. Предлагаемый вашему вниманию атлас мер по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и борьбе с ними отчасти удовлетворяет эту потребность. В нем раскрываются масштабы проблемы с использованием данных о сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. В нем показано, что причиной значительного неравенства между странами и группами населения в отношении частоты и клинических исходов ССЗ является неравенство в доступе к защите, в подверженности воздействию рисков и доступе к медицинской помощи. В атласе также выделены причины снижения смертности от ССЗ в развитых странах и содержится вывод: что для того чтобы разорвать этот порочный круг растущего неравенства, мы обязаны использовать наши знания, чтобы принести пользу людям всех стран.

Решение проблем ССЗ требует конкретных и неустанных действий в трех областях, которые представляют основные компоненты любой глобальной или национальной стратегии: надзор и мониторинг, профилактику и снижение воздействия факторов риска, и совершенствование менеджмента и медико-санитарной помощи благодаря раннему выявлению и своевременному лечению заболеваний. Меры должны включать в себя: определение национальных целей и задач и измерение результатов; продвижение мультисекторальных партнерств и концепций учета вопросов здоровья во всех направлениях политики; укрепление систем здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи; и развитие соответствующего национального потенциала и институциональных механизмов по управлению программами в области НИЗ.

Предотвращение случаев преждевременной смерти от ССЗ и других НИЗ потребует также глобальной солидарности и широких альянсов, выходящих за рамки национальных, культурных и этнических границ. Прошло 11 лет после судьбоносной сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, которая одобрила Глобальную стратегию профилактики НИЗ и борьбы с ними, направленную на снижение бремени случаев преждевременной смерти от ССЗ и других НИЗ. Главы государств и правительств соберутся 19–20 сентября 2011 г. в Нью-Йорке, чтобы принять участие в Совещании высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по профилактике НИЗ и борьбе с ними, и рассмотреть вопросы профилактики и контроля НИЗ во всем мире. Второй раз за всю историю Организации Объединенных Наций Генеральная Ассамблея соберется для рассмотрения проблемы здоровья, имеющей большое социально-экономическое значение. Ожидается, что лидеры стран примут краткий, ориентированный на практические действия итоговый документ, который определит международную повестку дня на предстоящие годы.

Возможность, предоставляемая Встречей высокого уровня, беспрецедентна. Обеспечивая выдвижение мер реагирования на проблему ССЗ на передний план международных усилий по содействию развитию и охране здоровья, мы достигнем более сбалансированного распределения благ глобализации и, в свою очередь, подтвердим масштабность проблемы безопасности человека. А это дает мне повод к большому оптимизму.

Д-р Ala Alwan

Помощник Генерального директора

Кластер неинфекционных заболеваний и психического здоровья
Всемирная организация здравоохранения

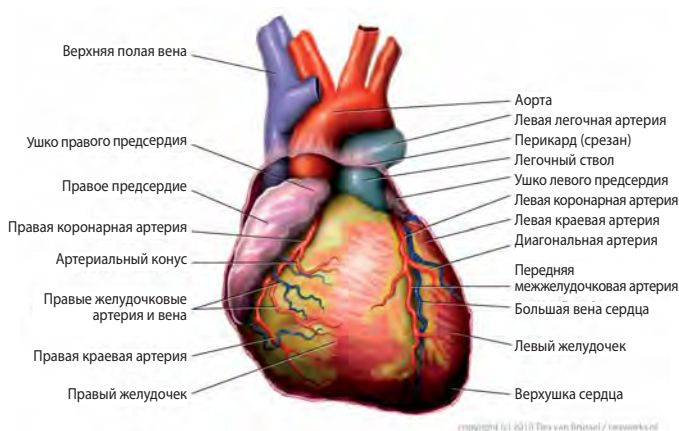
Раздел «А»

Сердечно-сосудистые
заболевания (ССЗ)
на почве атеросклероза

1

Что такое сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ)?

Рисунок 1 Нормальное сердце и его кровоснабжение (1). Перепечатано с разрешения правообладателей.



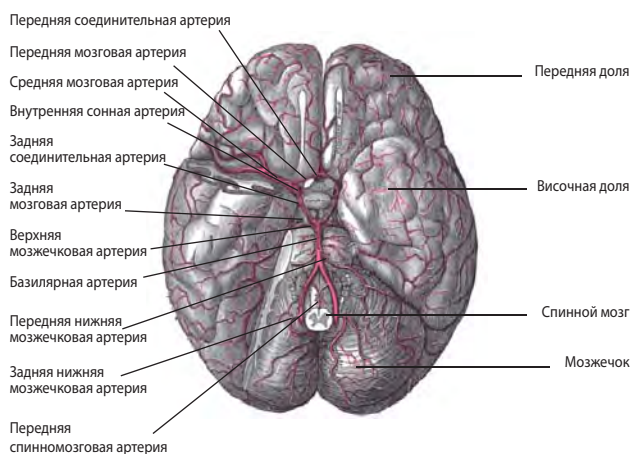
Нормальное сердце

Нормальное сердце – это мышечный орган размером примерно с кулак (рис. 1). С каждым сокращением сердце перекачивает кровь, которая доставляет кислород и питательные вещества ко всем частям тела. Сердце человека, находящегося в состоянии покоя, сокращается с частотой около 70 ударов в минуту. Частота сердечных сокращений возрастает при физической активности или тогда, когда человек переживает сильные эмоции. Кровоснабжение самой сердечной мышцы осуществляется системой собственных коронарных артерий. Хорошее кровоснабжение жизненно необходимо для нормального функционирования сердца.

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- **ССЗ – основная причина смертности и инвалидности в мире.**
- **Несмотря на то, что значительная часть ССЗ предотвратима, распространенность ССЗ продолжает возрастать, главным образом из-за неадекватности профилактических мер.**
- **Из 17,3 млн умерших от ССЗ в 2008 г. 7,3 млн умерли от инфаркта миокарда, а 6,2 млн – от инсульта.**

Рисунок 2 Нормальный головной мозг и его кровоснабжение (1). Перепечатано с разрешения правообладателей.



Нормальный головной мозг

Головной мозг – это сложный орган, который контролирует интеллектуальные функции, а также функционирование других органов и систем (рис. 2). Централизованное управление головного мозга позволяет организму быстро и скоординированно реагировать на изменения в окружающей среде. Нормальное функционирование мозга зависит от кровоснабжения. Кровь поступает от сердца в головной мозг по двум крупным сосудам, расположенным по обе стороны шеи. Эти кровеносные сосуды разветвляются на мозговые артерии, по которым кислород и питательные вещества доставляются во все части мозга. Хорошее кровоснабжение жизненно необходимо для нормального функционирования головного мозга.

ССЗ включают в себя заболевания сердца, заболевания сосудов головного мозга и заболевания кровеносных сосудов. ССЗ приводят к более чем 17,3 млн летальных исходов в год и являются основной причиной смертности в мире (1) (рис. 3). Ниже перечислены различные виды ССЗ.

1. ССЗ в результате атеросклероза:

- Ишемическая болезнь сердца или коронарная недостаточность (например, инфаркт миокарда);
- Цереброваскулярные заболевания (например, инсульт);
- Заболевания аорты и артерий, включая артериальную гипертензию и заболевания периферических сосудов.

2. Другие ССЗ

- Врожденные заболевания сердца;
- Ревматические заболевания сердца;
- Кардиомиопатии;
- Сердечные аритмии.

Доля смертности от инфарктов миокарда, инсультов и других ССЗ в общей кардиоваскулярной смертности среди мужчин и женщин показана на рис. 4 и 5, соответственно (1). На рис. 6 и 7 показана глобальная смертность от ССЗ среди мужчин и женщин, соответственно (1). На рис 8 и 9 показано глобальное бремя болезней (выраженная в DALY), связанных с ССЗ, среди мужчин и женщин, соответственно (2). Годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности (DALY), – это показатель, оценивающий суммарное бремя болезней, выраженный как число лет, потерянных по причине плохого здоровья, нетрудоспособности или ранней (преждевременной) смерти. ССЗ и связанные с ними факторы риска вносят основной вклад в глобальную заболеваемость и смертность (1–5).

Атеросклеротическая болезнь сердца

Атеросклероз – заболевание кровеносных сосудов, которое лежит в основе ишемической болезни сердца (инфаркт миокарда) и цереброваскулярных заболеваний (инсульт). Атеросклероз является причиной значительной доли ССЗ. В 2008 г. из 17,3 млн летальных исходов ССЗ инфаркты миокарда явились причиной 7,3 млн случаев смерти, а инсульты – 6,2 млн случаев смерти (1).

Атеросклероз – это комплексный патологический процесс в стенках кровеносных сосудов, который развивается в течение многих лет. При атеросклерозе жиры и холестерин откладываются внутри просвета в стенках средних и крупных кровеносных сосудов (артерий). Это отложения (бляшки) делают внутреннюю поверхность кровеносных сосудов неровной и сужают просвет сосудов, затрудняя кровоток. В результате кровеносные сосуды также становятся менее эластичными. Со временем может произойти разрыв бляшки, что приведет к формированию тромба. Если тромб формируется в коронарной артерии, он может стать причиной инфаркта; если он формируется в мозгу, то способен вызвать инсульт.

Факторы, стимулирующие процесс атеросклероза, называются факторами риска и включают в себя:

Поведенческие факторы риска:

1. Употребление табака.
2. Отсутствие физической активности.
3. Нездоровое питание (много соли, жиров и калорий).
4. Вредное употребление алкоголя.

Метаболические факторы риска:

5. Повышенное артериальное давление (гипертензия).
6. Повышенный уровень сахара в крови (диабет).
7. Повышенный уровень липидов в крови (например, холестерина).
8. Избыточный вес и ожирение.

Другие факторы риска:

9. Бедность и низкий образовательный статус.
10. Преклонный возраст.
11. Пол.
12. Наследственная (генетическая) предрасположенность.
13. Психологические факторы (например, стресс, депрессия).
14. Другие факторы риска (например, избыточный уровень гомоцистеина).

Имеются достоверные научные данные о том, что поведенческие и метаболические факторы риска играют ключевую роль в этиологии атеросклероза.

Ревматические заболевания сердца

Ревматические заболевания сердца развиваются в результате поражения сердечной мышцы и клапанов сердца ревматической атакой вследствие стрептококкового фарингита/тонзиллита.

Врожденные заболевания сердца

Дефекты развития структур сердца, имеющиеся при рождении, называются врожденными пороками сердца. Они могут возникнуть вследствие: (i) близкого кровного родства родителей (близкородственных связей); (ii) инфекций в период беременности (например, краснухи); (iii) употребления матерью во время беременности алкоголя и лекарственных препаратов (например, варфарина); и (iv) плохого питания матери во время беременности (например, дефицита фолиевой кислоты). В некоторых случаях причина остается неизвестной. Примеры врожденных заболеваний сердца включают отверстия в перегородке сердца, патологию сердечных клапанов и камер.

Другие ССЗ

Другие ССЗ, такие как заболевания сердечной мышцы (например, кардиомиопатия), расстройства электропроводящей системы сердца (например, сердечные аритмии) и заболевания сердечных клапанов менее распространены, чем инфаркты и инсульты.

Рисунок 3 Распределение основных причин смертности, включая ССЗ (1).



Рисунок 4 Распределение смертности от инфарктов, инсультов и других видов ССЗ, мужчины (1).



Рисунок 5 Распределение смертности от инфарктов, инсультов и других видов ССЗ, женщины (1).



Рисунок 6 Карта мира, демонстрирующая глобальное распределение смертности от ССЗ среди мужчин (стандартизировано по возрасту, на 100 тыс. чел. населения) (1).

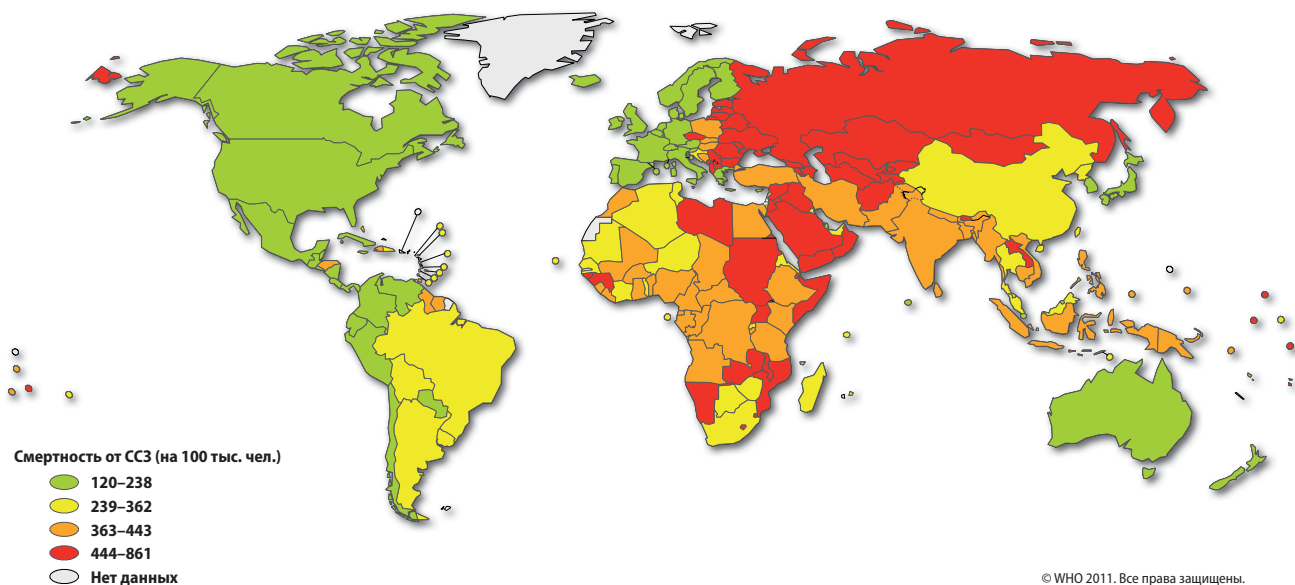


Рисунок 7 Карта мира, демонстрирующая глобальное распределение смертности от ССЗ среди женщин (стандартизировано по возрасту, на 100 тыс. чел. населения) (1).

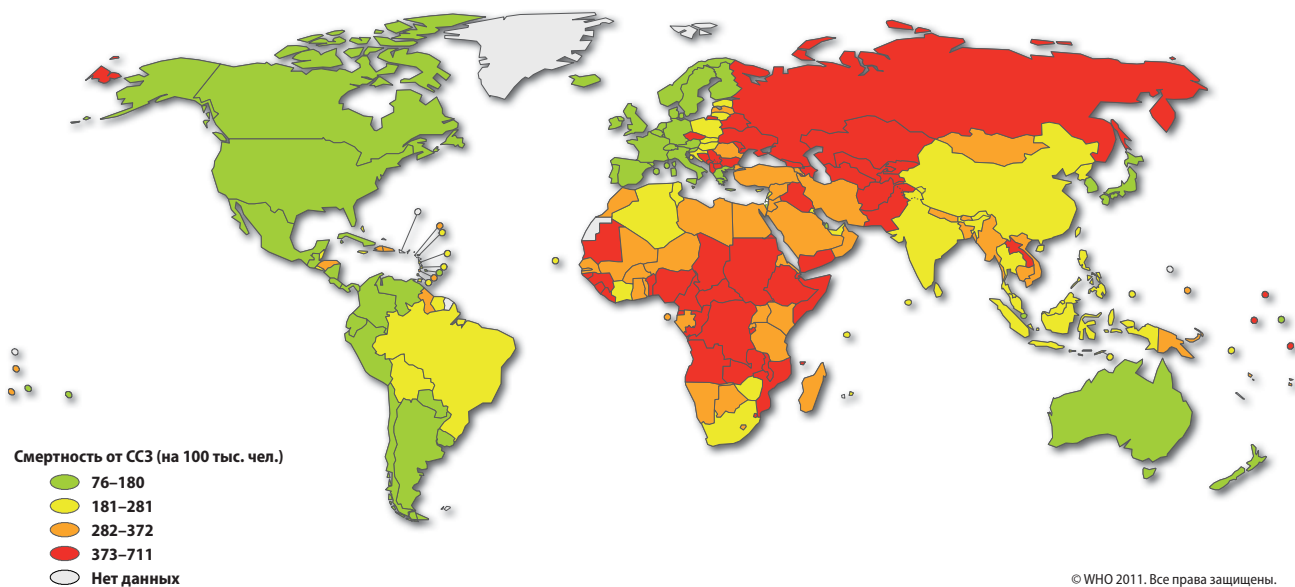


Рисунок 8 Карта мира, демонстрирующая глобальное распределение бремени ССЗ (выраженное в DALY), среди мужчин (стандартизировано по возрасту, на 100 тыс. чел. населения) (1).

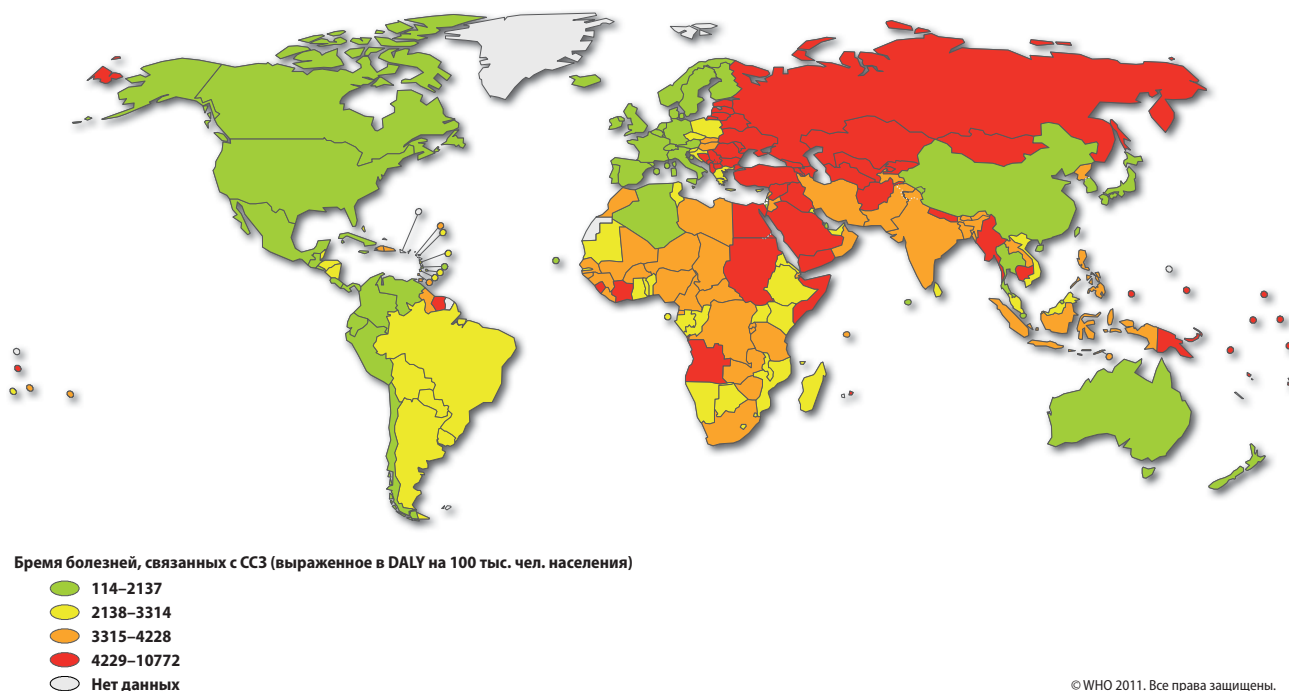
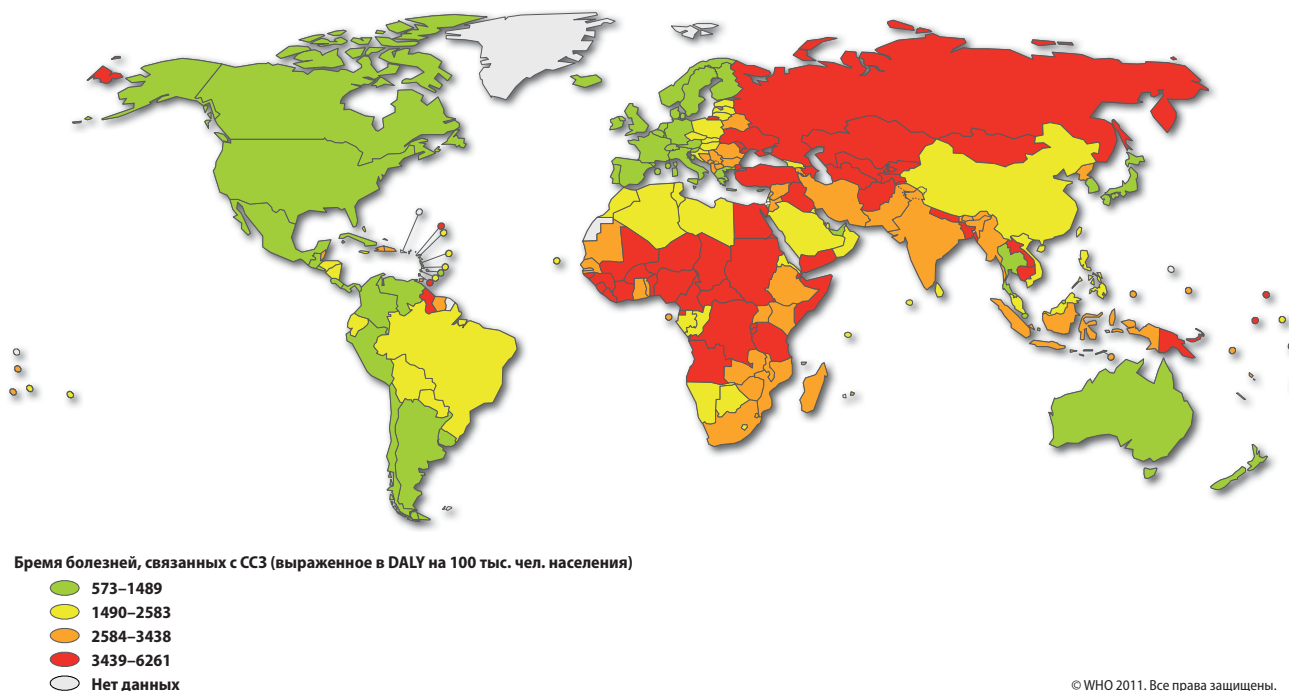
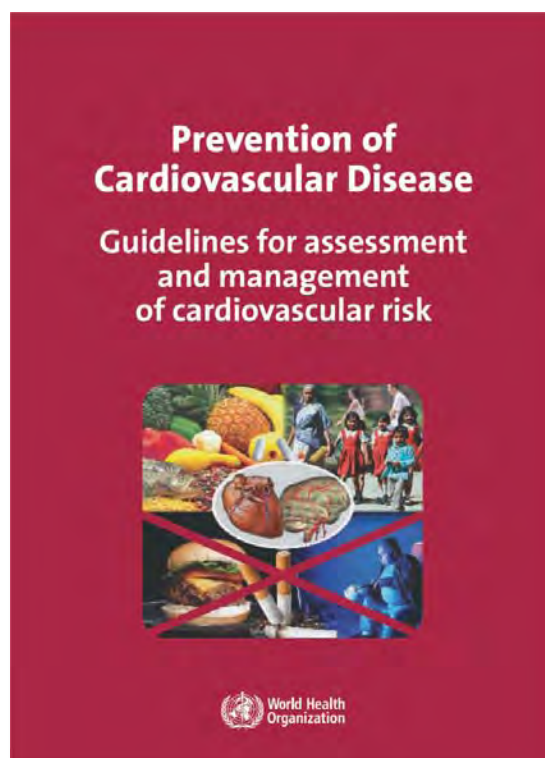


Рисунок 9 Карта мира, демонстрирующая глобальное распределение бремени ССЗ (выраженное в DALY) среди женщин (стандартизировано по возрасту, на 100 тыс. чел. населения) (1).



Существует четкая концепция борьбы с ССЗ



2

Смертность и инвалидность от ССЗ (инфарктов миокарда и инсультов)

Табакокурение, отсутствие физической активности, нездоровое питание и вредное употребление алкоголя являются основными поведенческими факторами риска, воздействие которых ведет к развитию ССЗ. К этим факторам риска добавляются также основные неинфекционные болезни, такие как рак, диабет и хронические респираторные заболевания. Долговременное воздействие поведенческих факторов риска приводит к повышенному артериальному давлению (гипертензии), повышенному уровню глюкозы в крови (диабету), повышенному и ненормальному содержанию липидов в крови (дислипидемии) и ожирению. Гипертензия и диабет как важные факторы риска связывают ССЗ с заболеваниями почек.

Из 57 млн. летальных исходов, зарегистрированных в странах мира в 2008 г., 36 млн (63%) было результатом НИЗ (рис. 10), а 17,3 млн (30%) – результатом ССЗ. Около 80% случаев смерти от НИЗ произошло в СНСУД. НИЗ – наиболее распространенная причина смерти в большинстве стран, кроме Африки (1). В Африке распространенность НИЗ быстро растет и, по прогнозам, в ближайшие 20 лет они станут основной причиной смертности, обогнав инфекционные болезни, болезни матери, болезни перинатального периода и расстройства питания. Более 80% случаев смерти, вызванных ССЗ и диабетом, происходят в СНСУД.

В то время как в СНСУД 29% умерших от НИЗ – это люди в возрасте моложе 60 лет, в странах с высоким уровнем доходов

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- **ССЗ – наиболее распространенный вид неинфекционных заболеваний; почти половина из 36 млн случаев смерти от неинфекционных заболеваний (НИЗ) вызвана ССЗ.**
- **В 2008 г. около 9 млн чел. умерли от НИЗ преждевременно, не достигнув 60-летнего возраста; из этого числа примерно 8 млн случаев преждевременной смерти произошли в странах с низким и средним уровнем доходов (СНСУД).**
- **По оценкам, 10% глобального бремени болезней (выраженного в DALY), связано с ССЗ.**
- **Общими факторами риска, вызывающими развитие заболеваний сердца, а также инсульта, рака, диабета и респираторных болезней, являются употребление табака, недостаток физической активности, нездоровое питание и вредное употребление алкоголя.**

лица в этом возрасте составляют только 13% умерших (1, 6) (рис. 11). Среди людей моложе 70 лет на ССЗ приходится наибольшая доля (39%) случаев смерти от НИЗ (рис. 12). За последние десятилетия распространенность ССЗ в странах СНСУД увеличилась вдвое, при этом распространенность, например, инсультов и инфарктов превышает показатели стран с высоким уровнем доходов (1, 6, 7).

По оценкам проекта «Глобальное бремя болезней» (5), 68% из 751 млн лет, прожитых с инвалидностью (YLD) в странах мира, связано с НИЗ, причем 84% этого бремени НИЗ приходится на СНСУД. Болезни сердца – одна из пяти главных причин YLD у пожилых людей в СНСУД. Инсульт оценивается в СНСУД как одна из основных причин инвалидности, уступая только деменции. ССЗ стали причиной 151 377 млн лет жизни, скорректированных по нетрудоспособности (DALY), из которых 62,587 млн. вызваны ишемической болезнью сердца, а 46 591 млн – цереброваскулярными заболеваниями.

Вклад различных ССЗ в глобальное бремя болезней у мужчин и женщин показан на рис. 13 и 14, соответственно. На рис. 15–18 представлен уровень смертности от ишемической болезни сердца (рис. 15 и 16) и инсульта (рис. 17 и 18) среди мужчин и женщин, соответственно. На рис. 19–22 показаны годы здоровой жизни, потерянные из-за ишемической болезни сердца (рис. 19 и 20) и инсульта (рис. 21 и 22) у мужчин и женщин, соответственно.

Рисунок 10 Распределение смертности от НИЗ у мужчин и женщин в странах мира, по отдельным причинам (1, б).

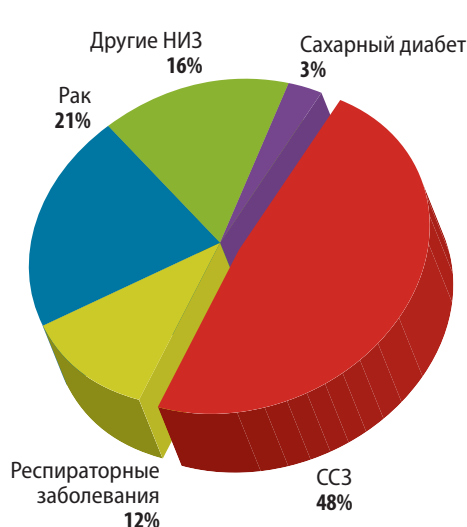


Рисунок 11 Распределение смертности от НИЗ у лиц обоих полов в возрасте моложе 60 лет в странах мира, по отдельным причинам (1, б).

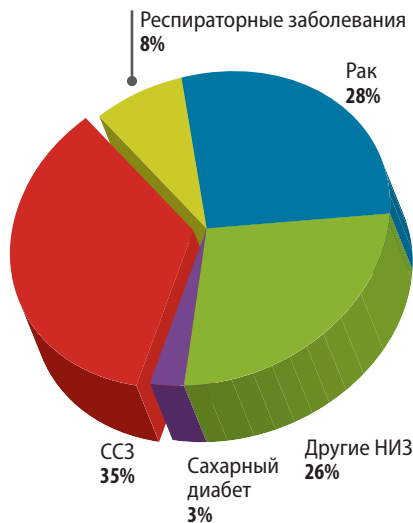


Рисунок 12 Распределение смертности от НИЗ у лиц обоих полов в возрасте моложе 70 лет в странах мира, по отдельным причинам (1, б).

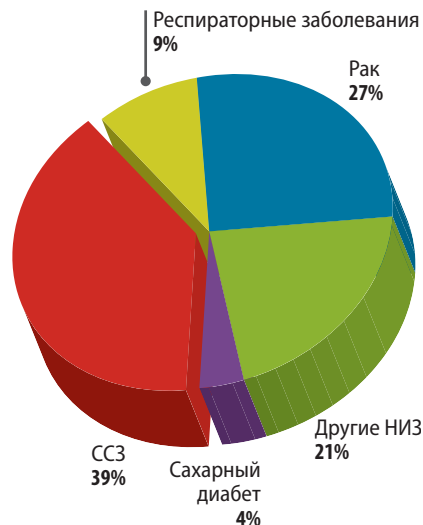


Рисунок 13 Распространение глобального бремени ССЗ (DALY), вызванного инфарктами, инсультами и другими видами ССЗ, у мужчин (5).



Рисунок 14 Распространение глобального бремени ССЗ (DALY), вызванного инфарктами, инсультами и другими видами ССЗ, у женщин (5).



Рисунок 15 Карта мира, показывающая глобальное распределение смертности от ишемической болезни сердца среди мужчин (данные стандартизированы по возрасту, на 100 тыс. чел. населения) (1).

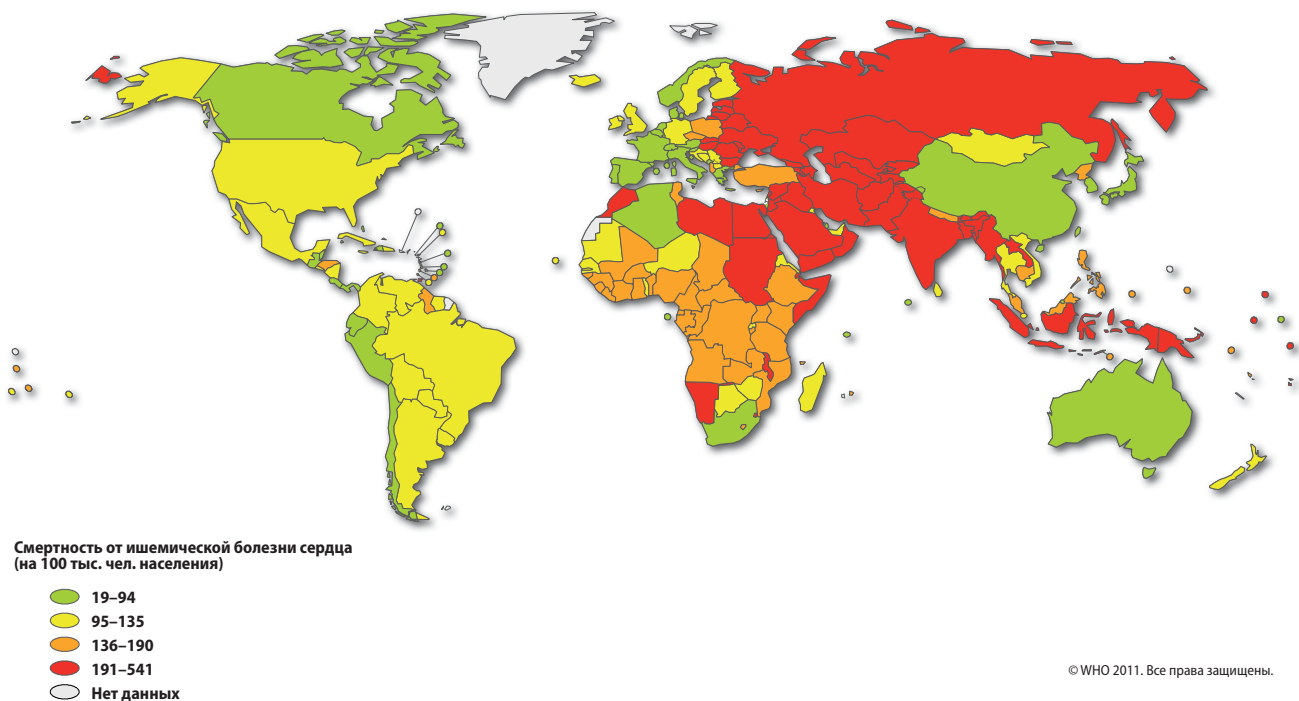


Рисунок 16 Карта мира, показывающая глобальное распределение смертности от ишемической болезни сердца среди женщин (данные стандартизированы по возрасту, на 100 тыс. чел. населения) (1).

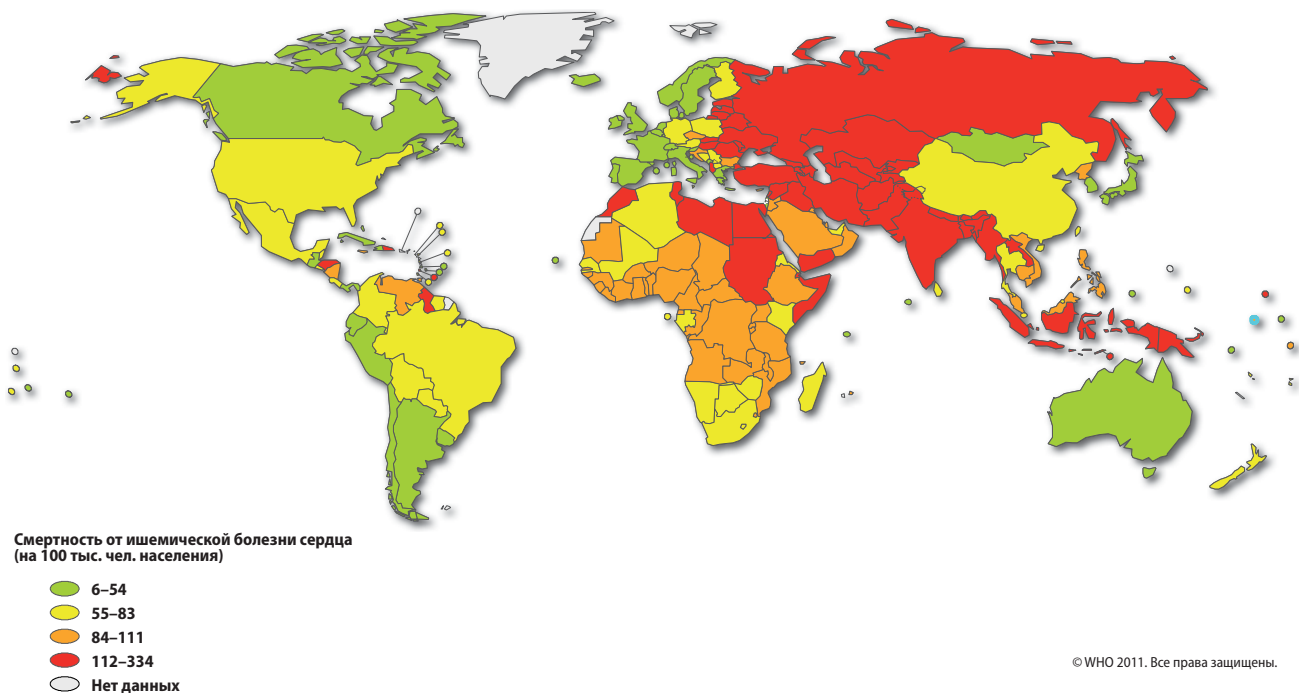


Рисунок 17 Карта мира, показывающая глобальное распределение смертности от цереброваскулярных заболеваний среди мужчин (данные стандартизированы по возрасту, на 100 тыс. чел. населения) (1).

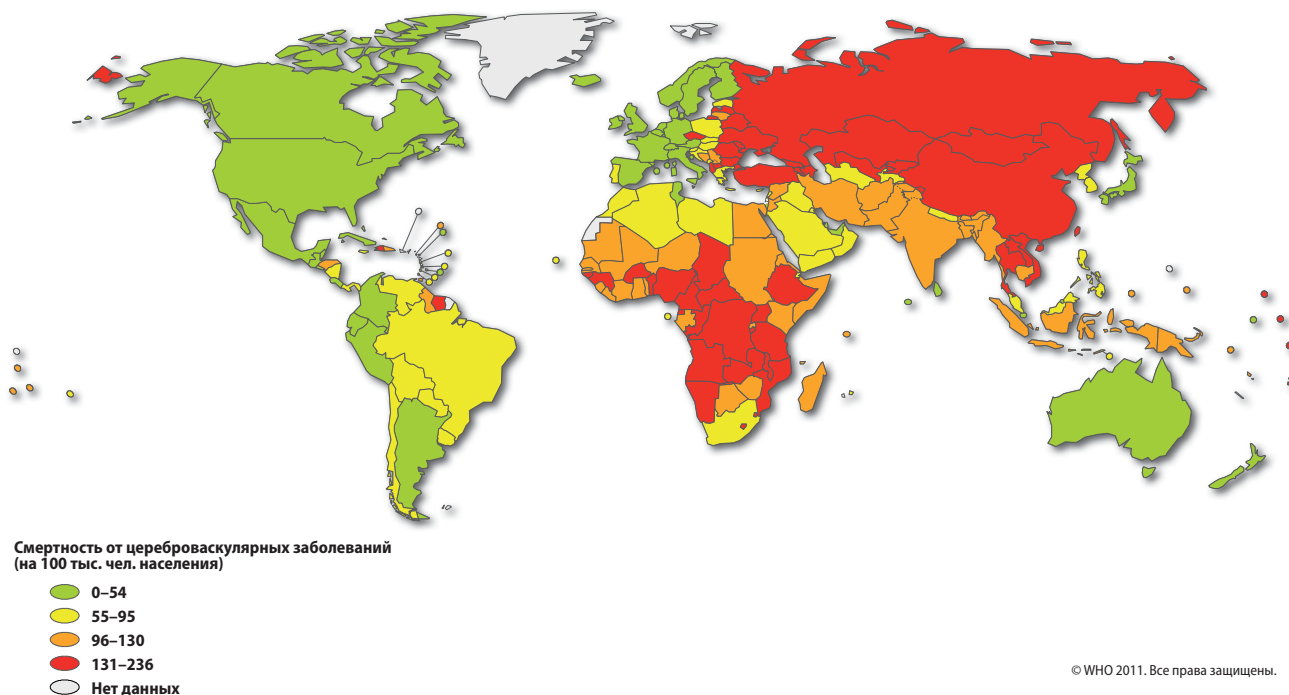


Рисунок 18 Карта мира, показывающая глобальное распределение смертности от цереброваскулярных заболеваний среди женщин (данные стандартизированы по возрасту, на 100 тыс. чел. населения) (1).

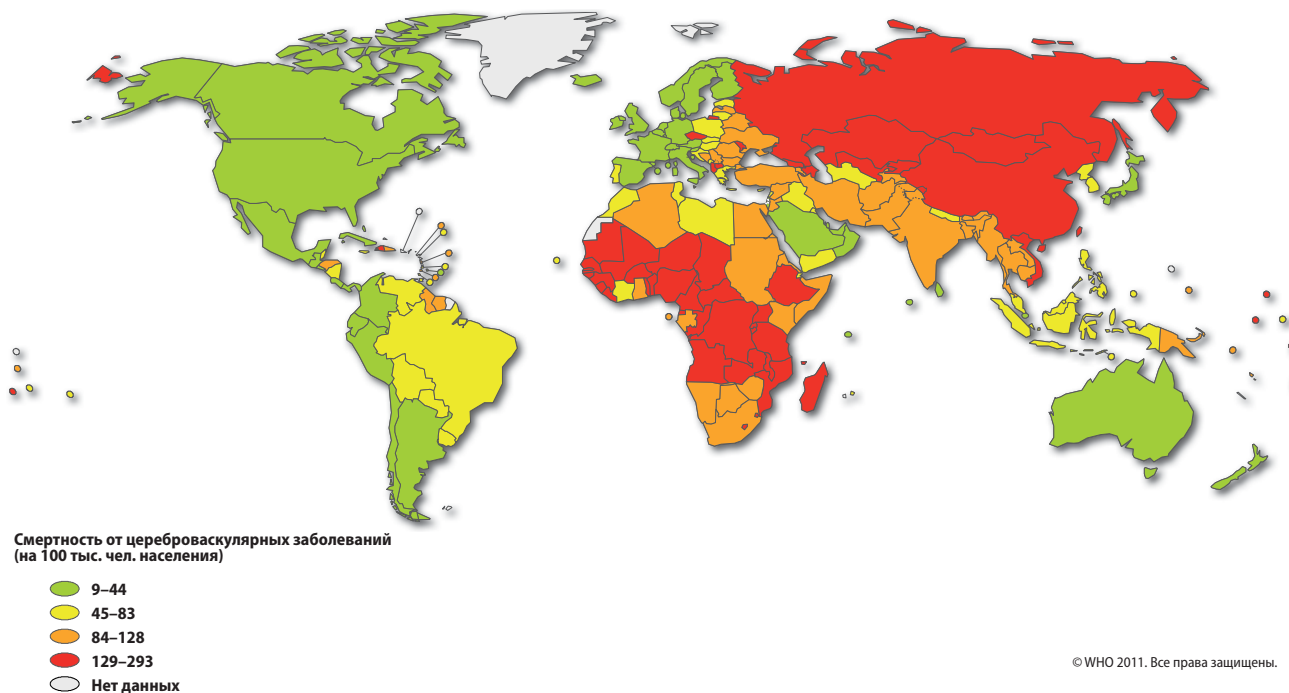


Рисунок 19 Карта мира, показывающая бремя ишемической болезни сердца (DALY) у мужчин (данные стандартизированы по возрасту, на 100 тыс. чел. населения) (5).

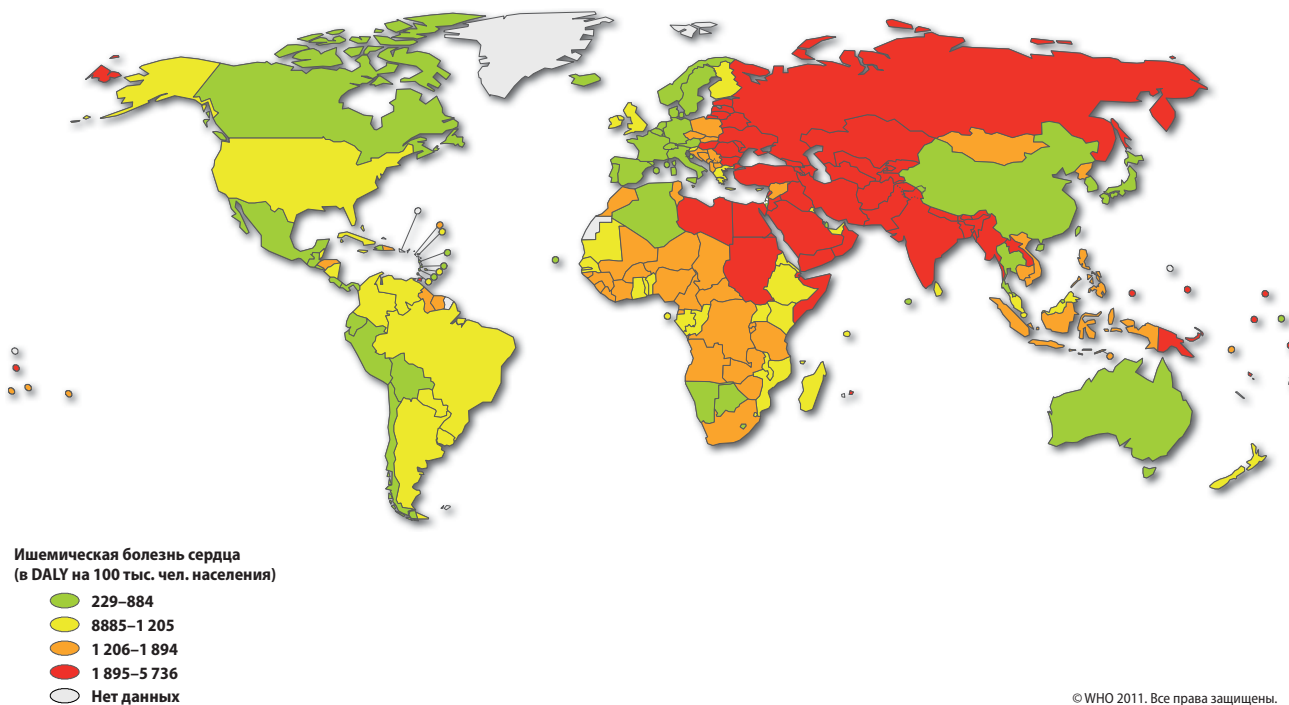


Рисунок 20 Карта мира, показывающая бремя ишемической болезни сердца (DALY) у женщин (данные стандартизированы по возрасту, на 100 тыс. чел. населения) (5).

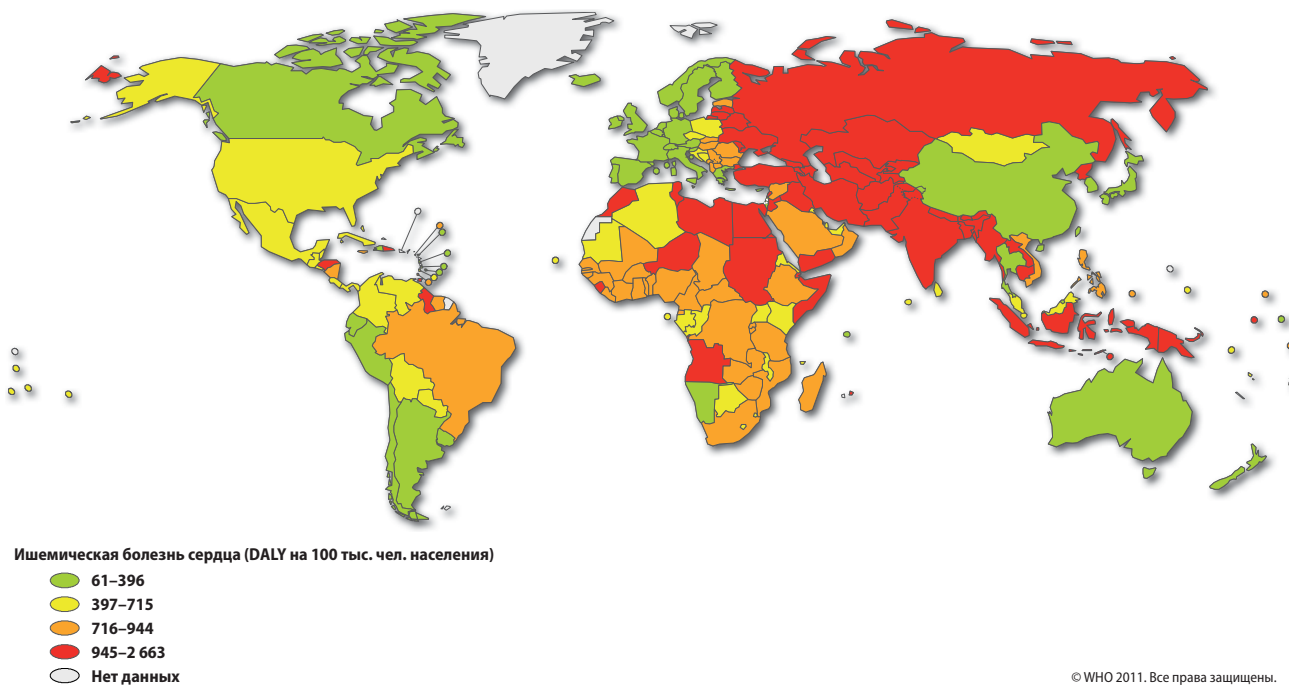


Рисунок 21 Карта мира, показывающая бремя цереброваскулярных заболеваний (DALY) у мужчин (данные стандартизированы по возрасту, на 100 тыс. чел. населения) (5).

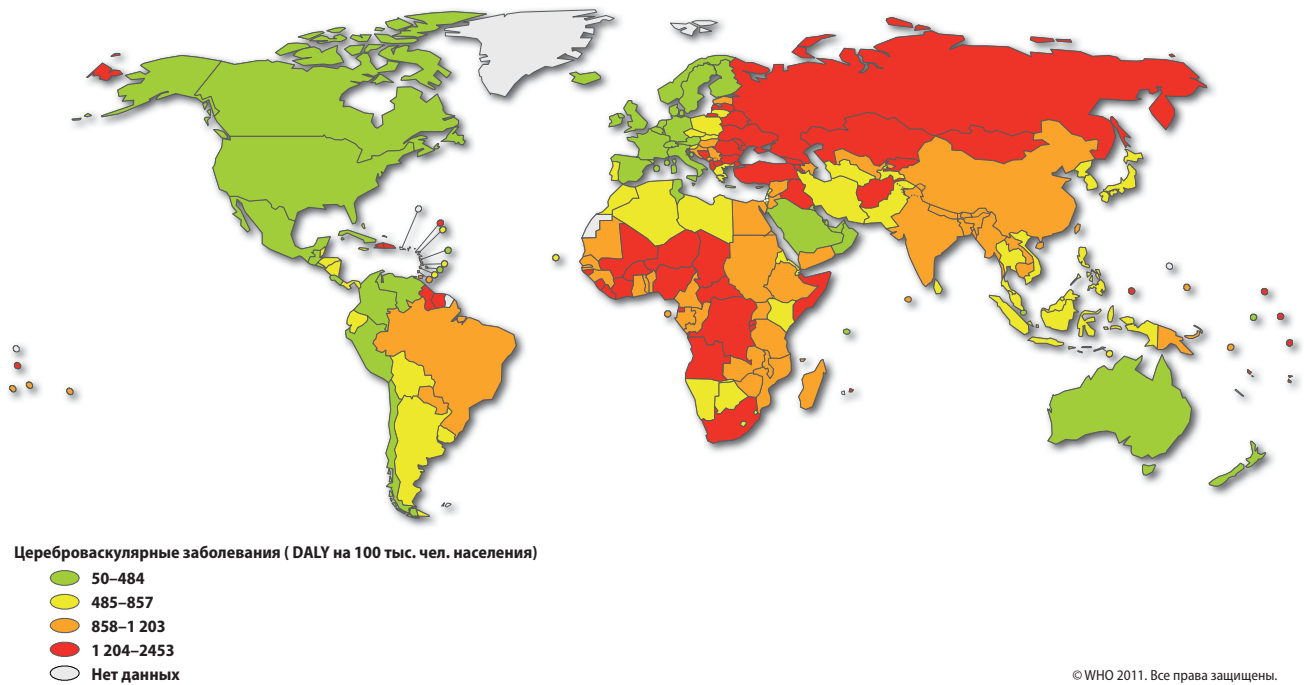
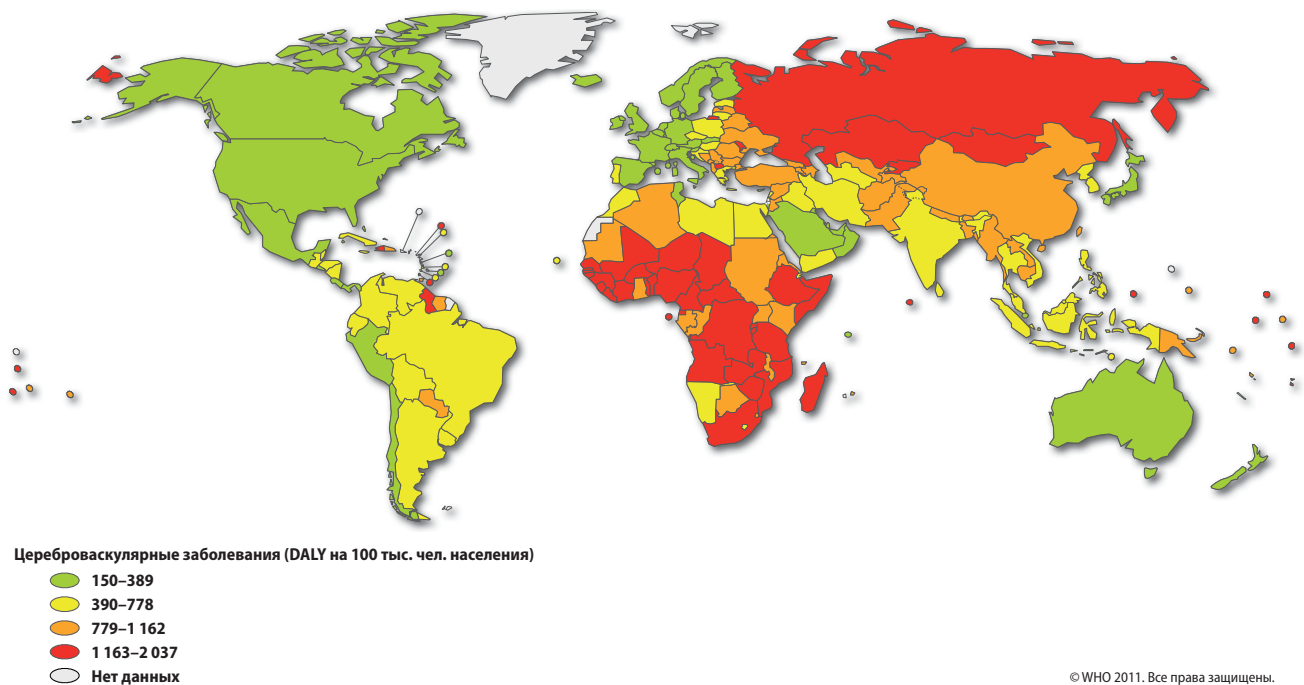


Рисунок 22 Карта мира, показывающая бремя цереброваскулярных заболеваний (DALY) у женщин (данные стандартизированы по возрасту, на 100 тыс. чел. населения) (5).



3

Патологические процессы, лежащие в основе инфарктов и инсультов

Атеросклероз – причина, лежащая в основе инфарктов и инсультов

Один из основных патологических процессов, которые приводят к инфарктам (ишемической болезни сердца) и инсультам (цереброваскулярным заболеваниям) известен как атеросклероз. Ранние атеросклеротические изменения развиваются уже в детском и подростковом возрасте в результате воздействия ряда факторов риска (4–6). Они включают в себя употребление табака, отсутствие физической активности, нездоровое питание, вредное употребление алкоголя, артериальную гипертензию, диабет, повышенный уровень липидов крови, ожирение, бедность и низкий образовательный статус, преклонный возраст, мужской пол, генетическую предрасположенность и психологические факторы.

Атеросклероз – это воспалительный процесс, поражающий сосуды среднего и большого калибра в кровеносной системе (8–10). Когда внутренняя оболочка (эндотелий) этих кровеносных сосудов подвергается воздействию повышенного уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (ХЛНП) и некоторых других веществ, например, свободных радикалов, эндотелий становится проницаемым для лимфоцитов и моноцитов. Эти клетки мигрируют в глубокие слои стенок кровеносного сосуда. Возникает цепочка реакций, привлекающая частицы ХЛНП к участку эндотелия. Эти частицы поглощаются моноцитами, которые, в свою очередь, превращаются в макрофаги (ксантомные клетки). Далее к этому участку из более глубоких слоев стенки кровеносного сосуда (его средней оболочки) мигрируют гладкомышечные клетки. Позже на этом участке формируется фиброзная покрышка, состоящая из гладкомышечных клеток и коллагена. Одновременно происходит отмирание макрофагов,

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- **Употребление табака, отсутствие физической активности, нездоровое питание, ожирение, артериальная гипертензия, диабет и дислипидемия, в сочетании с возрастными и генетическими факторами, способствуют развитию атеросклероза и сужению кровеносных сосудов.**
- **Атеросклероз начинается в детском и подростковом возрасте и впоследствии проявляется в виде инфарктов и инсультов.**

вовлеченных в первоначальную реакцию, что приводит к формированию некротического ядра под фиброзной покрышкой. Такое повреждение (атеросклеротическая бляшка) увеличивается по мере накопления в нем клеток и липидов, и бляшка начинает выпячиваться в просвет сосуда (рис. 23–26). Далее фиброзная покрышка постепенно истончается; это сопровождается растрескиванием эндотелиального слоя, который может разорваться. Когда бляшка разрывается, фрагменты липидов и клеточные обломки выбрасываются в просвет сосуда. В результате воздействия на них тромбогенных агентов на поверхности эндотелия формируется тромб. Если тромб достаточно большой, то он способен полностью перекрыть коронарный или мозговой сосуд, вследствие чего возникает инфаркт или инсульт (9, 10).

Инфаркт миокарда

Когда нарушается приток крови к сердцу из-за тромбоза на месте разрыва атеросклеротической бляшки, снижение снабжения миокарда кислородом и питательными веществами может повредить сердечную мышцу и привести к инфаркту миокарда. Если кровоток снижается из-за блокады, это вызывает боль в грудной клетке из-за ишемии.

Инсульт

Патофизиология ишемического инсульта более разнообразна и включает, помимо процесса тромбообразования в пораженных атеросклерозом мозговых сосудах (ишемического инсульта), патологию мелких сосудов головного мозга, связанную с сосудистыми факторами риска. Другая причина инсульта – кровоизлияние (геморрагия), возникающее вследствие разрыва мозгового сосуда на месте аневризмы, или повреждение сосуда вследствие неконтролируемой артериальной гипертензии или атеросклероза (геморрагический инсульт). Кроме этого, инсульт может быть вызван перемещением кровяного сгустка. Если у человека неравномерный сердечный ритм, то в сердце могут формироваться тромбы и перемещаться по кровеносным сосудам к мозгу. Попавший в систему мозгового кровообращения сгусток может застрять в сосуде и заблокировать кровоснабжение участка мозга.

Рисунок 23 Дисфункция эндотелия: адгезия лейкоцитов и их миграция в глубинные слои внутренней оболочки сосуда (9). (Перепечатано с разрешения правообладателей. Источник: Ross I. © 1999 Massachusetts Medical Society.)

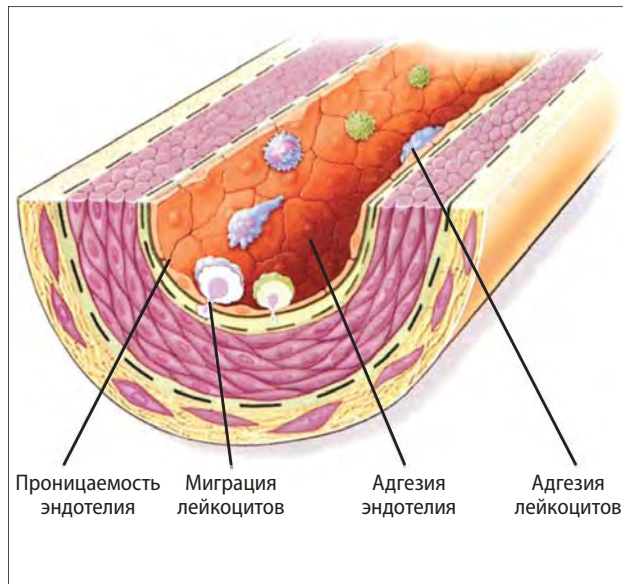


Рисунок 24 Формирование полосы жира, открывающее агрегацию тромбоцитов на поверхности эндотелия, формирование ксантомных клеток и миграция клеток гладкой мускулатуры (9) (Перепечатано с разрешения правообладателей. Источник: Ross I. © 1999 Massachusetts Medical Society.)



Рисунок 25 Формирование фиброзной покрышки и некротического ядра (9) (Перепечатано с разрешения правообладателей. Источник: Ross I. © 1999 Massachusetts Medical Society.)

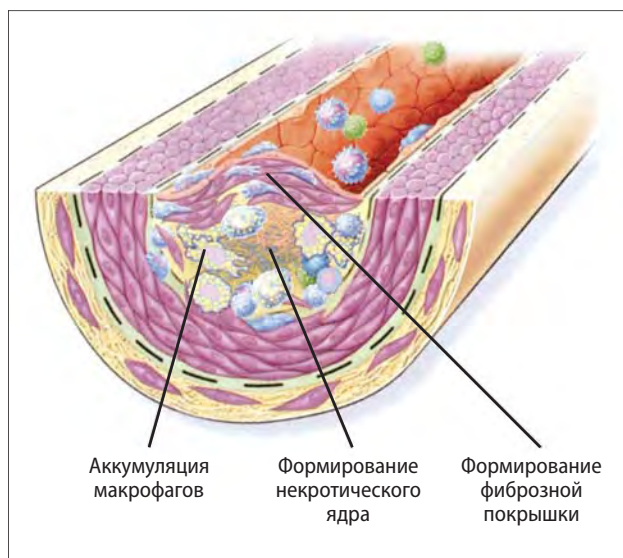
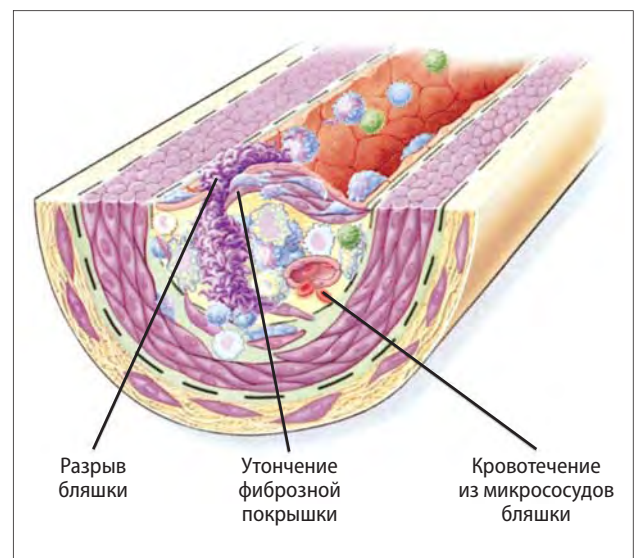


Рисунок 26 Разорвавшаяся бляшка (9) (Перепечатано с разрешения правообладателей. Источник: Ross I. © 1999 Massachusetts Medical Society.)



4

Данные в пользу профилактики инфарктов и инсультов

На рис. 27 и 28 представлены показатели смертности от ишемической болезни сердца и cerebroваскулярных заболеваний. На протяжении двух последних десятилетий смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в странах с высоким уровнем дохода значительно снизилась (6, 11–13). Имеются убедительные данные, что стратегии первичной профилактики, охватывающие все население, и интервенционные стратегии в области индивидуальной медико-санитарной помощи вносят свой вклад в формирование тенденций к снижению смертности. Например, за 10-летний период наблюдения в рамках программы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по многонациональному мониторингованию заболеваемости и смертности от ССЗ и факторов риска (WHO MONICA Project) во многих из 38 популяций, охваченных этой программой, резко снизилась смертность от ишемической болезни сердца и инсульта (13).

Считается, что уровень смертности снизился за счет уменьшения заболеваемости и/или повышения выживаемости после сердечно-сосудистых событий благодаря профилактическим и лечебным вмешательствам. Среди всех популяций, в которых отмечалось снижение смертности от ишемической болезни сердца, уменьшение воздействия факторов риска способствовало изменениям к лучшему у мужчин и женщин на 75 и 65%, соответственно. Остальные изменения были связаны с предоставлением медицинской помощи, обеспечившим улучшение выживаемости в течение первых четырех недель после события. Что касается инсультов, то $\frac{1}{3}$ изменений

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- ССЗ в высокой степени предотвратимы.
- Инвестиции в профилактику позволяют получить наиболее устойчивые результаты в борьбе с эпидемией ССЗ.
- На протяжении двух последних десятилетий смертность от ССЗ в развитых странах снижается благодаря сочетанию мер профилактики и контроля.

к лучшему в популяциях, где снижалась смертность, была связана с уменьшением частоты инсультов, а 66% – с улучшением выживаемости.

В период с 1988 по 2000 г. в Соединенном Королевстве было зафиксировано резкое снижение смертности от ишемической болезни сердца (14). Почти на 42% это снижение было связано с лечением (включая 11%, связанных со вторичной профилактикой, 13% – с лечением сердечной недостаточности, 8% – с первичным лечением острого инфаркта миокарда и 3% – с лечением артериальной гипертензии). Остальные 58% были обусловлены снижением воздействия факторов риска в масштабах всего населения (14).

Указанные данные и аналогичный опыт Финляндии (15) и других стран (16, 17) убедительно свидетельствуют, что для снижения бремени ССЗ первичная профилактика, проводимая среди всего населения, должна сочетаться с индивидуальным подходом к лечению (6).

Рисунок 27 Карта мира, показывающая глобальное распределение смертности от ишемической болезни сердца (данные стандартизированы по возрасту, на 100 тыс. чел. населения) (1).

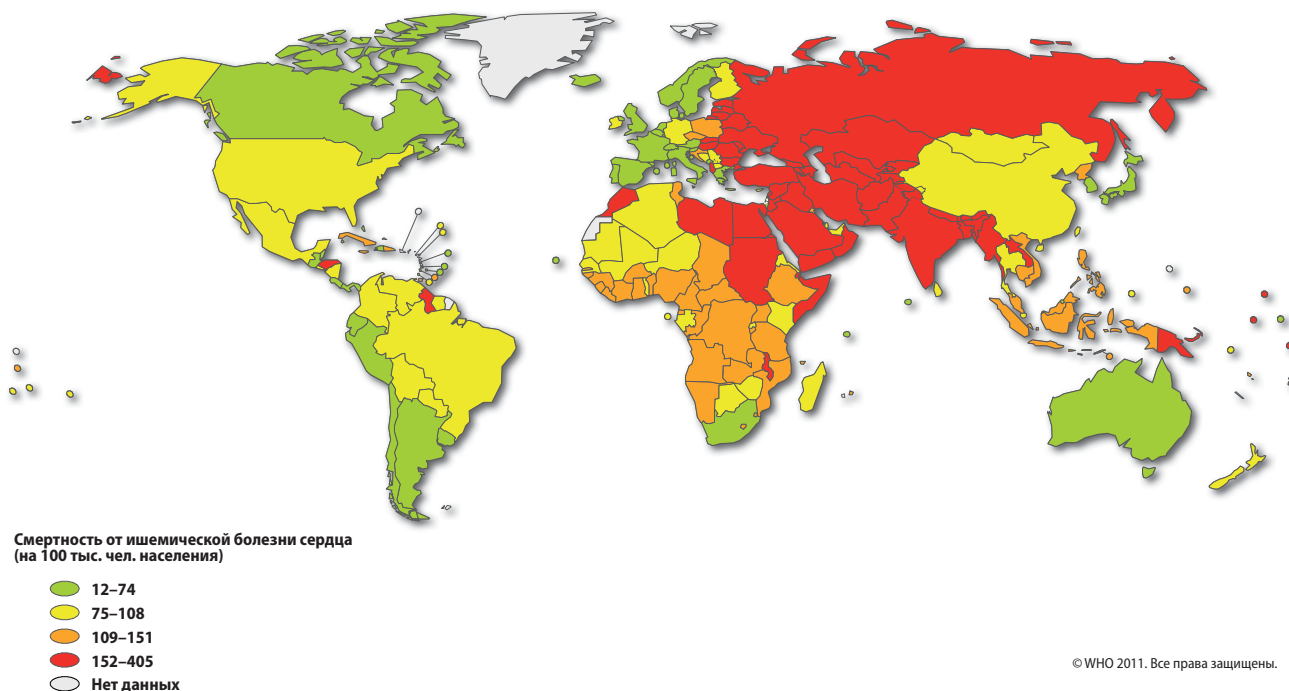
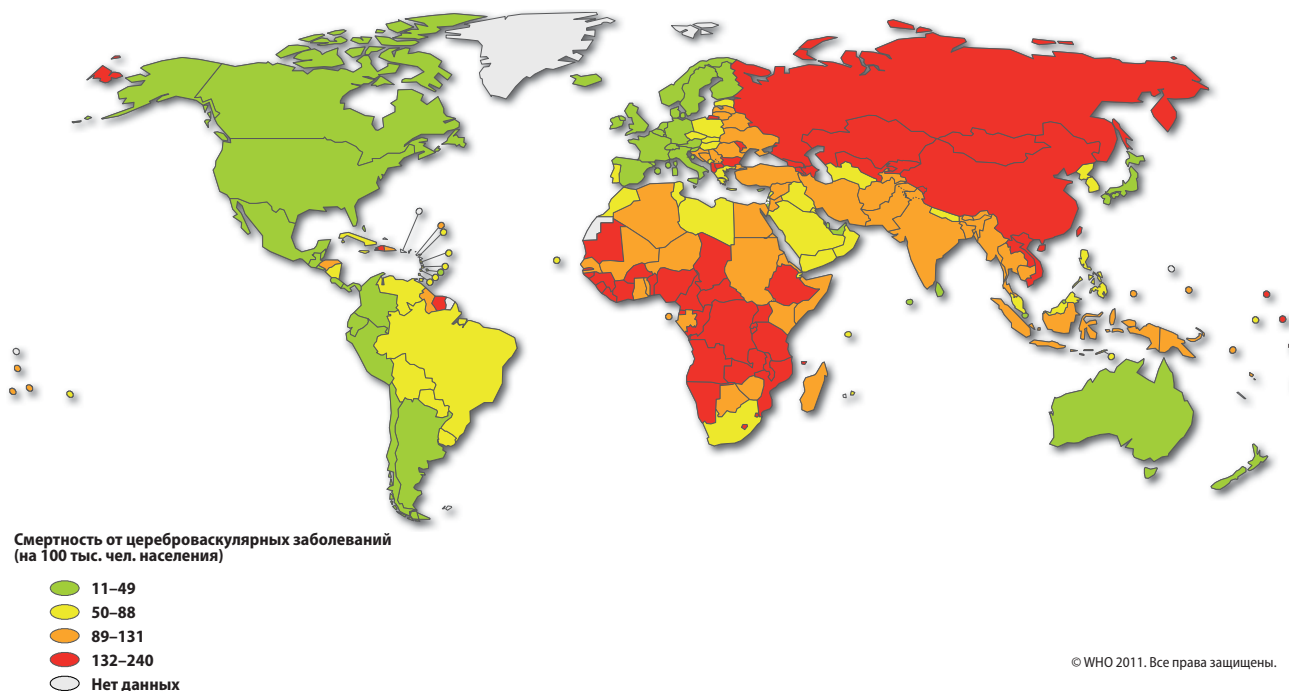


Рисунок 28 Карта мира, показывающая глобальное распределение смертности от цереброваскулярных заболеваний (данные стандартизированы по возрасту, на 100 тыс. чел. населения) (1).



5

Снижение риска сердечно-сосудистых заболеваний в целях профилактики инфаркта и инсульта

Значительная доля ССЗ (и других НИЗ) предотвратима за счет уменьшения воздействия поведенческих факторов риска (употребление табака, нездоровое питание, отсутствие физической активности и вредное употребление алкоголя) (3, 6).

Нездоровый образ жизни приводит к метаболическим/физиологическим изменениям: повышенному артериальному давлению (гипертензии), избыточному весу/ожирению; повышенному уровню сахара крови (диабету), повышению уровня липидов крови (дислипидемии). Эти промежуточные факторы риска вызывают повреждение сосудов сердца и головного мозга в результате атеросклероза, – процесса, который развивается в течение многих лет, начинаясь в детстве и проявляясь в виде инфарктов миокарда и инсультов в среднем возрасте. Поскольку патологические процессы, лежащие в основе инсульта и инфаркта, имеют между собой много общего, то общие подходы, воздействующие на поведенческие и метаболические факторы риска, эффективны для профилактики обоих этих заболеваний.

С точки зрения причин летальных исходов ведущим фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний является повышенное артериальное давление (13% общего числа летальных исходов в мире), за которым следуют употребление табака (9%), повышенный уровень сахара крови (6%), отсутствие физической активности (6%) и избыточная масса тела/ожирение (5%) (2) (рис.29).

Эти поведенческие и метаболические факторы риска часто встречаются в сочетанном виде у одного и того же больного

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- Факторы сердечно-сосудистого риска, такие как артериальная гипертензия, диабет и гиперлипидемия, составляют единую группу и являются главными факторами риска инсульта и инфаркта.
- Для профилактики инфаркта и инсульта необходимо снижать суммарный риск сердечно-сосудистых заболеваний путем уменьшения воздействия всех факторов риска, поддающихся изменению.
- Профилактика инфаркта и инсульта путем снижения суммарного риска сердечно-сосудистых заболеваний экономически эффективна.

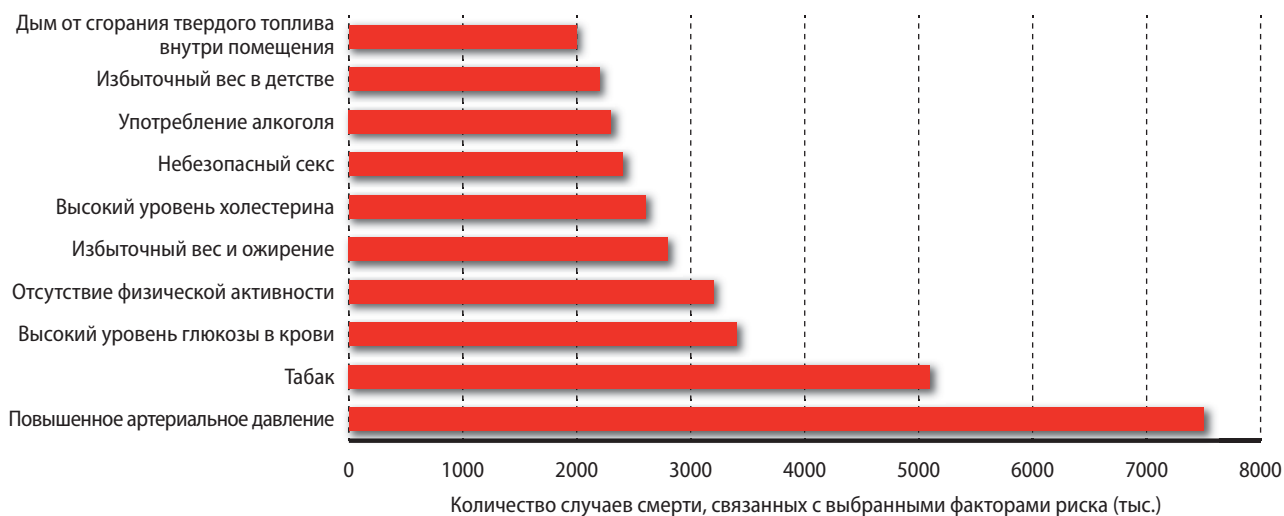
и действуют синергично, повышая общий риск возникновения у отдельного пациента острых сосудистых событий, таких как инфаркт миокарда и инсульт. Убедительные научные данные показывают, что снижение совокупного сердечно-сосудистого риска предотвращает инфаркты и инсульты (4).

Пионерные исследования, выполненные в 1960-х гг. в рамках Framingham Heart Study project в США (18, 19) и Seven Countries study (20), а также более поздние работы, включая проект BOZ MONICA (13) и исследование INTERHEART (21), позволили лучше понять факторы риска и детерминанты ССЗ.

Если выявить людей, подверженных риску развития инфаркта миокарда и инсульта, и принять меры по снижению у них этого риска, то большую часть сердечно-сосудистых событий со смертельным и несмертельным исходом можно предотвратить (4, 21, 22). Для оценки риска развития инфаркта и инсульта могут использоваться таблицы прогнозирования риска и другие инструменты, разработанные ВОЗ и Международным обществом артериальной гипертензии (ISH) (рис.30).

Распространенность факторов сердечно-сосудистого риска среди населения может быть снижена при помощи национальных стратегий в сфере здравоохранения, направленных как всё население, так и на тех, кто находится в зоне высокого риска (рис. 31). Стратегии, осуществляемые в масштабах всего населения, должны быть направлены, прежде всего, на поведенческие факторы риска. Вместе с тем система здравоохранения должна выявлять лиц из групп высокого риска и уделять им особое внимание, используя интегрированные экономически эффективные подходы к оценке рисков и управлению ими (4, 6, 23). На рис. 32 показано распределение населения по различным группам риска сердечно-сосудистых заболеваний во всех регионах ВОЗ.

Рисунок 29 Распределение по степени важности 10 выбранных факторов риска, приводящих к смерти (2).



Профилактика ССЗ должна осуществляться в течение всей жизни



Рисунок 30 Таблица прогнозирования факторов сердечно-сосудистого риска, разработанная ВОЗ и Международным обществом артериальной гипертензии (ISH). (Показывает 10-летний риск сердечно-сосудистых событий со смертельным и несмертельным исходом с разбивкой по полу, возрасту, наличию или отсутствию табакокурения, систолическому артериальному давлению, уровню холестерина крови и наличию или отсутствию диабета. Имеются отдельные таблицы для всех субрегионов ВОЗ)

Уровень риска ■ <10% ■ от 10% до <20% ■ от 20% до <30% ■ от 30% до <40% ■ ≥40%

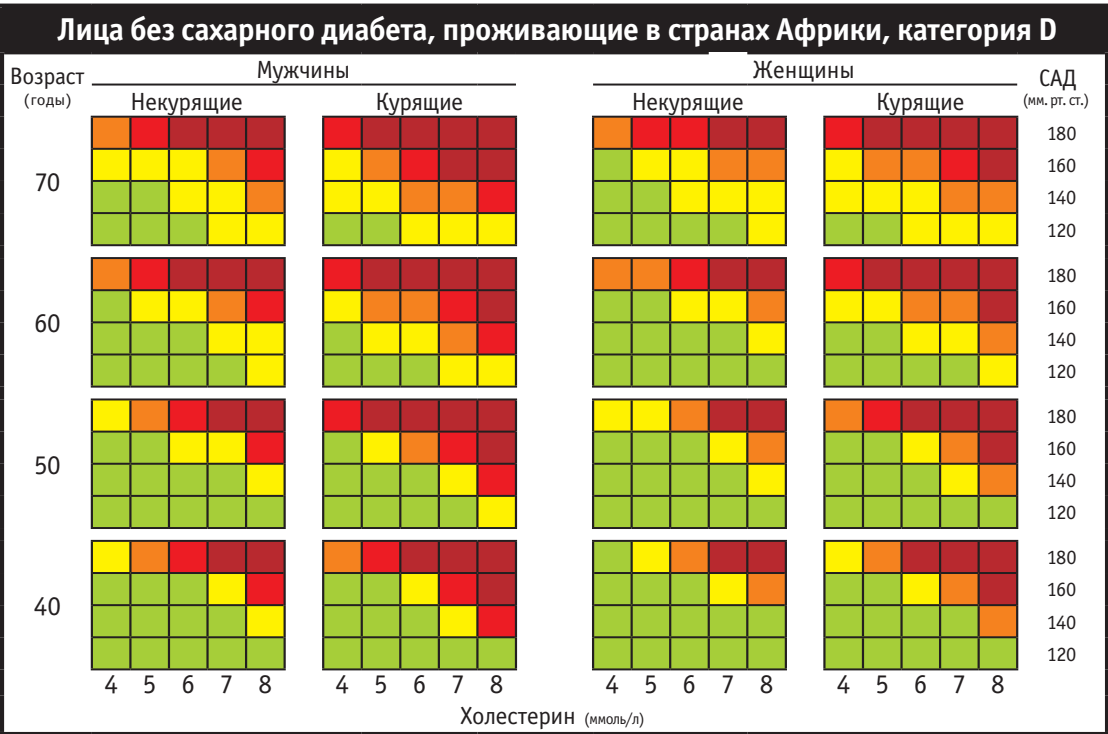
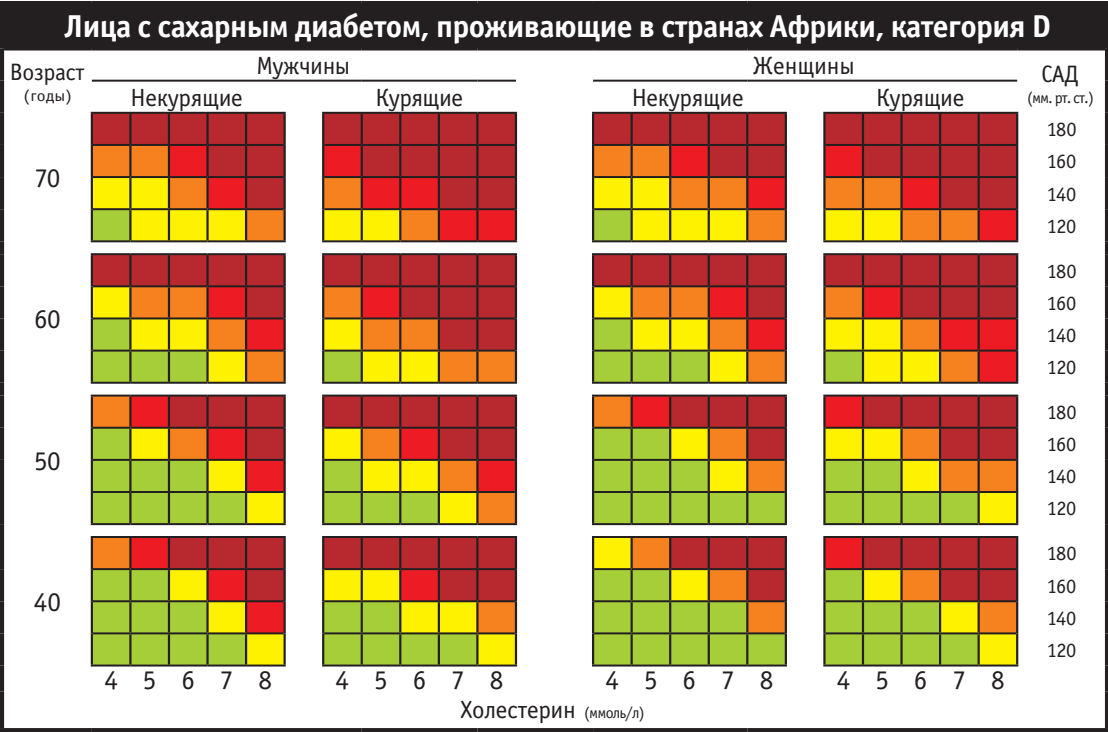


Рисунок 31 Чтобы приблизить распределение сердечно-сосудистого риска к оптимальному уровню, необходимо сочетание популяционных стратегий со стратегиями, ориентированными на группы высокого риска (23).

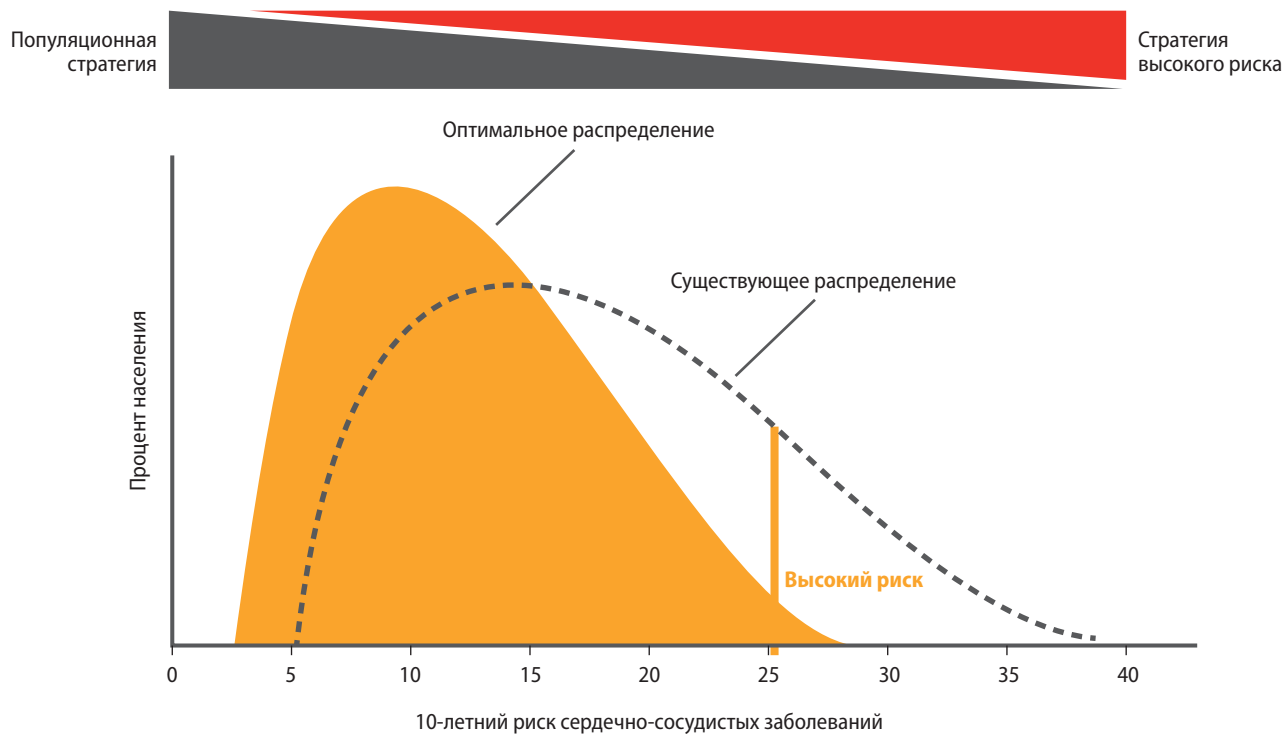
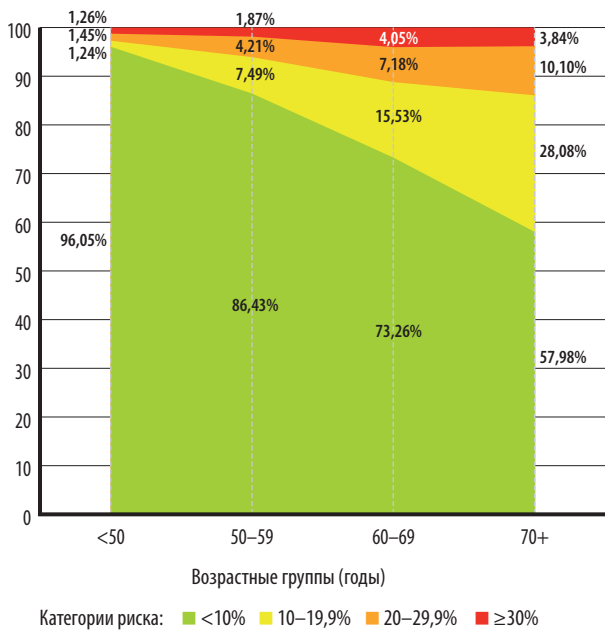
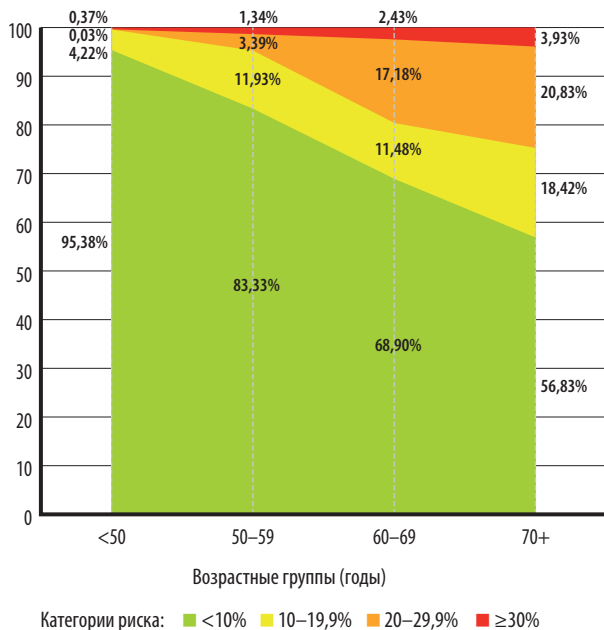


Рисунок 32 Распределение риска сердечно-сосудистых заболеваний в некоторых субрегионах ВОЗ (4).

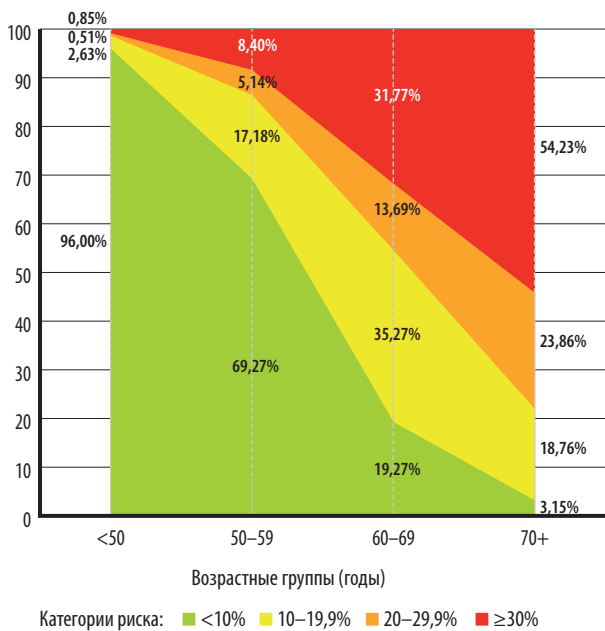
1. Страны Африки, категория D (мужчины)



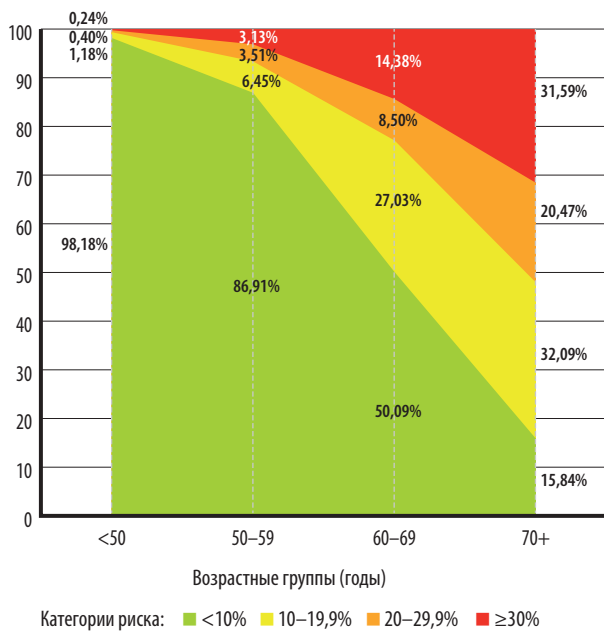
2. Страны Африки категория D (женщины)



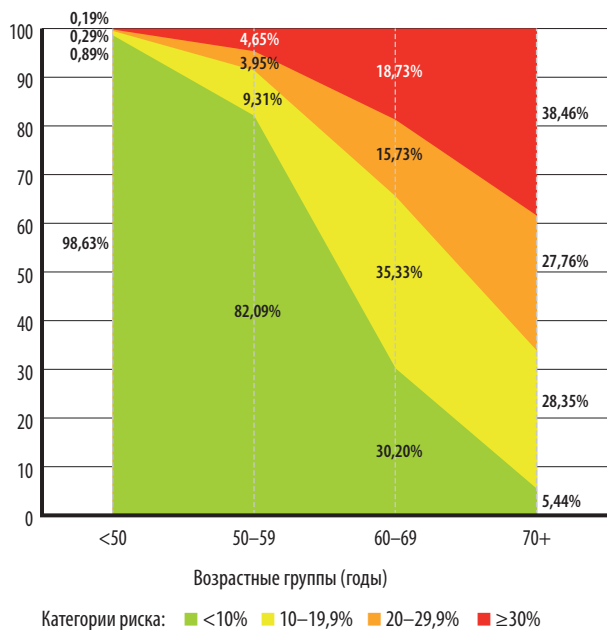
3. Страны Америки, категория A (мужчины)



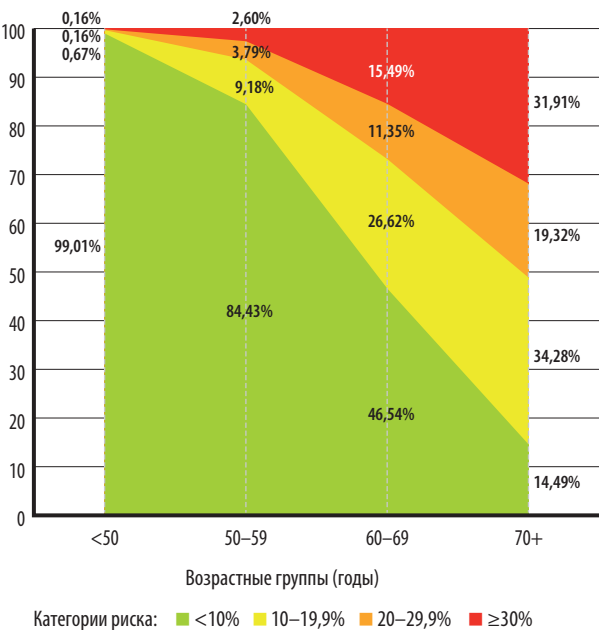
4. Страны Америки, категория A (женщины)



5. Страны Восточного Средиземноморья, категория D (мужчины)



6. Страны Восточного Средиземноморья, категория D (женщины)



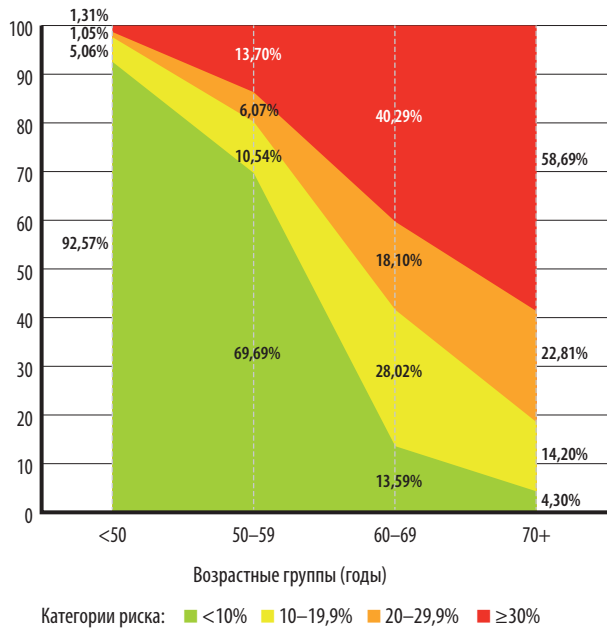
Базовые технологии должны быть приемлемыми по стоимости и простыми в применении на местах

AFFORDABLE TECHNOLOGY
BLOOD PRESSURE MEASURING DEVICES FOR LOW RESOURCE SETTINGS

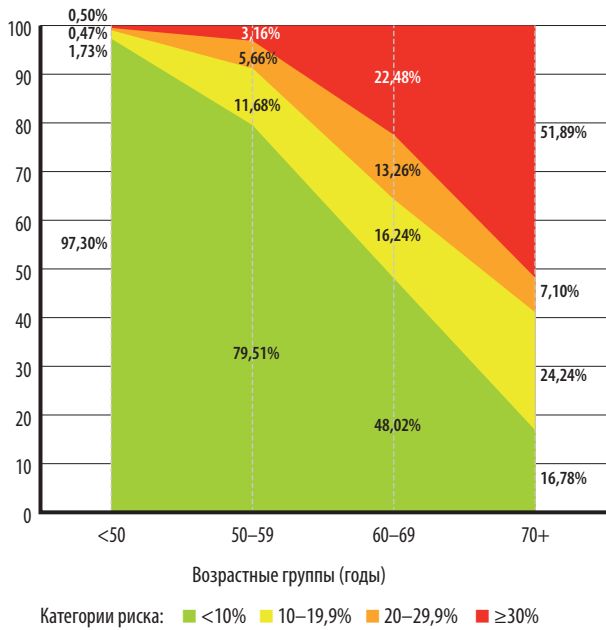
CVD

Прибор для измерения артериального давления, работающий от солнечной батареи

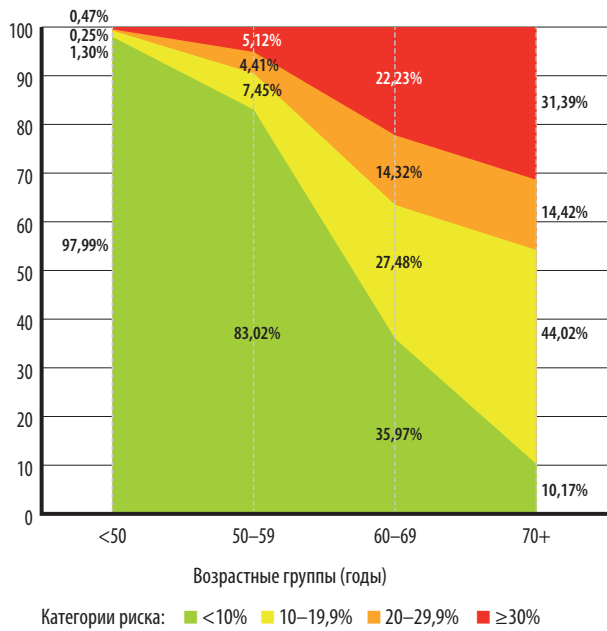
7. Страны Европы, категория С (мужчины)



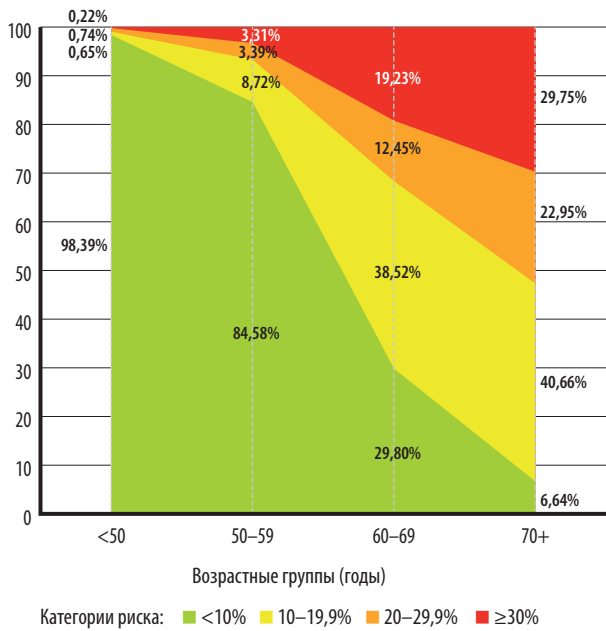
8. Страны Европы, категория С (женщины)



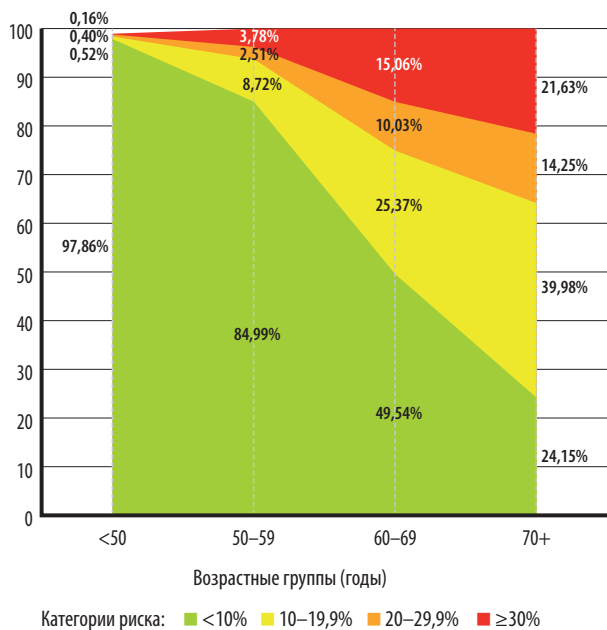
9. Страны Юго-Восточной Азии, категория С (мужчины)



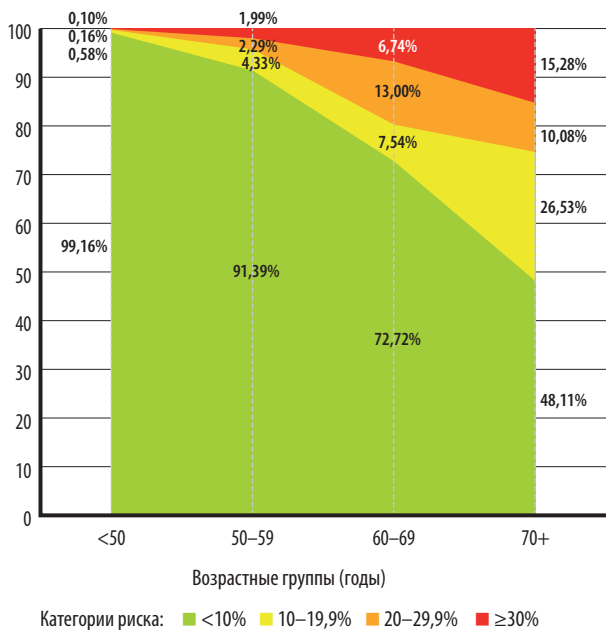
10. Страны Юго-Восточной Азии, категория С (женщины)



11. Страны западной части Тихого океана, категория В (мужчины)



12. Страны западной части Тихого океана, категория В (женщины)

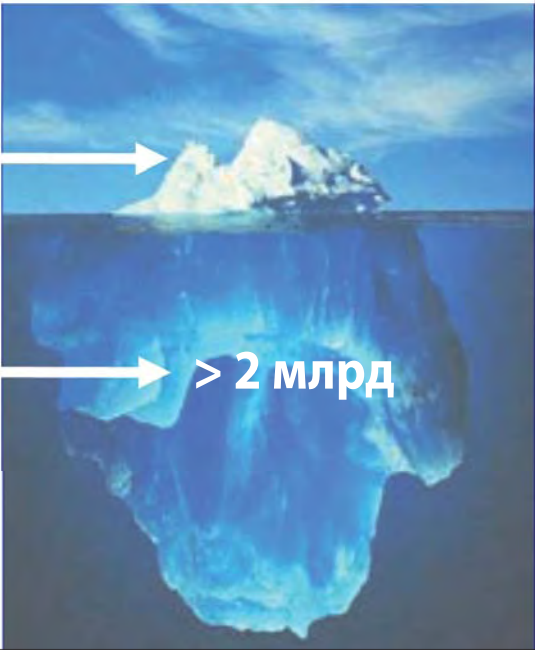


Скрытое и недооцененное бремя для системы здравоохранения

Инфаркты и инсульты – это только вершина айсберга

Непознанное бремя факторов риска

- Ожирение
- Отсутствие физической активности
- Нездоровое питание
- Употребление табака
- Повышенное артериальное давление
- Повышенный уровень сахара крови
- Повышенный уровень липидов крови
- Загрязнение воздуха
- Нищета





Табак: полностью устранимый фактор риска ССЗ

В настоящее время в мире насчитывается около 1 млрд курильщиков. Основным видом табачных изделий для курения являются сигареты, изготовленные фабричным способом; другие виды табачных изделий включают в себя «биди» (разновидность скрученных вручную сигарет без фильтра), сигары, кальяны и жевательный табак (24, 25). На рис. 33 и 34 показана распространенность ежедневного табакокурения, которая в 2009 г. отличалась широкой вариабельностью в шести регионах ВОЗ.

По оценкам, самая высокая распространенность табакокурения – почти 31% – наблюдается в Европейском регионе ВОЗ, а самая низкая – 10% – в Африканском регионе ВОЗ (26).

Угрозу здоровью представляет не только непосредственное употребление табака, но и пассивное курение (24, 25). Ежегодно в мире около 6 млн чел. умирают от употребления табака и от пассивного курения, что составляет 6% всей женской и 12% мужской смертности (1, 6). Ожидается, что к 2030 г. ежегодная смертность, связанная с употреблением табака, превысит 8 млн чел. (2, 6).

Согласно оценкам, курение табака является причиной примерно 10% случаев ССЗ (2). Существует большое количество данных, полученных в проспективных когортных исследованиях, о позитивном влиянии отказа от курения на уровень смертности от ишемической болезни сердца (4). Наблюдение, проводимое врачами в Великобритании на протяжении 50 лет, показало, что решающее влияние на продолжительность жизни бывших курильщиков оказывает возраст отказа

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- **Употребление табака вносит основной вклад в развитие инфарктов, инсультов, синдрома внезапной смерти, сердечной недостаточности, аневризмы аорты и заболеваний периферических кровеносных сосудов.**
- **Прекращение курения и избегание пассивного курения снижает риск сердечно-сосудистых заболеваний и, таким образом, способствует предотвращению ССЗ.**

от курения, так как те, кто бросил курить в возрастном промежутке от 35 до 44 лет, имели такую же продолжительность жизни, как и никогда не курившие (27).

Существуют обратная взаимосвязь между уровнем дохода и распространенностью употребления табака и связанных с ним последствий. Кроме того, употребление табака оказывает большее негативное влияние на социально уязвимые группы населения не только вследствие возникновения заболеваний, связанных с употреблением табака, но и из-за ущерба, наносимого бюджету домохозяйства. Поэтому стратегии и интервенции, ориентированные на профилактику употребления табака, стимулирование отказа от курения и создания мест, свободных от курения, должны быть важными компонентами общенациональных и международных усилий по улучшению здоровья и благополучия населения, особенно малообеспеченных слоев (28).

Рисунок 33 Карта мира, показывающая распространенность ежедневного табакокурения среди мужчин (стандартизированные по возрасту, скорректированные расчетные показатели (6)).

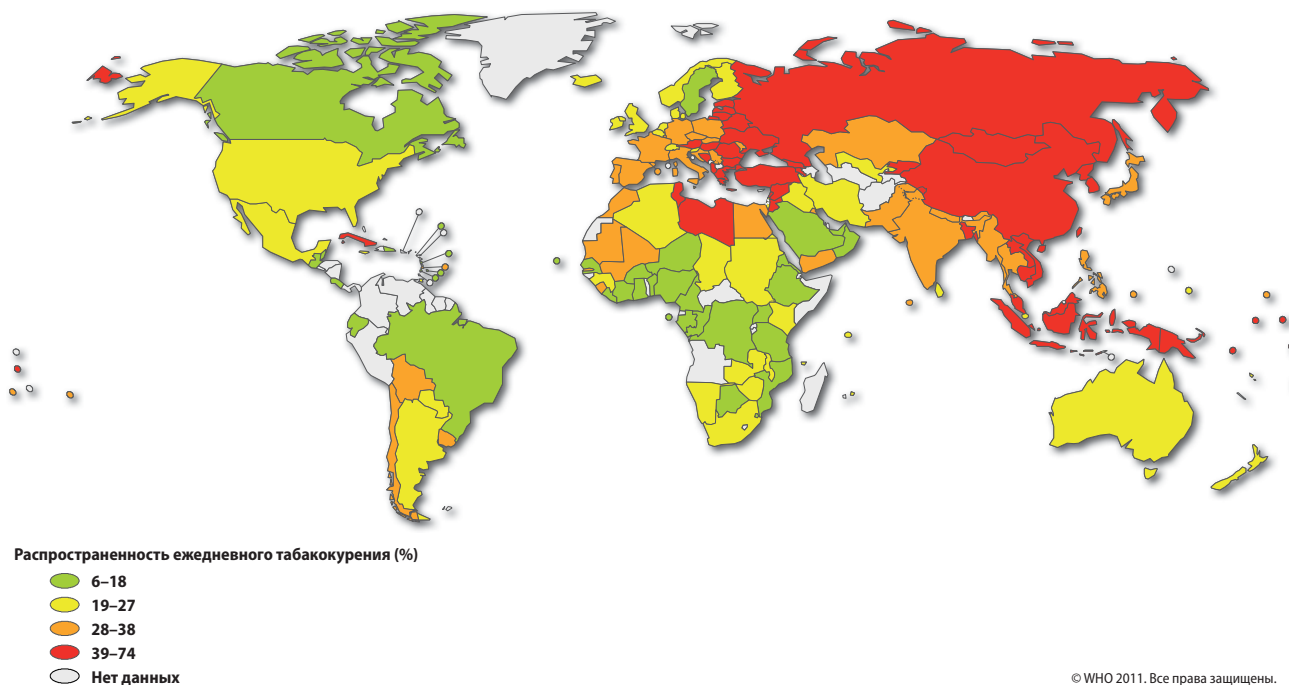
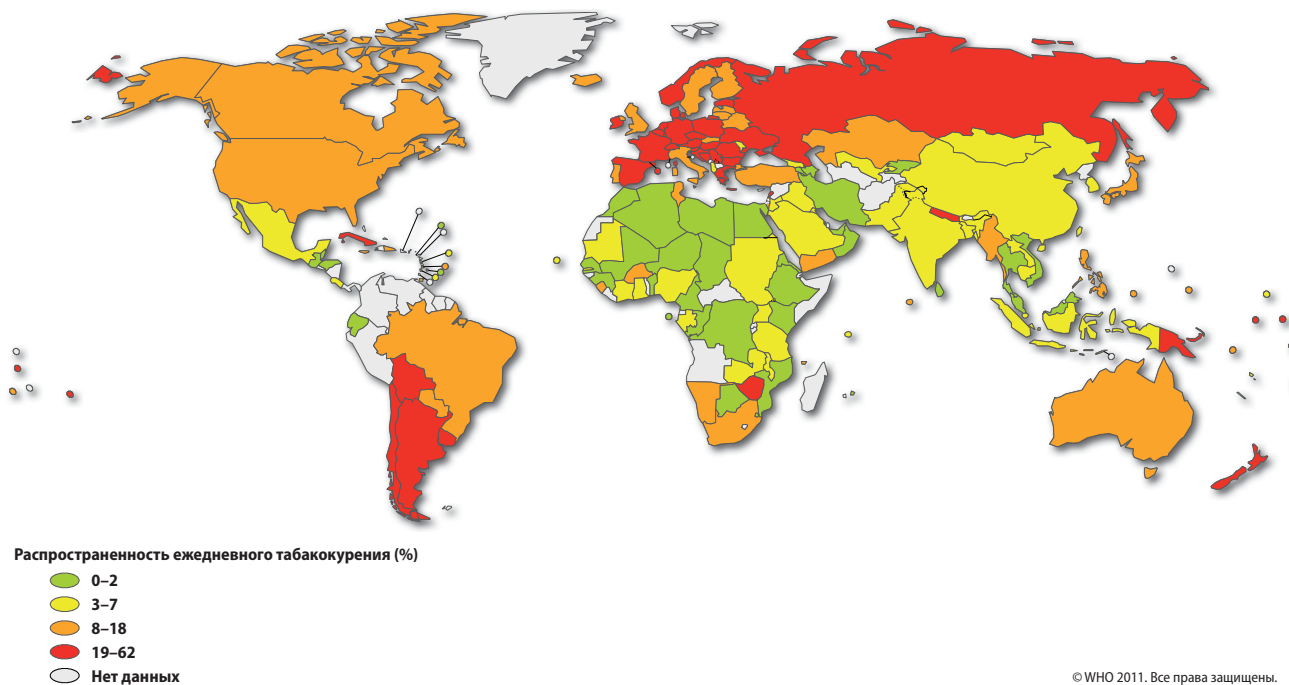


Рисунок 34 Карта мира, показывающая распространенность ежедневного табакокурения среди женщин (стандартизированные по возрасту, скорректированные расчетные показатели (6)).





Отсутствие физической активности: предотвратимый фактор риска ССЗ

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- **Регулярная физическая активность снижает риск инфарктов и инсультов.**
- **Физическая активность является ключевым детерминантом расхода энергии и, таким образом, служит основой для поддержания энергетического баланса и контроля веса.**

Недостаточная физическая активность может быть определена как менее пяти 30-минутных эпизодов умеренной физической активности в неделю или менее трех 20-минутных эпизодов активной физической нагрузки, либо их эквивалентов. Недостаточная физическая активность является четвертым основным фактором риска смертности. Ежегодно с ней связаны 3,2 млн случаев смерти и 32,1 млн DALY, что составляет примерно 2,1% общемировой суммы DALY (2). Для людей, проявляющих недостаточную физическую активность, риск смерти от всех причин на 20–30% выше, чем у тех, кто вовлечен не менее чем в 30-минутные эпизоды физической активности большую часть дней недели. В 2008 г. недостаточную физическую активность проявляли 31,3% лиц в возрасте 15 лет и старше (28,2% мужчин и 34,4% женщин) (6).

Среди взрослых умеренная физическая активность на протяжении 150-ти минут в неделю (или ее эквивалент), по расчетам, способна снизить риск ишемической болезни сердца примерно на 30%, а риск диабета – на 27% (4).

Во многих исследованиях, где изучалась связь между физической активностью и ССЗ (4, 6, 29–32), отмечены снижение риска смерти от ишемической болезни сердца и уменьшение общего риска ССЗ, ишемической болезни сердца и инсульта по кривой «доза–ответ». Физическая нагрузка является ключевым детерминантом расхода энергии и, таким образом, играет важнейшую роль в обеспечении энергетического баланса и контроля веса. Физическая активность улучшает функцию эндотелия, которая усиливает вазодилатацию и вазомотор-

ную функцию кровеносных сосудов (33). Кроме того физическая активность способствует снижению веса, контролю гликемии, стабилизации артериального давления, липидного профиля и чувствительности к инсулину (34, 35). Положительное воздействие физической активности на сердечно-сосудистый риск может быть достигнуто, по крайней мере частично, благодаря влиянию на промежуточные факторы риска.

В докладе ВОЗ о ситуации в области НИЗ в мире (6) было показано, что самая высокая распространенность недостаточной физической активности отмечается в Регионе ВОЗ для стран Америки и Регионе ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья. Во всех регионах ВОЗ мужчины более активны, чем женщины, а наибольшее различие в распространенности недостаточной физической нагрузки между мужчинами и женщинами существует в Регионе ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья (рис. 35 и 36).

В странах с высоким уровнем дохода недостаточная физическая активность распространена шире, чем в странах с низким уровнем дохода, в силу большей автоматизации труда и более широкого использования автомобильного транспорта. Распространенность недостаточной физической нагрузки в странах с высоким уровнем дохода более чем вдвое выше, чем в странах с низким уровнем дохода. В частности, в странах с высоким его уровнем недостаточно физически активны 41% мужчин и 48% женщин (для сравнения, в странах с низким уровнем дохода – 18 и 21%, соответственно) (6).

Рисунок 35 Карта мира, показывающая распространенность недостаточной физической активности* среди мужчин (в возрасте 15 лет и старше, данные стандартизованы по возрасту) (6). (* Менее пяти 30-минутных эпизодов умеренной физической активности в неделю или менее трех 20-минутных эпизодов активной физической нагрузки, либо их эквивалентов).

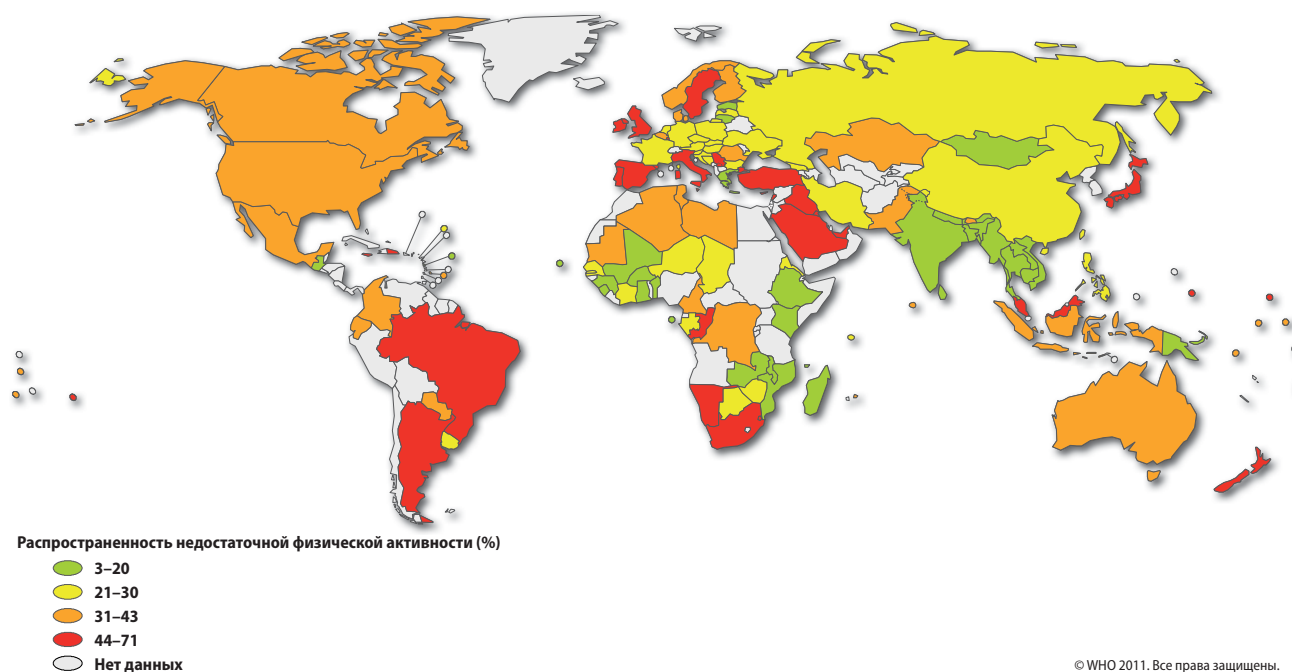
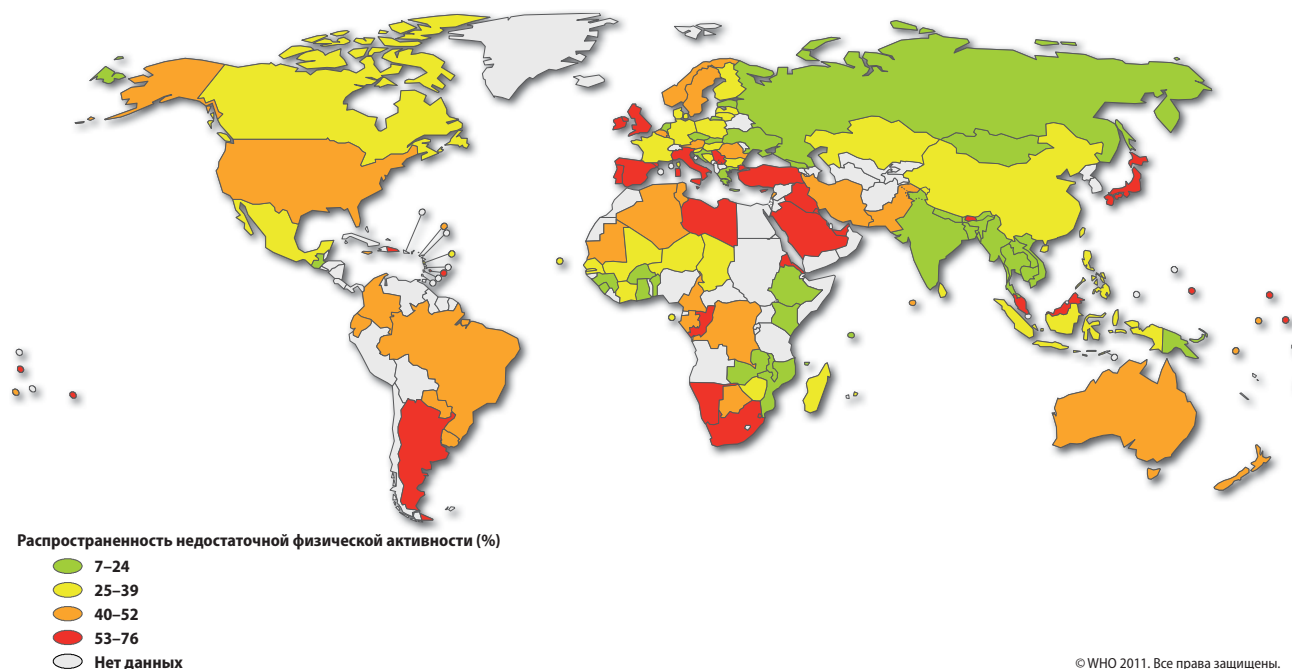


Рисунок 36 Карта мира, показывающая распространенность недостаточной физической активности* среди женщин (в возрасте 15 лет и старше, данные стандартизованы по возрасту) (6). (* Менее пяти 30-минутных эпизодов умеренной физической активности в неделю или менее трех 20-минутных эпизодов активной физической нагрузки, либо их эквивалентов).





Вредное употребление алкоголя: предотвратимый фактор риска ССЗ

Вредное употребление алкоголя – фактор риска многочисленных неблагоприятных медицинских и социальных исходов, включая артериальную гипертензию, острый инфаркт миокарда, кардиомиопатию, сердечную аритмию, цирроз печени, панкреатит, нейропатию, энцефалопатию, заболевания, передающиеся половым путём, незапланированную беременность, алкогольный синдром плода, синдром внезапной детской смерти, насилие, суицид и неумышленное причинение вреда жизни и здоровью (например, в результате автомобильной катастрофы). Кроме того, поведение людей, употребляющих алкоголь, оказывает влияние на окружающих, включая их семьи, друзей, коллег по работе и посторонних людей. По своим масштабам этот вред варьирует от шума и страха до физического и сексуального насилия и социальной изоляции (2–6, 36). Потребление чистого алкоголя (в литрах) на душу взрослого населения представлено на рис. 37.

Пагубное и вредное употребление алкоголя привело в 2004 г. в странах мира к 2,5 млн случаев смерти (3,8% их общего количества) (2, 37, 38). Более 50% этих случаев связаны с ССЗ, циррозом печени и раком. По оценкам, 4,5% глобального бремени болезней – измеряемого в годах жизни, скорректированных по нетрудоспособности (DALY) – приходится на долю вредного употребления алкоголя (2).

Зависимость между потреблением алкоголя, с одной стороны, и ишемической болезнью сердца и цереброваскуляр-

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

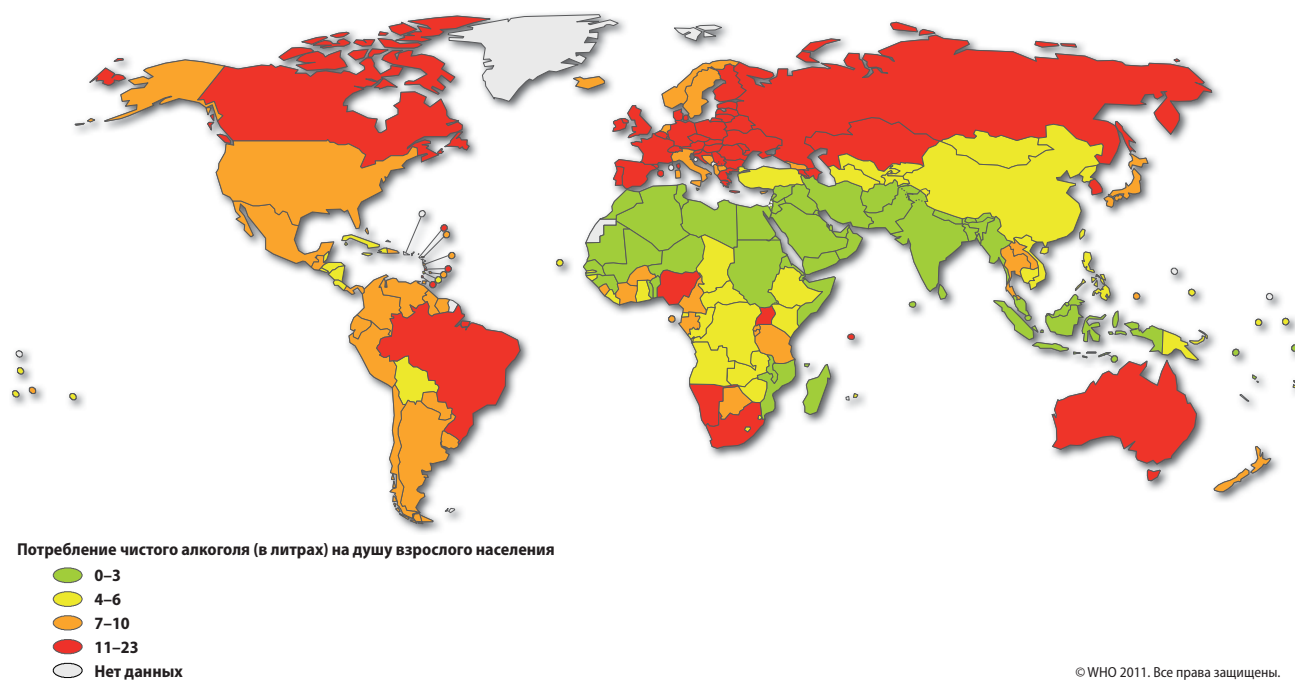
- 14% случаев смерти, связанных с употреблением алкоголя, в мире вызваны ССЗ и сахарным диабетом.
- Существует прямая причинно-следственная связь между уровнем и моделью употребления алкоголя, с одной стороны, и риском развития ССЗ, с другой.
- Высокий уровень употребления алкоголя и эпизодическое употребление значительных его доз коррелируют с повышенным риском развития ССЗ.
- Вредное употребление алкоголя приводит к поражению сердечной мышцы, повышает риск инсульта и провоцирует развитие аритмии.

ными заболеваниями, с другой, носит комплексный характер. Она зависит как от количества, так и от модели употребления алкоголя. Существует прямая причинно-следственная связь между повышением количества употребляемого алкоголя и моделью эпизодического употребления значительных его доз (определяемых как 60 или более граммов чистого алкоголя в день), с одной стороны, и риском развития ССЗ, с другой. Употребление алкоголя в более низких дозах без эпизодического употребления значительных доз, возможно, коррелирует со снижением риска развития многих исходов ССЗ (общей смертности от ССЗ, заболеваемости и смертности от ишемической болезни сердца, заболеваемости и смертности от инсульта) в некоторых сегментах населения (36–38). В то же время эти эффекты имеют тенденцию к исчезновению, если модели употребления алкоголя включают в себя эпизодическое употребление значительных его доз (39, 40).

Высказывались различные предположения о механизмах защитного воздействия легкого и умеренного употребления алкоголя, включая положительное воздействие алкоголя на уровень холестерина липопротеинов высокой плотности, тромболитический профиль и агрегацию тромбоцитов (39–42).

В целом, потребление алкоголя связано со многими рисками для здоровья, что в масштабах всего населения явно превосходит потенциальные выгоды.

Рисунок 37 Карта мира, показывающая потребление чистого алкоголя (в литрах) на душу взрослого населения среди мужчин и женщин (б).



Необходимы стратегии профилактики вредного употребления алкоголя



9

Нездоровое питание: предотвратимый фактор риска ССЗ

Существует значительный объем данных о роли рациона питания в развитии атеросклероза вообще и ишемической болезни сердца в частности. Высокий уровень потребления с пищей насыщенных жиров, транс-жиров, холестерина и соли и низкий уровень потребления фруктов, овощей и рыбы повышает риск развития ССЗ (2–6, 43). Ожирение является фактором риска развития ССЗ, тесно связанным с рационом питания и отсутствием физической активности. Ожирение развивается, когда происходит нарушение равновесия между количеством получаемой с пищей энергии и её расходом. Регулярная физическая активность может предотвратить развитие ожирения за счет увеличения расхода энергии. На рис. 38 и 39 показана распространенность ожирения среди взрослого населения, а на рис. 40 – потребление овощей и фруктов на душу населения.

Приблизительно 16 млн. (1,0%) лет жизни, скорректированных по нетрудоспособности (DALY) и 1,7 млн. (2,8%) случаев смертей в всем мире связаны с низким потреблением фруктов и овощей (2). Количество потребляемой пищевой соли является важным показателем, определяющим уровень артериального давления и сердечно-сосудистый риск в целом (43–45). Адекватное потребление фруктов и овощей снижает риск ССЗ (2, 46, 47). Частое употребление в пищу высококалорийных продуктов, таких как полуфабрикаты и готовые к употреблению блюда с высоким содержанием жиров и углеводов, способствует развитию ожирения, по сравнению с низкокалорийными продуктами (48). Здоровый рацион питания способствует поддержанию нормальной массы тела, нормального липидного профиля и желаемого уровня артериального давления (44).

Согласно рекомендациям ВОЗ, для предотвращения развития ССЗ количество потребляемой соли в пересчете на 1 чел. в день не должно превышать 5 г (43). Тем не менее данные

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- Незначительное уменьшение потребления соли ведет к снижению артериального давления у лиц как с нормальным, так и с повышенным уровнем артериального давления.
- Пищевая соль повышает артериальное давление у большинства людей с гипертензией и примерно у одной трети людей с нормотензией.
- Пищевая соль усиливает возрастное повышение артериального давления.
- Высокий уровень потребления с пищей насыщенных жиров, транс-жиров, холестерина и соли, и низкий уровень потребления фруктов, овощей и рыбы повышает риск развития ССЗ.

по различным странам показывают, что большинство населения употребляет в пищу гораздо большее количество соли, чем необходимо (44). По оценкам, снижение потребления соли с текущего общемирового уровня – 9–12 г/день – до рекомендуемого – 5 г/день – сильно повлияет на уровень артериального давления и развитие ССЗ (45, 49).

Незначительное уменьшение потребления соли у людей как с нормальным, так и с повышенным уровнем артериального давления оказывает существенное, а с популяционной точки зрения – значительное воздействие на артериальное давление лиц с нормальным и повышенным кровяным давлением (50). Существует прямая связь между величиной сокращения суточного потребления соли и снижением артериального давления в рамках диапазона потребления от трех до 12 г/день; чем ниже количество потребляемой соли, тем ниже уровень артериального давления (49, 50).

Высокое потребление насыщенных жиров и транс-жирных кислот приводит к развитию болезней сердца; исключение из рациона транс-жиров и замена насыщенных жирных кислот полиненасыщенными растительными жирами снижает риск развития ишемической болезни сердца (43).

Калорийность потребляемых насыщенных жиров, как правило, составляет $\frac{1}{3}$ от калорийности всех жиров, за исключением Региона ВОЗ Юго-Восточной Азии, где на долю насыщенных жирных кислот приходится более 40% суммарного потребления жиров. Суммарная доступность жиров повышается с ростом уровня доходов, при этом доступность насыщенных жиров составляет около 8% в странах с низким уровнем дохода и с уровнем дохода ниже среднего и 10% в странах с уровнем дохода выше среднего и с высоким уровнем дохода (6, 43).

Рисунок 38 Карта мира, показывающая распространенность ожирения* среди мужчин (лица старше 20 лет, данные стандартизированы по возрасту) (6), (*ИМТ ≥ 30 кг/м²)

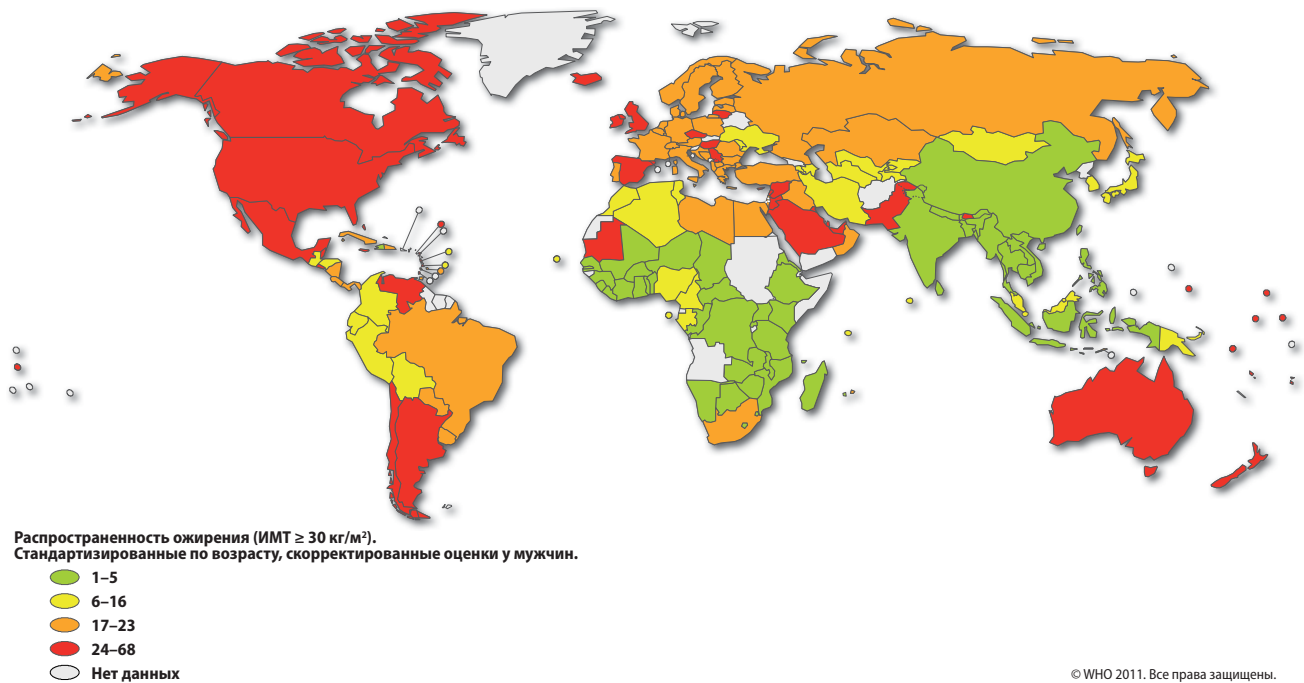
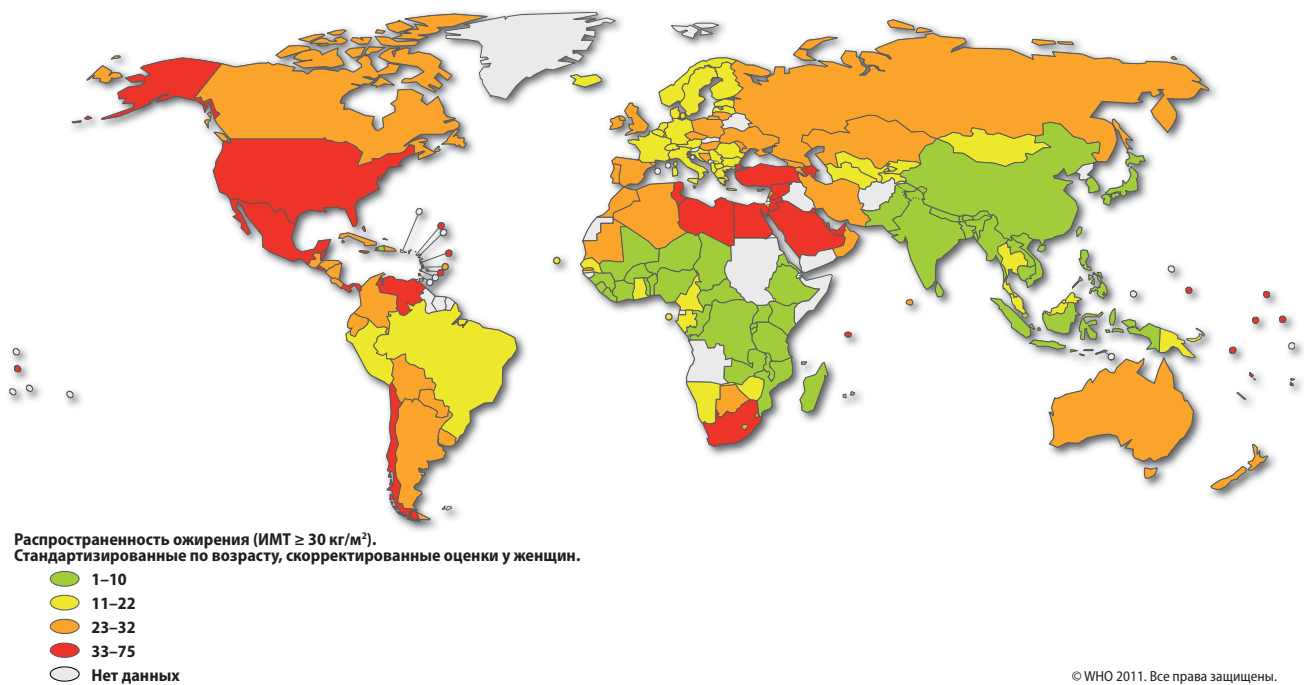


Рисунок 39 Карта мира, показывающая распространенность ожирения* среди женщин (лица старше 20 лет, данные стандартизированы по возрасту) (6), (*ИМТ ≥ 30 кг/м²)



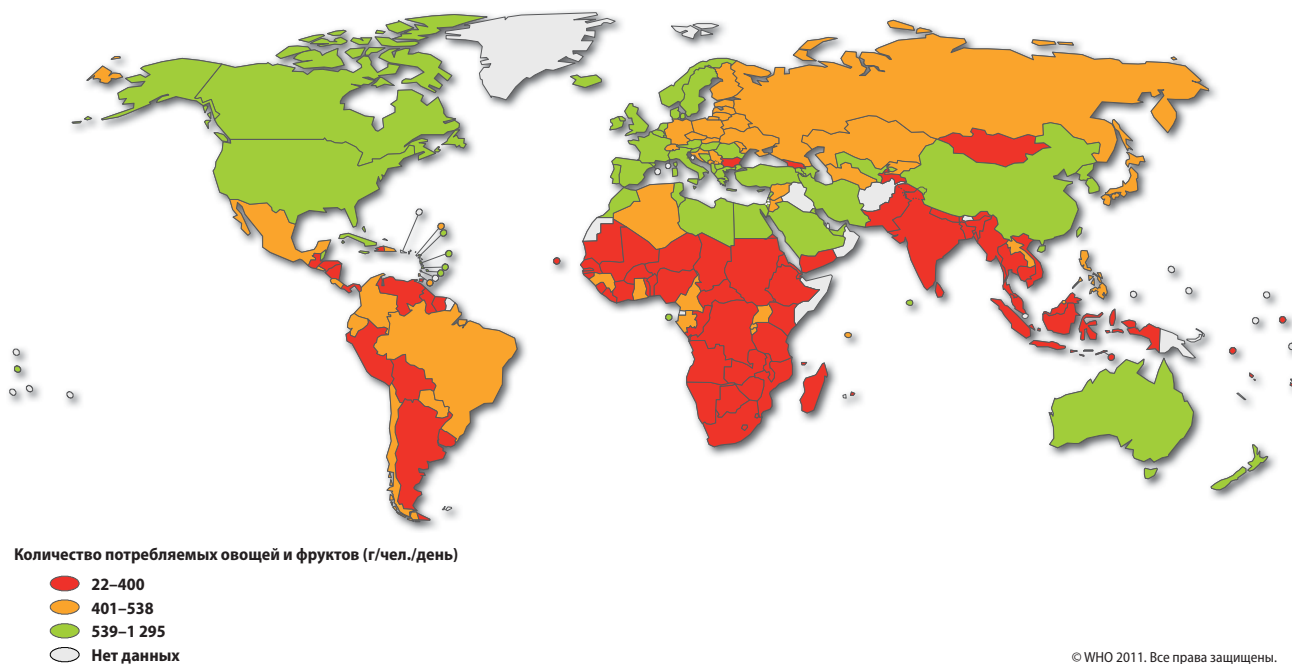
Потребление высококалорийной пищи способствует развитию ожирения



Сократить потребление соли в пище путем ограничения потребления пресервов и полуфабрикатов, содержащих большое количество соли



Рисунок 40 Карта мира, показывающая количество потребляемых овощей и фруктов (в граммах на 1 чел. в день) (ii).



Употребление в пищу овощей и фруктов способствует здоровью



10

Ожирение: фактор риска ССЗ

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- Ожирение тесно связано с основными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, такими как артериальная гипертензия, сахарный диабет второго типа и дислипидемия.
- Главной причиной ожирения является нарушение равновесия между повышенным потреблением энергии (рационом питания) и расходом энергии (физической активностью).
- Ожирение – обостряющаяся проблема здравоохранения во всем мире.

Ежегодно в мире не менее 2,8 млн. чел. умирают оттого, что имеют избыточную массу тела или страдают ожирением. По оценкам, на долю этих двух причин приходится приблизительно 35,8 млн лет жизни, скорректированных по нетрудоспособности, т.е. 2,3% общемирового показателя DALY (6). В 2008 г. 34% взрослого населения в возрасте старше 20 лет имели избыточную массу тела, а их индекс массы тела (ИМТ, отношение веса к росту) был равен или превышал 25 кг/м² (таким он был у 33,6% мужчин и 35% женщин). По данным за тот же год 9,8% мужчин и 13,8% женщин страдали ожирением, а их ИМТ был равен или превышал 30 кг/м² (для сравнения, в 1980 г. ожирением страдали 4,8% мужчин и 7,9% женщин) (6).

Ожирение представляет собой обостряющуюся проблему здравоохранения как в развитых, так и в развивающихся странах (6). На рис. 41 и 42 показано, как распределена распространенность избыточного веса в мире. По данным проспективных эпидемиологических исследований, существует связь между избыточной массой тела или ожирением, с одной стороны, и сердечно-сосудистой заболеваемостью, смертностью от ССЗ и общей смертностью. Ожирение тесно связано с основными факторами сердечно-сосудистого риска, такими как артериальная гипертензия, снижение толерантности к глюкозе, сахарный диабет второго типа и дислипидемия (4, 6, 51–53).

Избыточная масса тела и ожирение оказывают негативное метаболическое воздействие на артериальное давление, холестерин, триглицериды и инсулинорезистентность. С увеличением ИМТ стабильно возрастает риск ишемической болезни

сердца, ишемического инсульта и сахарного диабета второго типа (54). Для достижения оптимального состояния здоровья медианное значение ИМТ для взрослого населения должно находиться в пределах 21–23 кг/м², а целью для индивидов должно быть поддержание ИМТ в пределах 18,5–24,9 кг/м² (4). Распространенность повышенного ИМТ увеличивается по мере роста дохода страны, начиная с уровня дохода выше среднего. В странах с высоким доходом и доходом выше среднего распространенность избыточной массы тела более чем в два раза превышала показатели стран с низким доходом и доходом ниже среднего. Что касается ожирения (как у мужчин, так и у женщин), то между странами с доходом ниже среднего и выше среднего наблюдается более чем трёхкратная разница: 7 и 24 %, соответственно (6). Повышение уровня дохода коррелирует с увеличением избыточного веса среди младенцев и детей младшего возраста. В странах с высоким уровнем дохода, таких как Соединенное Королевство и США, чем ниже социальный статус, тем шире распространенность ожирения (55–56). В противоположность этому, в странах со средним и низким доходом наблюдается положительная корреляция между социально-экономическим статусом и ожирением у мужчин, женщин и детей.

Рисунок 41 Карта мира, показывающая распространенность избыточной массы тела* среди мужчин в мире (старше 20 лет, данные стандартизированы по возрасту) (б). (*ИМТ ≥ 25 кг/м²).

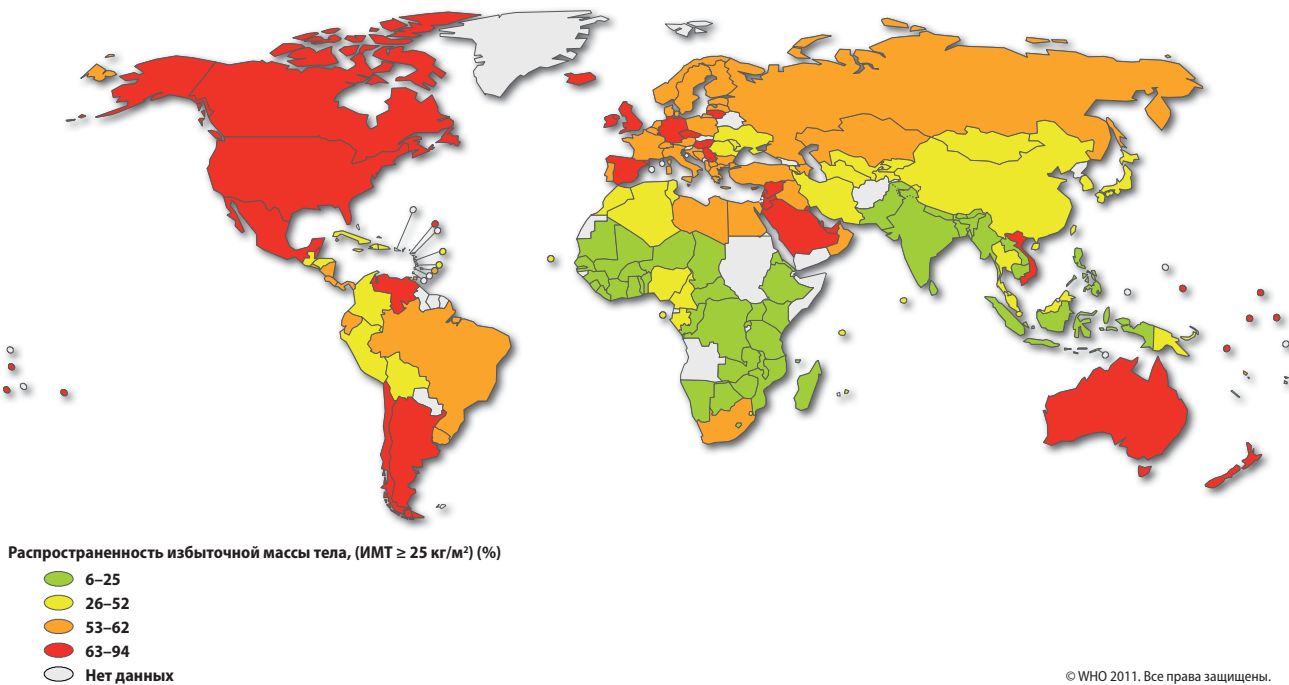
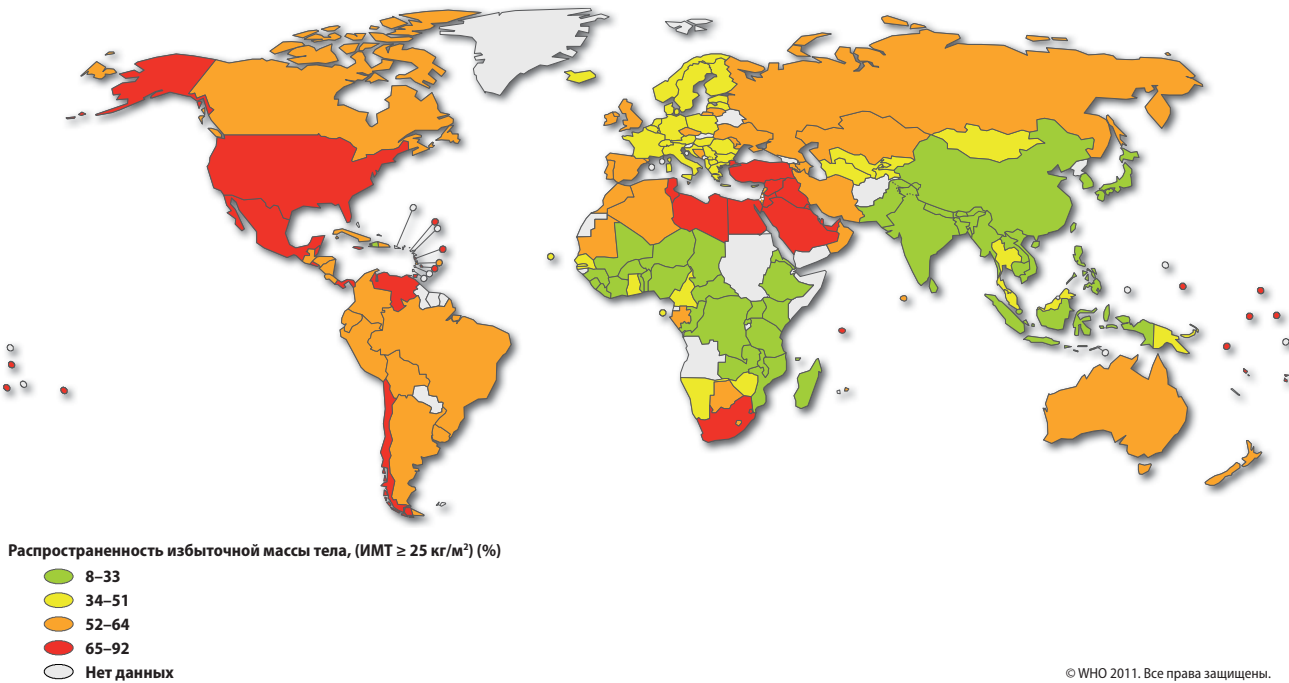


Рисунок 42 Карта мира, показывающая распространенность избыточной массы тела* среди женщин (старше 20 лет, данные стандартизированы по возрасту) (б). (*ИМТ ≥ 25 кг/м²).



11

Повышенное артериальное давление (гипертензия): важный фактор риска ССЗ

По оценкам, 7,5 млн. случаев смерти в год, т. е. приблизительно 12,8% общемировой ежегодной смертности, связаны с повышенным кровяным давлением (2, 6). Это соответствует 57 млн. лет жизни, скорректированных по нетрудоспособности (DALY), или 3,7% суммарного показателя DALY. Повышенное артериальное давление – важный фактор риска развития ишемической болезни сердца и цереброваскулярных заболеваний (4). Доказана положительная и монотонно возрастающая зависимость между уровнем артериального давления и риском возникновения инсульта и ишемической болезни сердца. В некоторых возрастных группах риск ССЗ увеличивается в два раза с каждым повышением уровня артериального давления на 20/10 мм рт. ст., начиная со 115/75 мм рт. ст. Помимо ишемической болезни сердца и цереброваскулярных заболеваний, неконтролируемое артериальное давление приводит к сердечной недостаточности, нарушениям функции почек, заболеваниям периферических кровеносных сосудов и сосудов сетчатки глаза, а также к нарушениям зрения (1–6, 57).

На рис. 43 и 44 показано, как распределена распространенность повышенного артериального давления в мире среди взрослого населения (мужчин и женщин, соответственно). В 2008 г. распространенность повышенного артериального давления среди взрослого населения в возрасте от 25 лет и старше в странах мира составила около 40%. Число людей с неконтролируемой гипертензией увеличилось с 600 млн.

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- **Повышенное артериальное давление – важный фактор риска возникновения инсультов и инфарктов, а также сердечной недостаточности, нарушения функции почек, заболеваний периферических кровеносных сосудов и потери зрения.**
- **Существует постоянная связь между кровяным давлением и риском развития сердечно-сосудистых заболеваний (инфарктов и инсультов).**
- **Раннее выявление и лечение артериальной гипертензии с целью снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний у людей с повышенным кровяным давлением, жизненно важны для профилактики инсультов и сердечных приступов.**

в 1980 г. до 1 млрд в 2008 г. (6). Не диагностированная и неконтролируемая гипертензия, повышающая риск ССЗ, – один из главных виновников возникновения инсультов в мире (6).

Самая высокая распространённость повышенного артериального давления отмечена в Африканском регионе ВОЗ, где она составила 46% в среднем для мужчин и женщин. Самая низкая распространённость повышенного артериального давления наблюдалась в Регионе ВОЗ для стран Америки – 35% для мужчин и женщин. Среди групп стран по уровню дохода распространённость повышенного артериального давления была последовательно высокой, причем в странах с низким доходом, с доходом ниже среднего и доходом выше среднего она составляла около 40% для мужчин и женщин. Распространённость повышенного артериального давления в странах с высоким уровнем дохода была ниже – 35% для обоих полов (6).

Стратегии по снижению потребления соли могут изменить распределение артериального давления среди населения таким образом, чтобы снизить сердечно-сосудистый риск (4). Риск возникновения инсульта или инфаркта у людей с высоким риском ССЗ и/или повышенным кровяным давлением можно снизить с помощью нефармакологических (например, диета с низким потреблением соли, физическая активность) и фармакологических мер. Эти меры очень важны для больных с сахарным диабетом, так как эти люди особенно подвержены развитию инфарктов миокарда и инсультов. Доступ медицинского персонала, осуществляющего первую медицинскую помощь, к средствам и методам оценки сердечнососудистого риска и лекарственным препаратам первой необходимости, позволяющим снизить риск ССЗ, может улучшить общее состояние здоровья у людей с артериальной гипертензией (6).

Рисунок 43 Карта мира, показывающая распространенность повышенного артериального давления* среди мужчин (в возрасте старше 25 лет, данные стандартизированы по возрасту) (6), (* Систолическое артериальное давление ≥ 140 и /или диастолическое артериальное давление ≥ 90).

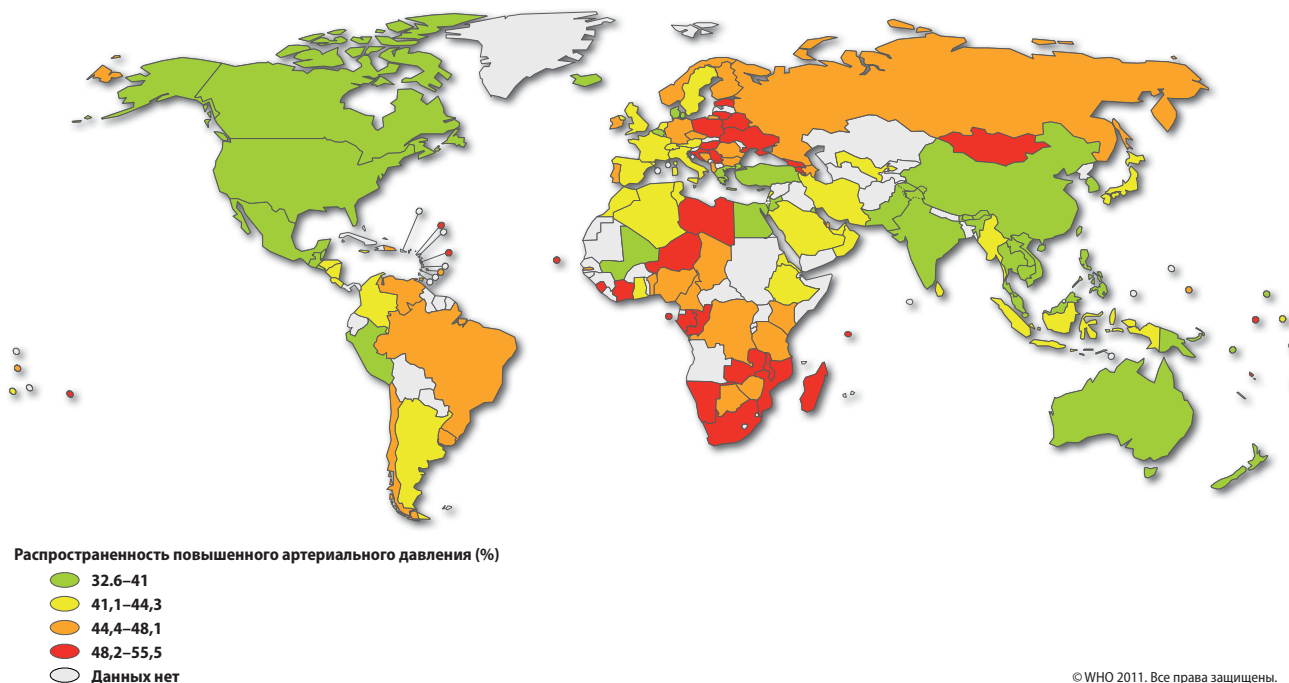
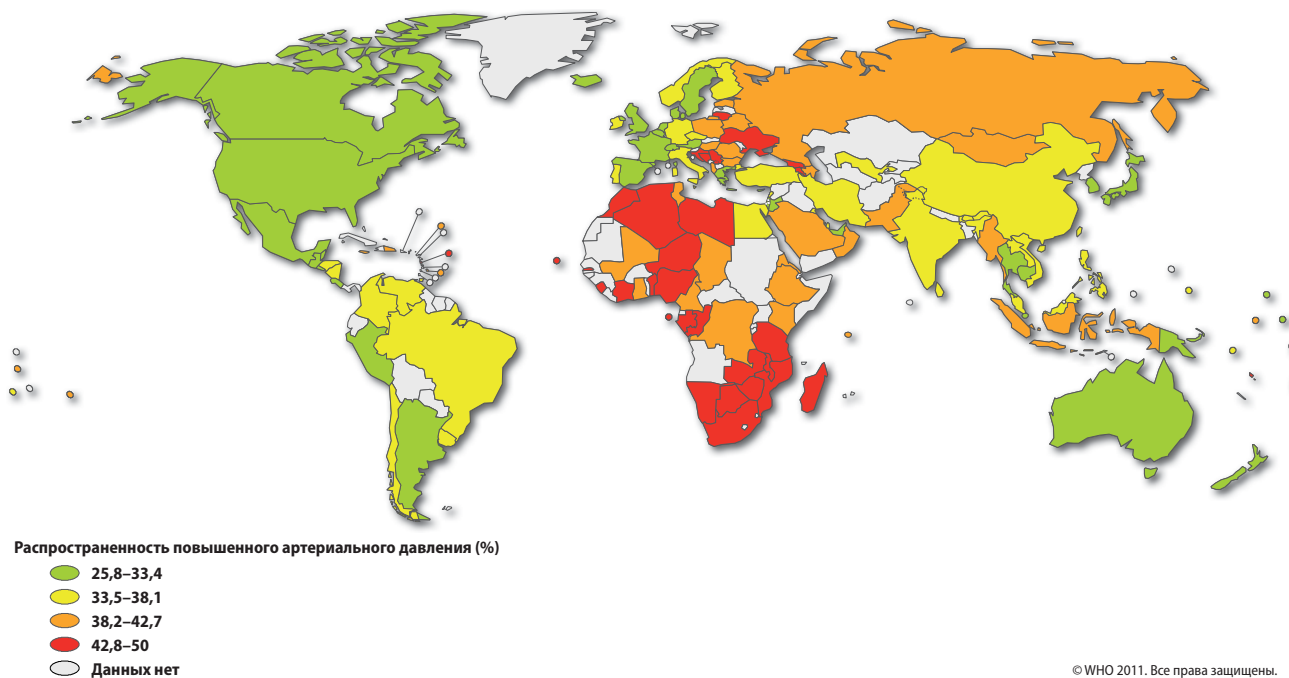


Рисунок 44 Карта мира, показывающая распространенность повышенного артериального давления* среди мужчин (в возрасте старше 25 лет, данные стандартизированы по возрасту) (6), (* Систолическое артериальное давление ≥ 140 и /или диастолическое артериальное давление ≥ 90).



12

Повышенный уровень сахара крови (сахарный диабет): важный фактор риска ССЗ

Сахарный диабет – главный фактор риска ССЗ. Сахарный диабет диагностируется при концентрации глюкозы в плазме натощак $\geq 7,0$ ммоль/л (126 мг/дл). Нарушенная толерантность к глюкозе и нарушенная гликемия натощак повышают риск развития сахарного диабета и ССЗ в будущем (4).

В 2008 г. в мире 1,3 млн. чел. умерли от осложнений сахарного диабета. Значимость диабета и других нарушений углеводного обмена была бы гораздо выше, чем в приведенной оценке, если бы учитывались категории больных с «нарушением толерантности к глюкозе» и «нарушением гликемии натощак». В 2008 г. распространенность сахарного диабета в мире оценивалась в 10 % (6).

По предварительным подсчетам, распространенность сахарного диабета приблизительно соответствует уровню дохода стран. В странах с низким уровнем дохода отмечена самая низкая распространенность сахарного диабета (8% среди мужчин и женщин). А в странах с уровнем дохода выше среднего самый высокий уровень распространенности сахарного диабета (10% среди мужчин и женщин). Распространенность повышенного уровня глюкозы в крови в странах мира показана на рис. 45 и 46.

На долю ССЗ приходится 60% смертности среди людей с сахарным диабетом. Риск развития ССЗ осложнений в 2–3 раза выше у людей с сахарным диабетом первого или второго типа, причем значительно выше у женщин (58–60). В некоторых возрастных группах у людей с сахарным диабетом в два раза

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- Риск развития сердечно-сосудистых событий в два–три раза выше у людей с сахарным диабетом, особенно у женщин.
- Нарушенная толерантность к глюкозе и нарушенная гликемия натощак повышают риск развития сахарного диабета и ССЗ в будущем.
- Раннее выявление и лечение сахарного диабета, включая снижение сердечнососудистого риска у людей с сахарным диабетом жизненно необходимы для профилактики инфарктов, инсультов и других осложнений сахарного диабета.

выше риск возникновения инсульта (4). Кроме того, у больных диабетом прогноз после развития ССЗ осложнений более неблагоприятен, чем у пациентов без диабета.

Риск ССЗ увеличивается с повышением уровня глюкозы в крови (61, 62). Более того, патологическая регуляция уровня глюкозы в крови часто сопутствует другим факторам сердечно-сосудистого риска: абдоминальному ожирению, повышенному артериальному давлению, низкому уровню ХЛВП и высокому уровню триглицеридов (63–66).

Отсутствие ранней диагностики и лечения сахарного диабета приводит к тяжелым осложнениям, таким как инфаркты, инсульты, почечная недостаточность, ампутации и слепота. Доступ к возможности в условиях первичного звена медицинской помощи измерять уровень глюкозы в крови и оценивать сердечно-сосудистый риск, а также наличие лекарственных препаратов первой необходимости, включая инсулин, могут улучшить исходы для здоровья людей с сахарным диабетом (6).

Рисунок 45 Карта мира, показывающая распространенность повышенного уровня глюкозы в крови* среди мужчин (в возрасте старше 25 лет, данные стандартизированы по возрасту,) (6), (* Люди с уровнем глюкозы в крови ≥ 7 ммоль/л или получающие терапию по поводу повышенного уровня глюкозы в крови).

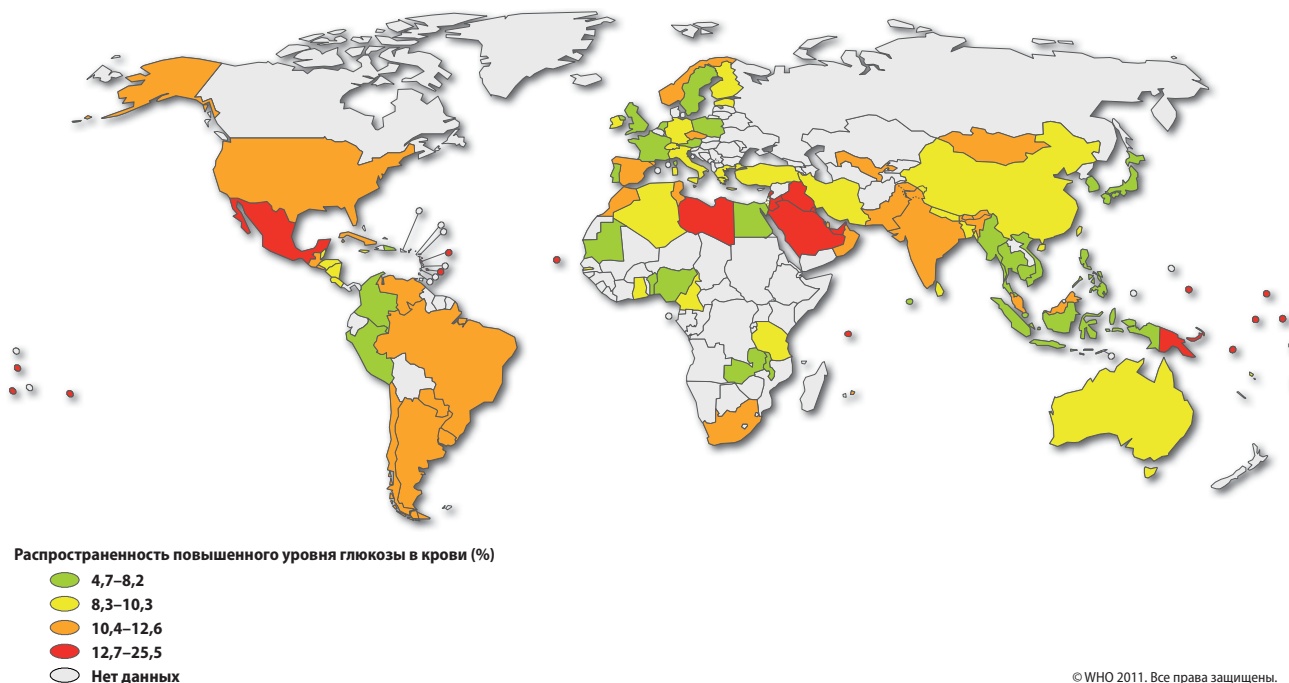
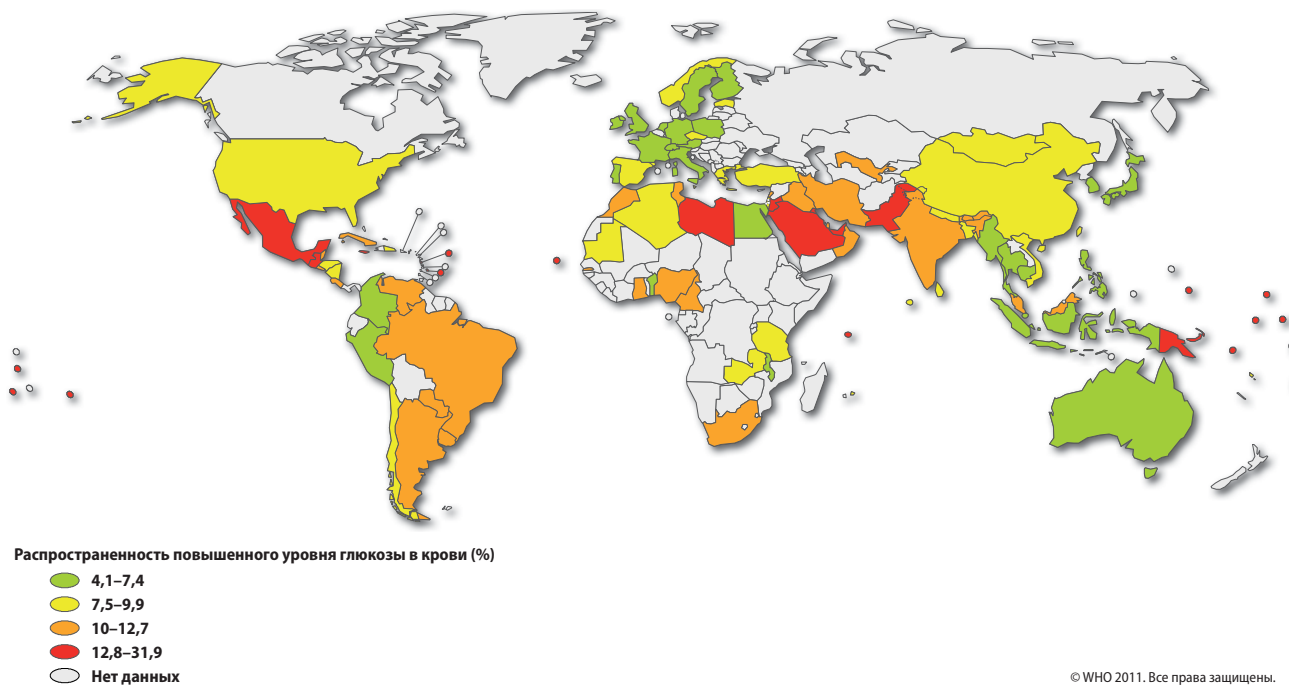


Рисунок 46 Карта мира, показывающая распространенность повышенного уровня глюкозы в крови* среди женщин (в возрасте старше 25 лет, данные стандартизированы по возрасту) (6), (* Люди с уровнем глюкозы в крови ≥ 7 ммоль/л или получающие терапию по поводу повышенного уровня глюкозы в крови).



13

Повышенный уровень холестерина крови: важный фактор риска ССЗ

Липопротеиновый профиль включает в себя: (i) холестерин липопротеинов низкой плотности (ЛНП), так называемый «плохой» холестерин; (ii) холестерин липопротеинов высокой плотности (ЛВП), так называемый «хороший» холестерин; и (iii) триглицериды. Избыток калорий в организме человека переходит в триглицериды и запасается в жировых клетках по всему телу.

Холестерин ЛНП откладывается в стенках артерий и вызывает атеросклероз. В общем, низкий уровень холестерина ЛНП лучше для здоровья сосудов. Холестерин ЛВП защищает организм от заболеваний кровеносных сосудов путем удаления «плохого» холестерина со стенок артерий. Общий холестерин крови – это показатель, измеряющий холестерин ЛНП, холестерин ЛВП и другие липидные компоненты. Высокий уровень триглицеридов повышает риск атеросклеротических ССЗ.

Повышенный уровень холестерина крови увеличивает риск ишемической болезни сердца и инсульта (4). Треть всех случаев ишемической болезни сердца в мире связаны с высоким уровнем холестерина (2, 5). В общей сложности, согласно оценкам, следствием повышенного уровня холестерина крови являются 2,6 млн случаев смерти (4,5% общего количества) и 29,7 млн лет жизни, скорректированных по нетрудоспособности, или 2% общемирового показателя DALY (2). В 2008 г. распространенность повышенного уровня холестерина – определяемого как уровень общего холестерина $\geq 6,2$ ммоль/л (240 мг/дл) – среди взрослого населения составил 9,7% (8,5% среди мужчин и 10,7% среди женщин) (6).

Снижение повышенного уровня холестерина в сыворотке крови уменьшает риск ишемической болезни сердца. Напри-

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- Гиперхолестеринемия – важный фактор риска ССЗ.
- Существует постоянная связь между уровнем общего холестерина и сердечно-сосудистым риском.
- Снижение уровня холестерина у людей с умеренным сердечно-сосудистым риском предотвращает инфаркты и инсульты.

мер, имеются данные, что снижение холестерина в сыворотке крови на 10% у 40-летних мужчин снижает риск развития ишемической болезни сердца на 50% в течение пяти лет; такое же снижение уровня холестерина в сыворотке крови у 70-летних мужчин способно снизить риск развития ишемической болезни сердца в среднем на 20% в течение пяти лет (6).

В 2008 г. распространенность повышенного уровня общего холестерина крови среди взрослого населения в мире составила 39% (37% среди мужчин и 40% среди женщин). Распространенность повышенного уровня холестерина среди мужчин и женщин в странах мира показана на рис. 47 и 48, соответственно. Среднее значение уровня общего холестерина в мире в период с 1980 по 2008 г. изменилось несущественно, увеличившись за 10 лет среди мужчин и женщин менее чем на 0,1 ммоль/л. Самой высокой распространенностью повышенного уровня холестерина была в Европейском регионе ВОЗ (54% для мужчин и женщин), за которым следует Регион ВОЗ для стран Америки (48% среди мужчин и женщин). Самая низкая распространенность повышенного уровня холестерина отмечена в Африканском регионе ВОЗ и в Регионе ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии (23 и 30%, соответственно) (6).

Распространенность повышенного уровня холестерина заметно повышается с ростом уровня дохода страны (6). В странах с низким уровнем доходов уровень общего холестерина повышен приблизительно у 25% взрослого населения, в то время как в странах с высоким уровнем дохода – более чем у 50% взрослого населения (6, 67).

Рисунок 47 Карта мира, показывающая распространенность повышенного уровня холестерина крови* среди мужчин (в возрасте старше 25 лет, данные стандартизированы по возрасту) (6), (* Люди с уровнем холестерина в крови ≥ 5 ммоль/л или получающие терапию по поводу повышенного уровня холестерина крови).

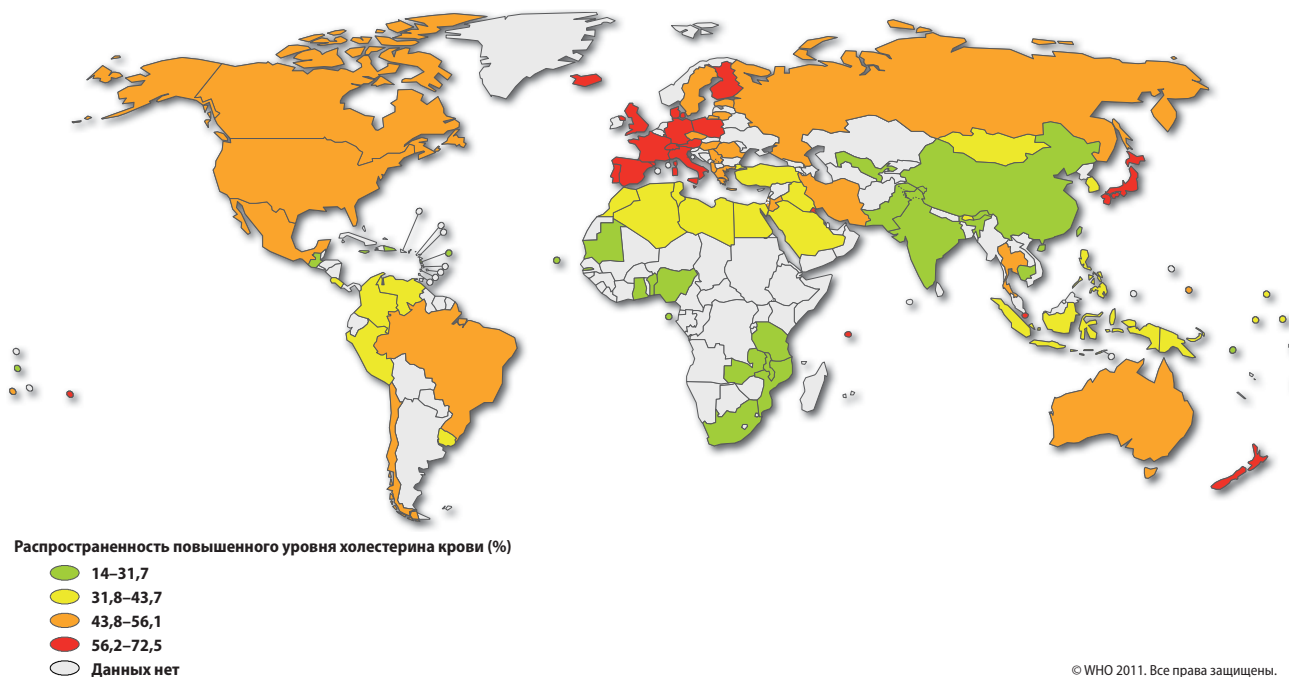
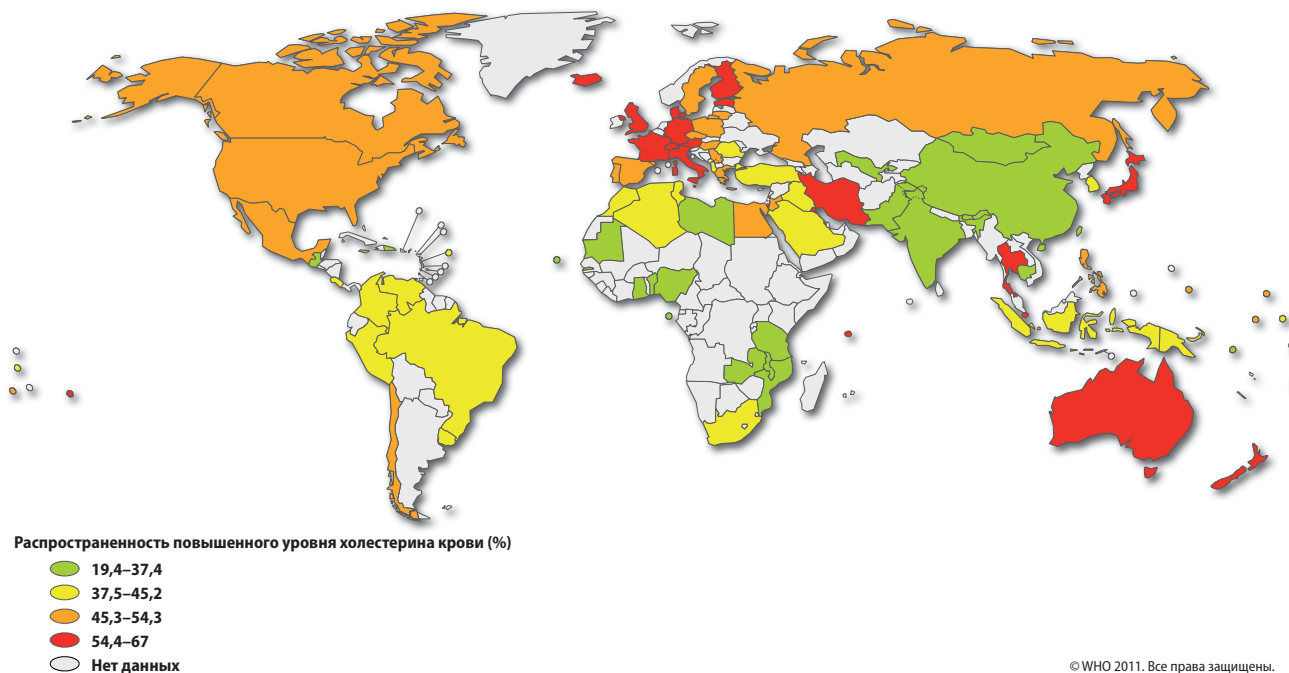


Рисунок 48 Карта мира, показывающая распространенность повышенного уровня холестерина крови* среди женщин (в возрасте старше 25 лет, данные стандартизированы по возрасту) (6), (* Люди с уровнем холестерина в крови ≥ 5 ммоль/л или получающие терапию по поводу повышенного уровня холестерина крови).



14

Социальные детерминанты и ССЗ

Социальные детерминанты, такие как распределение дохода или уровень образования, опосредованно влияют на здоровье сердечно-сосудистой системы в частности и на здоровье человека в целом. Эти детерминанты определяют набор социально-экономических позиций в системе иерархии власти, престижа и доступа к ресурсам. За формирование социального положения конкретного человека отвечают несколько структурных механизмов, включая систему государственного управления, систему образования, структуры рынка труда и наличие или отсутствие механизма перераспределения доходов в рамках системы социального обеспечения. Социальная стратификация формирует индивидуальное состояние здоровья индивида, а также исходы ССЗ определяются социальной стратификацией путем воздействия на поведенческие и метаболические риски сердечно-сосудистых заболеваний, социально-психологический статус, условия жизни и систему здравоохранения (68).

В 2005 г. ВОЗ создала Комиссию по социальным детерминантам здоровья для выработки рекомендаций по уменьшению неравенства в области здоровья. В заключительном докладе Комиссии (69) приведены три итоговые рекомендации: (i) улучшать условия повседневной жизни; (ii) преодолевать несправедливое распределение власти, денег и ресурсов; и (iii) вести мониторинг неравенства в области здоровья. В 2009 г. на сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения государства – члены ВОЗ обсудили этот доклад и приняли резолюцию о необходимости срочных действий в отношении социальных детерминантов (70). Резолюция получила название «Учет ин-

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- **Выбор людьми тех или иных поведенческих альтернатив (употребление табака, употребление алкоголя, физическая активность или рацион питания), формируется с учетом «возможностей», предлагаемых обществом.**
- **Бедность, отсутствие образования и незапланированная урбанизация отрицательно влияют на здоровье сердечно-сосудистой системы.**
- **Несправедливое распределение власти, денег и ресурсов увеличивает воздействие факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.**

тересов здоровья во всех направлениях политики» и вновь подтвердила свою приверженность межсекторальным действиям, направленным на уменьшение неравенства в области здоровья, а также на применение подхода, учитывающего социальные детерминанты, во всех программах общественного здравоохранения.

Бедность, низкий уровень грамотности (рис. 49), деградация окружающей среды, плохие жилищные условия и незапланированная урбанизация оказывают негативное влияние на здоровье (68, 69, 71, 72). Например, у детей из более низких социально-экономических слоев гораздо чаще встречается ревматическая болезнь сердца, а у людей, имеющих плохие жилищные условия, развивается кардиомиопатия Шагаса. Бедные имеют ограниченные возможности для заботы о своем здоровье и высокие показатели распространенности курения (рис. 50).

Для принятия эффективных мер воздействия на социальные детерминанты, влияющие на здоровье, системы государственного управления должны осуществлять широкий спектр межсекторальных мероприятий. Содействие участию общин и групп гражданского общества, и обеспечение их руководящей роли в принятии решений – вот ключевые аспекты государственного управления, необходимые для воздействия на социальные детерминанты. Этот инклюзивный и ответственный подход может содействовать реализации последовательной политики, направленной на расширение возможностей людей, создание более справедливого общества и укрепление здоровья населения.

Рисунок 49 Карта мира, показывающая уровень грамотности среди взрослого населения (iii).

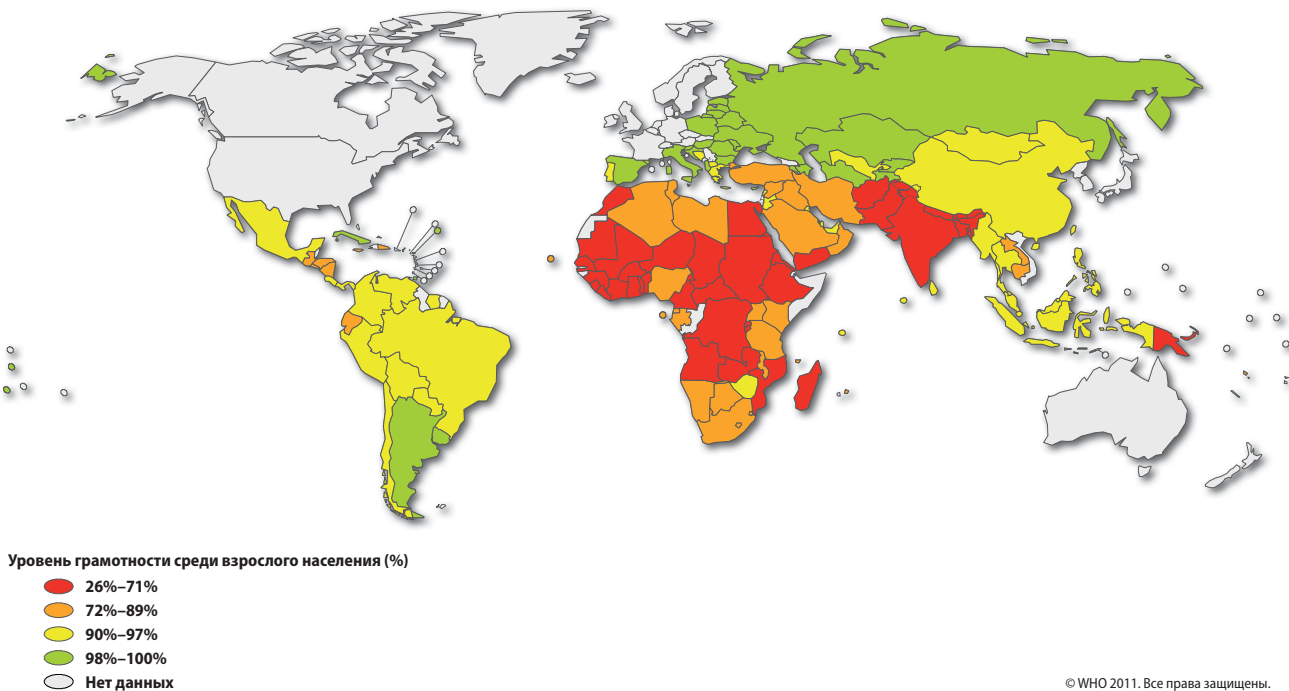
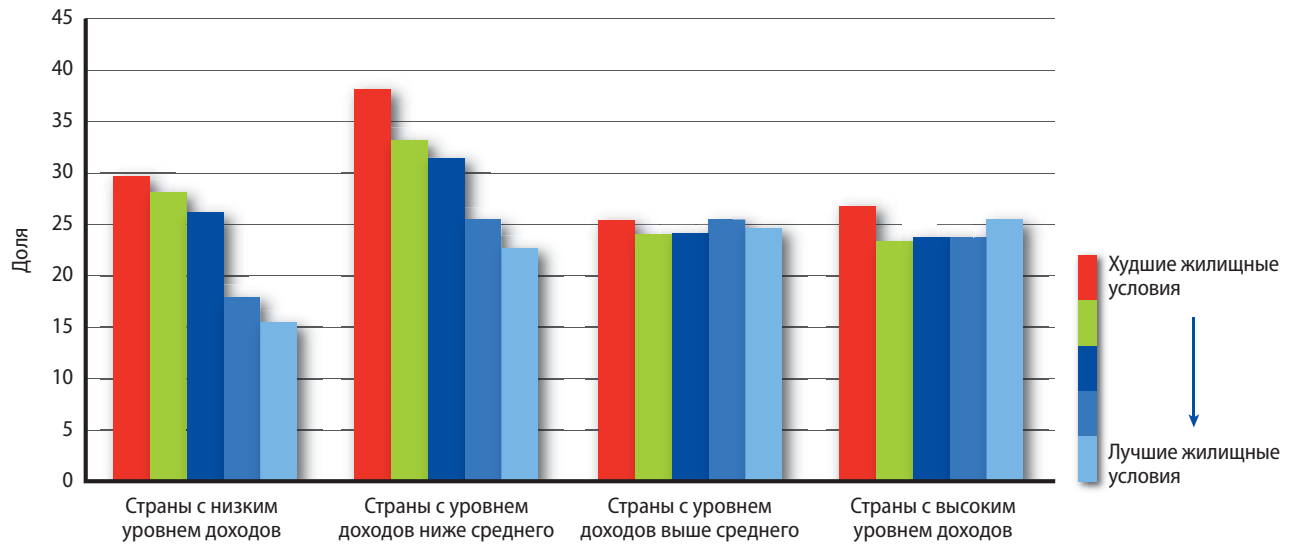


Рисунок 50 Карта мира, показывающая распространенность курения в зависимости от квинтиля дохода. Люди, имеющие худшие жилищные условия и люди, проживающие в бедных странах, курят больше (11, 24, 25).



15

Факторы риска формируются в период внутриутробного развития, в детстве и подростковом возрасте

Низкая масса тела при рождении связана с повышенным риском развития сахарного диабета и ССЗ в зрелом возрасте. Существует все больше свидетельств того, что неправильное питание в раннем возрасте повышает восприимчивость человека к этим заболеваниям, «программируя» постоянные метаболические изменения (73–75). Питание плода зависит от питания матери, и он приспосабливается к неадекватному питанию путем увеличения питания мозга в ущерб другим тканям, например, органам брюшной полости, и изменения секреции и чувствительности к фетальным гормонам роста, инсулину, а также повышенной регуляции гипоталамо-гипофизарно-адреналовой «стрессовой» системы. Плод «жертвует» тканями, требующими высококачественных строительных блоков, таких как мышцы или кости, и вместо них образуются менее сложные ткани, например жировая ткань. Эти изменения могут стать «запрограммированными», так как они происходят в критический период раннего развития и могут приводить к ССЗ во зрелом возрасте или повышать восприимчивость человека к воздействию окружающей среды и поведенческих факторов риска.

Поведенческие факторы риска, такие как употребление табака и пищевые привычки, усваиваются в детстве, и их воздействие продолжается во взрослой жизни. Во многих странах метаболические факторы риска, такие как ожирение и сахарный диабет, начинают проявляться в раннем возрасте (76, 77). В 2008 г. согласно глобальным оценкам показателей избыточного веса

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- Улучшение питания девочек и женщин может предотвратить развитие ССЗ у будущих поколений.
- Для профилактики ССЗ необходимо осуществлять стратегии по пропаганде здорового образа жизни детей и молодежи.
- Недостаточное питание в эмбриональном периоде и младенчестве повышает восприимчивость к ССЗ.
- Нормы здорового поведения прививаются с детства и последовательно применяются во взрослой жизни.

среди младенцев и детей младшего возраста, у 40 млн. (или 6%) детей дошкольного возраста показатель масса тела – рост был выше двух стандартных отклонений медианного значения разработанных ВОЗ норм для оценки роста детей (6). Дети проводят значительную долю времени за просмотром телевизионных программ, что может способствовать ожирению в результате изменения характера физической активности и увеличения числа потребляемых калорий во время просмотра или под воздействием рекламы (рис. 51 и 52). Дети также не могут контролировать воздействие пассивного курения табака.

Под влиянием факторов риска атеросклеротические изменения внутри кровеносных сосудов начинаются в первые десять лет жизни с образования жировых прожилок и бляшек (7). Эти нарушения обратимы, если изменить поведенческие факторы риска.

Многие резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения направлены на защиту детей и молодежи от рисков для здоровья (3, 78–81):

- Рамочная конвенция по борьбе против табака (РКБТ) ВОЗ; резолюция WHA56.1;
- Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя; резолюция WHA63.13;
- Глобальная стратегия в области рациона питания, физической активности и здоровья; резолюция WHA57.17;
- рекомендации по маркетингу пищевых продуктов и безалкогольных напитков, ориентированных на детей; записаны в резолюции WHA63.14;
- План действий для Глобальной стратегии по профилактике неинфекционных болезней и борьбе с ними на 2008–2013 гг. (Глобальный план действий ВОЗ по НИЗ); резолюция WHA61.14.

Тем не менее разработка и реализация стратегий и политических мероприятий по защите здоровья и благополучия беременных женщин, детей и молодежи на страновом уровне остаются неудовлетворительными. Неправильное питание в эмбриональном периоде и младенчестве повышает восприимчивость человека к ССЗ. Навыки здорового поведения, такие как физическая активность, прививаются в детстве и последовательно применяются во взрослом возрасте.

Рисунок 51 Связь между избыточной массой тела у детей и интенсивностью рекламы нездоровых пищевых продуктов на телевидении (iv).

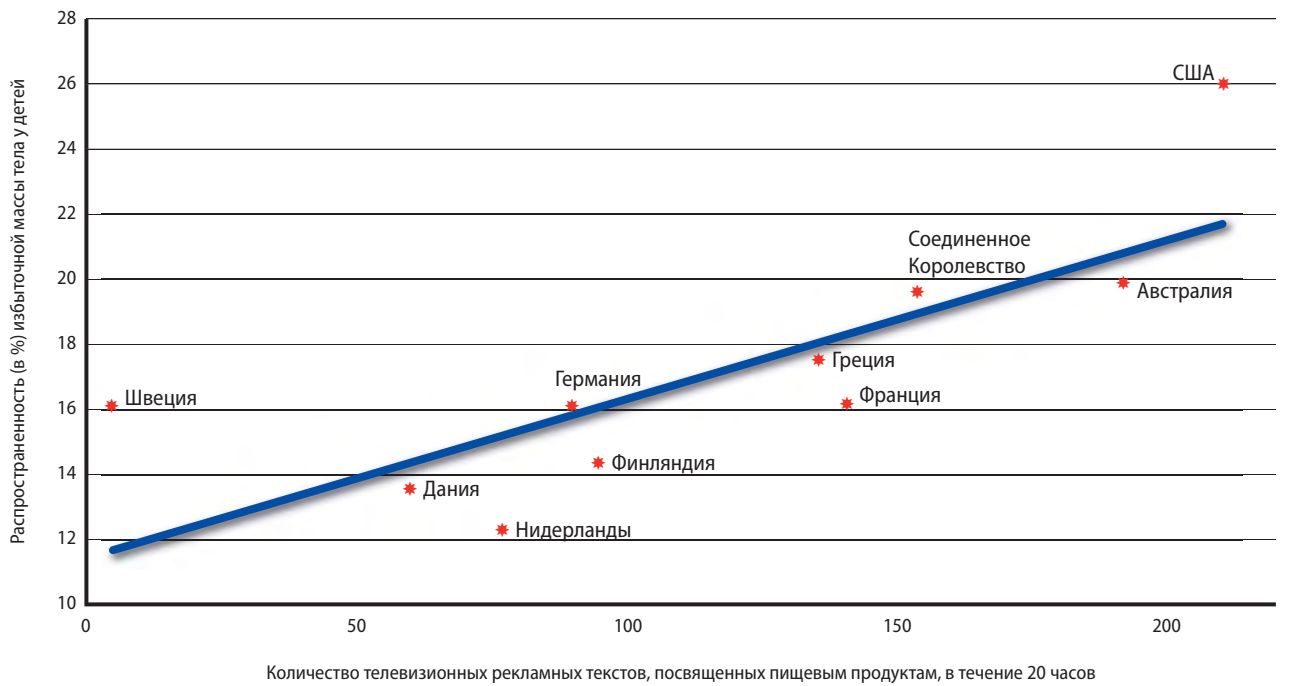


Рисунок 52 Доля телевизионных рекламных текстов (%), посвященных сладостям, жирной пище и здоровой пище, в некоторых странах (iv-ix).



16

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- Факторы риска ССЗ одинаковы для мужчин и женщин.
- Ежегодно 8,6 млн женщин умирают от ССЗ.
- ССЗ в равной мере поражают мужчин и женщин.

Инфаркты миокарда и инсульты у женщин

Существует множество неправильных представлений о ССЗ у женщин. На самом деле ССЗ поражают мужчин и женщин в равной степени. Тем не менее женщины в результате ССЗ теряют меньшее количество лет жизни, так эти заболевания развиваются у них на 7–10 лет позже, чем у мужчин (4, 6) (рис. 53). Факторы риска ССЗ одинаковы для мужчин и женщин. Ежегодно в мире 3,3 млн женщин умирают от инфаркта, а 3,2 млн – от инсульта.

На эти факторы риска влияют гендерные нормы и роли, так как в некоторых обществах женщинам недоступны и неподконтрольны ресурсы, которые могут снизить для них риск воздействия этих факторов. Например, множественность ролей, которые женщины играют в домохозяйстве и трудовом коллективе, способна ограничивать для них возможности полноценного проявления физической активности. Социальные ожидания, связанные с передвижением, а также требования к одежде влияют на возможность девочек и женщин заниматься спортом и выработать в себе привычку ценить физическую активность в течение всей жизни.

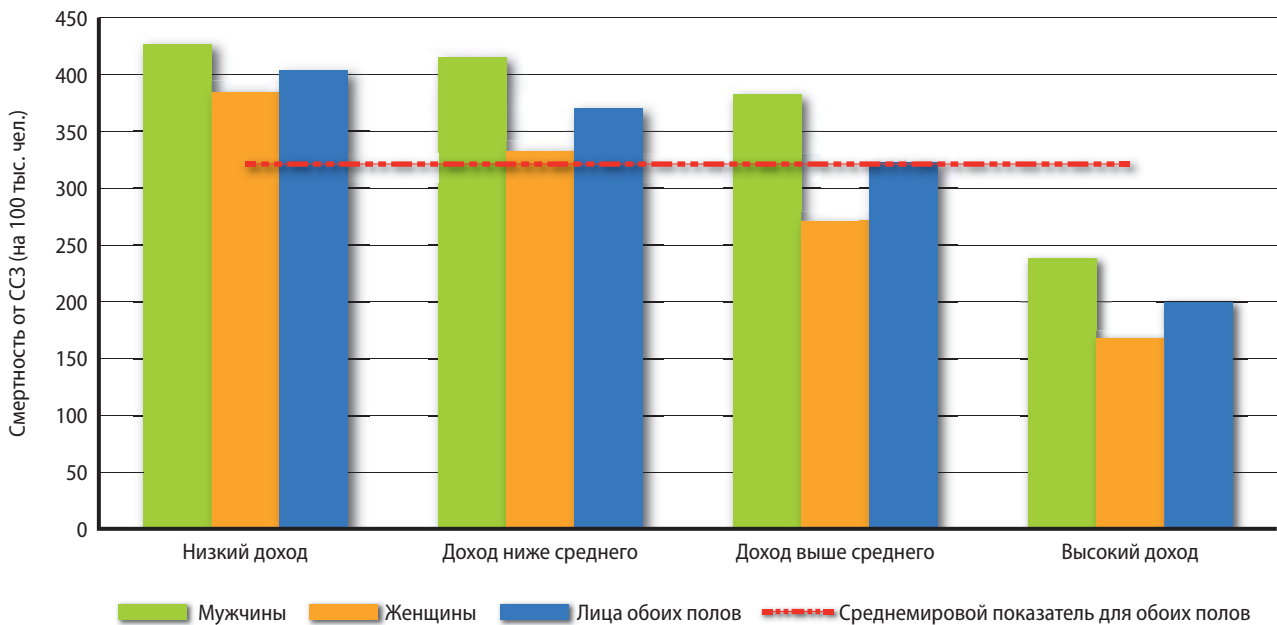
В развивающихся странах доля лиц, употребляющих табак, среди взрослых женщин остается сравнительно низкой, но она может быстро возрасти среди подростков женского пола (25). Проводимые табачной промышленностью агрессивные маркетинговые кампании, мишенью которых с годами становится все больше женщин и девушек, способствуют росту потребления табака и вызывают огромную обеспокоенность со стороны общественного здравоохранения.

Риск развития ишемической болезни сердца и инсульта у женщин часто недооценивают из-за ошибочного мнения,

что женщины защищены от ССЗ. В клинической картине ССЗ у женщин порой наблюдаются некоторые отличия, приводящие к неправильной диагностике и лечению (82). Улучшить раннюю диагностику может более внимательное отношение женщин к своим сердечно-сосудистым рискам и симптомам заболеваний. Есть данные, что ССЗ у женщин часто не диагностируются вовремя и что допускаются задержки в направлении женщин к специалистам, госпитализации, диагностике и инвазивном лечении, по сравнению с мужчинами (83–86). В развивающихся странах женщины с ССЗ испытывают особые трудности с доступом к экономически эффективной профилактике, ранней диагностике и лечению, возникающие из-за гендерного неравенства, семейных обязанностей и высоких издержек обращения за помощью. Эти факторы усугубляются системами здравоохранения, неспособными удовлетворить специфические потребности женщин.

Женщины, на которых в большинстве обществ лежат также обязанности по закупке продуктов питания и приготовлению пищи в домохозяйстве, могут не получать доступа к необходимой информации о здоровой пище. Женщины несут ответственность за воспитание детей, включая режим дня и развитие привычек, связанных со здоровым образом жизни. Нередко такие привычки не усваиваются, если женщины не имеют соответствующих целевых установок по отношению к другим членам семьи в качестве проводников и потребителей здорового образа жизни. Роль «инициаторов перемен» в семьях и общинах, которую женщины потенциально способны играть, зачастую используется недостаточно.

Рисунок 53 Смертность от ССЗ в странах с различным уровнем дохода (по классификации Всемирного банка) среди мужчин и женщин (на 100 тыс. чел.) (1, 6).



Физическая активность содействует здоровью



17

Другие детерминанты развития ССЗ: старение населения, глобализация и урбанизация

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- Старение населения, глобализация и урбанизация усиливают эпидемию ССЗ, которая развивается за счет усиления воздействия поведенческих факторов риска.
- Неконтролируемая глобализация и незапланированная урбанизация повышают вероятность воздействия факторов риска ССЗ и причиняют вред здоровью сердечно-сосудистой системы.

За последние 30 лет смертность от ССЗ в странах с высоким уровнем дохода снизилась. В то же время в других странах эпидемия ССЗ продолжает расширяться, причем большая часть бремени этих болезней приходится на страны с низким и средним уровнем дохода (СНСУД). Такая ситуация в первую очередь вызвана громадными глобальными демографическими сдвигами – старением населения (рис. 54), сопровождающимся урбанизацией (рис. 55), а также глобализацией нездорового поведения, в результате которых резко повышается распространенность сердечно-сосудистых рисков и, как следствие, рост заболеваемости среди населения (1, 2, 6).

Возраст – значительный фактор риска ССЗ. Быстрое увеличение бремени ССЗ в СНСУД усугубляется старением населения. По расчетам ООН, в 2015 г. в мире будет 1,2 млрд пожилых людей, 71% которых, вероятно, будут проживать в развивающихся странах (87).

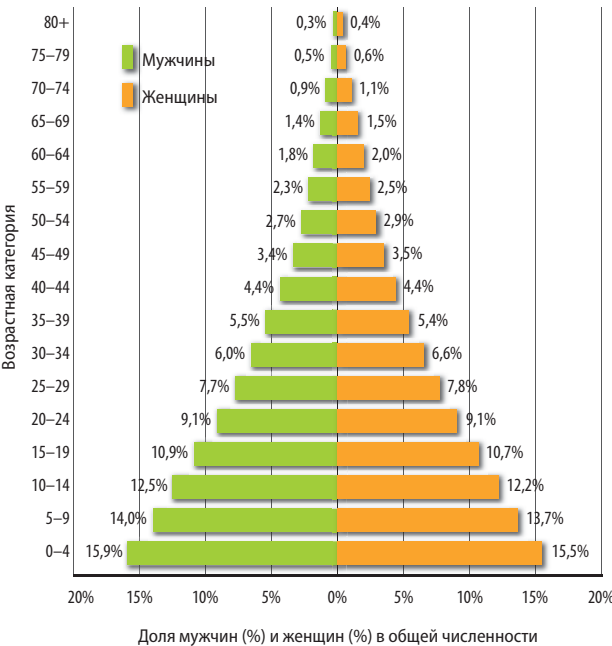
Рост ССЗ также обусловлен негативным влиянием неконтролируемой глобализации и незапланированной урбанизации (88, 89). Например, безответственный маркетинг, поддерживаемый международными корпорациями пищевой промышленности, нацелен на детей и подростков с целью пропаганды потребления нездоровых продуктов с высоким содержанием калорий, жиров и соли. Аналогичным образом, хорошо финансируемые рекламные компании, проводимые табачной промышленностью, имеют целью распространение курения среди женщин. Также оказывает влияние на торговлю, Кроме того, на национальный доход, национальные

экономические показатели и доходы населения воздействует финансовая и экономическая глобализация. Национальный доход особенно важен для профилактики и контроля ССЗ, так как он влияет на то, какой объем государственных ресурсов выделяется на здравоохранение.

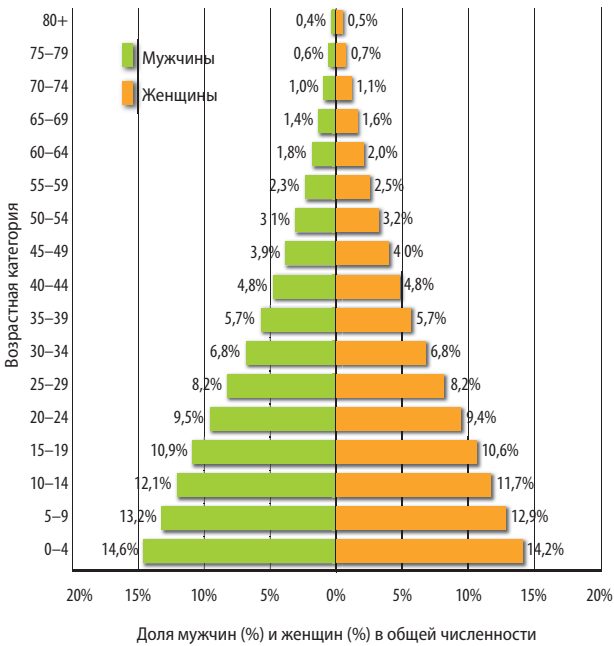
Быстрая, незапланированная урбанизация также способствует нездоровому поведению, поскольку: (i) ограничивает выбор здоровой еды; (ii) не обеспечивает условий, способствующих физической активности, а также (iii) подвергает население воздействию атмосферных загрязняющих веществ (в частности, табачного дыма) и ведет к вредному употреблению алкоголя (90). Многие органы государственного управления на центральном и местном уровнях не поспевают за быстрым развитием спроса на инфраструктуру и сферу услуг и упускают из вида тот факт, что для поддержки здорового поведения необходимо соответствующим образом планировать городскую среду. В результате люди подвергаются воздействию рисков и лишаются возможности сделать здоровый выбор в отношении рациона питания и физической активности.

Рисунок 54 Сравнение возрастных пирамид населения в 2000 и 2010 гг. в странах с низким уровнем дохода, уровнем дохода ниже среднего, уровнем дохода выше среднего и высоким уровнем дохода, соответственно (х).

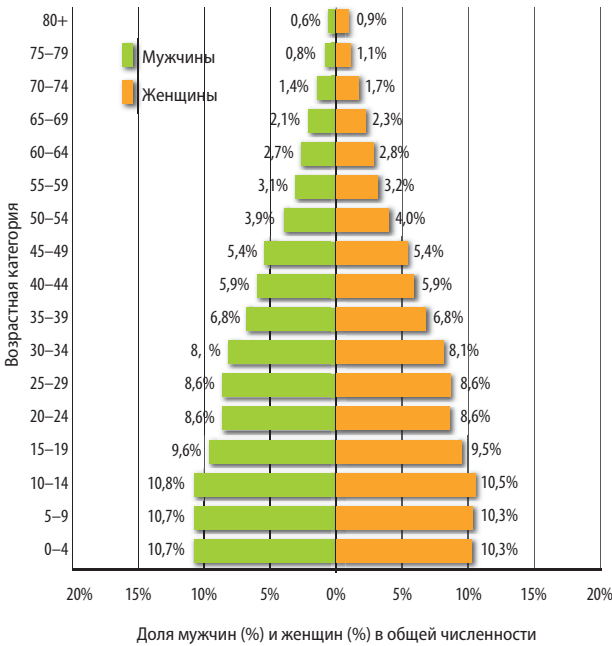
Низкий уровень дохода, 2000 г.



Низкий уровень дохода, 2010 г.



Уровень дохода ниже среднего, 2000 г.



Уровень дохода ниже среднего, 2010 г.

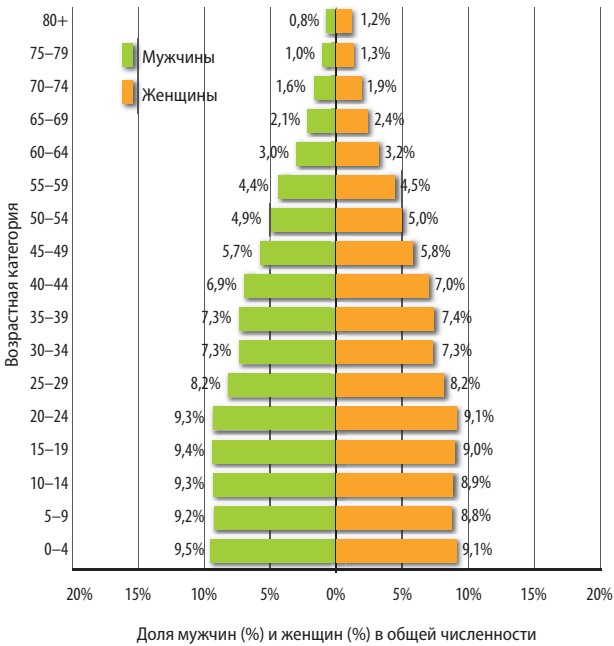
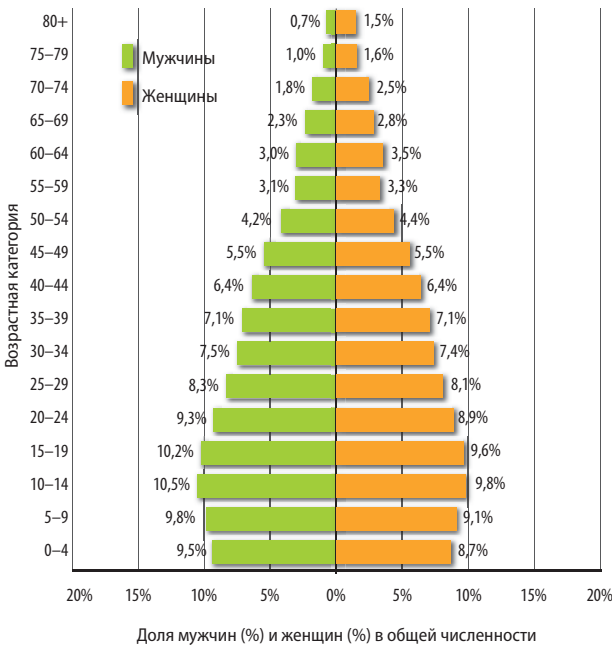
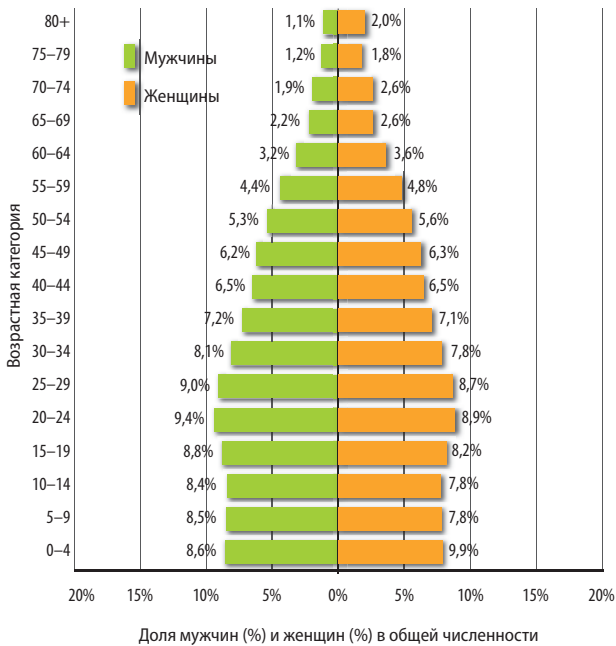


Рисунок 54 Сравнение возрастных пирамид населения в 2000 и 2010 гг. в странах с низким уровнем дохода, уровнем дохода ниже среднего, уровнем дохода выше среднего и высоким уровнем дохода, соответственно (х) (продолжение)

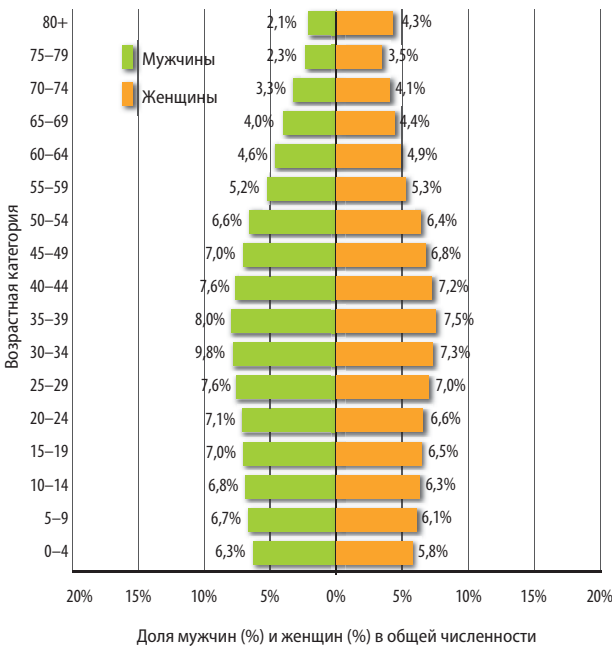
Уровень дохода выше среднего, 2000 г.



Уровень дохода выше среднего, 2010 г.



Высокий уровень дохода, 2000 г.



Высокий уровень дохода, 2010 г.

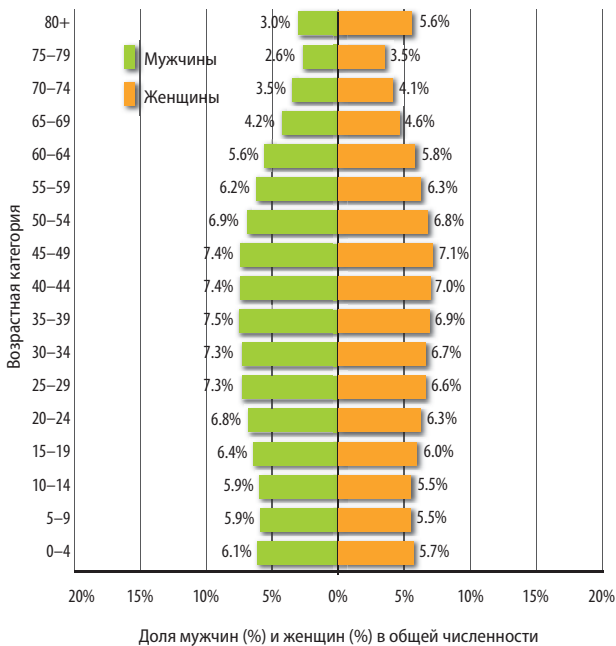
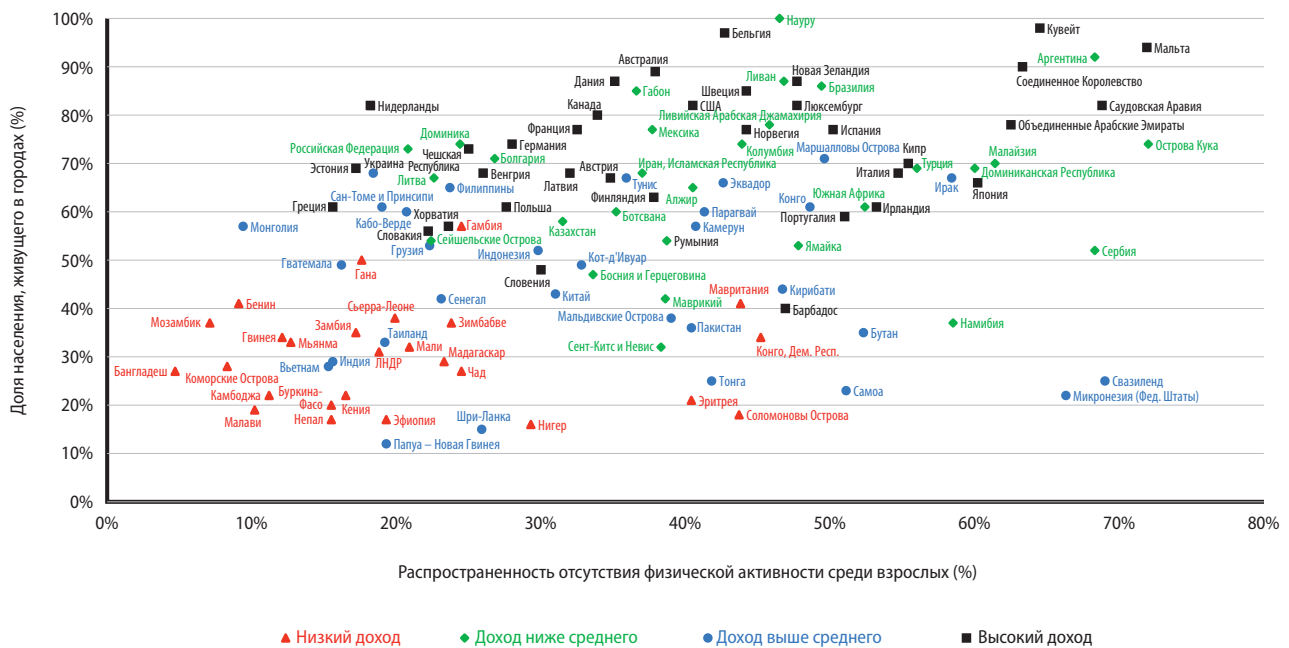


Рисунок 55 Корреляция между долей населения, живущего в городах, и отсутствием физической активности у взрослого населения в 122 странах мира, классифицированных по уровню дохода (iii, x, б).



Недостатки городского планирования – препятствие для физической активности жителей городов



18

Неравенство и ССЗ

Различия в распространенности факторов сердечно-сосудистого риска, частоте возникновения ССЗ и уровне смертности от них в различных группах населения последовательно коррелируют с социально-экономической стратификацией (91–96). Первоначально в развитых странах сердечно-сосудистые заболевания и связанные с ними факторы риска были более широко распространены в высших социально-экономических группах, но за последние 50 лет картина резко изменилась. Люди из нижних социально-экономических слоев имеют худший профиль факторов риска (например более высокий уровень артериальной гипертензии и диабета, а также тенденцию к повышению распространенности курения), чем у лиц из более высоких социально-экономических групп (6, 97). Обратно пропорциональная зависимость между социально-экономическим статусом и распространенностью ССЗ сильнее всего проявляется в частоте возникновения инсультов и уровне смертности от них, причем в более низких социальных группах в развитых странах частота возникновения инсультов выше, а выживаемость ниже во многих популяциях (93, 95, 96).

С момента оплодотворения яйцеклетки, в период внутриутробного развития и далее в течение всей жизни суммарный риск ишемической болезни сердца и цереброваскулярных заболеваний развивается в процессе сложного взаимодействия генов, факторов внутриутробного развития, биологических факторов риска и социальных детерминантов. Люди из социально неблагополучных популяций более подвержены рискам (употребление табака, алкоголя, физическая активность и рацион питания). Степень воздействия зависит от «возможностей», предлагаемых человеку обществом (97). Помимо навыков нездорового поведения, обездоленные группы населения имеют ограниченный доступ к социальной поддержке, пониженное чувство самоконтроля и более высокий уровень стресса на работе; они в меньшей степени заботятся о своем здоровье; им менее доступна медицинская помощь, и у них выявляется большее число сопутствующих заболеваний (98).

Между разными группами населения существуют различия в степени воздействия факторов риска и характере клиниче-

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- **От ССЗ страдают как бедные, так и богатые.**
- **Неравенство в распределении власти, денег и ресурсов влияет на состояние здоровья людей и развитие ССЗ.**
- **Обездоленные слои населения в большей степени подвержены сердечно-сосудистому риску, так как не обладают властью и знаниями.**
- **Причины неравенства в области здоровья коренятся в несправедливых политических решениях.**

ских исходов. Такие различия предотвратимы, несправедливы и поддаются исправлению (99–107). Зачастую их причины коренятся в несправедливых политических решениях. Даже в странах, где имеются возможности для всеобщего охвата населения медицинской помощью, сохраняется неравенство между социально-экономическими, этническими и географическими группами населения.

На рис. 56 представлен коэффициент Джини, отражающий распределение национального дохода в странах мира. Коэффициент Джини измеряет неравенство в распределении (0 соответствует полному равенству, а 100 – полному неравенству). На рис. 57 показаны смертность от ССЗ по группам стран в соответствии с классификацией Всемирного банка по уровню доходов и более высокие значения коэффициента Джини (более высокое неравенство доходов) в странах с низким уровнем дохода, по сравнению со странами с высоким уровнем дохода. На рис. 58 показана корреляция между показателями смертности от инсульта и национальным доходом.

Для борьбы с неравенством необходимо использовать несколько взаимодополняющих подходов в сфере здравоохранения и других секторах. Во-первых, политические и структурные интервенции должны быть направлены на решение коренных социальных проблем, таких как бедность, неграмотность, безработица и социально неблагополучные районы. Во-вторых, приоритетной задачей должна быть охрана здоровья сердечно-сосудистой системы нижних социально-экономических групп путем осуществления популяционных стратегий профилактики. В-третьих, при осуществлении вмешательств по первичной и вторичной профилактике система здравоохранения должна обращать особое внимание на социально незащищенные слои населения. И, в-четвертых, необходимо целевым порядком выделять средства для улучшения здоровья социально незащищенных слоев населения, которые, возможно, не обладают достаточным политическим влиянием, чтобы обеспечить достаточное финансирование.

Рисунок 56 Различия в неравенстве распределения национального дохода в странах мира, измеряемые коэффициентом Джини (iii).

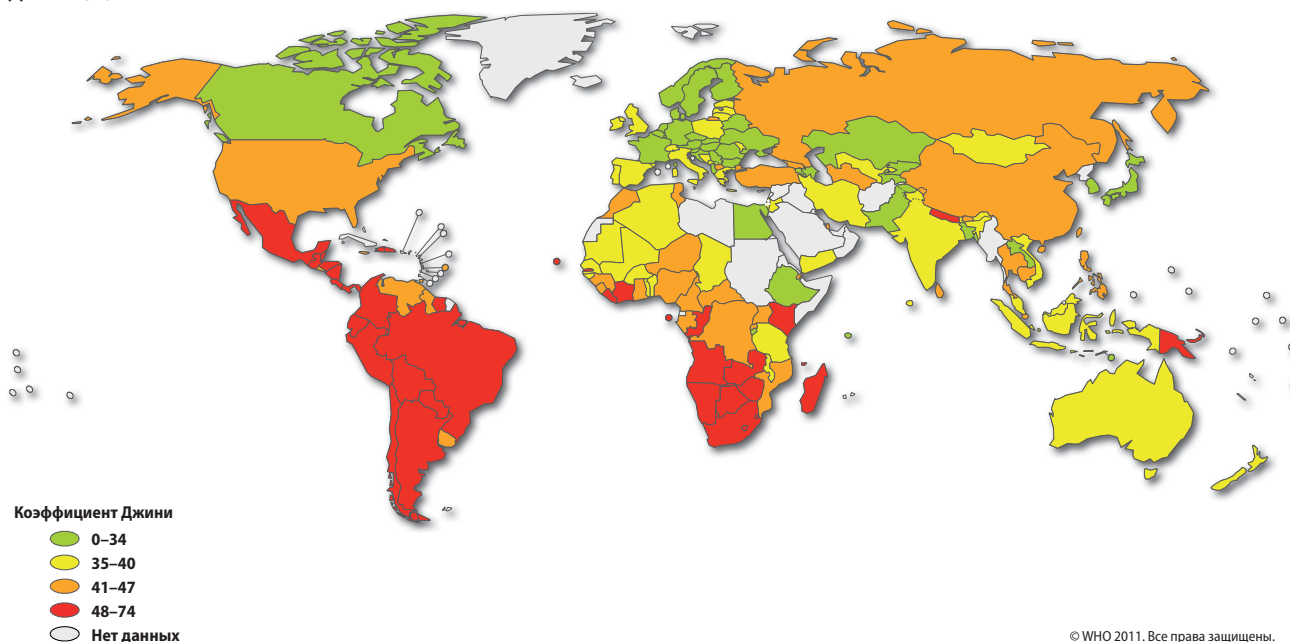


Рисунок 57 Коэффициент Джини и смертность от ССЗ среди мужчин и женщин по группам стран с различным уровнем дохода по классификации Всемирного банка (данные стандартизированы по возрасту, на 100 тыс. чел.) (1, iii).

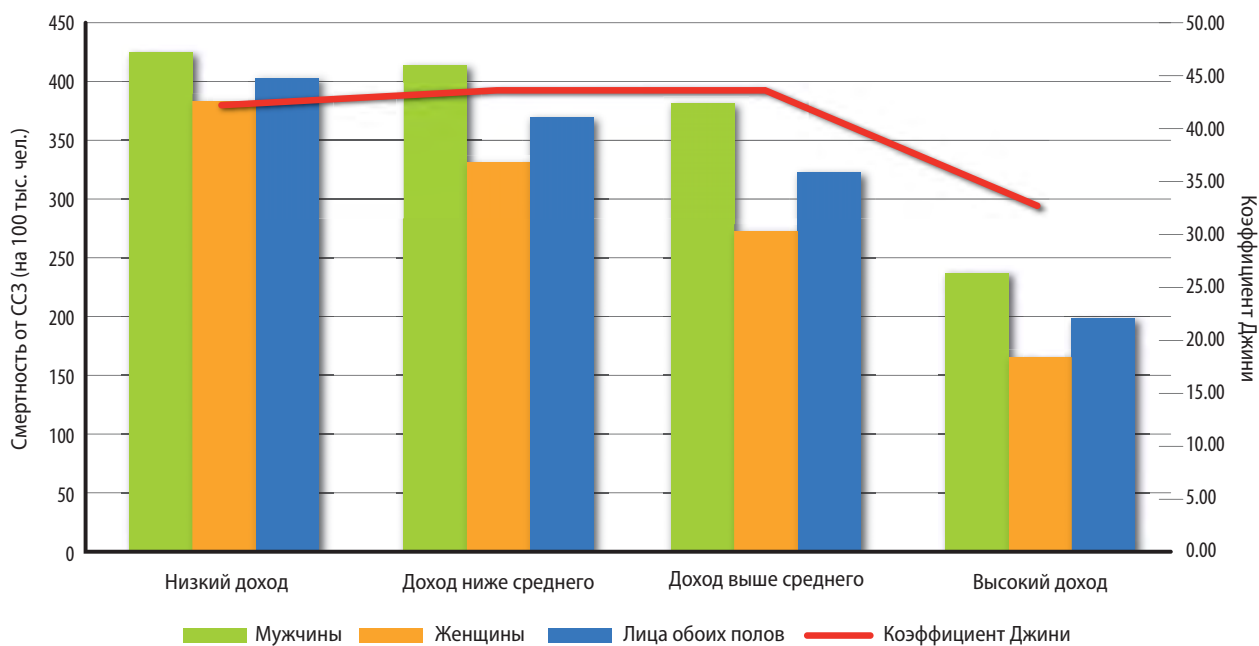


Рисунок 58 1. Связь между смертностью от цереброваскулярных заболеваний и национальным доходом (130).

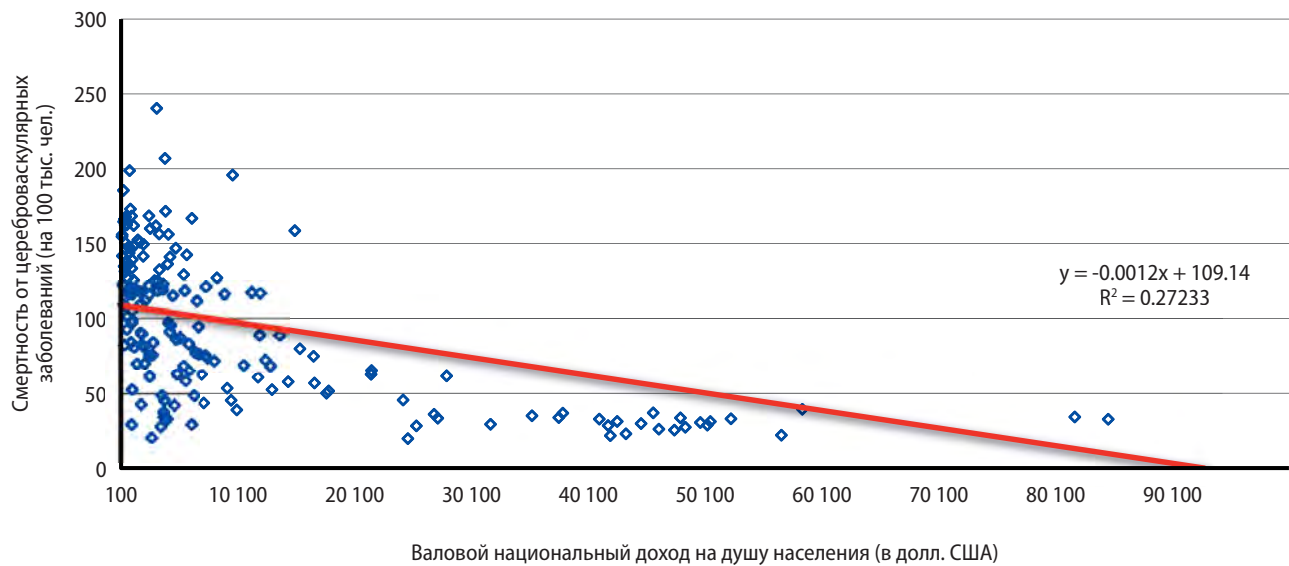
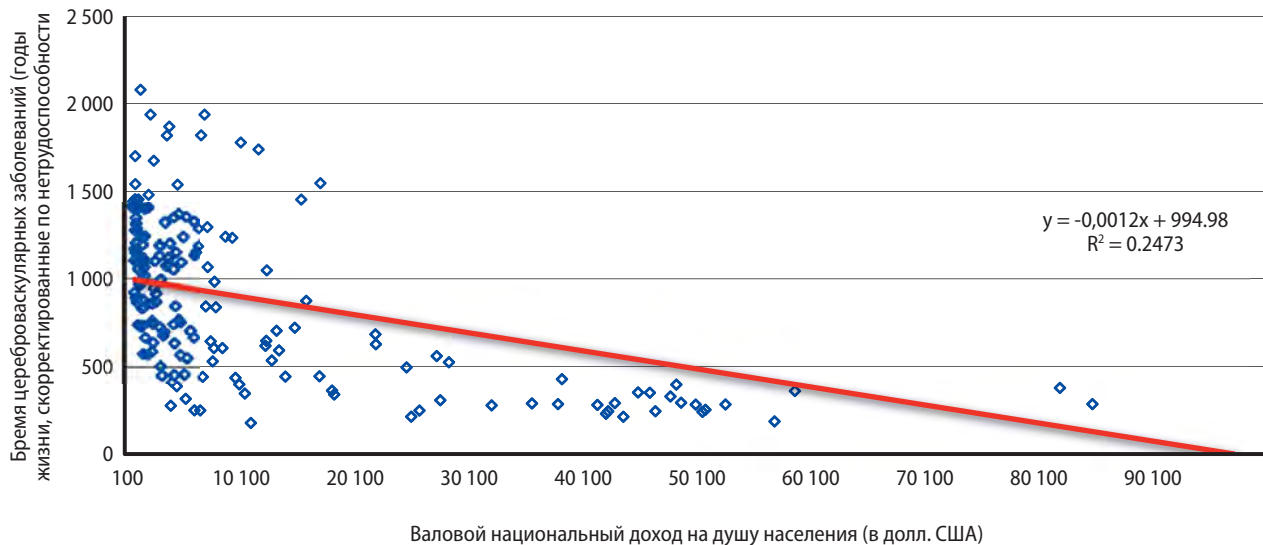


Рисунок 58 2. Связь между бременем цереброваскулярных заболеваний и национальным доходом (130).



РАЗДЕЛ «В»

Другие
сердечно-сосудистые
заболевания

19

Сердечные аритмии

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- Доля инсультов, вызванных фибрилляцией предсердий, увеличивается с возрастом, причем на долю пожилых людей приходится около $\frac{1}{5}$ всех инсультов.
- Причиной сердечной аритмии является ишемическая болезнь сердца.
- Внезапная смерть от сердечной аритмии может быть первым признаком ишемической болезни сердца.

Каждое сердечное сокращение происходит в результате возникновения электрического импульса в правом предсердии, в области под названием синоатриальный узел. Этот импульс первоначально вызывает сокращение предсердий, а затем переходит на оба желудочка через пучок Гиса и волокна Пуркинье, обеспечивая синхронное сокращение желудочков сердца.

Неправильная электрическая активность сердца называется сердечной аритмией. Сердцебиения могут происходить слишком быстро или слишком медленно и могут быть регулярными и нерегулярными. Аритмии могут быть предсердными или желудочковыми. Иногда сердечные аритмии являются жизнеугрожающими и требуют срочной медицинской помощи, а иногда проходят бессимптомно или вызывают учащенное сердцебиение. Одной из форм тахикардий, возникающих в предсердии, является фибрилляция предсердий (рис. 59). Она характеризуется преимущественно хаотичной электрической активностью предсердий, приводящей к ухудшению механической функции сердца (108).

Распространенность фибрилляции предсердий увеличивается с возрастом, достигая 9% к 80–89 годам (108). К числу другим факторов риска фибрилляции предсердий относятся артериальная гипертензия, сахарный диабет, повышение активности щитовидной железы и аномалии сердечных клапанов. Фибрилляция предсердий обычно связана с инсультом и хронической сердечной недостаточностью и осложняется ими. Фибрилляция предсердий повышает риск инсульта в пять раз. Частота возникновения инсультов, обусловленных фибрилляцией предсердий,

увеличивается с 1,5% в возрасте 50–59 лет до 23,5% в возрасте 80–89 лет (108, 109). При наличии оборудования для электрокардиографии фибрилляция предсердий может быть диагностирована в результате случайного или целевого скрининга в первичном звене оказания медико-санитарной помощи. Когда фибрилляция предсердий диагностирована, назначаются препараты для контроля сердечного ритма и антикоагулянты для предотвращения возникновения инсульта (110).

Инфаркт миокарда может проявляться как желудочковая аритмия. Внезапная сердечная смерть в результате сердечной аритмии – важная причина смертности от ССЗ. В этих случаях для восстановления координированной деятельности сердца необходима электрическая дефибрилляция, и даже короткие задержки в дефибрилляции могут значительно ухудшить исход заболевания. Для раннего осуществления дефибрилляции вне лечебных учреждений существуют специальные автоматические дефибрилляторы, которые в развитых странах получают все более широкое распространение в общественных местах (111, 112).

Тем не менее, программы общественного доступа к дефибрилляторам обходятся дорого, и незначительное улучшение выживаемости не оправдывает затраты ограниченных финансовых средств для крупномасштабного развертывания систем автоматизированной внешней дефибрилляции в условиях ограниченности ресурсов. В таких условиях необходимо выделять больше денежных средств на усиление программ профилактики ССЗ с целью снижения потребности в программах дефибрилляции (112–114)..

Рисунок 59 Электрокардиограмма; фибрилляция предсердий в сравнении с нормальным синусовым ритмом. Фибрилляция предсердий (вверху) и нормальный синусовый ритм (внизу). Фиолетовая стрелка указывает на Р-волну, которая исчезает при фибрилляции предсердий (1). Перепечатано с разрешения правообладателей.



Остановка сердца, вызванная аритмией, требует немедленной реанимации (1, перепечатано с разрешения правообладателей)



20

Врожденные пороки сердца

Врожденный порок сердца – это дефект структуры и функции сердца вследствие нарушения его внутриутробного формирования. Врожденные пороки сердца являются важной причиной детской заболеваемости и смертности во всем мире; их распространенность варьируется от 19 до 75 на 1 тыс. живорожденных (115). Врожденные пороки сердца – основная причина врожденной патологии. Врожденные пороки сердца занимают второе место по частоте среди причин смертности детей в первый год жизни после инфекционных заболеваний (1, 116).

В основе врожденных пороков могут лежать генные мутации, хромосомные аномалии, многофакторная наследственность, тератогены окружающей среды и дефицит микронутриентов (115, 116). Материнские инфекционные заболевания, такие как сифилис и краснуха, также являются частой причиной врожденных пороков в странах с низким и средним уровнем дохода (СНСУД). Другими факторами, провоцирующими развитие врожденных пороков, являются сахарный диабет, дефицит йода или фолиевой кислоты у матери, прием лекарственных или рекреационных препаратов, включая алкоголь и табак, а также некоторые факторы окружающей среды и высокие дозы радиации (116).

Большинство врожденных пороков сердца представляют собой изолированный дефект и не ассоциировано с другими заболеваниями. Также они могут быть частью различных генетических и хромосомных патологий, таких как синдром Дауна, синдром Шерешевского-Тернера, синдром Марфана, трисомия 13-ой хромосомы и синдром Нунан.

Врожденные пороки сердца делятся на «синие» (рис. 60) и «белые» (рис. 61) в зависимости от того, приводит ли или не приводит дефект в структуре сердца к смешиванию крови из правых и левых его отделов. К белым (бледным) врожденным

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- Значительную долю врожденных пороков сердца можно предотвратить с помощью мероприятий в области общественного здравоохранения, таких как вакцинация против краснухи, пропаганда всеобщего использования йодированной поваренной соли и пропаганда употребления основных пищевых продуктов, обогащенных фолиевой кислотой.
- Для предотвращения развития врожденных пороков сердца у потомства необходимы меры по оптимизации рациона питания женщин до и во время беременности.

порокам сердца относятся: дефект межжелудочковой перегородки, дефект межпредсердной перегородки, открытый артериальный проток, стеноз аортального клапана, стеноз легочной артерии, коарктация аорты и атриовентрикулярный канал (дефект эндокардиальных подушек).

Клинические проявления зависят от конкретного дефекта. Например, симптоматика врожденных пороков сердца «синего» типа, таких как тетрада Фалло (рис. 60), появляется уже при рождении, а некоторые другие пороки могут долгое время себя не проявлять. Такие пороки как коарктация аорты, долгие годы могут протекать бессимптомно. Клиническая симптоматика может отсутствовать и у людей с малыми дефектами межжелудочковой перегородки, не влияя на их продолжительность жизни. Многие врожденные пороки сердца поддаются экономически эффективному хирургическому лечению, способствующему сохранению жизни пациента и улучшающему отдаленный прогноз заболевания.

Существует целый комплекс подходов по профилактике врожденных пороков сердца и других врожденных патологий (117). Большинство врожденных пороков, вызванных факторами среды, можно предотвратить мерами в области общественного здравоохранения, такими как профилактика инфекций, передающихся половым путем, принятие законодательства, ограничивающего использование токсических (например, некоторых сельскохозяйственных) химикатов, вакцинация против краснухи и обогащение основных продуктов питания микронутриентами (йодом и фолиевой кислотой). Для предотвращения развития врожденных пороков у потомства, включая врожденные пороки сердца и нервной системы, необходимы меры по оптимизации рациона питания женщин при планировании беременности и во время нее (117, 118).

Рисунок 60 Врожденные пороки сердца; схематическое изображение нормального сердца и сердца с тетрадой Фалло (i).
Перепечатано с разрешения правообладателей.

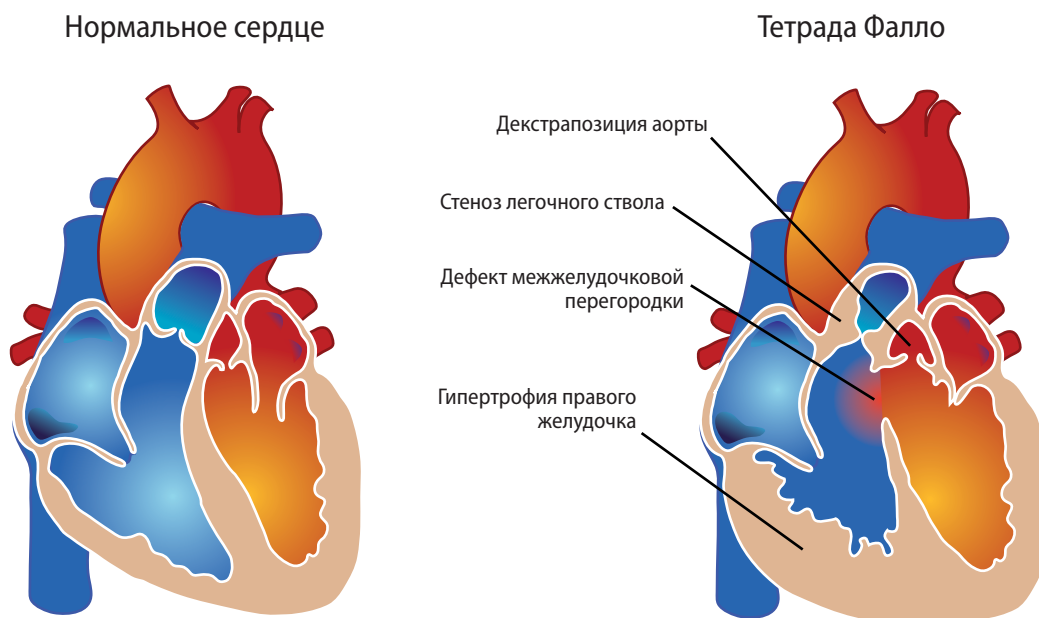
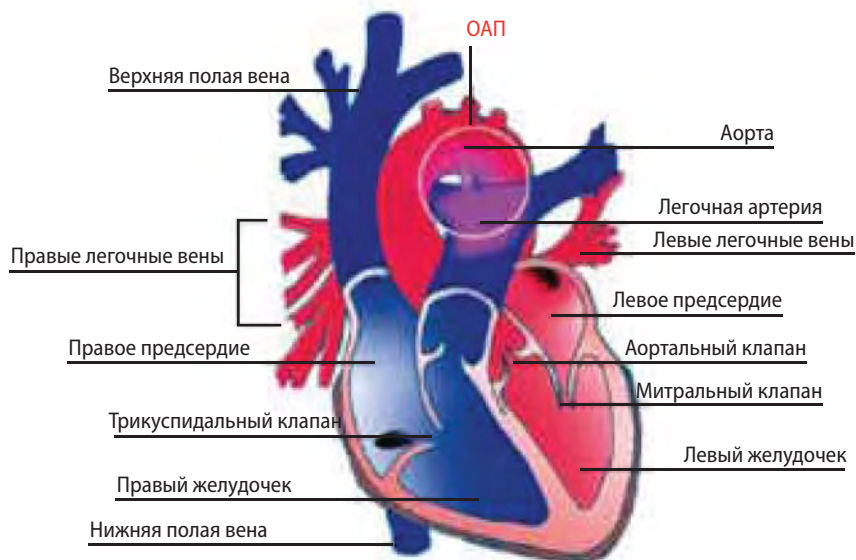


Рисунок 61 Схематическое изображение сердца с открытым артериальным протоком (ОАП); эта аномалия встречается у 50% детей с синдромом врожденной краснухи (i). Перепечатано с разрешения правообладателей.



21

Ревматическая болезнь сердца: заболевание бедняков, которому не уделяется достаточное внимание

Частой причиной развития приобретенных пороков сердца у детей и подростков, живущих в плохих социально-экономических условиях, является ревматическая лихорадка. Острая ревматическая лихорадка развивается вследствие нелеченной или неадекватно леченной тонзилло-фарингеальной инфекции стрептококком группы А и проявляется после латентного периода продолжительностью около трех недель. Острая ревматическая лихорадка в первую очередь поражает сердце, суставы и центральную нервную систему. Наибольшая опасность острой ревматической лихорадки заключается в ее способности вызывать фиброз клапанов сердца (рис. 62), приводя к развитию порока сердца и нарушению гемодинамики, сердечной недостаточности и смерти. Часто для восстановления или замены сердечных клапанов у пациентов с тяжелым поражением клапанного аппарата требуется хирургическое вмешательство, стоимость которого очень велика для бедных стран с ограниченным бюджетом здравоохранения.

Ревматическая лихорадка и ревматическая болезнь сердца продолжают ложиться тяжелым бременем на здоровье бедных социальных слоев в странах с низким и средним уровнем дохода (СНСУД), несмотря на практическое исчезновение этого заболевания в развитых странах в прошлом веке (119).

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- По оценкам, не менее 15,6 млн чел. в мире страдают ревматической болезнью сердца.
- Среди лиц с ревматической болезнью сердца непропорционально велика доля детей и молодых взрослых, проживающих в странах с низким уровнем дохода.
- Решающее значение в профилактике ревматической болезни сердца имеют мероприятия по снижению уровня бедности и улучшению условий жизни.
- Прогрессирующее поражение клапанов сердца у детей, перенесших ревматическую лихорадку, можно предотвратить с помощью длительного профилактического назначения пенициллина.

Снижение уровня заболеваемости ревматической лихорадкой в развитых странах связано с улучшением условий жизни и доступностью антибиотикотерапии для лечения инфекций, вызванных стрептококком группы А. Перенаселение, плохие жилищные условия, недоедание и недоступность медицинской помощи играют ключевую роль в сохранении этого заболевания в развивающихся странах.

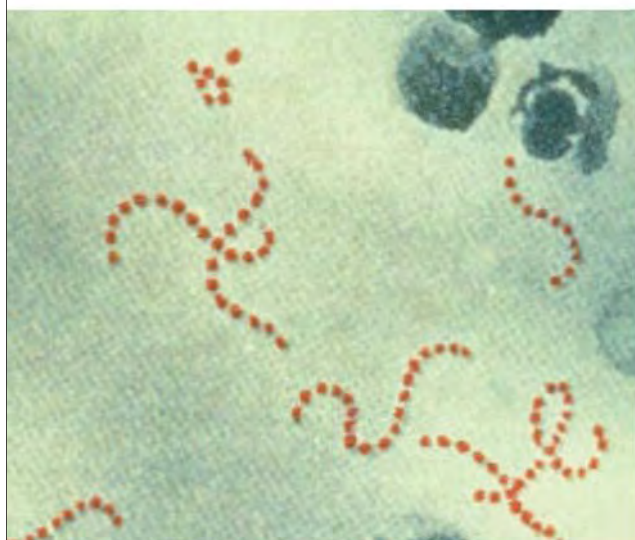
Глобальное бремя заболеваний, вызываемых ревматической лихорадкой и ревматической болезнью сердца, в непропорционально высокой степени лежит на детях и молодых взрослых из стран с низким уровнем дохода, на долю которых приходится примерно 233 тыс. случаев смерти в год (рис. 63–66). По оценкам, в настоящее время в мире не менее 15,6 млн чел. страдают ревматической болезнью сердца. В ближайшие 5–20 лет многим из них потребуются неоднократные госпитализации и, зачастую, проведение экономически недоступного кардиохирургического лечения (120–122).

Первичная профилактика заключается в лечении острой инфекции верхних дыхательных путей, вызванной стрептококком группы А. Этого можно достигнуть относительно недорого, с помощью однократной внутримышечной инъекции пенициллина (123). При развитии ревматической лихорадки для предотвращения прогрессирования поражения сердца проводится вторичная профилактика, которая должна продолжаться много лет. В настоящее время программы вторичной профилактики рассматриваются как более экономически эффективные для предотвращения развития ревматической болезни сердца, чем первичная профилактика, и могут быть единственным осуществимым способом решения проблемы для стран с низким уровнем дохода (119), в дополнение к усилиям по снижению бедности.

Рисунок 62 Ревматическая болезнь сердца на аутопсии с характерными изменениями (утолщенный митральный клапан с его хордами и гипертрофированная стенка левого желудочка)



Стрептококки группы А (*i*, перепечатано с разрешения правообладателей)



Стрептококковый фарингит с типичным экссудатом на миндалинах (*i*, перепечатано с разрешения правообладателей)



Рисунок 63 Доля ревматической болезни сердца в глобальной структуре смертности от ССЗ среди мужчин, 2008 г. (1).

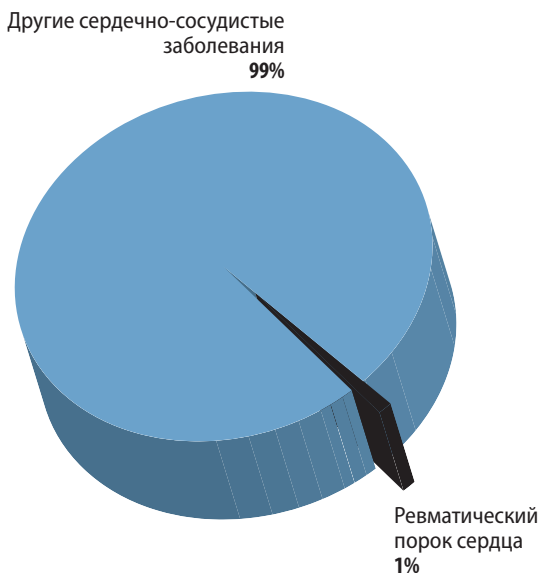


Рисунок 64 Доля ревматической болезни сердца в глобальной структуре смертности от ССЗ среди женщин, 2008 г. (1).

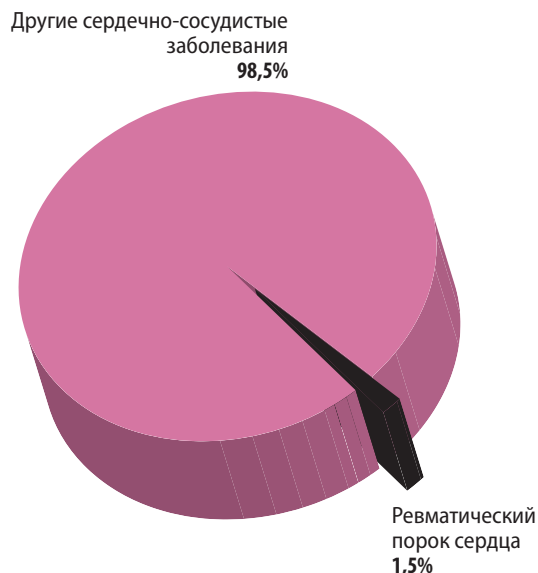


Рисунок 65 Доля ревматической болезни сердца в глобальном бремени ССЗ (DALY) среди мужчин, 2008 г. (5).

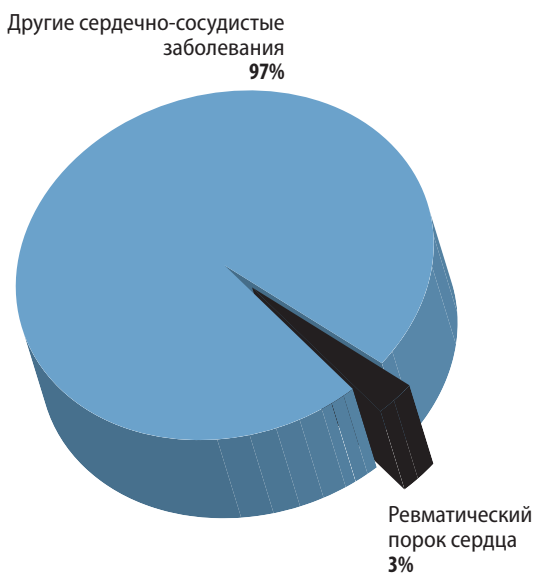
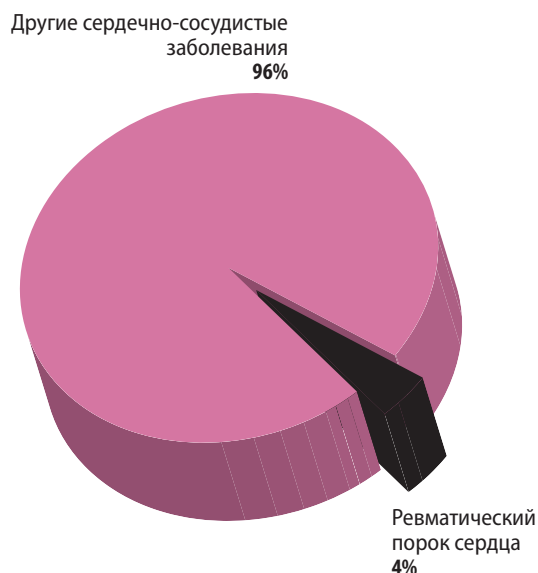


Рисунок 66 Доля ревматической болезни сердца в глобальном бремени болезней (DALY) среди женщин, 2008 г. (5).



Бедность ведет к развитию ревматической болезни сердца



Нужно защитить детей от ревматической лихорадки



22

Болезнь Шагаса (американский трипаносомоз): заболевание бедняков, которому не уделяется достаточное внимание

Болезнь Шагаса – это хроническая, системная паразитарная инфекция, вызываемая простейшим организмом *Trypanosoma cruzi*. В основном она передается с зараженными фекалиями триатомовых клопов (также известных как «поцелуйные клопы»), живущих в щелях стен плохо построенных домов в сельской местности или пригородах. Заболевание также может передаваться путем переливания крови или пересадки органов от зараженного донора, а также от зараженной матери ее новорожденному ребенку во время беременности или родов (124–128).

Выделяют две стадии болезни Шагаса: начальную острую стадию инфекционного процесса, продолжительностью от четырех до восьми недель, и хроническую стадию, продолжающуюся в организме хозяина всю жизнь. Острая фаза может протекать бессимптомно или со следующими клиническими проявлениями: недомогание, лихорадка, гепатомегалия, спленомегалия, лимфоаденопатия, подкожные отеки (местные или генерализованные), повреждение кожи в месте входных

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- **Болезнь Шагаса – заболевание бедняков, которому не уделяется достаточное внимание и которое легко устранимо после принятия мер по снижению уровня бедности и улучшению жилищных условий.**
- **По оценке, в мире около 10 млн чел. инфицированы возбудителем болезни Шагаса.**

ворот *Trypanosoma cruzi* (чагома) или багровый отек век одного глаза (симптом Романы) (рис. 67). На протяжении хронической стадии до 30% пациентов страдают от нарушений сердечной деятельности и до 10% – от изменений в органах пищеварения (характерны увеличение пищевода или толстой кишки) и патологии нервной системы. Болезнь Шагаса может приводить к внезапной смерти или сердечной недостаточности, вследствие прогрессирующей деструкции сердечной мышцы (124–126).

По оценкам, в странах мира около 10 млн чел. инфицированы возбудителем болезни Шагаса. Наибольшая распространенность заболевания наблюдается в Латинской Америке, где оно эндемично (рис. 68). Более 25 млн чел. подвержены риску заражения. По оценкам, в 2008 г. от болезни Шагаса погибло более 10 тыс. чел. (124). За последние несколько десятилетий все больше случаев выявляется в Канаде, США, Европе и странах западной части Тихого океана, в основном из-за миграции зараженных людей из эндемичных стран (127).

К основным мероприятиям по профилактике и контролю болезни Шагаса относятся борьба с переносчиками инфекции, профилактика передачи инфекции другими путями, улучшение жилищных условий, санитарное просвещение, эпидемиологический надзор, серологический скрининг и медикаментозная терапия. Эти мероприятия уже привели к значительному снижению распространенности болезни Шагаса. Однако, чтобы сохранить достигнутые результаты и добиться дальнейшего снижения заболеваемости в будущем, мероприятия по эпидемическому надзору и контролю, включая борьбу с переносчиками инфекции, серологический скрининг, лечение под руководством медицинских специалистов и применение новых антипаразитарных лекарств, необходимо осуществлять на национальном, региональном и международном уровнях (127–129).

Рисунок 67 Перенос возбудителя болезни Шагаса, симптомы входных ворот проникновения *Trypanosoma cruzi*; багровый отёк век одного глаза, отёк руки и симптомы хронической стадии (124, перепечатано с разрешения правообладателей).

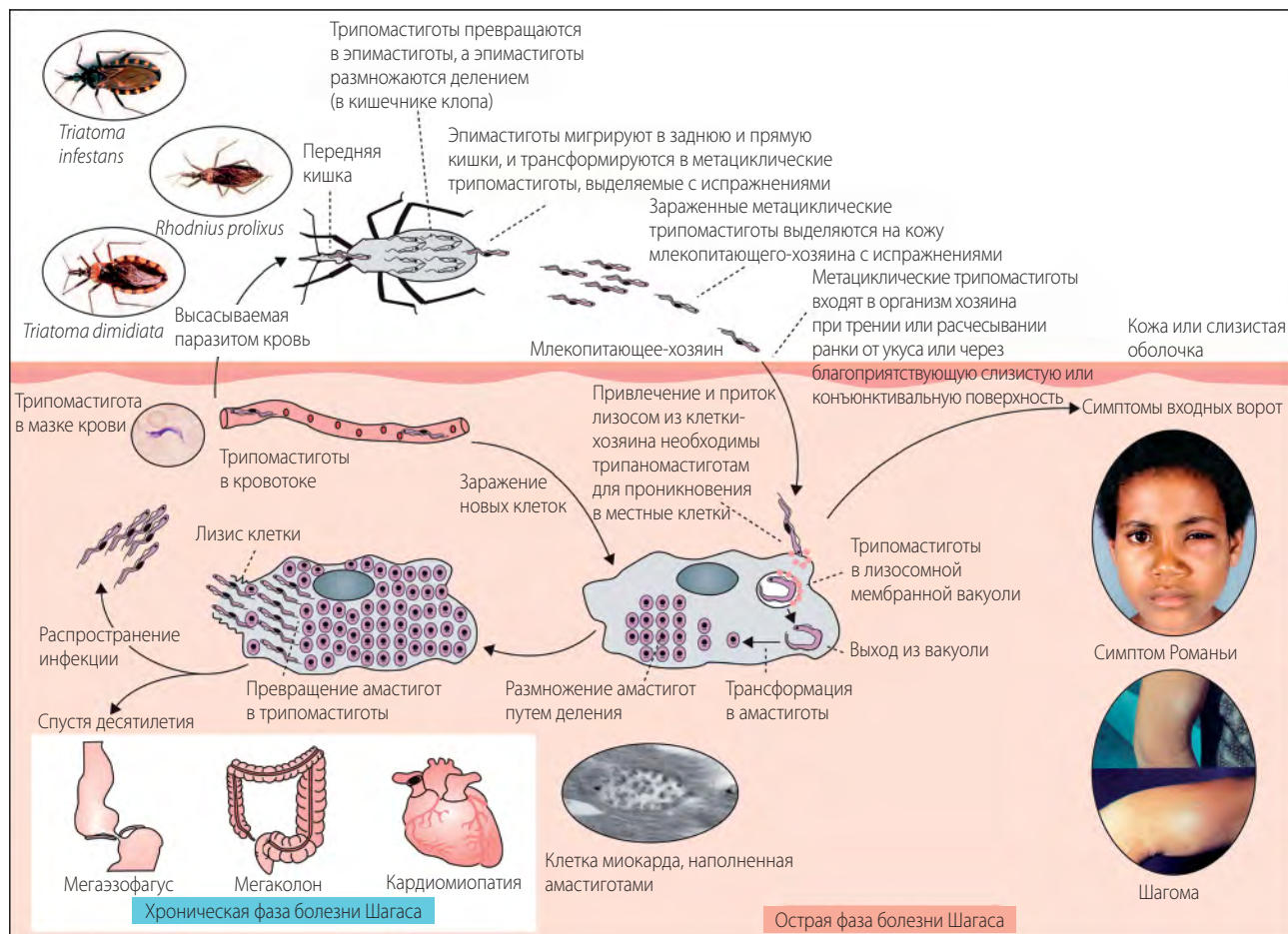
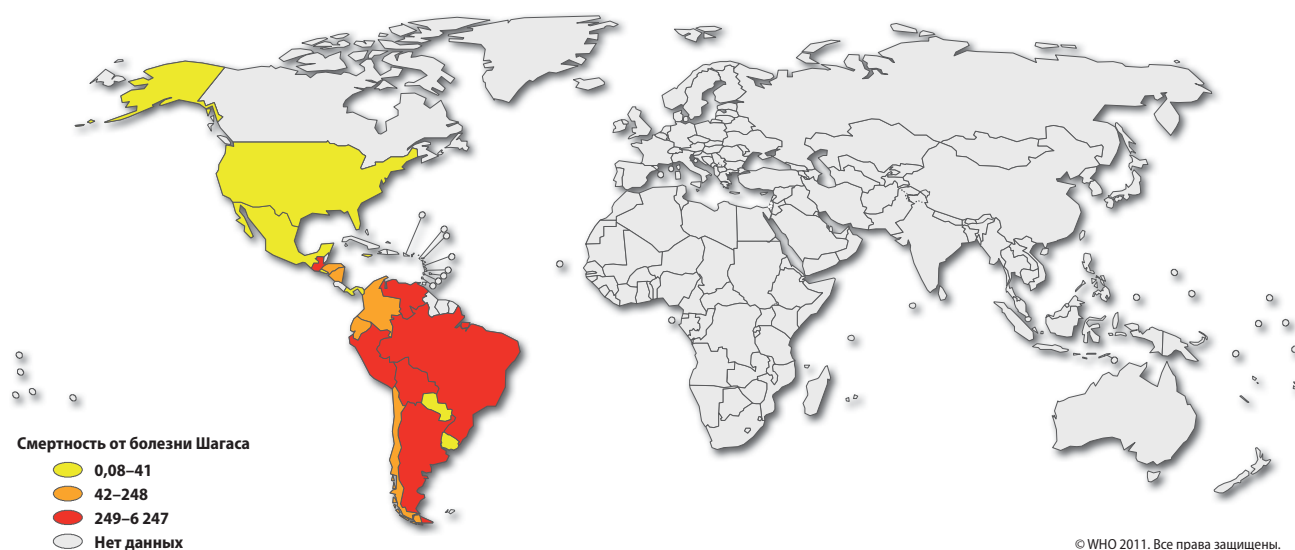


Рисунок 68 Карта мира, показывающая распространенность болезни Шагаса (1).



Улучшение жилищных условий поможет предотвратить развитие болезни Шагаса благодаря борьбе с переносчиками заболевания

(i, перепечатано с разрешения правообладателей)



Раздел «С»

Профилактика ССЗ
и борьба с ними:
политика, стратегии
и меры вмешательства

23

Профилактика ССЗ и борьба с ними: как выявить эффективные меры

За последние 20 лет во многих странах с высоким уровнем дохода смертность от ССЗ снизилась (13, 14, 130, 131). Этому способствовало сочетание первичной профилактики в масштабах всего населения с индивидуальными вмешательствами в области медико-санитарной помощи (4–6, 13, 14). На рис. 69 показаны тенденции к снижению смертности от ССЗ в некоторых развитых странах. Это уменьшение смертности связано со снижением уровня заболеваемости и/или увеличением продолжительности жизни после сердечно-сосудистых событий благодаря сочетанию профилактических и лечебных мероприятий (13).

Программа «Северная Карелия» началась в Финляндии в 1972 г. Был разработан и внедрен всеобъемлющий комплекс интервенций на уровне общин, направленный на то, чтобы изменить пищевые привычки населения и обеспечить сдвиг в популяционном распределении факторов риска ССЗ. По данным проекта, к 1995 г. удалось добиться впечатляющего снижения показателя смертности от ишемической болезни сердца на 73%, стандартизированного по возрасту (рис. 70.1). Структура этого проекта предусматривала изменение поведения, принципов коммуникации и порядка деятельности общинных организаций, а сами вмешательства включали в себя, в частности, кампании в СМИ, сотрудничество с предприятиями пищевой промышленности, привлечение местных органов здравоохранения и общественных организаций, сельскохозяйственные реформы и предоставление медико-санитарной помощи людям с высоким риском ССЗ. (15).

В Польше в период с 1991 по 2002 г. смертность от ССЗ среди жителей правобережных районов Варшавы снизилась более

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- Уменьшение сердечнососудистой смертности, наблюдаемое во многих развитых странах в последние 20 лет, связано со снижением уровня заболеваемости и/или увеличением продолжительности жизни после сердечно-сосудистых событий благодаря сочетанию профилактических и лечебных мероприятий.
- Чтобы обратить вспять тенденцию к увеличению распространенности ССЗ, необходимо значительное увеличение инвестиций в профилактические стратегии.

чем на 50% (132, 133). Считается, что это значительное снижение уровня сердечнососудистой смертности, наблюдаемое в Польше, связано (по крайней мере, отчасти) с изменениями в режиме питания. За этот период наблюдалось уменьшение потребления сливочного масла на 52%, других животных жиров на 20%, молока на 27%, говядины на 57% и картофеля на 8%. С другой стороны, увеличилось потребление растительного масла на 100%, птицы на 70% и фруктов на 64%. Сообщалось о снижении потребления насыщенных жирных кислот на 19% и увеличении потребления полиненасыщенных жирных кислот на 32% (13, 133).

В Соединенном Королевстве в период с 1981 по 2000 г. смертность от ишемической болезни сердца тоже резко снизилась (14) (рис. 70.2). Примерно на 42% это уменьшение было связано с результатами лечения, а остальная часть – с уменьшением общепопуляционных факторов риска.

Весьма экономически эффективны популяционные стратегии контроля за употреблением табака и алкоголя, а также за снижением потребления поваренной соли в пищу. Они применимы даже в странах с низким и средним уровнем доходов (СНСУД). Экономически эффективны, доступны по цене и могут широко применяться в СНСУД также и некоторые индивидуальные меры вмешательства. Назовем две из них: многокомпонентная терапия при первичной медико-санитарной помощи людям с высоким риском развития инфаркта и инсульта, и назначение аспирина при остром инфаркте миокарда (сердечных приступах). Более подробно эти меры будут рассмотрены в главе 33.

Рисунок 69 Тенденции смертности от ССЗ в развитых странах (данные стандартизованы по возрасту) (х₁).

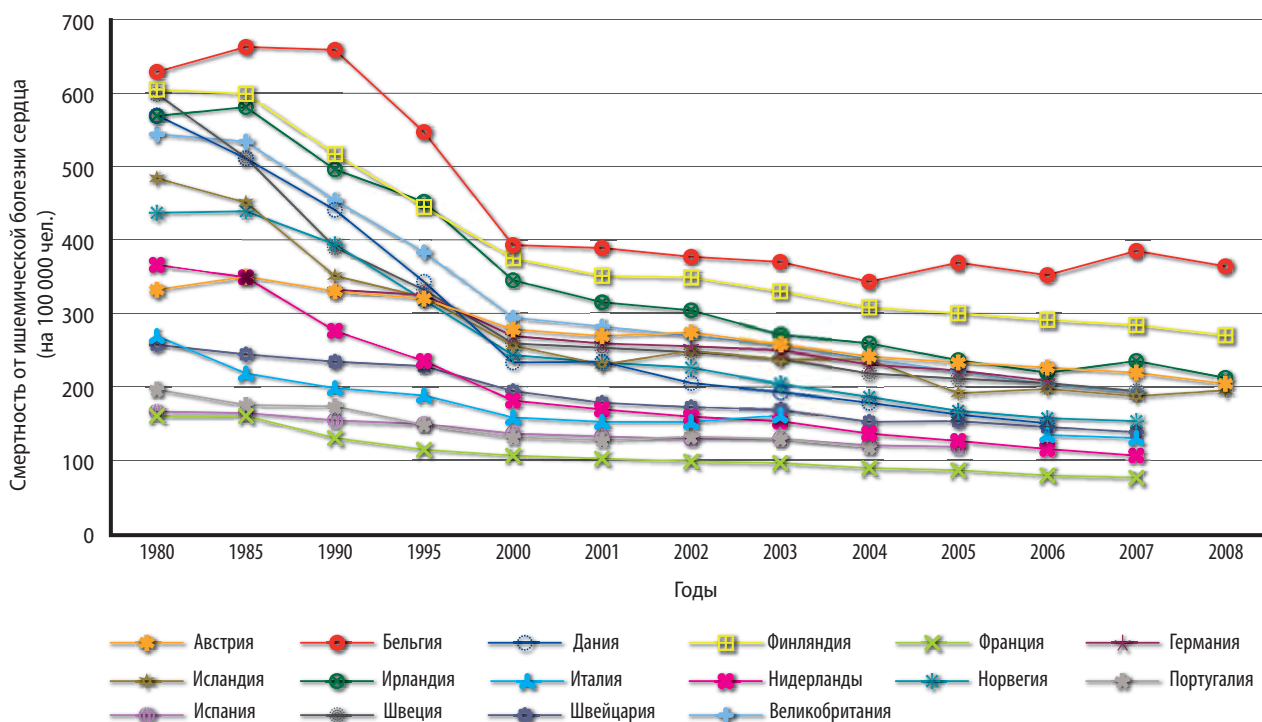


Рисунок 70.1 Тенденции смертности от ССЗ в Соединенном Королевстве (15, х₁).

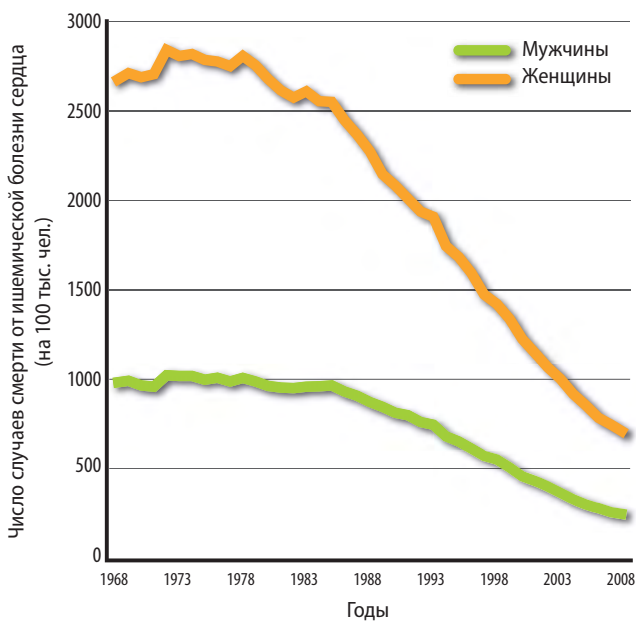
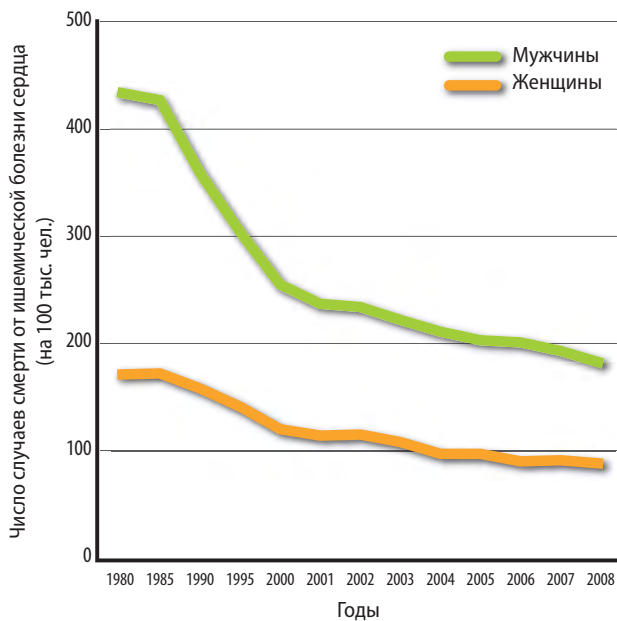


Рисунок 70.2 Тенденции смертности от ССЗ в Финляндии (14, х₁).



КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- Для профилактики и контроля ССЗ необходимо сочетание общепопуляционных и индивидуальных стратегий медико-санитарной помощи.
- Подход к контролю факторов риска ССЗ, основанный на суммарной оценке риска, более экономически эффективен, чем однофакторный подход.

Профилактика ССЗ и борьба с ними: необходимость объединенных и взаимодополняющих стратегий

Для всех групп населения важно, чтобы индивидуальная медико-санитарная помощь, адресованная людям с высоким риском ССЗ и уже заболевшим, дополнялась общепопуляционными стратегиями в области здравоохранения (рис. 31) (4, 6). Несмотря на то, что у людей с низким уровнем риска сердечно-сосудистые события менее вероятны, ни один уровень риска не может рассматриваться как «безопасный». Без общепопуляционных профилактических мер, осуществляемых органами здравоохранения, сердечно-сосудистые события будут по-прежнему происходить у людей с низким и средним уровнями риска, которые составляют большинство в любой популяции. Более того, мероприятия в области общественного здравоохранения могут эффективно замедлять развитие атеросклероза (а также уменьшать заболеваемость некоторыми видами рака и хроническими респираторными заболеваниями) у молодых людей, тем самым уменьшая вероятность будущих эпидемий сердечно-сосудистых событий, подобных тем, которые наблюдались в период 1960–1990 гг. в большинстве стран с высоким уровнем дохода. Общепопуляционные стратегии также способствуют изменению образа жизни людей с высоким риском ССЗ. Преобладание какой-либо одной стратегии над другой зависит от достигаемой ею результативности, экономической эффективности и наличия ресурсов. Профилактика и контроль инсультов и инфарктов требуют осуществления объединенных стратегий, потому что у этих заболеваний общие факторы риска и один и тот же патогенез (атеросклероз) (134–136).

Необходимый порог суммарного индивидуального риска, при котором начинается интенсивное изменение образа

жизни и инициируется медикаментозная терапия, зависит от доступности ресурсов и воздействия конкретных мер вмешательства. Экономическая эффективность фармакологической терапии высокого артериального давления и гиперхолестеринемии определяется суммарным сердечно-сосудистым риском конкретного пациента перед началом лечения (4, 137–141); длительный прием лекарств оправдан только для людей с высоким риском ССЗ и низким соотношением «риск–ожидаемая польза». Если позволяют ресурсы, можно расширять целевую группу населения, включив в нее людей со средним уровнем риска; однако снижение порога, при котором начинается терапия, увеличит не только пользу, но и стоимость лечения и его потенциальный вред. Любому пациенту с низким уровнем риска пойдут на пользу общепопуляционные стратегии здравоохранения, и, если ресурсы позволяют, индивидуальное консультирование, побуждающее изменить образ жизни.

Государственным системам здравоохранения приходится решать трудную задачу по установлению порогового значения риска, которое бы обеспечивало баланс между ресурсами медико-санитарной помощи в государственном секторе, пожеланиями врачей и ожиданиями общественности. Эти решения особенно трудны, когда государственные расходы на здравоохранения недостаточны (рис. 71 и 72). При снижении порога интервенций увеличивается число лиц, которым потенциально можно принести пользу, но одновременно возрастают расходы и количество неблагоприятных исходов, вызванных медикаментозной терапией (2, 4, 6).

Рисунок 71 Карта мира, показывающая расходы на здравоохранение на душу населения в 193 странах мира (11).

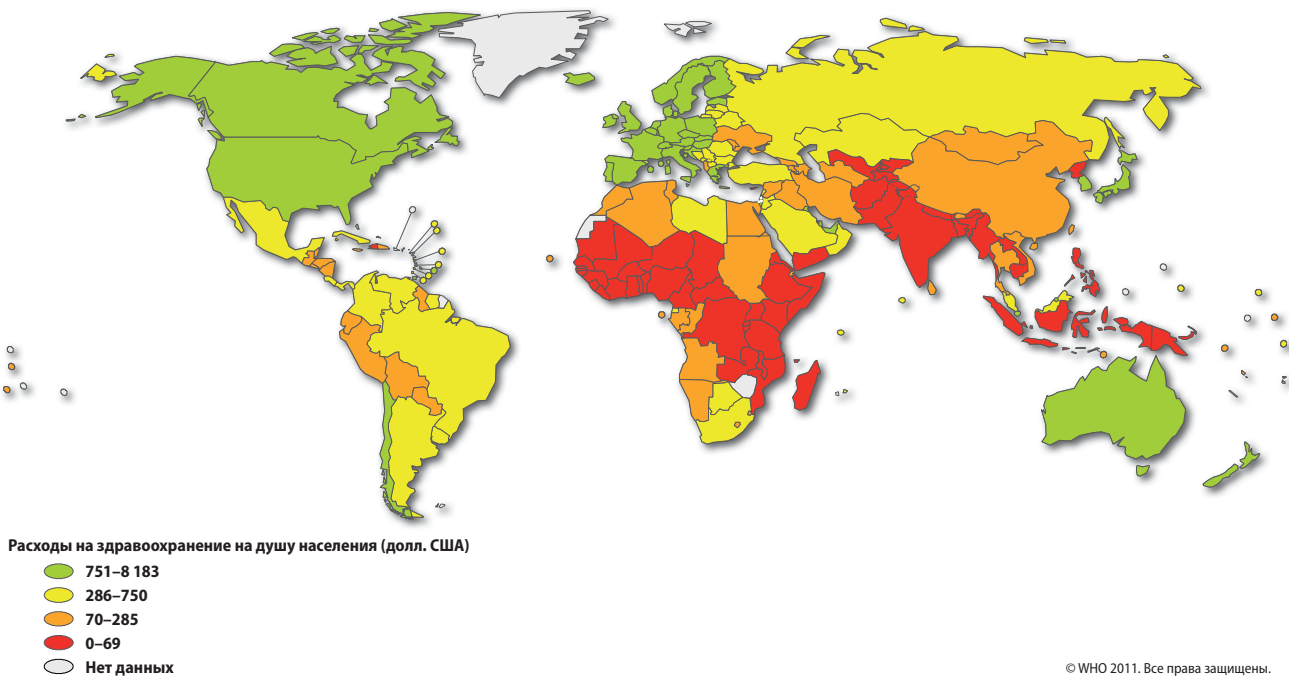
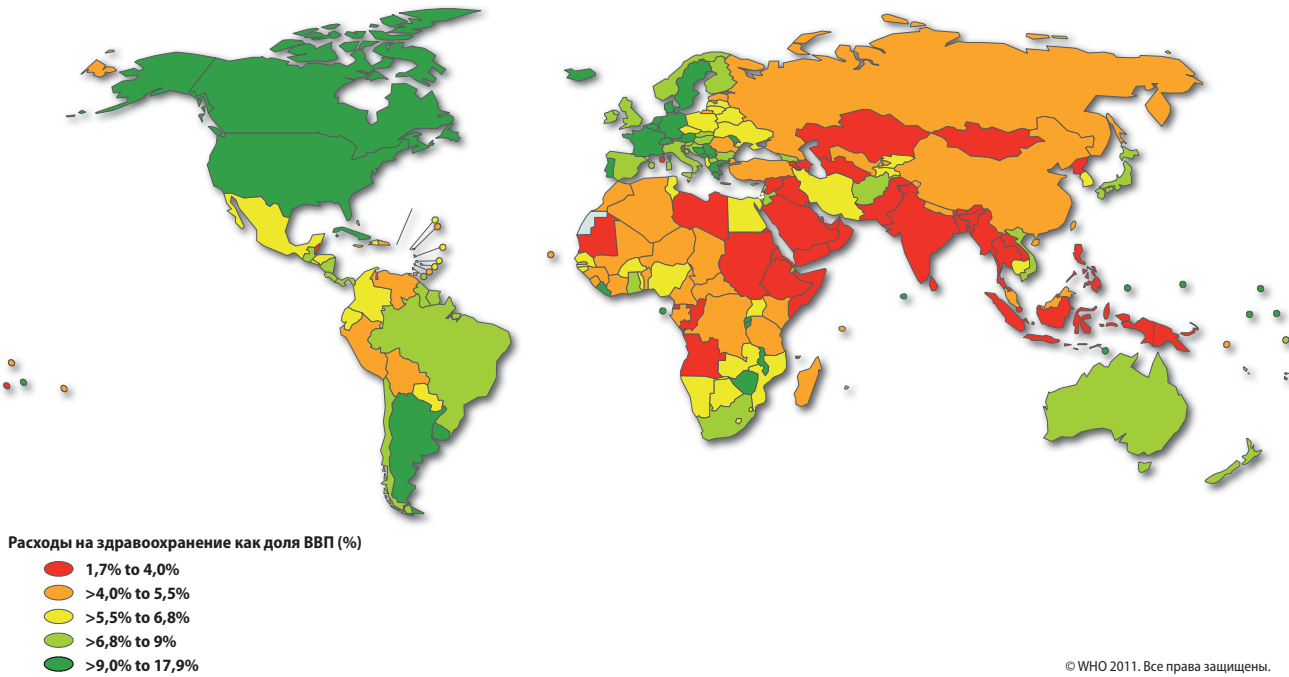


Рисунок 72 Карта мира, показывающая размер расходов на здравоохранение в виде процентной доли валового внутреннего продукта (11, iii).



КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- Основные факторы риска ССЗ относятся не к сектору здравоохранения, а ко многим другим областям.
- Профилактика ССЗ и борьба с ними требуют согласованной политической реакции и межсекторального сотрудничества.

Профилактика ССЗ и борьба с ними: учет интересов здоровья во всех направлениях политики

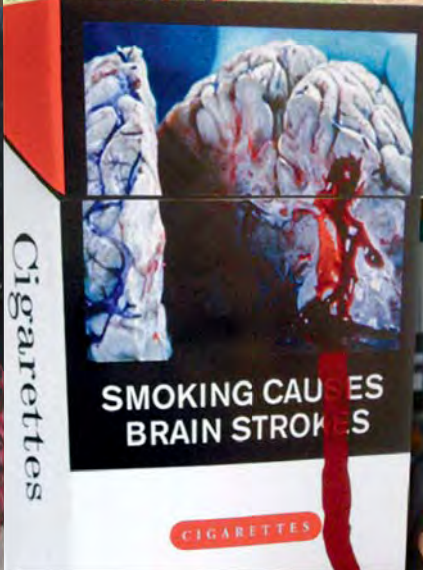
Основные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (употребление табака, нездоровый режим питания и отсутствие физической активности) относятся не к сектору здравоохранения, а ко многим другим областям, включая финансы, образование, транспорт, сельское хозяйство, питание, торговлю, окружающую среду и городское планирование (4, 142, 143). Профилактика ССЗ и борьба с ними требуют согласованной политической реакции во всех этих секторах. Перед министерствами здравоохранения стоит ответственная задача: обеспечить лидерство в регулировании деятельности заинтересованных сторон, у каждой из которых в этих сложных отраслях есть свои интересы, путем определения общих функций по улучшению состояния здоровья, тесно связанных с другими приоритетными задачами развития.

Концепция учета интересов здоровья во всех направлениях политики подчеркивает важную связь между здоровьем и более общими социально-экономическими целями в современном обществе. Этот подход является политическим выбором и сильно зависит от местных условий. Для его осуществления требуются стратегии, направленные на поддержку необходимого государственного управления и внедрение взаимосвязанных политических мероприятий. Данная концепция должна рассматриваться как общая цель различных министерств и использоваться как инновационный подход к межсекторальному взаимодействию.

Несмотря на то, что для улучшения здоровья сердечно-сосудистой системы необходимо осуществление политических мер в разных отраслях, сектор здравоохранения остается жизненно важным для достижения прогресса. Он играет важную

роль в государственном управлении, необходимом для межсекторального взаимодействия. Однако не следует ожидать, что он возглавит деятельность других секторов. Вместо этого сектор здравоохранения должен наладить с ними диалог о том, почему здоровье является совместной целью всего общества, и определить, какую пользу могут получить другие отрасли от предпринятых действий по охране здоровья в свете их собственных приоритетных задач. Важная роль сектора здравоохранения в работе с другими отраслями также состоит в том, чтобы уменьшить различия в подверженности воздействию факторов ССЗ и уязвимости перед этими факторами.

Несмотря на новые данные о влиянии на здоровье плохих жилищных условий, городской застройки, безработицы и низкого уровня образования, системы во всех странах все еще не приспособлены к согласованному внедрению общегосударственных стратегий, совместно разработанных разными отраслями, для решения этих проблем (68, 69, 144). Так как ни одна отдельно взятая отрасль не может самостоятельно обеспечить эффективное реагирование, необходимы новые системы государственного управления для осуществления широкого спектра действий, направленных на защиту сердечно-сосудистого здоровья населения. Незрелость систем и методов государственного управления, необходимых для осуществления согласованных политических мероприятий, является существенным препятствием на пути к успеху. Ответные меры должны учитывать влияние межотраслевых стратегий на здоровье, а также пользу для всех отраслей, которая будет достигнута в результате повышения уровня здоровья населения.



чет интересов здоровья во
сех направлениях политики



26

Профилактика ССЗ и борьба с ними: необходимость национальной стратегии по борьбе с НИЗ

Для профилактики и контроля ССЗ необходимо изменить нездоровое поведение людей, включая употребление табака, неправильное питание, отсутствие физической активности и вредное употребление алкоголя. Эти формы поведения определяются экономическим ростом, глобализацией, урбанизацией, социальными причинами и влиянием корпораций. Медицинская грамотность, индивидуальные усилия и санитарное просвещение, осуществляемое силами медицинских работников, могут сыграть важную роль в формировании образа жизни людей. Однако изменить привычное поведение непросто, и одних этих усилий недостаточно. Очень важно обеспечить благоприятную политическую среду для формирования здорового образа жизни и придания ему устойчивого характера.

Среда, благоприятная для здорового образа жизни, может быть создана, если здоровье людей станет основной целью отраслевой государственной политики в таких секторах, значимых для сохранения здоровья, как транспорт, сельское хозяйство, образование, финансы, социальное обслуживание и торговля. Только такая политическая среда может обеспечить людям возможности и экономически доступные альтернативы выбора в пользу формирования и поддержания здорового образа жизни применительно к рациональному питанию, физической активности, употреблению табака и алкоголя. Национальная политика по борьбе с НИЗ может служить инструментом скоординированных действий, если все заинтересованные министерства, а не только министерство здравоохранения, будут участвовать в процессе развития и совместно возьмут на себя ответственность за реализацию мультисекторальных политических действий. На рис. 73 представлены государства – члены ВОЗ, сообщившие о том, что в них осуществляется политика по борьбе с НИЗ.

Большинство НИЗ имеют длительный инкубационный период и требуют долгосрочных политических мер для достижения перемен. Долгий инкубационный период заболевания открывает окно возможностей для контроля за поведением, а также для коррек-

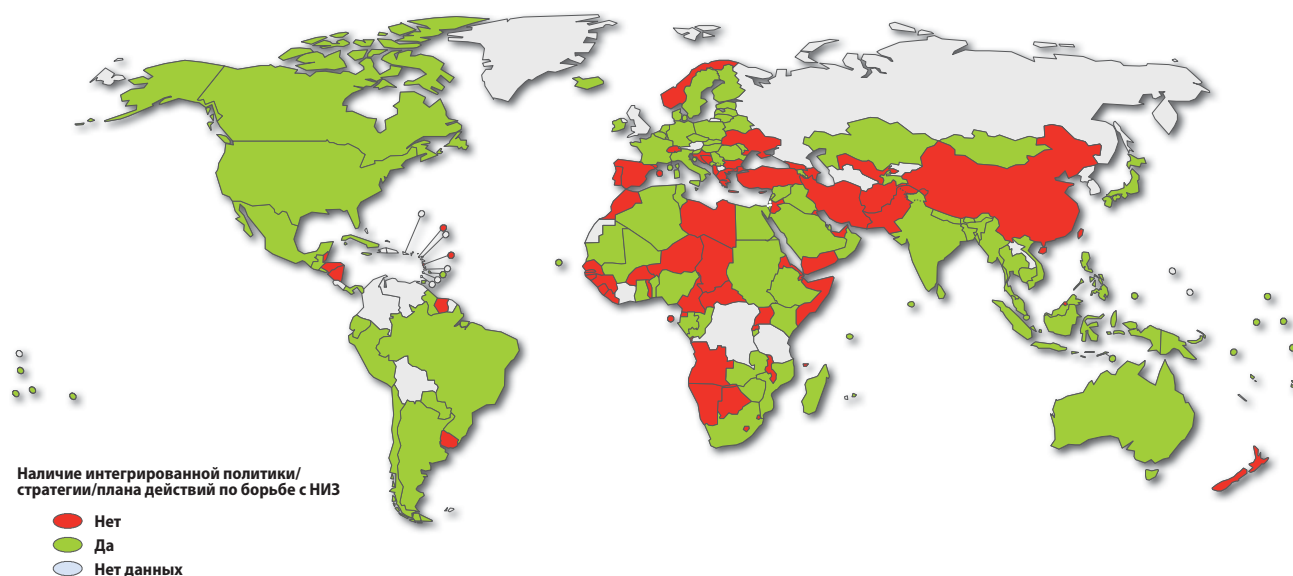
КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- Для профилактики и контроля ССЗ необходимы политические меры со стороны государства, направленные на сохранение общественного здоровья.
- Национальная политика по борьбе с НИЗ позволяет государству осуществлять на макроуровне согласованные и устойчивые действия по отношению к системе здравоохранения и в межсекторальном аспекте, которые являются ключом к профилактике и контролю НИЗ, включая ССЗ.
- Необходимо привлечь все заинтересованные стороны к мониторингу и оценке межсекторальных действий, направленных на профилактику ССЗ.

ции метаболических факторов риска НИЗ (таких как ожирение, повышение уровня сахара в крови, артериальная гипертензия, гиперлипидемия), позволяя, таким образом, предотвращать осложнения ССЗ (такие как инфаркты, инсульты, сердечная недостаточность, болезни почек). Системы здравоохранения должны стимулировать, координировать и последовательно интегрировать политические меры в других областях, связанных со здоровьем, для создания благоприятной среды, позволяющей людям сделать выбора в пользу здорового образа жизни и придать этому выбору устойчивый характер (4, 6, 68, 142–144). Такие стратегии также являются неотъемлемой частью мер, содействующих отказу от употребления табака и алкоголя, здоровому питанию и регулярной физической активности с целью уменьшения факторов риска для всего населения. Взаимодополняющие политические меры в области медико-санитарной помощи должны быть нацелены на раннее выявление и ведение факторов риска и заболеваний на этапе первичной медицинской помощи. Одним из ключевых целей государственной рамочной стратегии в отношении НИЗ должно быть уменьшение несправедливых социальных градиентов, связанных с НИЗ и их факторами риска (68, 69). В связи с этим сравнение воздействия всех стратегий по борьбе с НИЗ на зажиточные и обездоленные группы населения может помочь выявить области государственной политики, требующие более пристального внимания, в аспекте социальных градиентов.

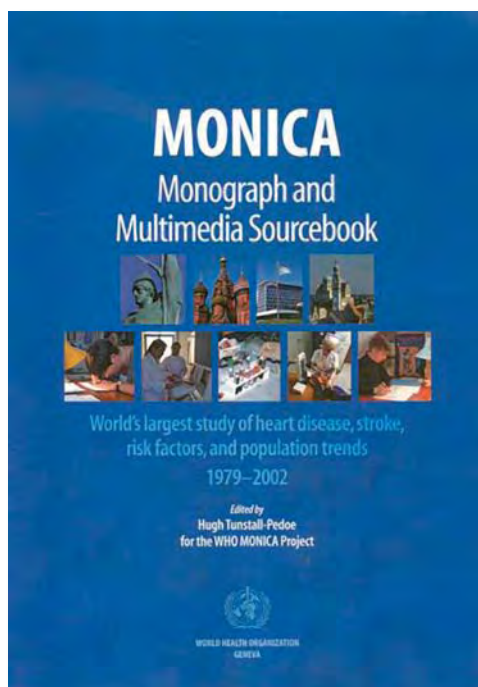
Политические меры и стратегии, содействующие контролю за употреблением табака, здоровому питанию, физической активности и предотвращению вредного употребления алкоголя играют важную роль в профилактике и контроле НИЗ и требуют усилий со стороны всех заинтересованных сторон (4, 6, 26, 29, 41, 43). Разработка политики и планирование во всех аспектах профилактики и контроля НИЗ должны быть всеобъемлющими и охватывать широкий диапазон заинтересованных сторон, включая гражданское общество, неправительственные организации и частный сектор.

Рисунок 73 Карта мира, на которой представлены государства – члены ВОЗ, сообщившие об осуществлении политических мер по борьбе с НИЗ (б).



© WHO 2011. Все права защищены.

Делается то, что можно измерить.



27

Стратегии и политические меры по борьбе против табака

Чтобы противостоять глобальной угрозе растущей табачной эпидемии, государства – члены ВОЗ приняли «Рамочную конвенцию по борьбе против табака» (РКБТ ВОЗ), которую ратифицировали более 170 стран, представляющих около 90% населения Земного шара (145–147). В докладах Сторон отмечается значительный прогресс во всем мире, а также серьезные достижения стран и Конференции Сторон. Страны могут извлечь выгоду из значительного прогресса во внедрении РКБТ ВОЗ и воспользоваться созданным благодаря этому договору импульсом поступательного движения в области борьбы против табака для дальнейшего продвижения его применения.

Согласно новым предварительным данным, суммарные затраты на осуществление мер по борьбе против табака, содействующих снижению спроса на него, составят от 0,10 до 0,23 долл. США на 1 чел. в год в странах с низким доходом и доходом ниже среднего и от 0,11 до 0,72 долл. США на 1 чел. в год в странах с уровнем дохода выше среднего. Значительная часть этих затрат приходится на образовательные кампании в СМИ, тогда как сами меры (например, увеличение налогов, создание в помещениях среды, полностью свободной от табачного дыма, предупреждения о вреде для здоровья, запрет на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных компаний) обходятся недорого (6, 145, 148, 149).

Опыт ряда стран показывает, что меры РКБТ ВОЗ, направленные на снижение спроса на табак, могут быть осуществлены в короткий срок при весьма умеренных затратах. Расширение масштабов применения РКБТ ВОЗ вполне осуществимо и принесет огромную пользу для здоровья, а также социальную и экономическую выгоду (25, 78, 150–157).

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- У политических мер по борьбе против табака наилучшее соотношение «цена – качество».
- Конкретные меры по уменьшению спроса на табак можно внедрить в короткое время.
- Для ускорения прогресса в борьбе против табака необходимы активная роль государств, политическая решимость, экономически эффективные механизмы государственного управления, а также инвестиции.

Многие страны успешно применили следующие статьи РКБТ ВОЗ:

- Статья 6. Ценовые и налоговые меры по сокращению спроса на табак (рис. 74);
- Статья 8. Введение полного запрета на курение в производственных и конторских помещениях, в общественных местах и на транспорте;
- Статьи 11 и 12. Просвещение населения об опасности употребления табака;
- Статья 13. Запрет рекламы, распространения и спонсорства табачной продукции;
- Статья 5.2. Создание сильных государственных программ по борьбе против табака в качестве механизма, позволяющего государству играть ведущую роль в этой сфере;
- Статья 5.3. Защита стратегий общественного здравоохранения от коммерческих и других корпоративных интересов табачной индустрии.

В последнее время табачная промышленность стала уделять особое внимание странам с низким и средним уровнем дохода (СНСУД), делая особый акцент на рекламе и сбыте продукции среди молодежи и женщин. Это привело к росту потребления табака среди молодежи (рис. 75) и женщин. Сфера и масштабы деятельности табачной индустрии, если их не контролировать, способны свести на нет большинство достижений здравоохранения за последние 20 лет во многих СНСУД.

Рисунок 74 Карта мира, на которой показано налогообложение табачной продукции в разных странах (налог представлен в виде процента от цены самых продаваемых брендов табачных изделий) (11).

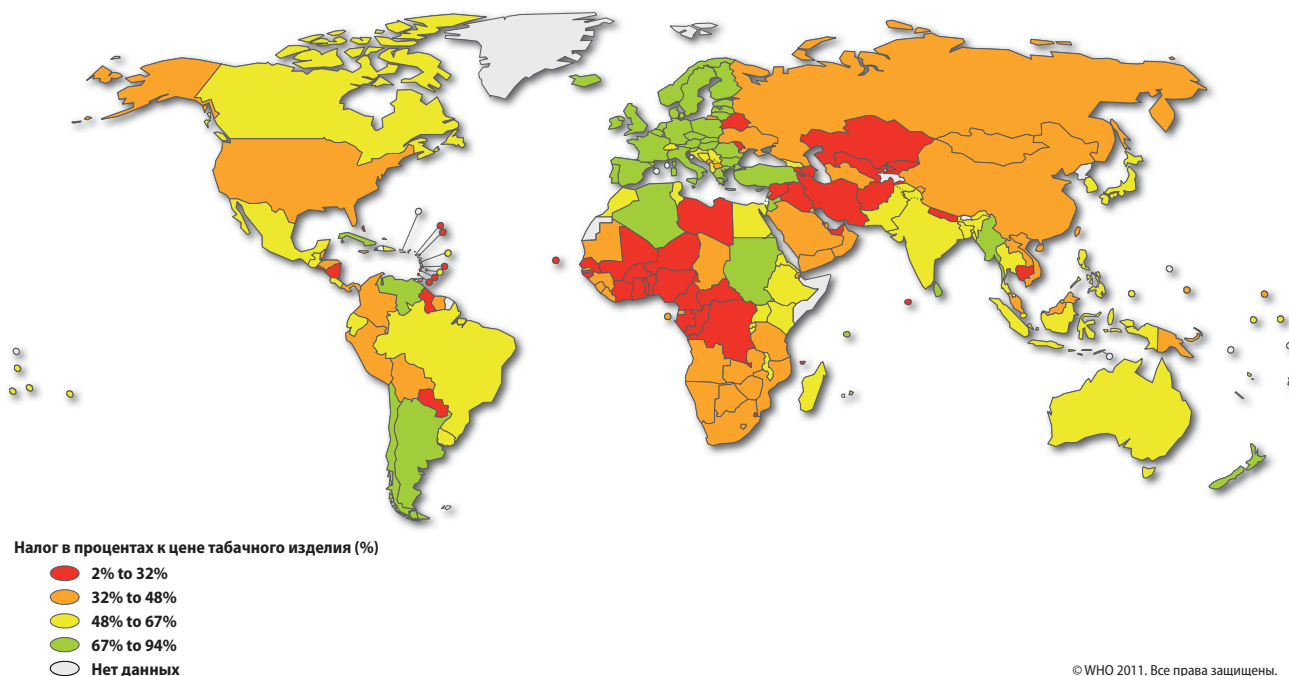
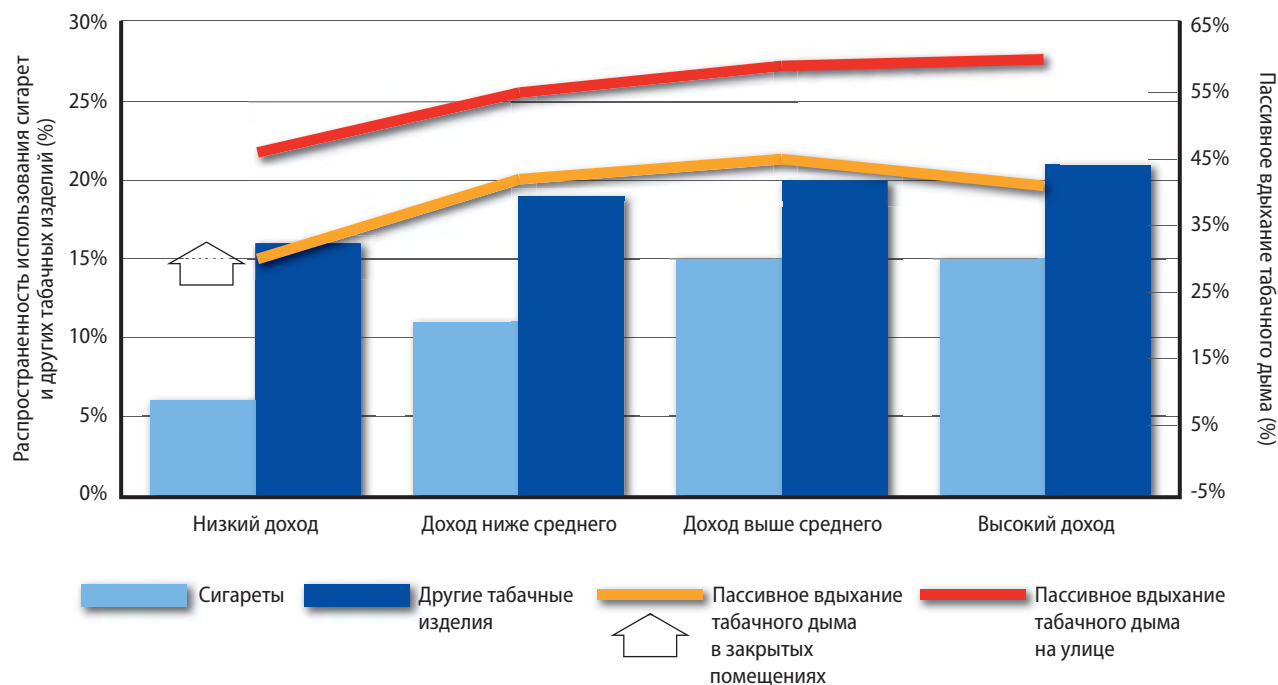


Рисунок 75 Распространенность употребления табака среди молодежи (13-15-летних мальчиков и девочек) на момент обследования в странах с различным уровнем дохода (по классификации Всемирного банка) и подверженность пассивному вдыханию табачного дыма (в помещениях и на улице) (11).



28

Стратегии и политические меры, направленные на популяризацию здорового питания

В ответ на глобальные проблемы питания 63-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения поручила ВОЗ разработать всеобъемлющий план осуществления деятельности в области питания матерей, а также детей грудного и раннего возраста, который бы ускорил внедрение политических мер и программ в сфере пищевых продуктов и питания в странах мира (158). В дополнение к этому, чтобы воспрепятствовать широкой рекламе и другим формам продовольственного маркетинга, ориентированного на детей, на 63-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения был одобрен свод рекомендаций по маркетингу пищевых продуктов и безалкогольных напитков, ориентированному на детей (81). Этот документ призывает предпринять действия на государственном и международном уровне для уменьшения влияния на детей маркетинга пищевых продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров, транс-жирных кислот, сахара или соли.

Максимальная польза от подхода к улучшению питания в течение всей жизни будет достигнута путем целенаправленных мероприятий для детей старшего возраста и подростков (80, 159–163). Есть данные о том, что плохое питание во время беременности и в раннем детском возрасте способствует предрасположенности к неинфекционным заболеваниям в более старшем возрасте (72–74). Телевизионная реклама влечет за собой повышенное потребление закусок, напитков с высоким содержанием сахара, продуктов, бедных питательными веществами, а также ведет к росту потребления калорий. На рис. 76 и 77 показано содержание транс-жирных кислот в процентном отношении к общему содержанию жира в продуктах быстрого питания, продаваемых в некоторых странах. Улучшение питания детей младшего возраста и новорожденных и ограничение ориентированного на детей маркетинга пищевых продуктов и безалкогольных напитков с высоким содержанием соли, жиров или сахара – экономически эффективные мероприятия по уменьшению риска ССЗ и других НИЗ. На рис. 78 показаны страны, в которых приняты регулятивные меры по уменьшению количества транс-жирных кислот в продуктах питания.

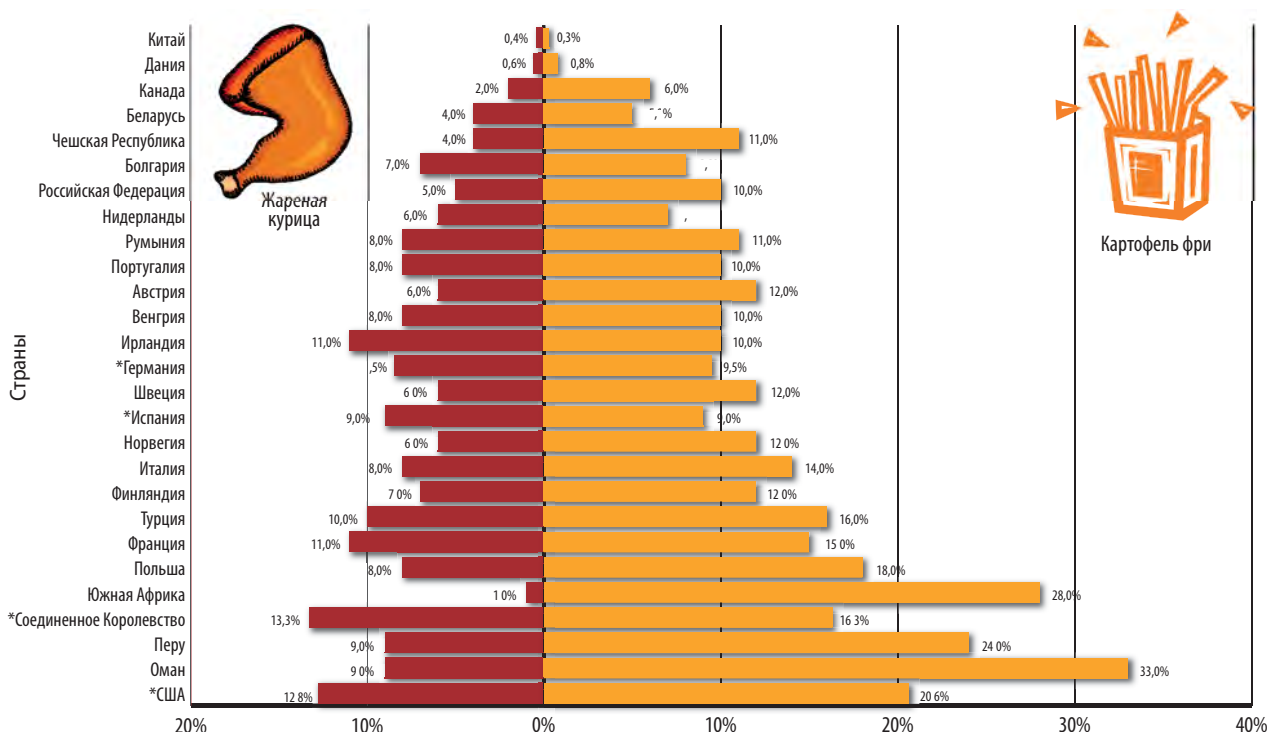
КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- Уменьшение содержания насыщенных и транс-жирных кислот, снижение содержания соли в продуктах питания, произведенных промышленным путем, ограничение рекламы еды и безалкогольных напитков для детей и увеличение доступности фруктов и овощей – таковы меры вмешательства, которые могут сыграть важную роль в профилактике ССЗ.
- Чтобы ускорить снижение частоты НИЗ/ССЗ, связанных с рационом питания, необходимы ведущая роль органов государственной власти, политическая приверженность, экономически эффективные механизмы государственного управления и надлежащие инвестиции.

Имеющиеся данные позволяют предположить, что многосторонние стратегии воздействия обладают потенциалом для более значительных приобретений в области здоровья, чем индивидуальные меры вмешательства, и часто они более экономичны. Кроме того, сочетание действий на общенациональном и местном уровнях в различных отраслях благоприятствует осуществлению политики в области продовольствия и питания. Они включают в себя охрану здоровья матери на работе, совершенствование практической деятельности в семье и общине, улучшение знаний и навыков медицинского персонала, стратегии коммуникации и информации, этикетирование пищевых продуктов с целью помочь покупателям сделать правильный выбор и улучшение питания в школах в сочетании с образовательной деятельностью и мероприятиями на рабочих местах (3, 25, 80, 151–163).

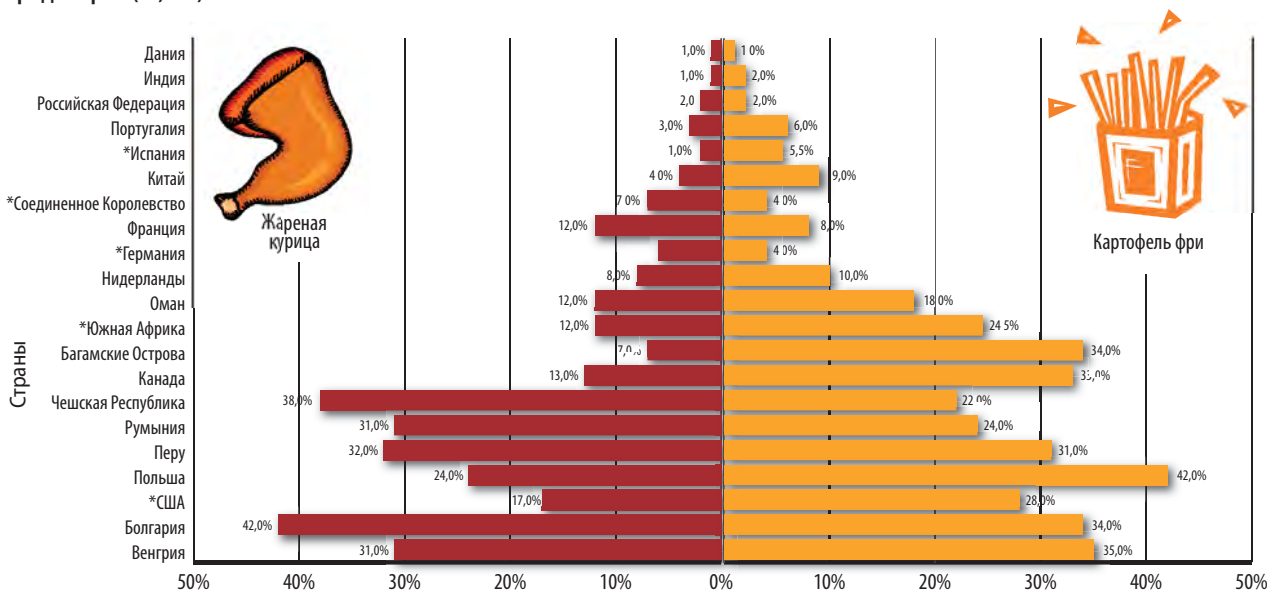
На рис. 79 показаны уровень потребления соли на душу населения и избыточное потребление соли в некоторых странах. ВОЗ установила глобальный целевой показатель максимального уровня потребления соли для взрослых, составляющий 5 г в день (т. е. 2 000 мг натрия в день) или ниже, если это определено государственными целевыми показателями (43, 49, 50, 159). Страны с высоким уровнем дохода принимают меры по сокращению потребления соли путем уменьшения ее количества в пищевых продуктах, подвергшихся технологической обработке (45). В сельских районах СМСУД, где большинство соли, потребляемой в пищу, добавляется при приготовлении блюд или потребляется с соусами и пищевыми добавками, необходимо проведение государственной кампании по санитарному просвещению, которая бы побуждала людей потреблять меньше соли. В городских районах СМСУД растет потребление продуктов питания, подвергшихся технологической обработке, и полуфабрикатов. В этих районах для уменьшения потребления натрия населением необходим комплекс мер с участием пищевой промышленности, включающий в себя уменьшение количества соли, добавляемой в производимые пищевые продукты, этикетирование продукции и просветительскую работу с покупателями.

Рисунок 76 Содержание транс-жирных кислот в процентах к общему содержанию жира в пищевых продуктах (жареной курице и чипсах), продаваемых одной из международных сетей предприятий общественного питания, в ряде стран (xii, xiii)



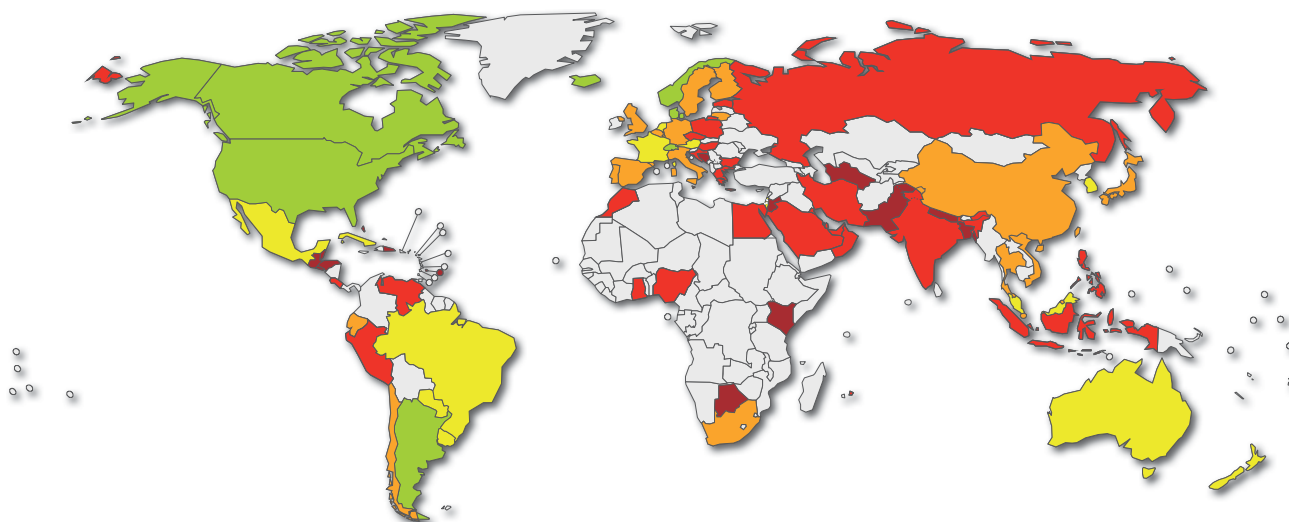
* Испания: среднее по Малаге и Барселоне; Соединенное Королевство: среднее по Глазго, Абердину и Лондону; Германия: среднее по Гамбургу и Висбадену; США: среднее по Нью-Йорку, Чикаго, Бостону, Атланте и Филадельфии; Южная Африка: Йоханнесбург.

Рисунок 77 Содержание транс-жирных кислот в процентах к общему содержанию жира в пищевых продуктах (жареная курица и чипсы), продаваемых международной сетью предприятий общественного питания, представленной на рис. 76, в ряде стран (xii, xiii).



* Испания: среднее по Малаге и Барселоне; Соединенное Королевство: среднее по Глазго, Абердину и Лондону; Германия: среднее по Гамбургу и Висбадену; США: среднее по Нью-Йорку, Чикаго, Бостону, Атланте и Филадельфии; Южная Африка: среднее по Йоханнесбургу и Дурбану.

Рисунок 78 Карта мира, на которой показаны страны, в которых приняты регулятивные меры по предотвращению потребления транс-жирных кислот (xiii–xxvii).



Степень регулирования содержания транс-жирных кислот в продуктах питания

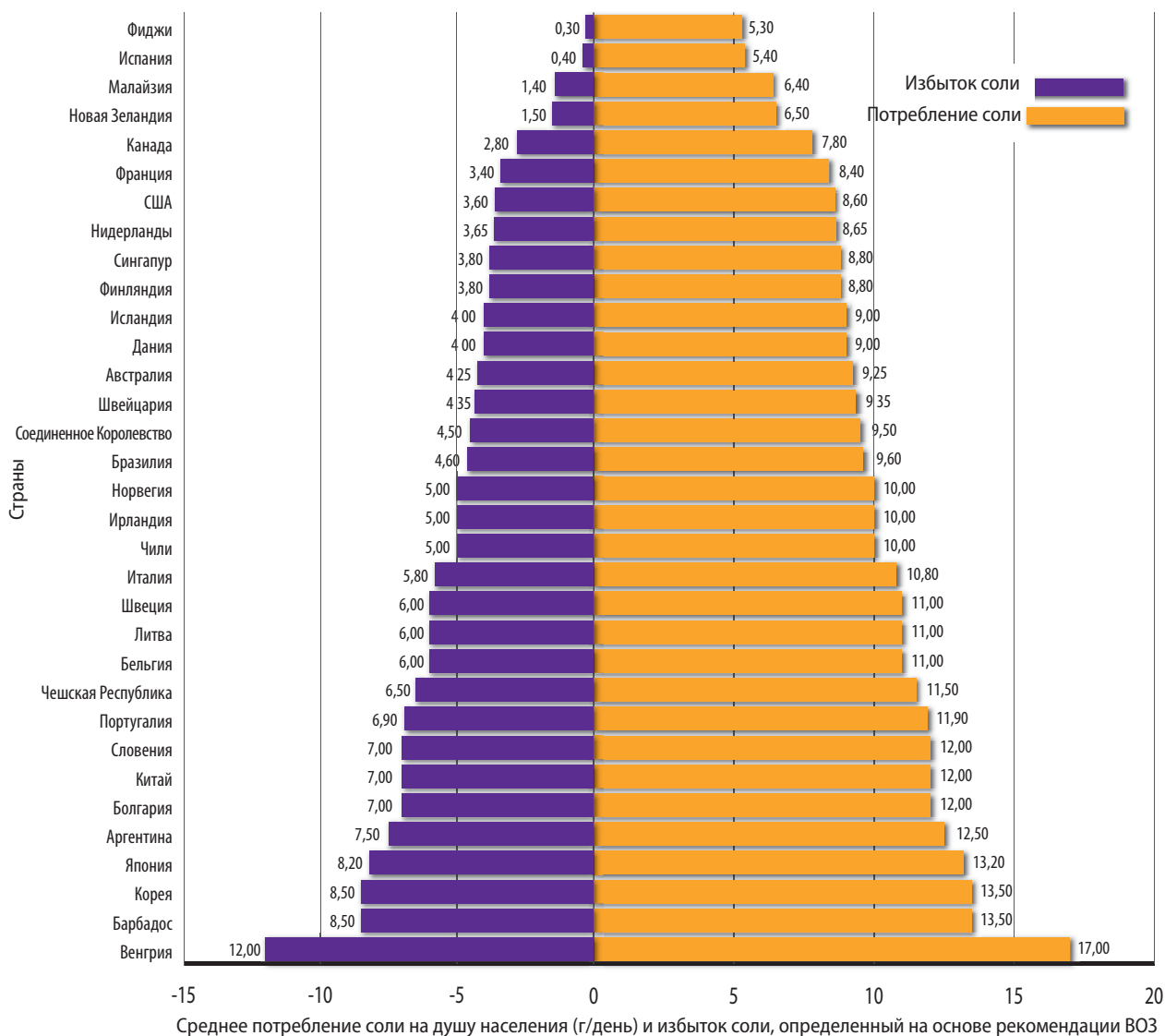
- Частично запрещены; предусмотрено обязательное указание на этикетке
- Не запрещены, но предусмотрено обязательное указание их содержания на этикетке
- Не запрещены, и не предусмотрено обязательное указание их содержания на этикетке (добровольное этикетирование)
- Процесс осуществления мер не завершен
- Отсутствует политика в отношении транс-жирных кислот
- Нет данных

© WHO 2011. Все права защищены.

Здоровое питание способствует улучшению состояния здоровья



Рисунок 79 Потребление соли на душу населения и избыточное потребление соли в некоторых странах (xxvii–xxx).



Рекомендация ВОЗ: 5 г/чел./день

Стратегии и политические меры, направленные на популяризацию физической активности

Физическая активность играет существенную роль в профилактике и контроле ССЗ и в решении проблем избыточной массы тела и ожирения (рис. 80–82). С повышением уровня физической активности населения связано много проблем и вызовов, и для их преодоления необходимо межсекторальное взаимодействие. Сферы деятельности, на которые должна быть направлена пропаганда физической активности, включают в себя: (i) программы на базе школ; (ii) транспортную политику, поощряющую передвижение пешком и на велосипеде; (iii) проектирование городской застройки; (iv) первичную медико-санитарную помощь; (v) повышение осведомленности общества и СМИ; (vi) программы на уровне общин; и (vii) спортивные организации/программы. Эффективный подход требует одновременного применения нескольких стратегий, поэтому чрезвычайно важным является участие секторов и руководителей, связанных с каждой из этих областей деятельности. Во многих странах первым шагом было проведение информационных кампаний в этих секторах о том, как осуществляемые в них стратегии и практические действия влияют на здоровье населения.

Лучшим средством обеспечения достаточного уровня физической активности, включая такие виды умеренной физической нагрузки, как ежедневные пешие прогулки и использование велосипеда как средства транспорта, является создание благоприятной внешней среды. Таким образом, повышение физической активности – это не только индивидуальная, но и

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- **Благоприятная внешняя среда способствует регулярной физической активности.**
- **На уровень физической активности влияют политика и практика во многих секторах, включая транспорт, спорт, образование, охрану окружающей среды, городская застройка и СМИ.**
- **Необходимо привлекать все заинтересованные стороны к решению проблемы низкой физической активности населения.**

общественная задача, требующая общепопуляционного, межсекторального, междисциплинарного и культурно-специфичного подхода (163, 164). В городских условиях изменяющаяся окружающая среда оставляет все меньше возможностей для физической активности населения. К тому же горожане чаще имеют сидячую работу, пользуются автомобильным транспортом и реже выбирают физически активный досуг.

Глобальный план действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (2008 г.) призывает государства – члены содействовать физической активности населения путем осуществления мероприятий в школах и обеспечения физической среды, способствующей безопасному активному передвижению, безопасному использованию транспорта и созданию пространства для активного отдыха (3).

Все имеющиеся данные об изменении навыков физической активности населения показывают, что создание благоприятной окружающей среды, предоставление необходимой информации и обеспечение широкой доступности активного образа жизни необходимы для оказания воздействия на изменение поведения, независимо от местных условий.

Рисунок 80 Доля детей в возрасте 11 лет, страдающих избыточной массой тела или ожирением, в некоторых европейских странах, США и Канаде (xxx).

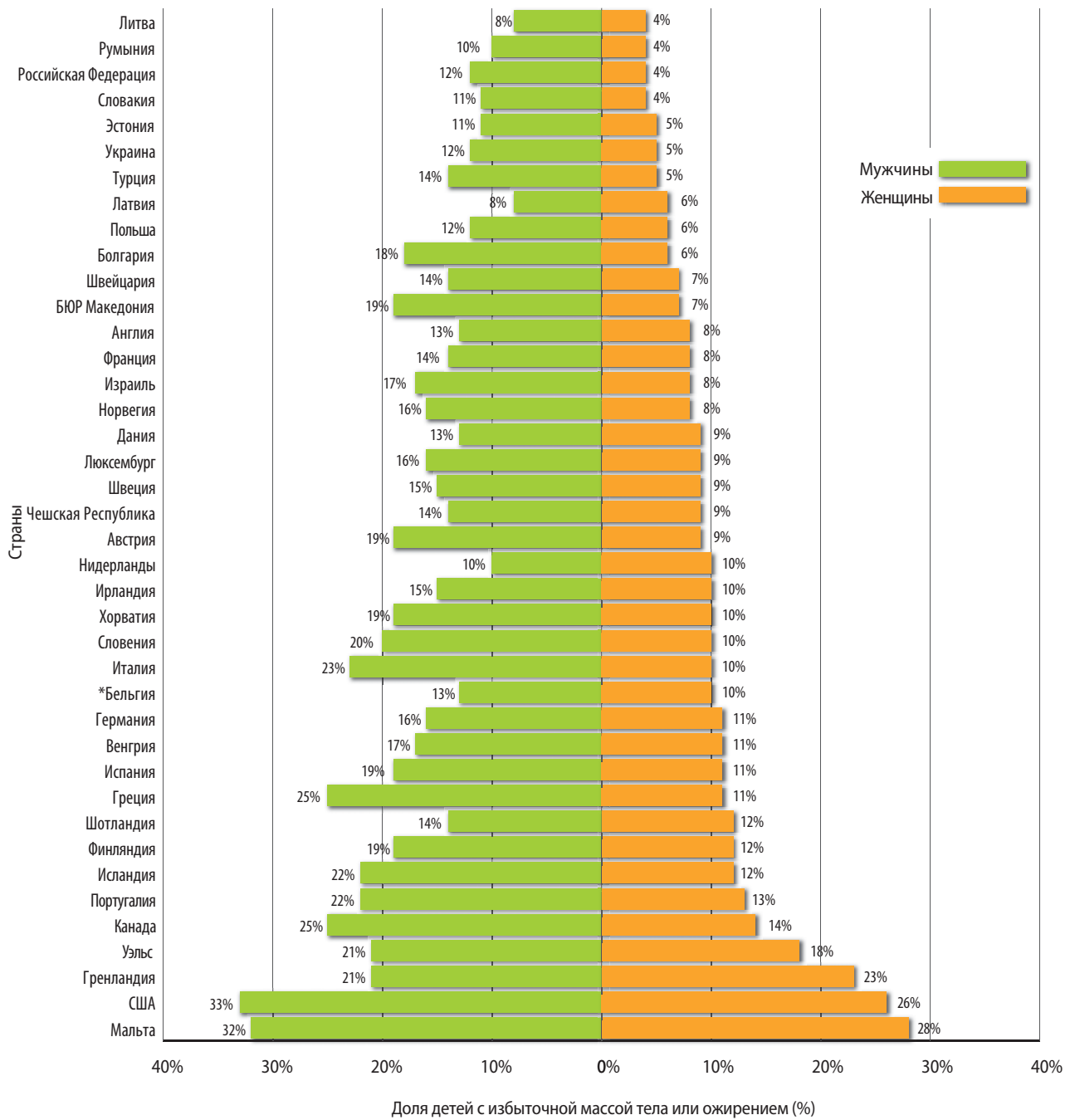


Рисунок 81 Доля детей в возрасте 13 лет, страдающих избыточной массой тела или ожирением, в некоторых европейских странах, США и Канаде (xxx1).

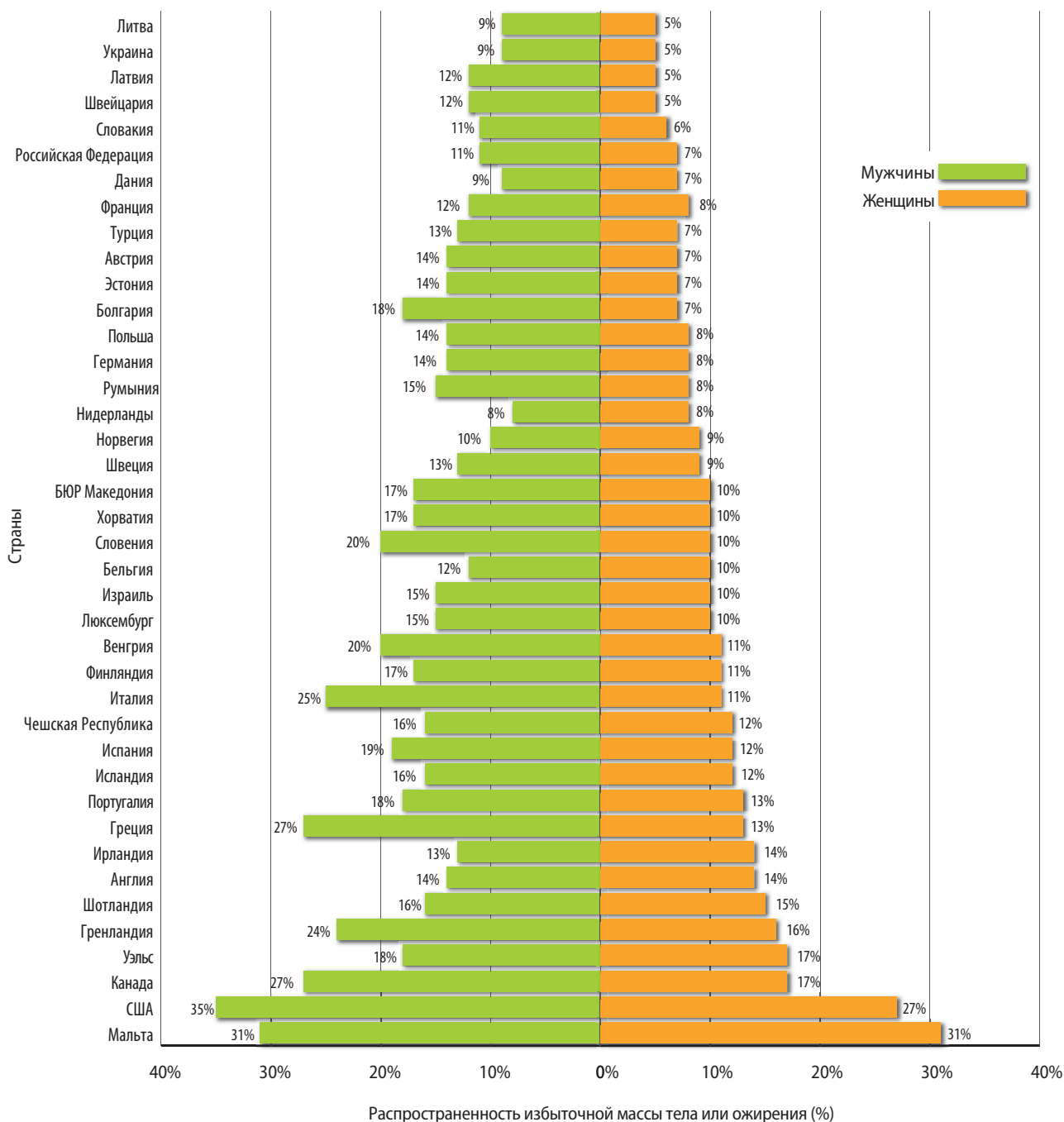
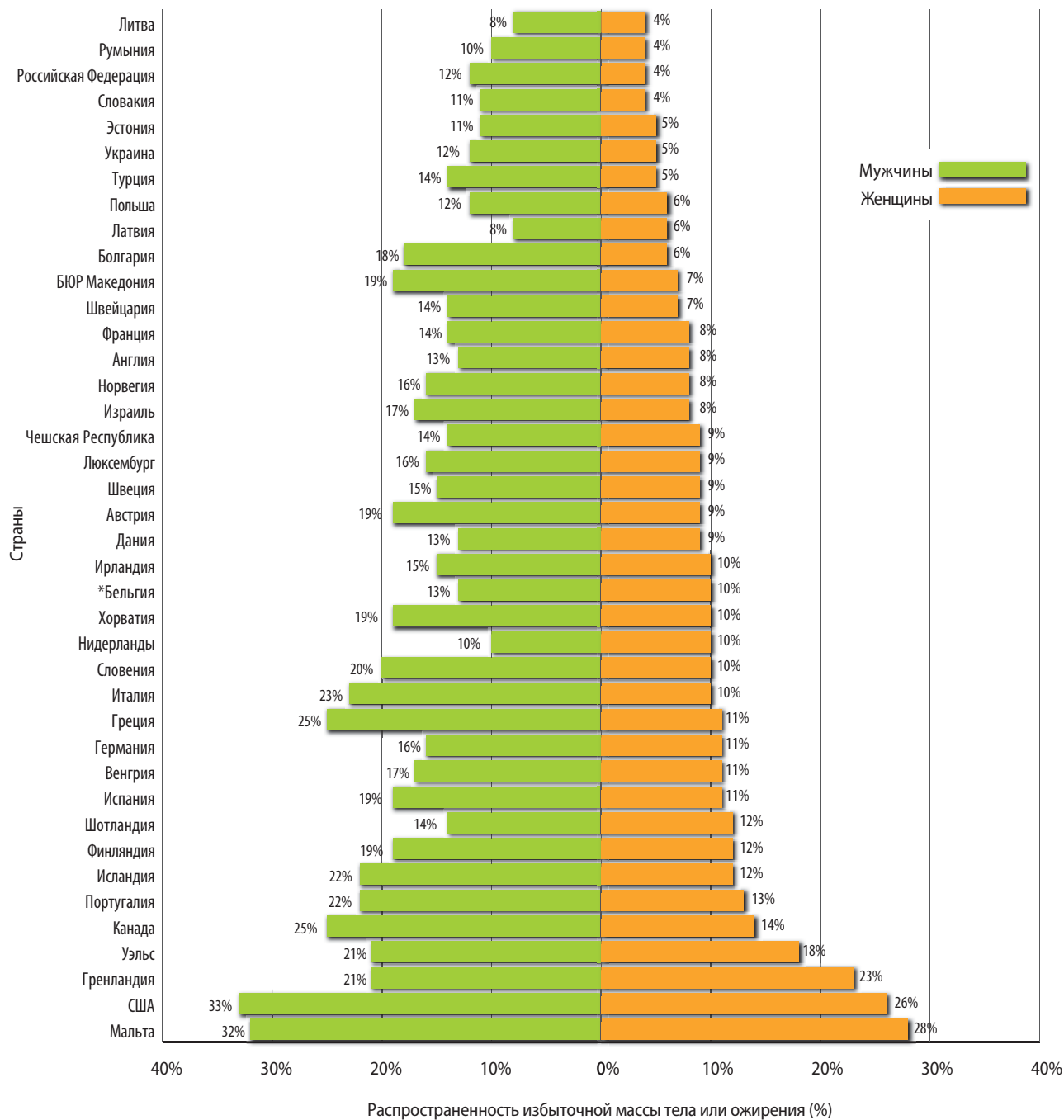


Рисунок 82 Доля детей в возрасте 15 лет, страдающих избыточной массой тела или ожирением, в ряде европейских стран, США и Канаде (xxxj).





Стратегии и политические меры по борьбе с вредным употреблением алкоголя

Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя, одобренная Всемирной ассамблеей здравоохранения (BA3) в мае 2010 г., и резолюции BA3 WHA 61.4, WHA 63.13 (79) и WHA58.26 (165), а также региональные и субрегиональные стратегии и планы действий обеспечивают необходимые политические и практические рамки для осуществления мероприятий по ограничению вредного употребления алкоголя. Уменьшение вреда, связанного с употреблением алкоголя, предполагает ряд эффективных мер, принимаемых на всех уровнях, включая общепопуляционные мероприятия и надлежащие меры реагирования со стороны служб здравоохранения, такие как раннее выявление лиц входящих в группы риска и осуществление последующих мероприятий (166–169). На рис. 83 и 84 показана распространенность употребления алкоголя школьниками в возрасте 13–15 лет в некоторых странах. Особого внимания заслуживает проблема предотвращения потребления алкоголя детьми.

Наиболее результативными в предотвращении вредного употребления алкоголя являются следующие стратегии и мероприятия:

- повышение акцизного сбора с алкогольных напитков;
- регулирование физической доступности алкогольных напитков, включая ограничение минимального возраста продажи алкоголя, уменьшение количества, плотности расположения и времени работы торговых точек по продаже алкоголя, система лицензирования, ориентированная на сохранение общественного здоровья, государственная монополия на розничную торговлю;
- меры по борьбе с управлением транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения, такие как ограничение допустимых пределов концентрации алкоголя в крови и «ноль промилле» для молодых водителей,

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- **Борьба с вредным употреблением алкоголя – один из основных компонентов профилактики и контроля НИЗ/ССЗ.**
- **Существуют экономически эффективные мероприятия с хорошим соотношением «цена–качество» для борьбы с вредным употреблением алкоголя.**
- **К числу мероприятий с хорошим соотношением «цена–качество» относятся: повышение акцизных сборов с алкогольных напитков, уменьшение доступа к алкогольным напиткам, всеобъемлющие ограничения и запреты на рекламу и пропаганду алкогольных напитков.**

рандомизированное проведение дыхательных тестов для водителей и пункты досмотра на трезвость;

- включение в законодательство всеобщих ограничений и запретов на рекламу и пропаганду алкогольных напитков;
- лечение алкоголизма и срочные вмешательства в случае употребления некачественного алкоголя и причинения вреда в состоянии алкогольного опьянения.

Самое сложное при воплощении в жизнь этих эффективных стратегий – обеспечить мобилизацию политической воли и необходимых ресурсов для устойчивого осуществления мультисекторальных мероприятий с тем, чтобы обеспечить необходимые ресурсы и создать механизмы надлежащего мониторинга и оценки.

Французский закон о политике в области употребления алкоголя и табака (так называемый «Закон Эвена» (La Loi Évin), оригинальное название: Loi n°91–32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme) представляет собой пример ограничений на рекламу и маркетинг алкоголя (170). Эта стратегия запрещает рекламу всех алкогольных напитков, содержащих более 1,2% алкоголя на объем, по телевидению или в кинотеатрах, а также запрещает алкогольным компаниям быть спонсорами спортивных и культурных мероприятий. «Закон Эвена» также запрещает целенаправленное воздействие на молодежь и контролирует содержание рекламы алкоголя. Текст и изображения в подобной рекламе должны содержать только информацию о свойствах рекламируемых продуктов, а в каждой рекламе должно присутствовать предупреждение о вреде для здоровья. В 2008 г. этот закон был расширен и стал применяться к рекламе алкоголя в Интернете, газетах и журналах. В настоящее время реклама алкоголя разрешена только в печатных изданиях для взрослых, на рекламных щитах, по радиоканалам (с определенными ограничениями) и на некоторых специальных мероприятиях и в некоторых местах. Предусмотрены значительные денежные штрафы в случае нарушения этого закона, которые обеспечивают его исполнение.

Рисунок 83 Доля школьников в возрасте 13-15 лет, употреблявших алкоголь за последние 30 дней, в некоторых странах с низким и средним уровнем дохода (41, xxxii).

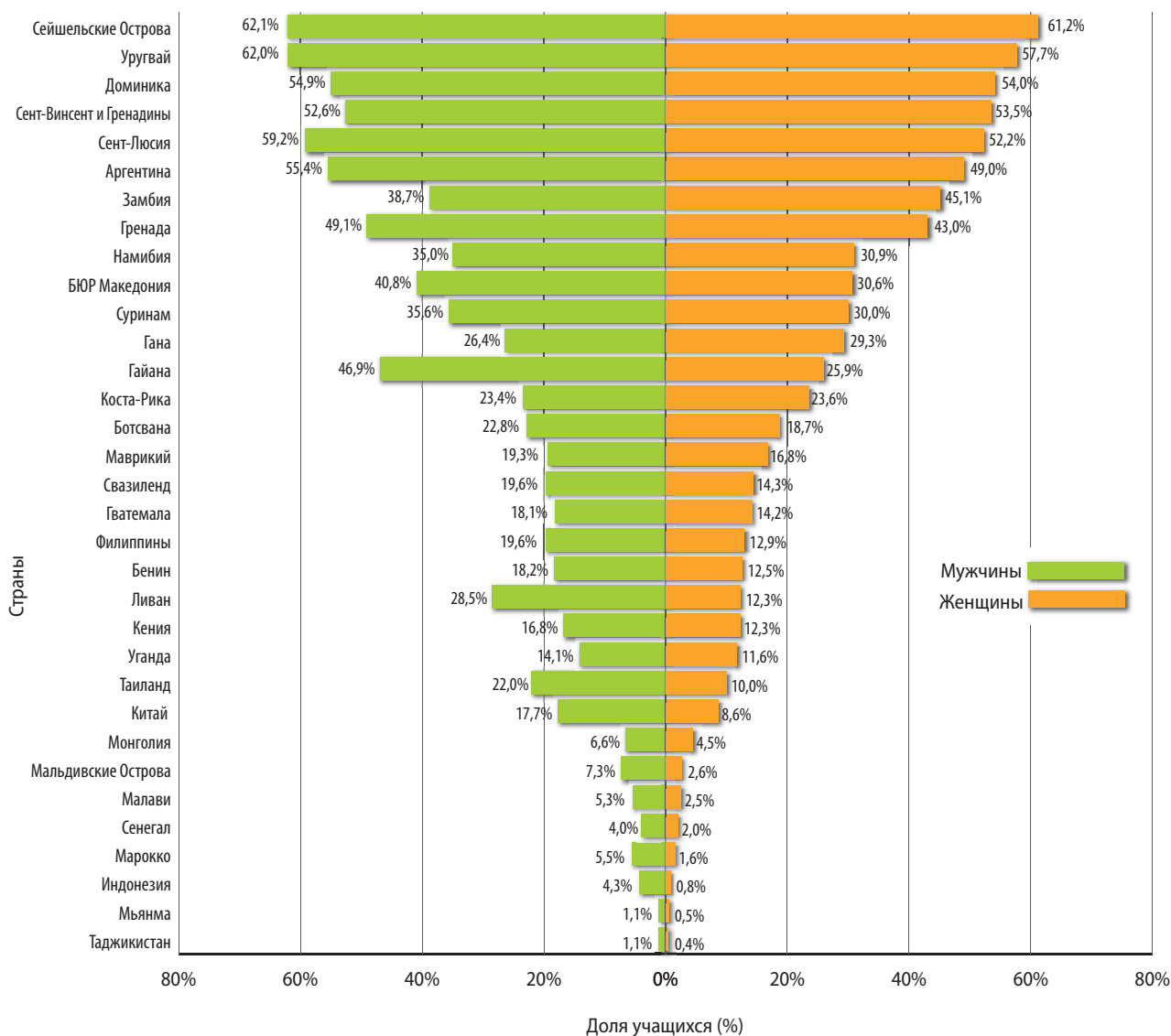
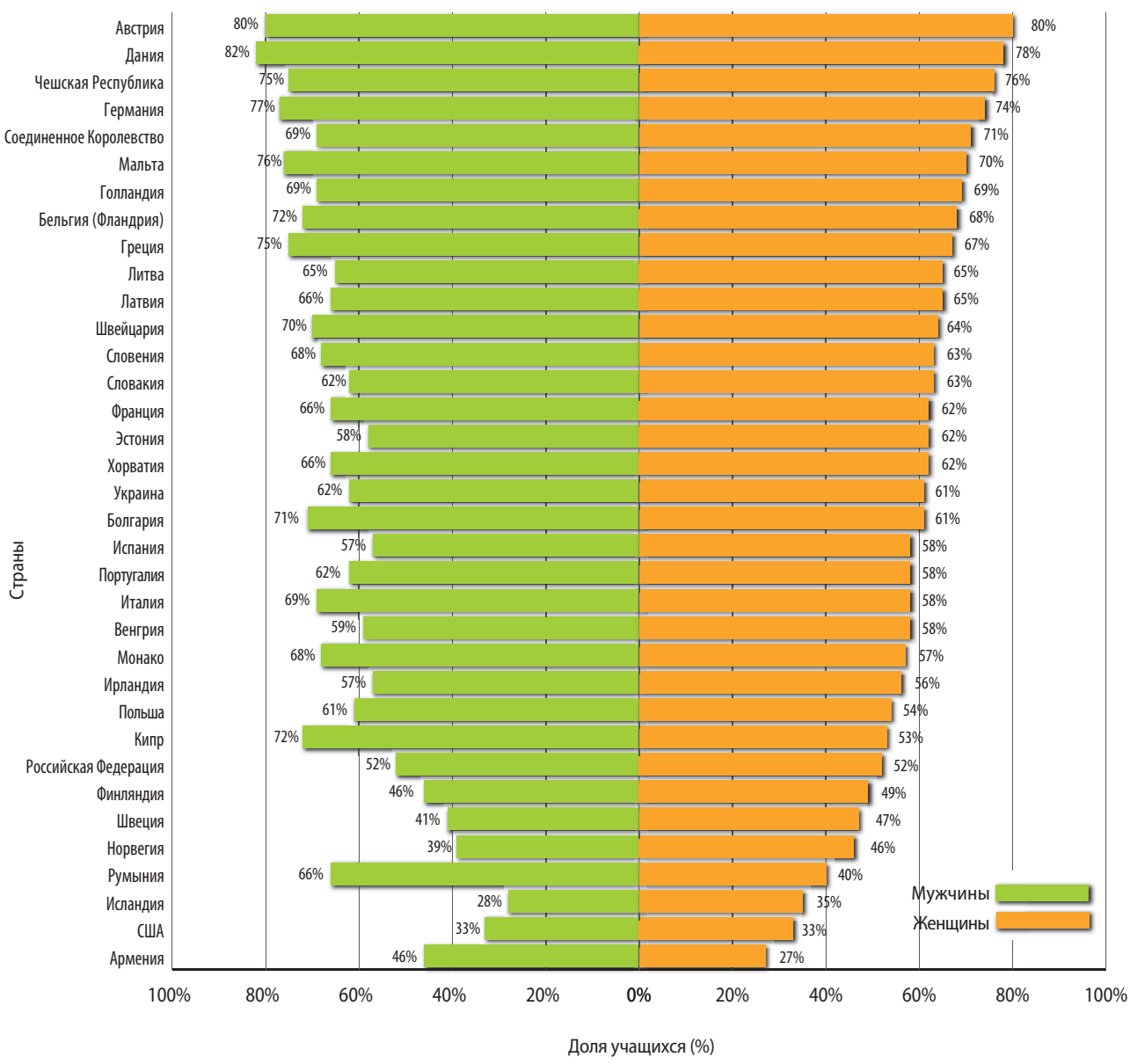


Рисунок 84 Доля школьников в возрасте 15–16 лет, употреблявших алкоголь за последние 30 дней, в 34 странах Европы и США (41, xxxii).



Ожирение и употребление табака наносят вред здоровью



Регулярная физическая активность (например, пешие прогулки) укрепляют здоровье



31

Индивидуальные меры для профилактики ССЗ и борьбы с ними

Для борьбы с начинающейся эпидемией ССЗ должны быть одновременно приняты меры по снижению сердечно-сосудистого риска как на уровне всего населения, так и на уровне отдельных лиц, входящих в группу высокого риска (рис. 85–88). Эффективные индивидуальные меры вмешательства, разработанные и внедренные за последние два десятилетия, делятся на три категории (4, 6, 171–175). К первой из них относятся вмешательства при острых состояниях, которые в идеале должны предоставляться в отделениях кардиореанимации, нейрореанимации или интенсивной терапии. Вторая категория мер вмешательства, в которую входит, в частности, операция коронарного шунтирования, предназначена для борьбы с клиническими проявлениями и осложнениями поздних стадий заболеваний. Обе они требуют специализированного медицинского персонала, высокотехнологичного оборудования, дорогостоящего лечения, а также инфраструктуры третичной медицинской помощи. Вмешательства третьей категории, напротив, могут осуществляться уже при первом обращении пациента к врачу. Эти вмешательства на этапе первичного звена крайне важны для оказания необходимой медико-санитарной помощи, предусмотренной стандартами в отношении четырех основных групп НИЗ, а также для снижения потребности во вмешательствах двух первых категорий (173). Повышение доступности экономически высокоэффективных мер вмешательства на уровне первичного звена медико-санитарной помощи позволит максимально обратить вспять развитие болезни, предотвратить осложнения и снизить частоту госпитализаций, себестоимость помощи и расходы из кармана пациента.

Для предотвращения ИБС и инсульта меры вмешательства на индивидуальном уровне должны быть адресно ориентированы на лиц с высоким общим сердечно-сосудистым риском, который определяется на основании сочетания факторов риска. Если интервенция направлено на отдельные факторы риска, выраженность которых превышает установленный порог, например, такие

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- Существует ряд научно обоснованных индивидуальных мер, которые демонстрируют значительное воздействие на исходы для здоровья лиц с установленными ССЗ или с высоким риском возникновения этих заболеваний.
- Ввиду ограниченности ресурсов или плохой организации служб здравоохранения большинство этих мер не предоставляются или оказываются недоступными для тех, кто в них нуждается.
- Приверженность обеспечению всеобщего доступа к медико-санитарной помощи и усилению борьбы с НИЗ в странах с низким доходом и доходом ниже среднего, выглядит нереалистичной и недолговечной без кардинальных перемен, направленных на повышение доступности ресурсов и расширение возможностей здравоохранения.

как артериальная гипертензия или гиперхолестеринемия (4, 6), они становятся менее экономически эффективными. Первый подход также обладает более высоким потенциалом предотвращения сердечно-сосудистых осложнений (4, 6). Более того, в условиях ограниченности ресурсов данный подход к оценке и ведению сердечно-сосудистого риска может использоваться в медицинских учреждениях первичного звена и даже неврачебным персоналом (176, 177). Согласно оценкам, схема терапии, включающая в себя аспирин, статины и два гипотензивных средства, может значительно снижать вероятность смерти от ССЗ у лиц с высоким сердечно-сосудистым риском (4, 22, 175, 178, 179). Использование этой схемы для лечения больных в возрасте от 40 до 79 лет, по оценкам, позволяет в течение последующих 10 лет предотвратить приблизительно $\frac{1}{5}$ случаев смерти от осложнений ССЗ, из которых 56% приходится на долю лиц в возрасте моложе 70 лет (174, 179–181).

При вторичной профилактике ССЗ (профилактика рецидивов и осложнений у лиц с установленным диагнозом ССЗ) рекомендовано применение аспирина, бета-блокаторов, ингибиторов АПФ и гиполипидемических препаратов. При этом показано, что применение каждого из препаратов данной схемы снижает риск повторных эпизодов сердечно-сосудистых заболеваний на 25%, в том числе у пациентов с сахарным диабетом (4, 6, 48, 171). Преимущества этих вмешательств в значительной мере не зависят от других факторов, поэтому их применение совместно с отказом от курения позволяет предотвратить около 75% повторных сердечно-сосудистых нарушений (171). В настоящее время, однако, наблюдаются существенные пробелы в применении медицинских вмешательств для первичной и вторичной профилактики ССЗ в учреждениях первичного звена медицинской помощи (6, 182).

Рисунок 85 Общая смертность от cerebrovascularных заболеваний по группам стран с различным уровнем дохода согласно классификации Всемирного банка, 2008 год (1).

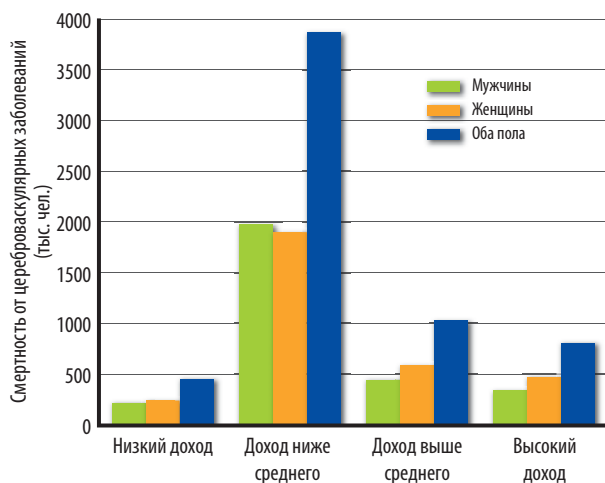


Рисунок 86 Общая смертность от cerebrovascularных заболеваний по регионам ВОЗ, 2008 год (1).

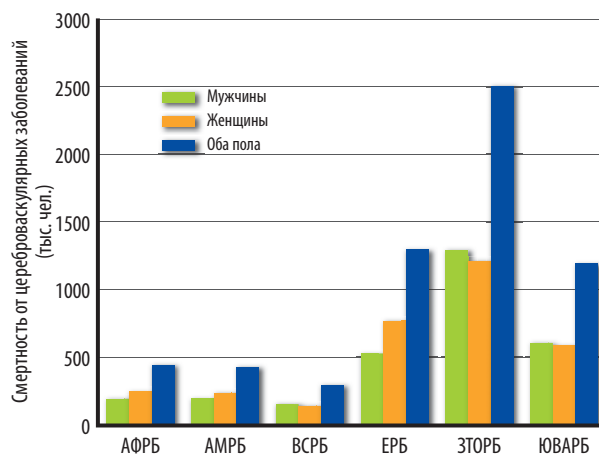


Рисунок 87 Общая смертность от ишемической болезни сердца по группам стран с различным уровнем дохода согласно классификации Всемирного банка, 2008 год (1).

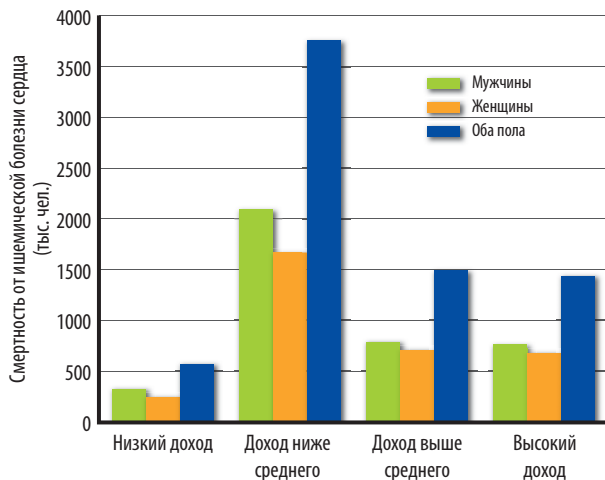
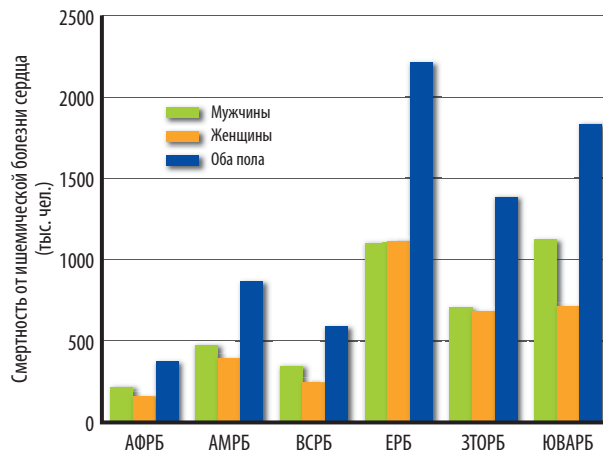


Рисунок 88 Общая смертность от ишемической болезни сердца по регионам ВОЗ, 2008 год (1).





Роль первичной медико-санитарной помощи в профилактике ССЗ и борьбе с ними

Чтобы остановить и обратить тенденцию к увеличению заболеваемости ССЗ, необходимо преобразовать существующие подходы к борьбе с ними. В настоящее время во многих странах с низким и средним уровнем дохода (ЧНСУД) основная часть медицинской помощи пациентам с ССЗ осуществляется третичным звеном здравоохранения. Это (звено, включая отделения ОНМК, кардиореанимации и реабилитации, играет важную роль в улучшении исходов заболевания у лиц с сердечно-сосудистыми осложнениями. Однако залогом устойчивого выполнения программ борьбы с ССЗ является сбалансированность финансирования первичного, вторичного и третичного звеньев медико-санитарной помощи.

Сегодня значительная доля людей с высоким сердечно-сосудистым риском остаются не выявленными. Даже те, кому диагноз поставлен, зачастую не имеют удовлетворительного доступа к медицинской помощи. Нередко диагноз ставится на поздней стадии заболевания, на пике клинических проявлений, когда пациента госпитализируют с ОИМ или инсультом и когда лечение требует дорогостоящих высокотехнологичных видов помощи, например, аортокоронарного шунтирования или других видов сосудистых операций в качестве методов борьбы с нестабильной стенокардией и нарушениями мозгового кровообращения (6, 106, 171).

Путь к улучшению показателей исхода ССЗ лежит через раннюю диагностику этих заболеваний и выявление лиц с высоким риском развития ССЗ. Для решения этих задач доступен ряд недорогих диагностических инструментов (напр., измерение клинических и лабораторных показателей, использование шкал оценки сердечно-сосудистого риска, применение недорогих приборов для измерения артериального давления). Поскольку ССЗ на ранних стадиях протекают бессимптомно, использование этих инструментов должно носить превентивный характер, то есть быть направленным на выявление лиц с риском развития инфарктов и инсультов. Для стран с низким и средним уровнем дохода про-

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- Для профилактики и контроля ССЗ необходимо сбалансированное распределение финансовых средств между первичным и другими звеньями здравоохранения.
- Профилактика ССЗ и борьба с ними невозможны без укрепления первичного звена здравоохранения.
- Определение приоритетных задач, финансирование и укрепление систем здравоохранения с целью разработки реалистичного комплекса высокоэффективных мер вмешательства на индивидуальном уровне по поводу НИЗ/ССЗ может стать серьезным шагом на пути осуществления концепции всеобщего охвата медико-санитарными услугами в долгосрочной перспективе.

ведение скрининга в масштабах всего населения экономически неприемлемо, поэтому для раннего выявления и диагностики ССЗ там используется целевой скрининг лиц, удовлетворяющих определенным критериям (например, взрослое население после достижения определенного возраста подлежит скринингу в условиях первичного звена медицинской помощи, на рабочем месте и амбулаторно). Показано, что наиболее экономически эффективными являются мероприятия, направленные на снижение суммарного сердечно-сосудистого риска (178, 184, 185).

Подход, предусматривающий приоритет первичной медицинской помощи в профилактике ССЗ, призван укрепить принцип социальной справедливости в работе всех звеньев системы здравоохранения, т. е. на этапах управления, информирования населения, формирования кадрового состава, оказания услуг, обеспечения доступа к основным лекарственным средствам и технологиям (186, 187). В рамках мероприятий, входящих в повестку дня укрепления систем здравоохранения, все большую значимость приобретает всеобщий охват медико-санитарными услугами. Его введение, и в первую очередь, внедрение комплекса базовых высокоэффективных вмешательств для профилактики ССЗ, стало бы важным шагом со стороны сектора здравоохранения к преодолению неравенства в области здоровья в отношении этой группы заболеваний. Укрепление первичного звена здравоохранения требует также гарантий достаточного, качественного и эффективного оказания услуг. Большое значение для преодоления неравенства в области здоровья имеют справедливое финансирование системы здравоохранения и расположение пунктов оказания медицинской помощи, а также мотивация и обучение медицинских кадров (рис. 80 и 90) (188, 189). Дефицит врачей во многих районах мира побуждает привлекать неврачебный персонал к оказанию помощи (в частности, первичной) по поводу НИЗ/ССЗ. Важным фактором устранения неравенства в здоровье также является подход, предполагающий участие общин в предоставлении услуг.

Рисунок 89 Карта мира, показывающая плотность сети врачебной помощи (на 100 тыс. чел. населения) (11).

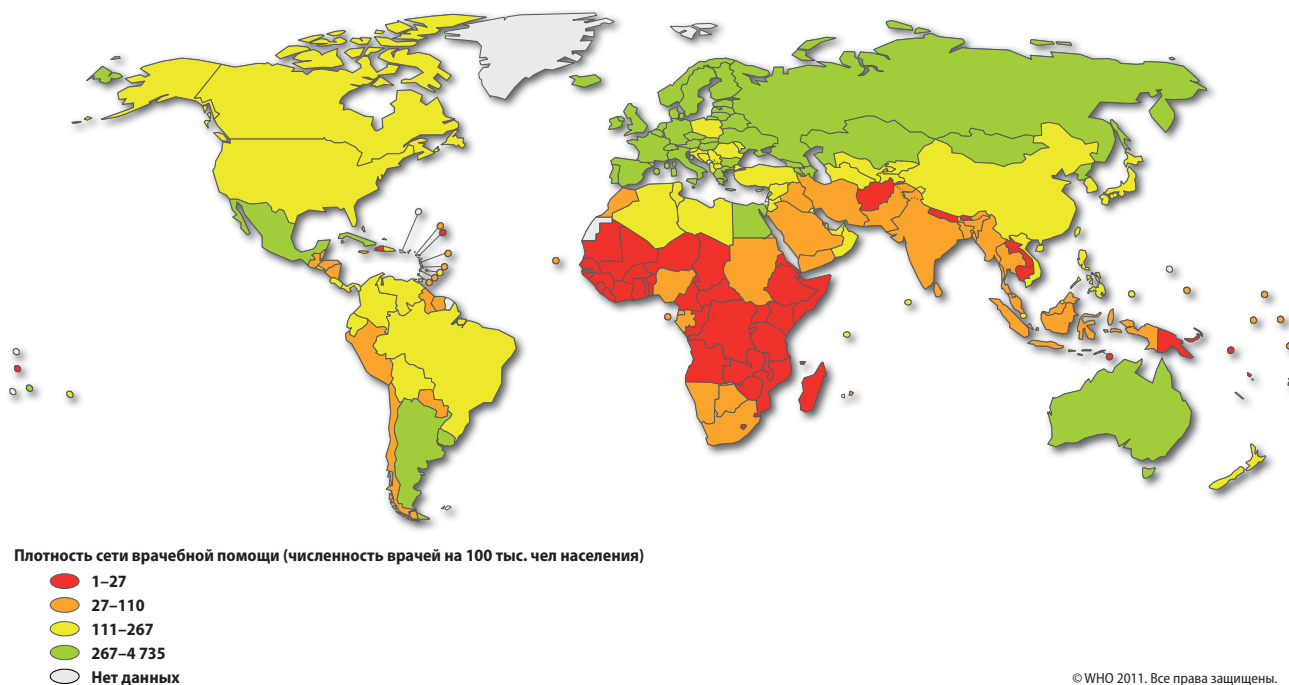
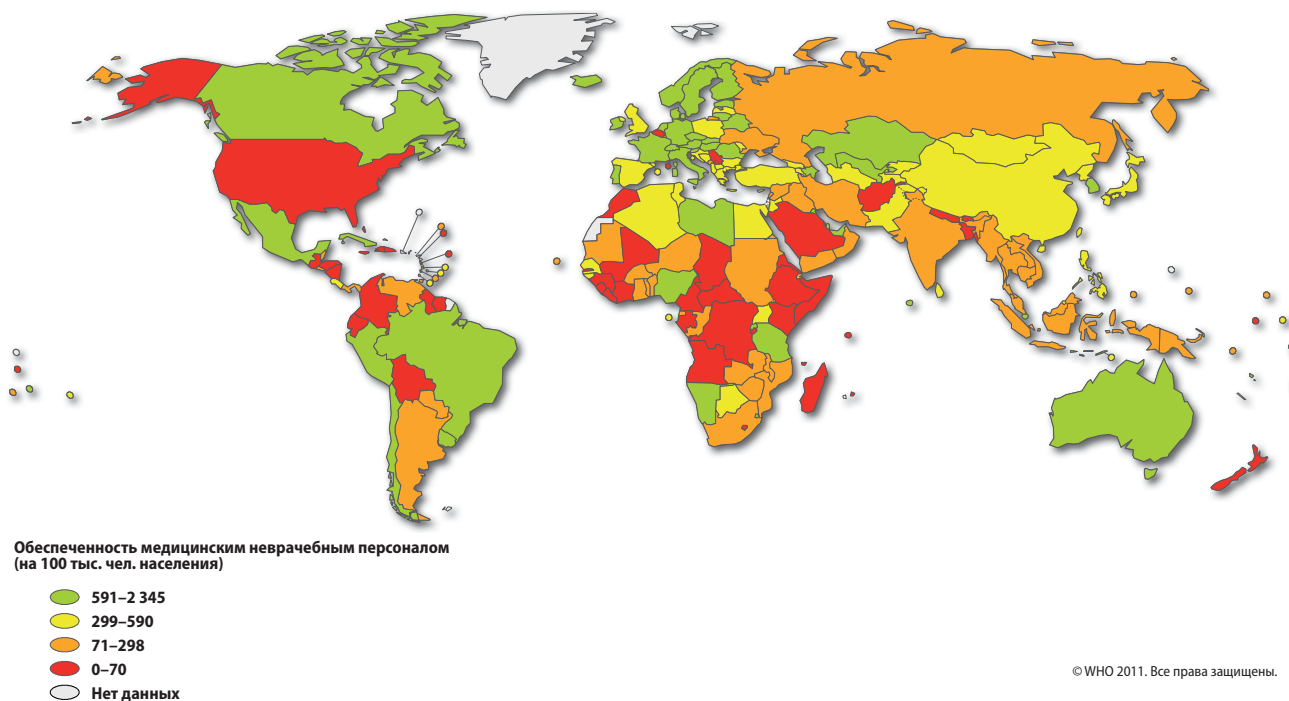


Рисунок 90 Карта, показывающая обеспеченность стран мира медицинским неврачебным персоналом (на 100 тыс. чел. населения) (11).





Меры по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и борьбе с ними, обладающие наилучшим соотношением «цена–качество» («наиболее выгодные вложения»)

Эпидемия ССЗ в странах с низким и средним уровнем дохода неуклонно расширяется. Как показано на картах (рис. 91 и 92), во всем мире очень велико бремя болезней, связанное с инфарктами и инсультами. Разработчики политики и инвесторы часто спрашивают, можно ли справиться с эпидемией ССЗ и, если да, чему именно следует уделить наибольшее внимание. Существуют убедительные доказательства того, что профилактические вмешательства эффективны, и что повышение доступности медико-санитарной помощи способно уменьшить бремя заболеваемости, инвалидности и преждевременной смертности. Однако разработчикам политики для принятия решений необходимы свидетельства того, что в условиях, в которых произойдет внедрение в практику определенных мер вмешательства, расход ресурсов окажется оптимальным с точки зрения соотношения «цена–качество» и что постепенное расширение масштаба этих мер оправданно, экономически доступно и осуществимо.

Критерий «соотношение цена–качество» отражает экономическую эффективность, с которой конкретная мера вмешательства обеспечивает необходимые исходы для здоровья. Осуществимость вмешательства зависит от: (1) охвата (способности системы здравоохранения обеспечить вмешательством целевую группу населения); (2) технической сложности; (3) капиталоемкости (объема капитала, необходимого для осуществления вмешательства) и (4) культурной приемлемости.

Существует комплекс вмешательств для профилактики ССЗ и борьбы с ними, который оказывает значительное воздействие на здоровье населения и является высокоэкономичным, недорогим и осуществимым; эти вмешательства могут рассматриваться инвесторами как «наиболее выгодные вложения» (табл. 1). Кроме того, можно определить ряд других вмешательств, которые относятся к категории «выгодных вложений» (6, 160, 173).

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

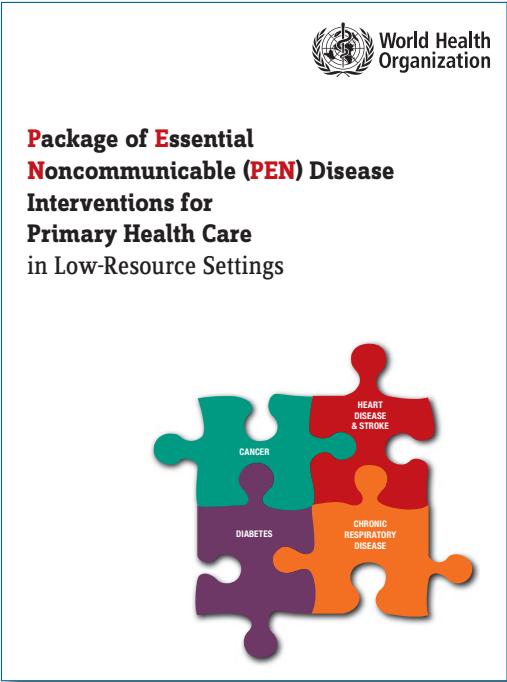
- **Прагматичный подход к борьбе с ССЗ в условиях ограниченности ресурсов заключается во внедрении и постепенном расширении использования наиболее экономически эффективных, практичных и высокорезультативных мер вмешательства («наиболее выгодных вложений»).**
- **При умеренном увеличении объемов финансирования здравоохранения «наиболее выгодные вложения» могут быть внедрены даже в странах с низким уровнем дохода.**

Внедрение на популяционном уровне мер вмешательства по борьбе с употреблением табака, борьбе с вредным употреблением алкоголя, снижению содержания соли в пищевых продуктах, подвергшихся технологической обработке, и замещению частично гидрогенизированных транс-жиров полиненасыщенными жирами способно предотвратить миллионы смертей в год. Кроме того, популяризация физической активности (в сочетании со здоровым рационом питания) в СМИ оценивается как дополнительная низкозатратная и легко реализуемая мера.

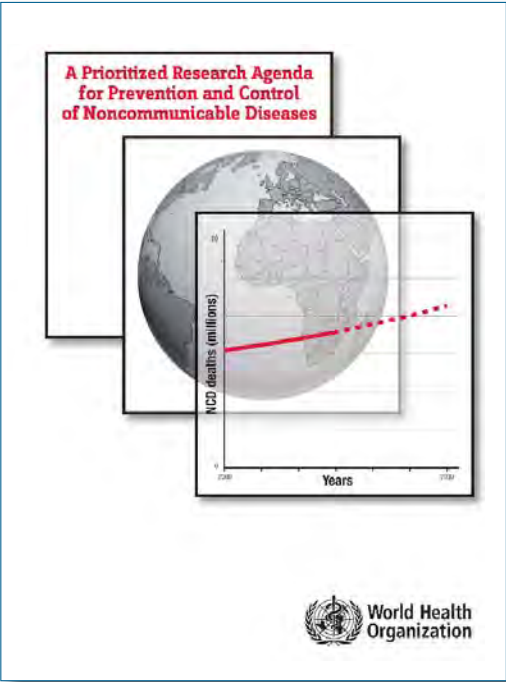
Чтобы улучшить достижения в области здоровья, перечисленные выше популяционные профилактические стратегии могут сочетаться с более узкими, адресными подходами. «Наиболее выгодные вложения» из числа мер вмешательства на индивидуальном уровне включают в себя (4, 6, 160, 171, 173): (i) обеспечение лиц, перенесших острый инфаркт миокарда, аспирином – это сохраняет жизнь каждому пятому из таких пациентов; (ii) обеспечение простой многокомпонентной лекарственной терапией лицам, перенесшим инфаркт миокарда или инсульт (а также перенесших транзиторную ишемическую атаку или страдающих стенокардией) с целью предотвращения повторных ишемических приступов – это приводит к значительному снижению как частоты повторных инфарктов миокарда и инсультов, вплоть до 75%, так и смертности от ССЗ; (iii) снижение сердечно-сосудистого риска лиц, находящихся в группе высокого риска развития инфарктов и инсультов, в том числе лиц, страдающих сахарным диабетом (контроль артериального давления, холестерина и сахара крови, пропаганда отказа от употребления табака), и (iv) контроль уровня глюкозы в крови у лиц, страдающих диабетом, – эти затраты позволят снизить частоту развития у лиц, страдающих диабетом, сердечно-сосудистых осложнений и почечной недостаточности, а также потери зрения. Доступны инструменты финансирования для помощи странам в определении стоимости ресурсов, необходимых для внедрения «наиболее выгодных вложений» (160).

Таблица 1 «Наиболее выгодные вложения» для профилактики ССЗ и борьбы с ними (6)

Фактор риска/заболевание	Меры вмешательства
Употребление табака	<ul style="list-style-type: none">■ Повышение налогов на табачную продукцию■ Защита людей от табачного дыма■ Предупреждение об опасностях употребления табака■ Введение запрета на рекламу табачной продукции
Вредное употребление алкоголя	<ul style="list-style-type: none">■ Повышение налогов на алкогольную продукцию■ Ограничение доступа к алкоголю в розничной торговле■ Введение запрета на рекламу алкоголя
Нездоровый рацион питания и отсутствие физической активности	<ul style="list-style-type: none">■ Снижение содержания соли в пище■ Замена транс-жиров полиненасыщенными жирами■ Повышение уровня информированности населения по вопросам рациона питания и физической активности (посредством СМИ)■ Терапия сердечных приступов (инфаркта миокарда) аспирином
ССЗ и диабет	<ul style="list-style-type: none">■ Консультирование и обеспечение многопрепаратной терапией (включая контроль сахара крови при сахарном диабете) лиц со средним и высоким риском развития инфарктов миокарда и инсультов (включая лиц с диагностированными ССЗ)■ Лечение сердечных приступов (инфаркта миокарда) препаратами аспирина



Чтобы обеспечить социальную справедливость, необходимо укрепить систему применения основных мер вмешательства по поводу НИЗ в первичном звене медико-санитарной помощи.



Одной из приоритетных задач научных исследований в области НИЗ/ССЗ является исследование первичного звена в структуре систем здравоохранения.

Рисунок 91 Карта мира, показывающая распределение бремени ишемической болезни сердца (DALY) (данные стандартизированы по возрасту, на 100 тыс. чел. населения) (5).

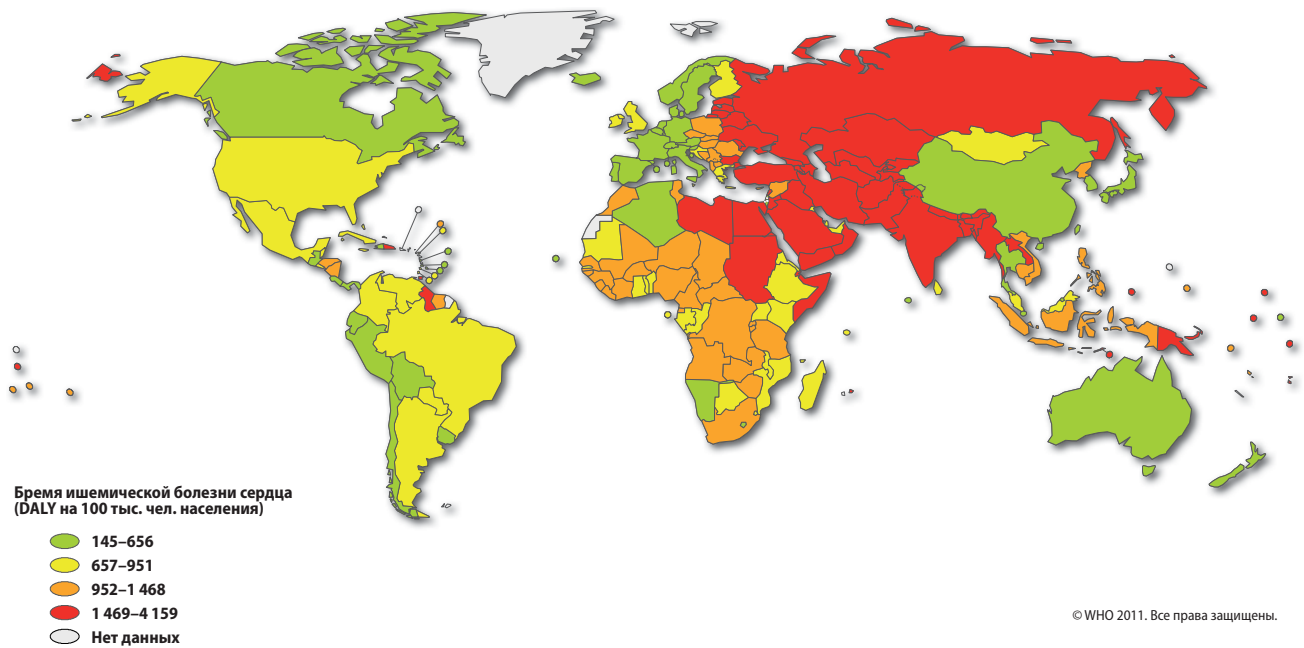
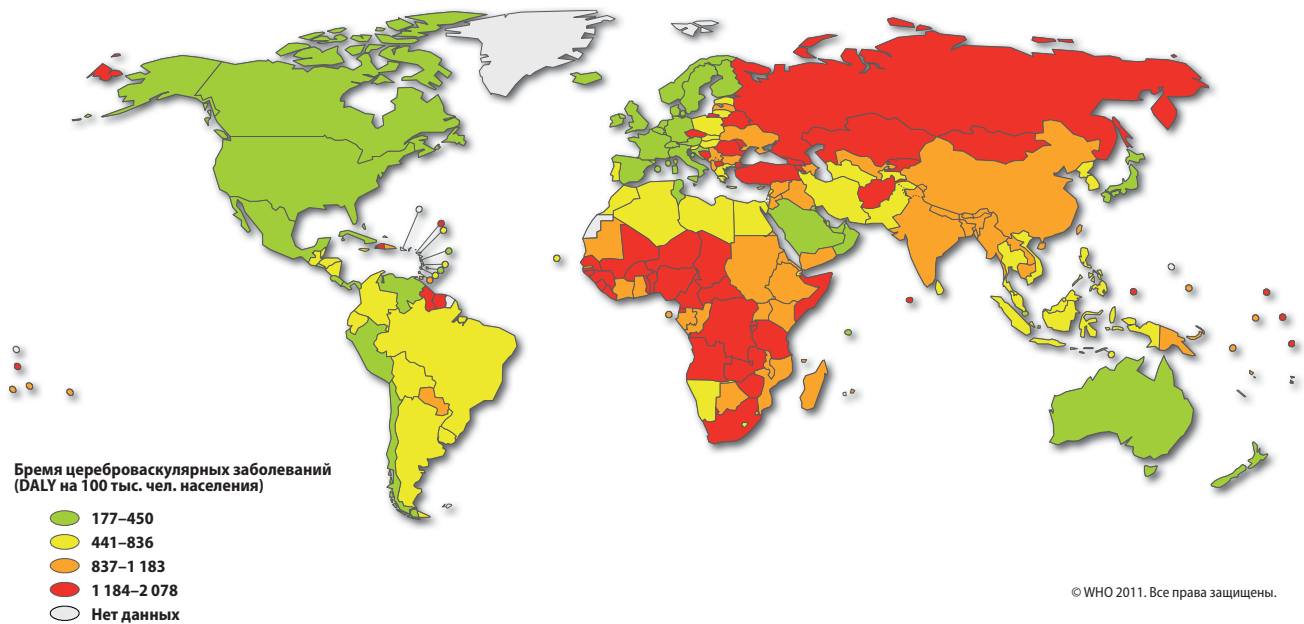
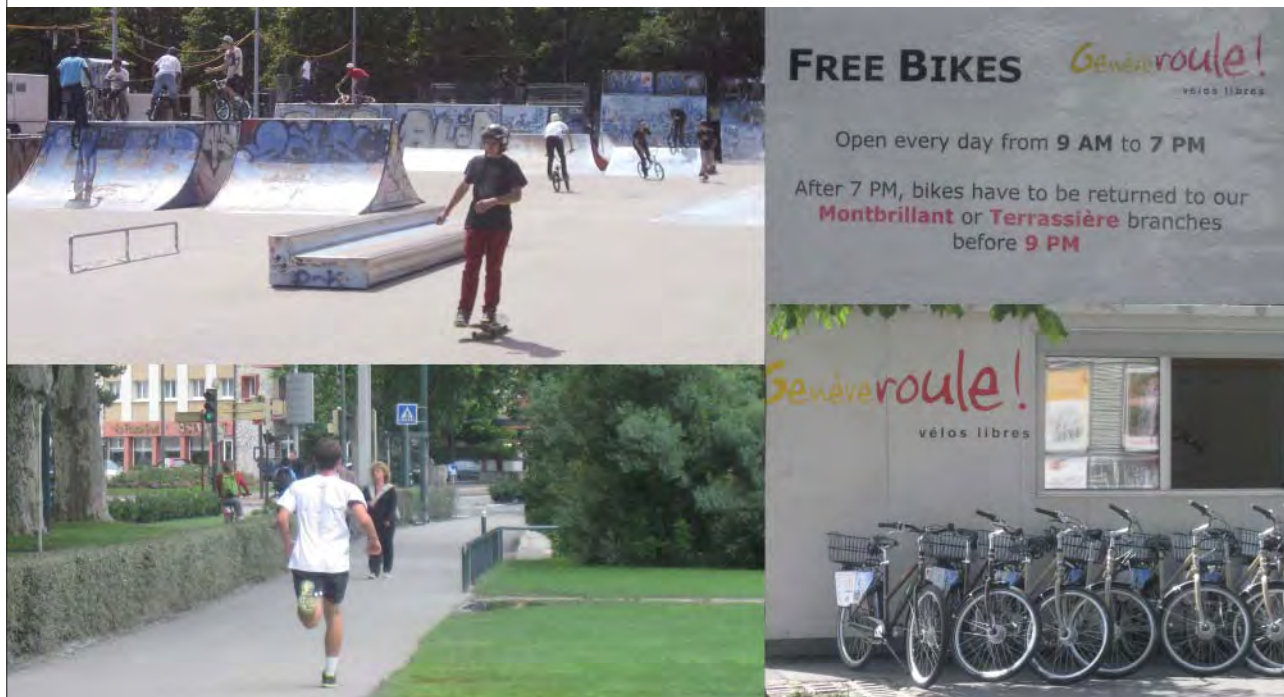


Рисунок 92 Карта мира, показывающая распределение бремени цереброваскулярных заболеваний (DALY) (данные стандартизированы по возрасту, на 100 тыс. чел. населения) (5).



Для содействия повышению физической активности населения
необходимы общенациональные политические меры



Для борьбы с употреблением табака необходимы
общенациональные политические меры



Преодоление препятствий на пути внедрения мер по профилактике ССЗ и борьбе с ними

Существуют экономически эффективные меры вмешательства, способные в ближайшие два десятилетия уменьшить вдвое бремя НИЗ, обеспечить значительный экономический эффект и принести большую выгоду в области здоровья. Внедрение и распространение этих мер вмешательства во многих развитых странах привело, например, к снижению сердечно-сосудистой заболеваемости (13, 14). Научные исследования играют важную роль, для понимания и демонстрации того, как эти вмешательства могут быть эффективно применены в странах с низким и средним уровнем дохода, несмотря на ограниченность ресурсов и наличие конкурирующих приоритетов в области здравоохранения.

Для обеспечения хорошей окупаемости капиталовложений, особенно в условиях ограниченности ресурсов, имеющиеся средства необходимо инвестировать в те программы и вмешательства в области НИЗ, которые обладают прочным научным обоснованием. Хотя уже известно, какие меры вмешательства доказали свою эффективность в развитых странах, необходимы исследования, позволяющие выяснить, как эти меры вмешательства могут быть осуществлены в условиях ограниченности ресурсов. Таким образом, на уровне стран для достижения необходимого понимания следует интенсифицировать исследование результатов внедрения, сосредоточившись на определении высокоэффективных и экономически приемлемых вмешательств («наиболее выгодных вложений»).

Цель исследования результатов внедрения – понять, как наиболее эффективно применить результативные меры вмешательства в конкретных условиях, и тем самым заполнить существующий пробел между знаниями и практикой. Страны с низким и средним уровнем дохода (СНСУД) имеют все шансы получить огромные преимущества от продвижения и поддержки таких исследований с тем, чтобы средства не растрачивались бы на осуществление программ, которые не соответствуют существующим условиям.

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- Для устранения пробелов в области передачи знаний и внедрения мероприятий по профилактике и контролю НИЗ необходимы научные исследования.
- В долгосрочной перспективе инвестиции в научные исследования, посвященные оценке результатов внедрения мероприятий, могут способствовать экономии ресурсов.
- Приоритизированная повестка дня научных исследований для профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними (Повестка дня научных исследований ВОЗ в области НИЗ) создает основу для более эффективного сотрудничества спонсоров исследований и других ключевых партнеров.

В настоящее время наблюдается существенный дисбаланс между потребностями стран в проведении научных исследований в области профилактики и контроля НИЗ, с одной стороны, и имеющимися кадровыми ресурсами и финансовым потенциалом для удовлетворения этих потребностей, с другой. Следовательно, глобальная и национальная повестки дня научных исследований в области НИЗ требуют определения приоритетных задач, чтобы сконцентрировать усилия на ключевых исследовательских вопросах, обладающих наибольшим потенциалом воздействия на профилактику НИЗ и борьбу с ними.

Для решения этой задачи в была разработана Повестка дня научных исследований ВОЗ в области НИЗ на 2008–2010 гг. и выделено 20 приоритетных областей исследований, результаты которых могут оказать значительное воздействие на национальную политику и программы в области НИЗ. При этом особое внимание уделено СНСУД (190). Повестка дня научных исследований ВОЗ в области НИЗ служит руководящим документом для государств – членов при осмыслении и выявлении ключевых потребностей здравоохранения в сфере исследований НИЗ (186).

На рис. 93 и 94 показаны ежегодные затраты на научные исследования и разработки, соответственно, в процентах к валовому внутреннему продукту (ВВП) и общенациональным расходам на здравоохранение. Принципиально важной является задача изыскания достаточного объема ресурсов – как финансовых, так и технических – для проведения исследований путем укрепления национального, регионального и международного сотрудничества и взаимодействия (191). Повестка дня научных исследований ВОЗ в области НИЗ обеспечивает основу для расширения сотрудничества спонсоров исследований и других ключевых партнеров с целью увязки помощи с приоритетами научных исследований в области НИЗ. Это поможет укрепить научно-исследовательский потенциал СНСУД и предоставит им возможность разрабатывать национальные планы научных исследований в области НИЗ, в которых исходя из потребностей национального здравоохранения будут четко определены приоритетные задачи исследований.

Рисунок 93 Ежегодные затраты на научные исследования и разработки в 2005 г. в процентах к ВВП (сопоставимые страновые оценки) (xxxiii).

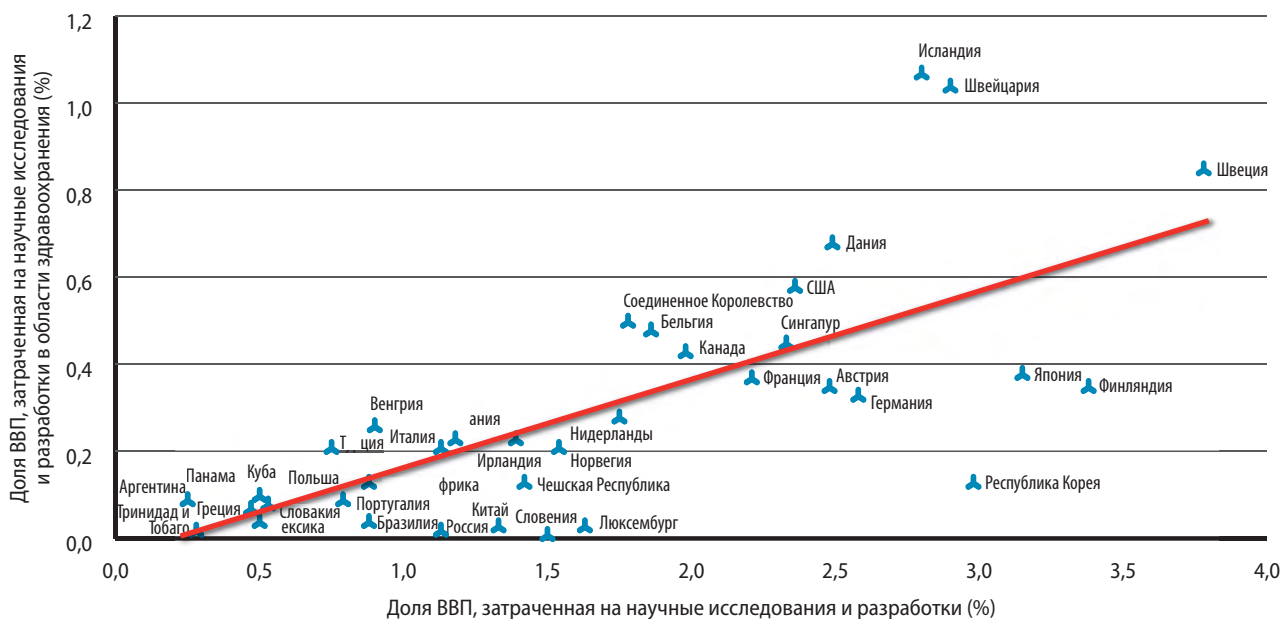
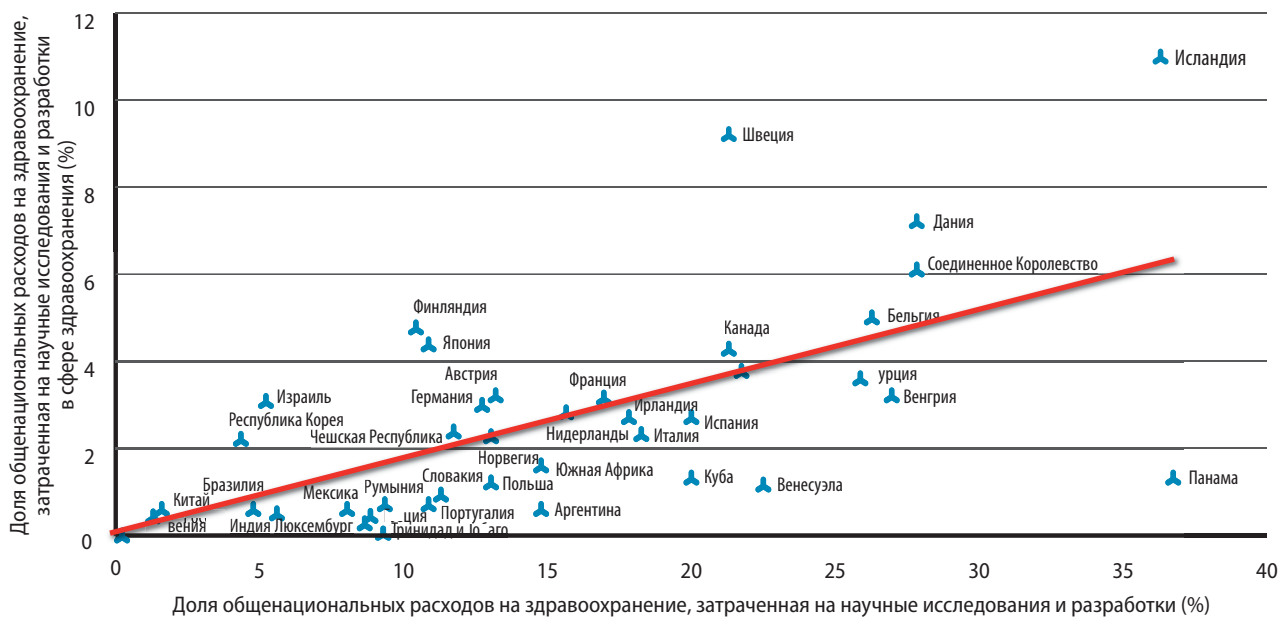


Рисунок 94 Ежегодные затраты на научные исследования и разработки в 2005 г. в процентах к объему государственных расходов на здравоохранение (сопоставимые страновые оценки) (xxxiii).





Мониторинг ССЗ

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- **Мониторинг важнейших факторов сердечно-сосудистого риска и уровня смертности от ССЗ является ключевым компонентом профилактики и контроля ССЗ.**
- **Мониторинг и оценка – это инструменты повышения подотчетности заинтересованных сторон.**

Мониторинг ССЗ и факторов риска развития этих заболеваний служит основой для адвокатирувания, разработки политики и внедрения программ. Сбор данных о смертности и факторах риска помогает оценить масштаб проблемы, проследить во времени динамику тенденций в области ССЗ и факторов риска, оценить результативность и уровень воздействия вмешательств. На рис. 95 показаны страны, в которых ведется надзор за факторами риска ССЗ. Недостаток надежных данных о смертности от ССЗ, факторах риска и их детерминантах является главным препятствием на пути успешного осуществления действий по борьбе с эпидемией ССЗ. Высококачественные данные могут быть получены только благодаря достаточным инвестициям в регистрацию актов гражданского состояния и системы эпидемиологического надзора (6, 192).

Приблизительно треть государств мира все еще не имеют систем записи актов гражданского состояния, в которых фиксируется общая смертность населения. Определенную сложность также представляет точное указание причины смерти в нотариальном свидетельстве. Несмотря на то, что общая смертность (от всех причин) может фиксироваться сравнительно безошибочно, во многих странах существуют значительные проблемы с точностью классификации и кодирования причин смерти. В этих странах реализация национальных инициатив по укреплению систем записи актов гражданского состояния и классификации причин смертности является одним из ключевых приоритетов.

Устойчивые системы эпидемиологического надзора в сфере НИЗ должны получить официальный статус ключевого компонента инфраструктуры национального здравоохранения, и стать частью информационной системы здравоохранения. Они должны рассматриваться не только как инструмент

сбора информации: необходимо разработать механизм анализа и распространения собранных данных для поддержки процесса разработки политики. Не подлежит сомнению, что потенциал эпидемиологического надзора в области НИЗ существенно различается между странами. В странах с низкой активностью системы надзора в области НИЗ важно обеспечить ее неуклонное развитие. В условиях ограниченности ресурсов и потенциала жизнеспособная и устойчивая система должна быть простой и, как минимум, производить периодический сбор данных о факторах сердечно-сосудистого риска.

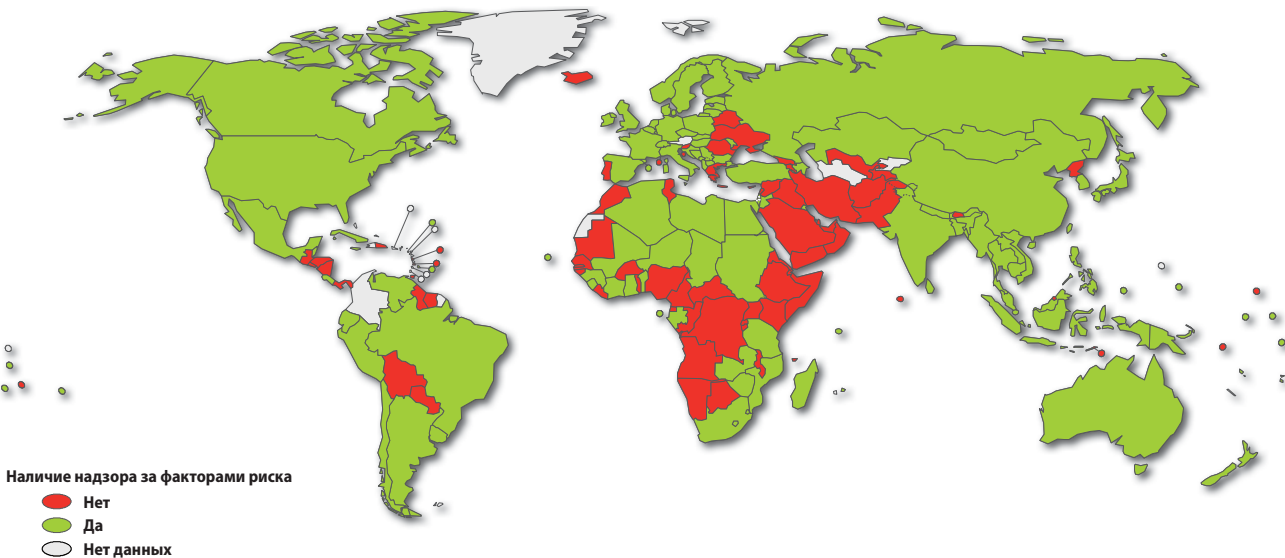
Качественный надзор за факторами риска возможен даже в странах, обладающих наименьшим объемом ресурсов. Этот вид надзора остается приоритетным в более широких рамках эпидемиологического надзора за НИЗ, поскольку позволяет прогнозировать величину бремени НИЗ на будущие годы и является стимулом к принятию необходимых мер.

Для осуществления точного мониторинга, оценки предпринятых мер и их воздействия необходимо также определить поддающиеся измерению индикаторы процесса и результата. В табл. 2 приведены примеры показателей, которые могут быть использованы для мониторинга и составления национальных отчетов о состоянии мер по профилактики и контролю ССЗ.

Таблица 2 Примеры индикаторов, используемых для мониторинга ССЗ

1. Смертность	<ul style="list-style-type: none">■ Смертность от всех причин по возрасту, полу и территории проживания (с разбивкой по типам административных единиц: городские/сельские/иные)■ Сердечно-сосудистая смертность (от ишемической болезни сердца/ цереброваскулярных заболеваний) с разбивкой по типам административных единиц: городские/сельские/иные)
2. Воздействие факторов риска	<ul style="list-style-type: none">■ Распространенность табакокурения■ Распространенность низкой физической активности■ Доля взрослого населения, потребляющего с пищей более 5 г поваренной соли в день■ Доля населения, потребляющего в целом менее пяти порций фруктов и овощей в сутки■ Потребление чистого спирта в литрах на душу взрослого населения (включая зарегистрированную и незарегистрированную алкогольную продукцию)■ Распространенность низкой массы тела при рождении (<2,5 кг)■ Распространенность повышенного уровня артериального давления, повышенного уровня общего холестерина крови, повышенного уровня глюкозы в крови, избыточного веса и ожирения
3. Борьба с употреблением табака, нездоровым рационом питания и вредным употреблением алкоголя	<ul style="list-style-type: none">■ Всеобъемлющая борьба с употреблением табака (напр., повышение налогов на табачную продукцию, предупредительные надписи о вреде для здоровья, законодательная поддержка отказа от курения и введение запрета на все формы прямой или непрямой рекламы употребления табака)■ Политические меры поддержки здорового рациона питания (напр., рекомендации по рациону питания, сокращение потребления соли, меры налоговой политики, информирование потребителей/этикетирование и ограничение маркетинга)■ Всеобъемлющая борьба с употреблением алкоголя (напр., повышение налогов, запрет на рекламу, ограничение доступа к алкогольной продукции)
4. Профилактика инфарктов миокарда и инсультов по линии служб первичного звена здравоохранения	<ul style="list-style-type: none">■ Процент взрослого населения с риском смерти от сердечно-сосудистого заболевания в течение 10 лет (сердечно-сосудистые осложнения со смертельным и несмертельным исходом) выше 20%, которое получает комбинированное лечение (многопрепаратная терапия и консультирование), включая лиц с сахарным диабетом и диагностированными ССЗ.

Рисунок 95 Карта мира, показывающая страны, в которых ведется сбор данных надзора за факторами риска (б).



© WHO 2011. Все права защищены.



Социальная мобилизация в целях профилактики ССЗ и борьбы с ними

Большую роль в профилактике НИЗ и борьбе с ними как на национальном, так и на глобальном уровне играет деятельность институтов гражданского общества, в особенности НПО, научных сообществ и профессиональных ассоциаций (193). В своих странах эти группы помогают формировать процесс политического реагирования, а также поддерживают или осуществляют программы по профилактике и лечению. Кроме того, эти организации оказывают ВОЗ значительную поддержку в технической и нормативной сфере, а также в области внедрения инициатив на региональном и национальном уровнях.

Институты гражданского общества выполняют целый ряд уникальных задач. Им присущ высокий уровень «легитимности», обусловленной их независимостью от государства и коммерческих интересов рынка, а также участием в их работе большого количества рядовых граждан. В связи с этим ведущая роль в их деятельности отводится адвокатируванию, и именно они призваны повышать политическую осведомленность населения и мобилизовать общество для оказания широкой поддержки в области профилактики и контроля НИЗ/ССЗ. Это приобретает особое значение в борьбе против общих факторов риска – таких как употребление табака, нездоровый рацион питания, отсутствие физической активности и чрезмерное употребление алкоголя, – в воздействии которых большую роль играет комплекс коммерческих, торговых, политических и социальных факторов. В частности, институты гражданского общества играют роль политического противо-

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

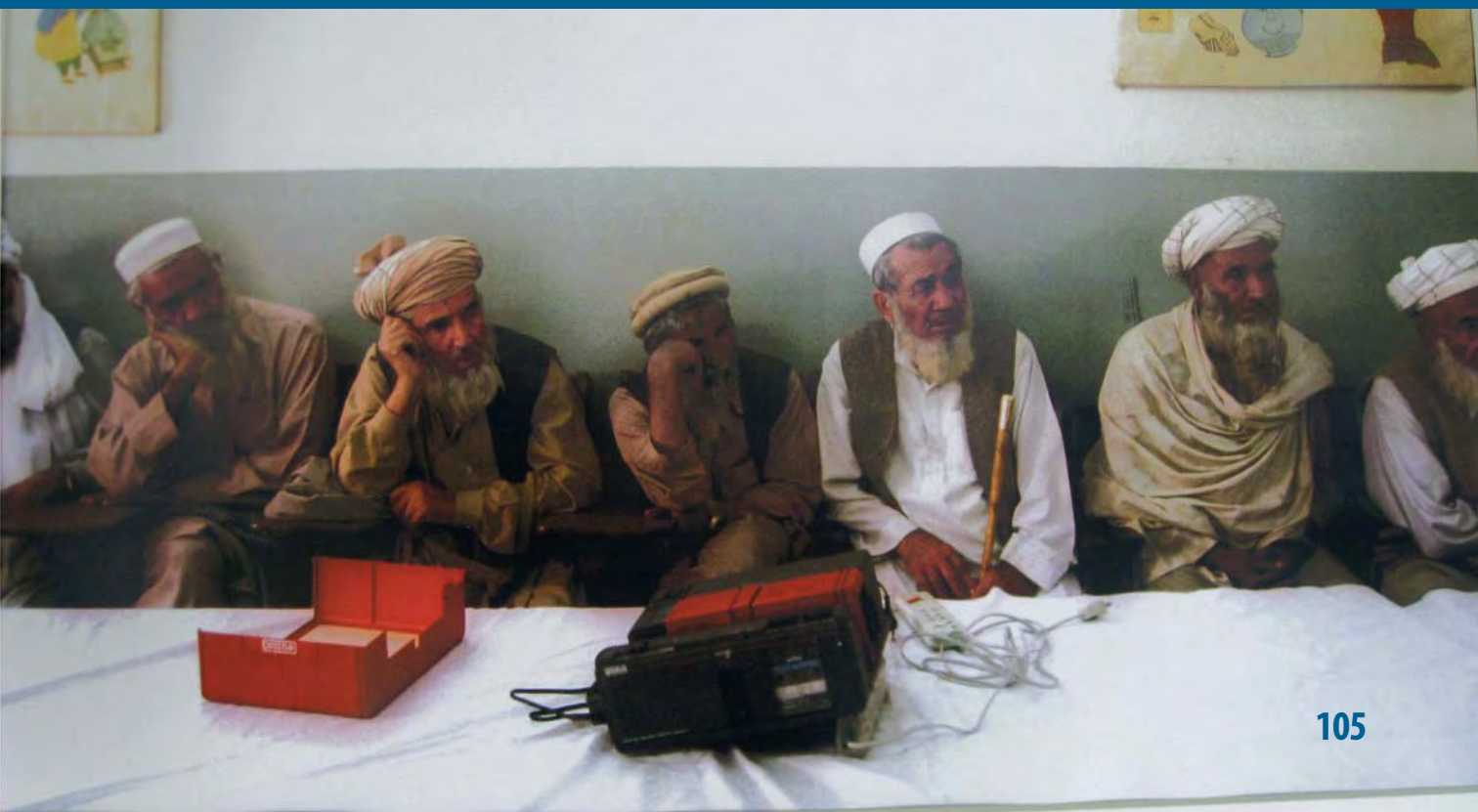
- Институты гражданского общества обладают уникальными возможностями для мобилизации политической осведомленности и поддержки борьбы с ССЗ.
- Институты гражданского общества могут играть ключевую роль в адвокатирувании в поддержку повышения приоритета ССЗ/НИЗ в стратегиях и программах в сфере здравоохранения и развития.
- Институты гражданского общества – важные поставщики услуг в сфере профилактики и лечения и часто помогают ликвидировать разрыв в обеспечении услугами и квалификации персонала между государственным и частным секторами.
- Институты гражданского общества и неправительственные организации (НПО) вносят важный вклад в расширение возможностей решения проблемы профилактики НИЗ на национальном уровне.

веса мощным коммерческим интересам и интересам частного сектора при формировании и внедрении мероприятий по профилактике и контролю НИЗ/ССЗ на национальном уровне. Кроме того, во многих странах институты гражданского общества играют важную роль в профилактике и контроле ССЗ. Сотрудничество НПО с научным сообществом может способствовать объединению знаний, умений и ресурсов, необходимых как для обеспечения кадрового потенциала, так и для обучения необходимым навыкам индивидов, семей и общин. Еще одна задача, справиться с которой наилучшим образом могут именно организации гражданского общества, заключается в независимом мониторинге и оценке успехов в выполнении обязательств и достижения результатов, как государством, так и частным сектором.

В последнее время ряд институтов гражданского общества, в частности, НПО, объединяются, чтобы эффективнее координировать свои усилия и вносить совместный вклад в профилактику и контроль НИЗ во всем мире. Краеугольным камнем этого процесса стало создание, в качестве платформы для совместной работы и адвокатирувания, Альянса по борьбе с НИЗ – официального объединения четырех НПО, охватывающих четыре группы основных НИЗ, согласно Международному плану действий ВОЗ в области неинфекционных заболеваний: ССЗ, диабет, злокачественные новообразования и хронические респираторные заболевания. Значение создания подобных «коллективных» организаций гражданского общества трудно переоценить.



Участие общины и расширение ее прав и возможностей



КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- Необходимо повысить приоритет решения проблем НИЗ/ССЗ в работе в области развития на глобальном и национальном уровнях.
- Приоритетной задачей официальной помощи в целях развития в СНСУД, с высоким бременем болезней должна стать профилактика ССЗ.

Меры по профилактике ССЗ и борьбе с ними и социально-экономическое развитие

Поддержкой мультисекторального подхода к профилактике и контролю ССЗ является также требование более широкого признания ценности здоровья для общества. Сегодня понимание вклада, вносимого здоровьем в достижение приоритетных целей общества, таких как социальное и экономическое развитие, является общепризнанным. С этими преимуществами связана также целесообразность внедрения концепции «Учета интересов здоровья во всех направлениях политики» во всех секторах (6).

ССЗ увековечивают бедность населения по многим причинам, таким как:

- снижение производительности в результате болезней или преждевременной смертности;
- затраты на медицинское обслуживание, которые являются альтернативными расходами по отношению к другим программам, таким как образование;
- влияние бедности домохозяйств на жизнь семей и воспитание детей;
- катастрофические расходы на медицинское обслуживание усугубляют бедность и долговую ситуацию.

В странах с низким и средним уровнем дохода (СНСУД) 40% случаев смерти от НИЗ приходится на долю возрастной группы моложе 60 лет, тогда как в развитых странах на эту возрастную категорию приходится только 11% смертей. В СНСУД многие семьи, члены которых страдают от инфаркта миокарда или инсульта, сталкиваются с катастрофическими расходами и потерей источника доходов домохозяйства, что ведет к снижению их жизненного уровня ниже черты бедности. Кроме того, ССЗ снижают производительность в результате преждевременной смертности и болезней. Все больший объем национальных ресурсов затрачивается на здравоохранение в связи с ростом потребности в медицинской помощи по поводу ССЗ. Наиболее тяжелое бремя ССЗ и самая широкая распространенность факторов риска, таких как употребление

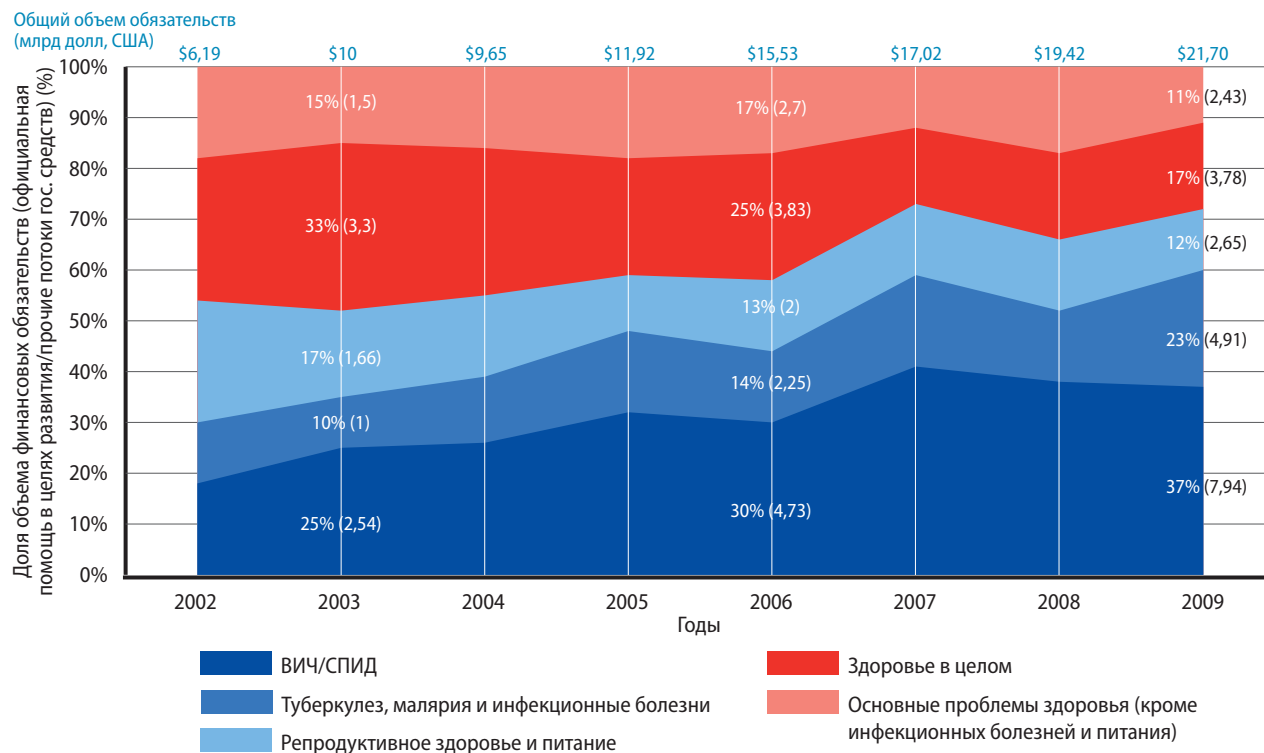
табака, отмечается в беднейших слоях населения, которые страдают также и от инфекционных болезней. Эта ситуация создает риск для экономик СНСУД.

Появляется все больше данных о связи между НИЗ/ССЗ и потенциальным обнищанием домохозяйств. Например, исследование, проведенное Всемирным банком в Индии, показало, что 25% семей, один из членов которых болен ССЗ, несут катастрофические расходы, а 10% оказываются за чертой бедности (195).

СНСУД, несущие двойное бремя болезней, получают мало помощи в целях развития, которая могла бы помочь им справиться с обеими проблемами. В резолюции Генеральной Ассамблеи ООН 65/1, озаглавленной «Выполнение обещания: объединение во имя достижения целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия», подчеркнута важность решения проблемы НИЗ для достижения ЦРДТ. В частности, резолюция призывает к выполнению обязательства по достижению Цели 6 (Борьба с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией) путем сдерживания распространения НИЗ.

На рис. 96 показана доля официальной помощи в целях развития и других официальных потоков средств, выделенных всеми источниками финансирования на цели здравоохранения, с 2002 по 2009 г. Когда уровень смертности, инвалидности и экономической деградации, вызванных НИЗ, превышает воздействие инфекционных заболеваний, руководители государств будут вынуждены уделять все больше внимания проблеме НИЗ. Следовательно, требуется увеличить объем официальной помощи в целях развития, расходуемой на профилактику и контроль НИЗ. Это будет способствовать инвестированию средств в системы здравоохранения, а также разработке и внедрению государственных стратегий более общего характера, которые поддерживают профилактику и контроль ССЗ в СНСУД.

Рисунок 96 Доли финансовых обязательств стран-доноров (по линии официальной помощи в целях развития и других финансовых обязательств) по отдельным областям здравоохранения, 2002–2009 гг. (млрд долл. США) (xxxiv).





Изыскание ресурсов для профилактики ССЗ и борьбы с ними

Для предотвращения риска катастрофических затрат на здоровье, связанных главным образом с медицинской помощью по поводу ССЗ и других НИЗ, должны быть предприняты усилия по обеспечению справедливости финансирования и защиты от финансовых рисков путем использования традиционных и инновационных схем финансирования (рис. 97 и 98).

Как указывается в новейшем Докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире (99), основным способом пополнения национального бюджета здравоохранения станет инновационное финансирование. Принцип инновационного финансирования в целях развития заключается в создании новых, предсказуемых и устойчивых фондов, в дополнение к средствам официальной помощи в целях развития (ОПР), для финансирования международного развития (197–201).

На рис. 97 показано изменение уровня бедности в результате наличных платежей из кармана пациента в 11 странах Азии. На рис. 98 представлено соотношение между долей наличных платежей из кармана пациента в общем объеме расходов на здоровье и средней процентной долей домохозяйств, продающих свои активы или берущих деньги в долг для оплаты медицинских расходов.

Проблеме НИЗ уделяется сравнительно мало внимания в международной дискуссии об инновационном финансировании здравоохранения. Как отмечается в Докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире, на национальном уровне имеется множество примеров подобных инициатив: специальный налог на прибыль компаний, облигации, выпускаемые в рамках диаспор, добровольные взносы пользователей мобильных телефонов в фонды солидарности, налоги с продаж цифровой техники, акцизный сбор с табачных изделий, акцизный налог на нездоровую пищу. Большинство этих систем не собирают большого объема средств, а получаемые от них дополнительные поступления не всегда используются для поддержки финансирования национального здравоохранения (99).

Несмотря на это, имеются данные о том, что дополнительное инновационное финансирование используется в ряде стран для поддержки бюджета национального здравоохранения. Например, правительство Таиланда успешно финансирует дея-

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- Существуют различные подходы к поиску дополнительных источников для финансирования здравоохранения и снижению финансовых рисков и препятствий для оценки основных медицинских мер вмешательства по борьбе с ССЗ.
- Для содействия устойчивому финансированию здравоохранения целесообразно использовать инновационные схемы финансирования, основанные на всемирном налоге солидарности на табачную продукцию.
- Налог солидарности на табачную продукцию имеет двойное преимущество, позволяя одновременно повысить уровень здоровья населения путем снижения привлекательности опасного для здоровья продукта и мобилизовать национальный капитал на цели здравоохранения.

тельность Национального фонда поддержки здоровья, отчисляя в него, начиная с 2001 г., 2% всех поступлений от налогов на алкоголь и табачные изделия (202). Фонд является важнейшей организацией, обеспечивающей поддержку совершенствованию системы здравоохранения в стране.

Согласно разработанным в 2009 г. рекомендациям Рабочей группы высокого уровня по инновационному финансированию, одним из новых подходов к оценке и развитию является международное налогообложение табачной продукции. Откликнувшись на эту проблему, ВОЗ взяла на себя разработку этой концепции, которая получила известность как налог солидарности на табачные изделия. Принцип действия этого налога, основанный на рекомендациях Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, заключается в увеличении национальных акцизных сборов с табачных изделий посредством введения микросбора во всех странах «Группы 20» (G20), поступления от которого частично или полностью предназначены для целевого финансирования здравоохранения из средств созданного финансового пула (203).

По расчетам ВОЗ, если налог солидарности на табачную продукцию будет полностью введен во всех странах группы «G20 + 1», дополнительный доход может составить до 7 млрд долл. США ежегодно, что явится важным новым источником финансирования здравоохранения (203).

Кроме того, по расчетам ВОЗ, в 22 странах с низким уровнем дохода, по которым имеются данные, повышение акцизных сборов с продажи табачной продукции на 50% может обеспечить дополнительный капитал в объеме 1,42 млрд долл. США ежегодно. Если все эти средства будут потрачены на укрепление здоровья, государственное финансирование структуры здравоохранения может увеличиться в ряде стран более чем на 25%, а в наиболее благоприятном случае – на 50% (203).

Рисунок 97 Изменение коэффициента бедности (при черте бедности в 1,08 долл. США в день) в результате наличных платежей из кармана пациента в 11 странах Азии (99, xxv, 11).

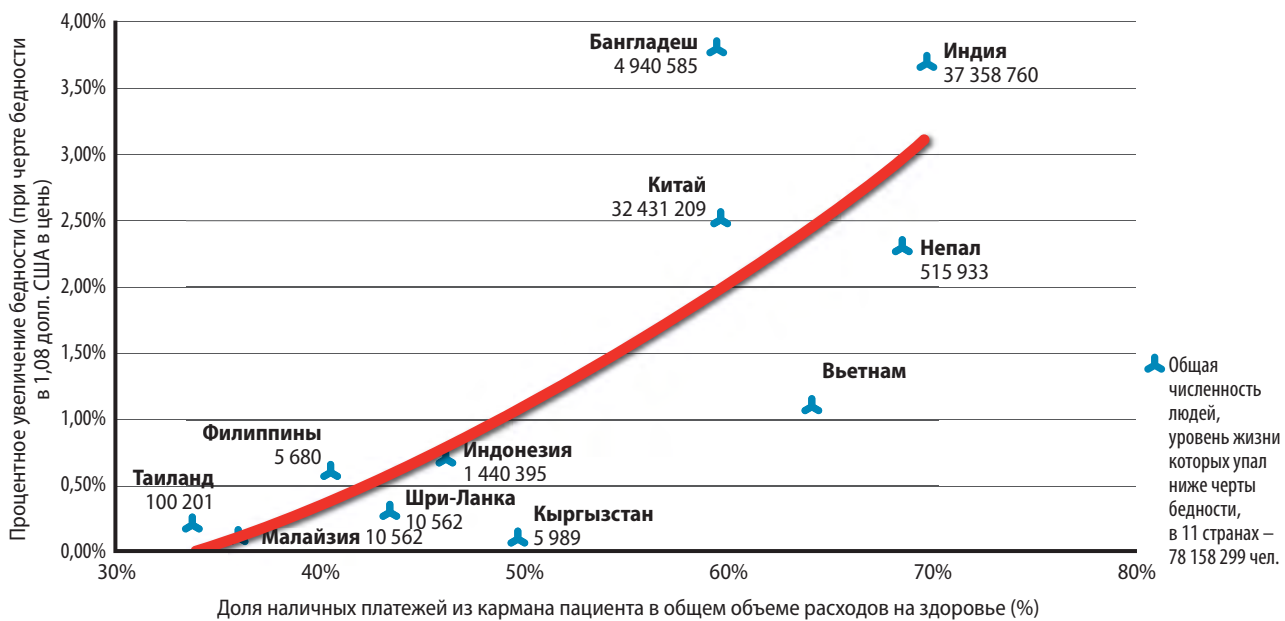
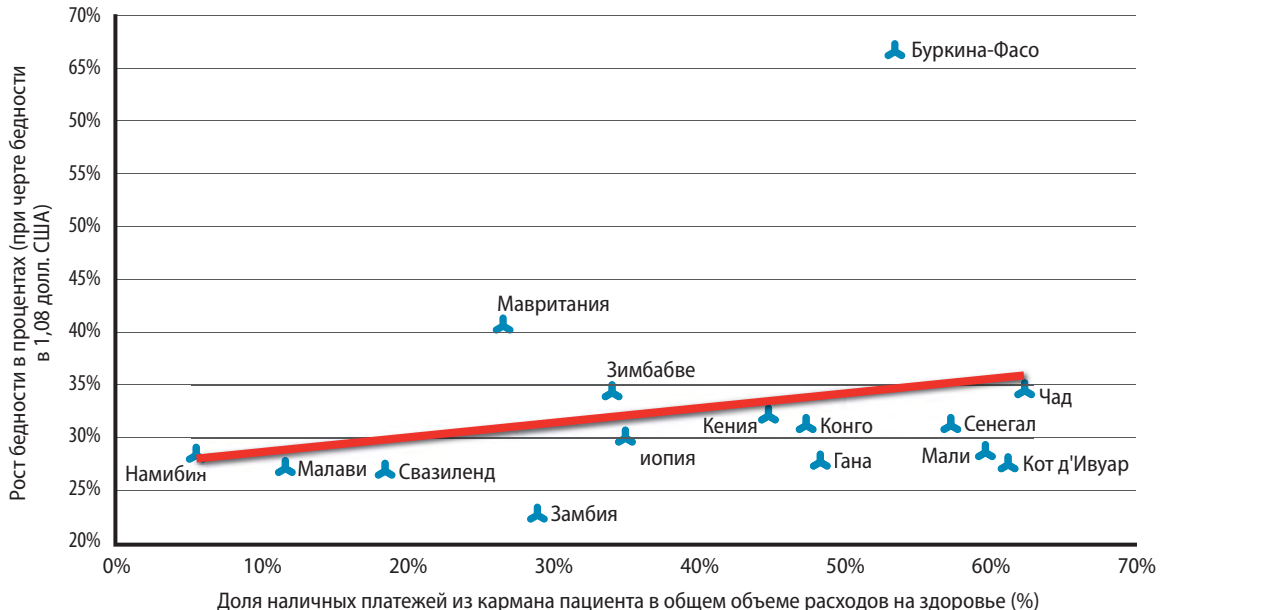


Рисунок 98 Отношение доли наличных платежей из кармана пациента в общем объеме расходов на здоровье к средней процентной доле домашних хозяйств, продающих свои активы или берущих деньги в долг для оплаты медицинских расходов (99, xxvi, 11).





Профилактика ССЗ и борьба с ними: проблема, игнорировать которую больше нельзя

В настоящее время ССЗ (инфаркты миокарда и инсульты), а также другие НИЗ представляют собой основную угрозу мировому здоровью и развитию (рис. 99–100). В общей сложности они служат причиной 60% случаев смерти в мире, причем ожидается, что эта цифра будет расти (рис. 101, 102). Примерно 80% этих случаев смерти происходят в странах с низким и средним уровнем дохода (СНСУД), которые в наименьшей степени обладают финансовыми возможностями для предотвращения социальных и экономических последствий такой смертности. По оценкам, ежегодно в СНСУД количество случаев смерти от НИЗ среди населения в возрасте моложе 60 лет превышает 8 млн (6). Большинство этих преждевременных смертей наступают по причине инфаркта миокарда и инсульта. Их удалось бы избежать, если бы были разработаны и эффективно применялись меры государственной политики, охватывающие все департаменты правительства.

Проблема НИЗ в СНСУД приобретает все большие масштабы и новые грани. Четыре бремени, от которых в настоящее время начинают страдать СНСУД, включают в себя: НИЗ; инфекционные заболевания, в том числе ВИЧ/СПИД; насилие и травматизм; а также психические заболевания. Кроме того, эти страны несут на себе двойное бремя недостаточного питания и ожирения. Вдобавок к этому, уровень материнской и младенческой смертности во многих странах с низким уровнем дохода удручающе высок (204, 205). Существуют неоспоримые свидетельства того, что плохое питание в течение беременности и первых двух лет жизни предрасполагает к развитию в более позднем возрасте ССЗ и диабета, как

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- **Международные усилия по сокращению бедности окажутся несостоятельными, если не будет найдено решение глобальной проблемы ССЗ.**
- **Если не будут предприняты действия, то из-за непрекращающегося воздействия факторов риска в категорию высокого риска развития ССЗ будут попадать все больше людей.**
- **Благодаря расширению внедрения уже разработанных высокоэффективных мер вмешательства, можно предотвратить миллионы смертей от ССЗ.**
- **В число высокоэффективных вмешательств входят стратегии, способствующие действиям на уровне правительств: усиление борьбы с употреблением табака, популяризация здорового рациона питания и физической активности, сокращение вредного употребления алкоголя, улучшение доступа населения к основным видам медицинской помощи.**

на индивидуальном, так и на популяционном уровне. Более того, НИЗ тесно связаны с бременем ВИЧ и туберкулеза, а недавние исследования показали, что значительное снижение масштабов НИЗ способно внести вклад в достижение Целей ООН в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия (ЦРДТ) (206). Дальнейшее промедление в принятии мер по борьбе с НИЗ еще более усложнит ситуацию и уничтожит достижения, накопленные благодаря многолетним инвестициям в борьбу с инфекционными заболеваниями и охрану здоровья матери и ребенка.

Без профилактики НИЗ невозможно устойчивое развитие. Если воздействие всемирной эпидемии НИЗ на социально-экономическое развитие будет игнорироваться и дальше, под угрозой окажутся успехи мер по снижению уровня бедности и достижению ЦРДТ. В рамках дискуссий в Сегменте высокого уровня Экономического и социального совета ООН (ЭКОСОС) (6–9 июля 2009 г., Женева) внимание мирового сообщества было привлечено к тому обстоятельству, что в глобальной повестке дня в области развития существует пробел в отношении НИЗ. С тех пор всё большее число стран-членов подчеркивают необходимость включения мероприятий по профилактике и контролю НИЗ в глобальные инициативы в области развития.

Недавно ряд СНСУД обратились к государствам – членам Генеральной Ассамблеи ООН с призывом к действиям. Это обращение поддержали главы правительств Содружества, опубликовав «Заявление о действиях Содружества по борьбе с неинфекционными заболеваниями».

Рисунок 99 Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в странах с высоким и низким уровнями дохода (данные стандартизированы по возрасту, 2008 г.) (1, 6).

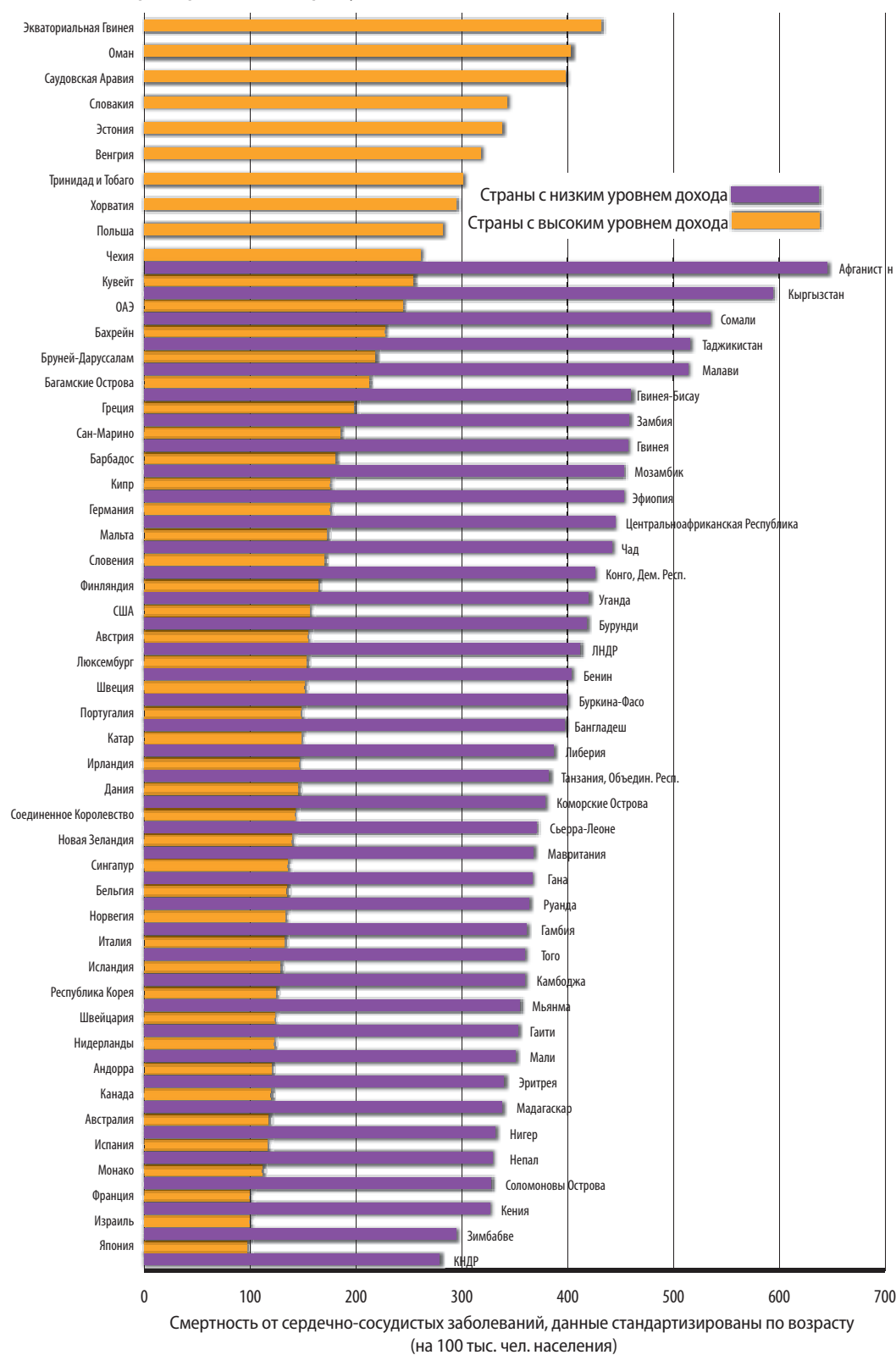


Рисунок 100 Смертность от ССЗ в странах с высоким и низким уровнями дохода, 2008 г. (1, 6).

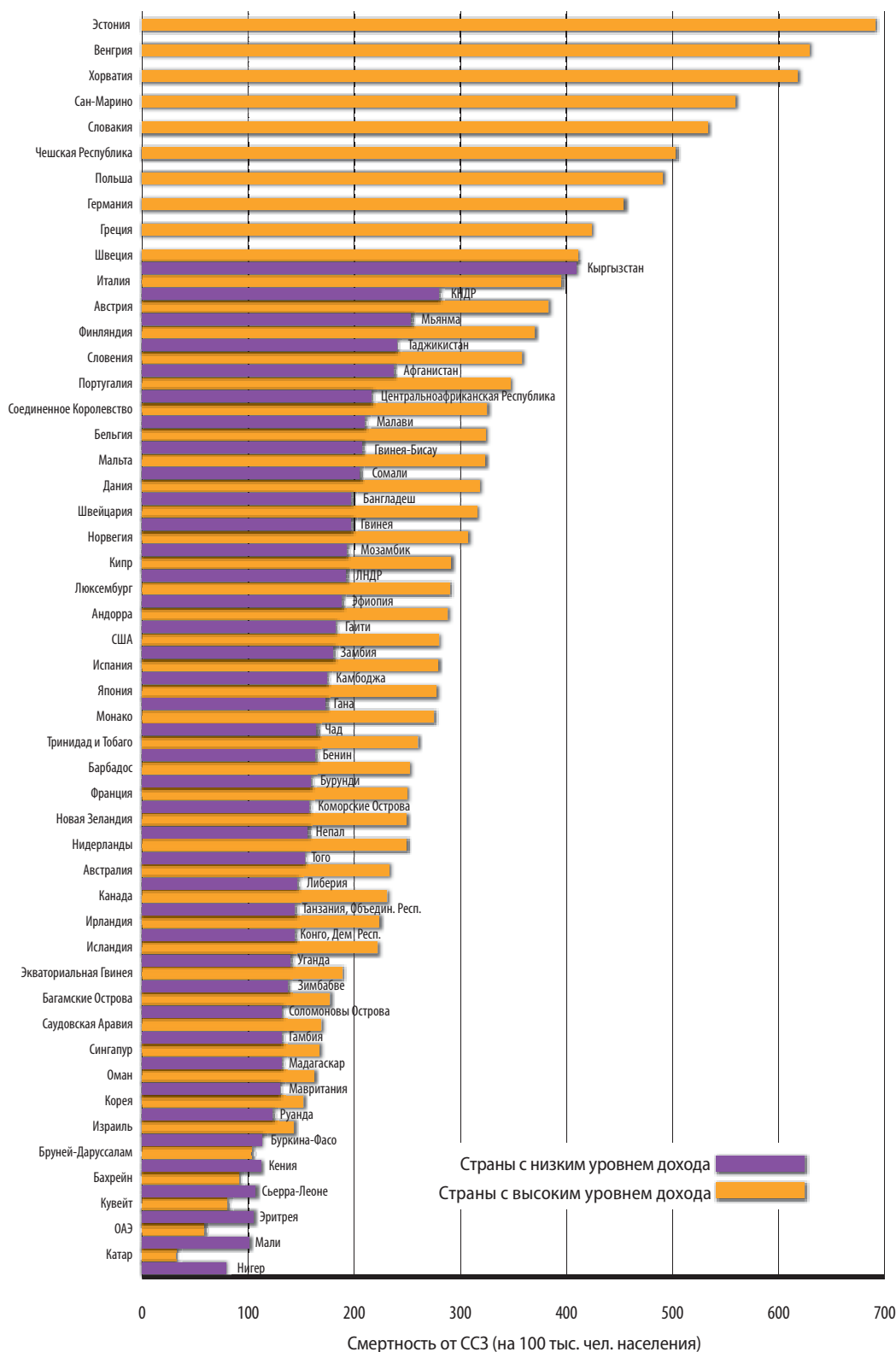


Рисунок 101 График, показывающий прогнозируемые тенденции смертности от НИЗ, ССЗ и инфекционных заболеваний на период с 2008 по 2030 г. (5).

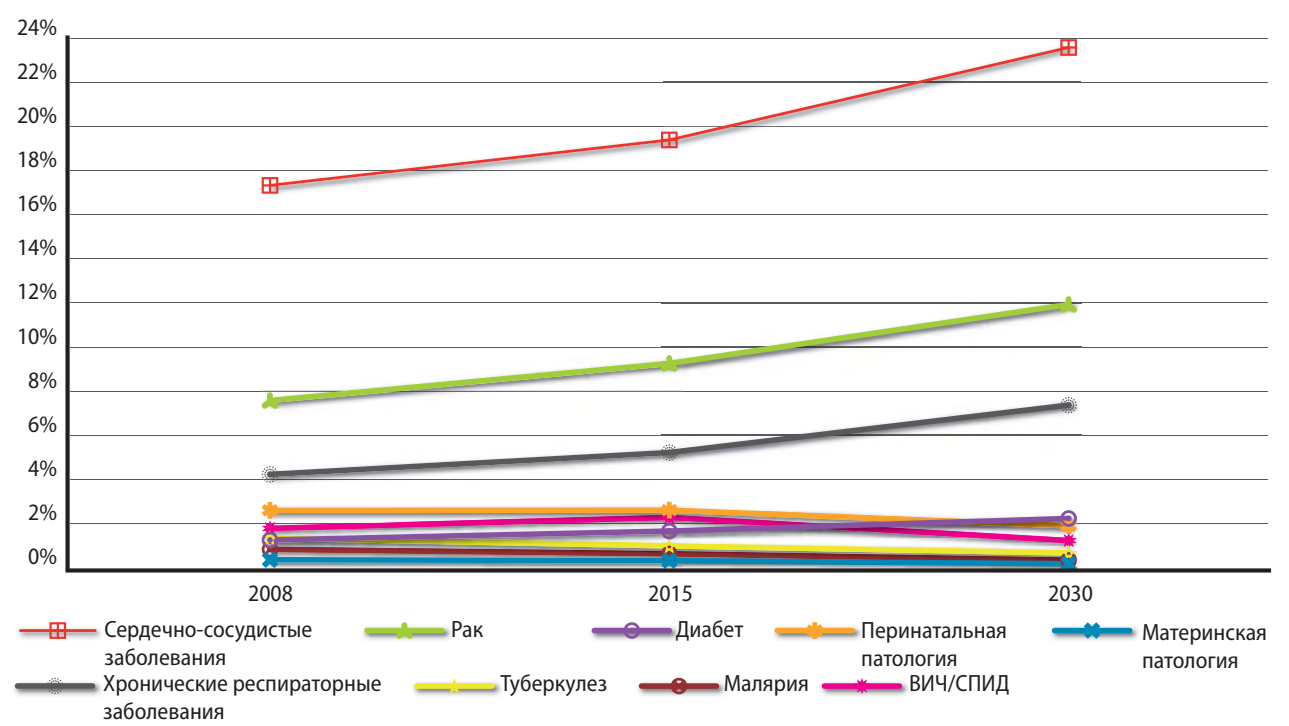


Рисунок 102 Десять основных причин бремени болезней в мире, 2004 и 2030 гг. (5).

2004 Болезнь или травма	% суммарного показателя DALY	Место в рейтинге	Место в рейтинге	% суммарного показателя DALY	2030 Болезнь или травма
Инфекции нижних отделов дыхательных путей	6,2	1	1	6,2	Монополярные депрессивные расстройства
Диарейные заболевания	4,8	2	2	5,5	Ишемическая болезнь сердца
Монополярные депрессивные расстройства	4,3	3	3	4,9	Дорожно-транспортные происшествия
Ишемическая болезнь сердца	4,1	4	4	4,3	Цереброваскулярные заболевания
ВИЧ/СПИД	3,8	5	5	3,8	ХОБЛ
Цереброваскулярные заболевания	3,1	6	6	3,2	Инфекции нижних дыхательных путей
Недоношенность и низкая масса тела при рождении	2,9	7	7	2,9	Нарушения слуха у взрослых
Перинатальная асфиксия или травма	2,7	8	8	2,7	Рефракционные нарушения зрения
Дорожно-транспортные происшествия	2,7	9	9	2,5	ВИЧ/СПИД
Неонатальные инфекции и др.	2,7	10	10	2,3	Сахарный диабет
ХОБЛ	2,0	13	11	1,9	Неонатальные инфекции и др.
Рефракционные нарушения зрения	1,8	14	12	1,9	Недоношенность и низкая масса тела при рождении
Нарушения слуха у взрослых	1,8	19	18	1,6	Перинатальная асфиксия или травма
Сахарный диабет	1,3	19	18	1,6	Диарейные заболевания

40

Профилактика ССЗ и борьба с ними: глобальное видение, дорожная карта и судьбоносное событие

Глобальный план действий ВОЗ по НИЗ (3) одобренный Всемирной ассамблеей здравоохранения в мае 2008 г., фокусируется на трех основных областях деятельности: 1) картографировании эпидемии и детерминантов НИЗ; 2) снижении степени воздействия общих факторов риска на индивидов и общины; и 3) укреплении медико-санитарной помощи лицам, страдающим НИЗ.

В 2007 г. Всемирная ассамблея здравоохранения приняла резолюцию WHA60.23 «Профилактика и контроль неинфекционных заболеваний: внедрение глобальной стратегии», которая содержала обращение к Генеральному директору с просьбой подготовить план действий по профилактике и контролю НИЗ. Этот документ, названный Глобальным планом действий ВОЗ по НИЗ, был одобрен на 61-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2008 г. План действий призывает государства-члены продолжать внедрение мер, согласованных Всемирной ассамблеей здравоохранения в резолюции WHA60.23 (3).

Глобальный план действий ВОЗ по НИЗ направлен на поддержку скоординированного, всеобъемлющего и интегрированного внедрения стратегий и основанных на доказательствах мерах вмешательства в отношении конкретных НИЗ и связанных с ними факторов риска и детерминантов как на мировом, так и на национальном уровне путем постановки шести общих задач, определяющих последовательность действий государств-членов, Секретариата ВОЗ и международных партнеров.

КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- **Глобальный план действий ВОЗ по НИЗ, одобренный Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2008 г., содержит в себе четкое видение и дорожную карту действий по борьбе с эпидемией сердечно-сосудистых заболеваний.**
- **Для успешной профилактики ССЗ и борьбы с ними на национальном уровне необходимо, чтобы цели, обозначенные в Глобальном плане действий по НИЗ, были встроены в систему здравоохранения.**

Задача 1. Повышать приоритет, придаваемый неинфекционным заболеваниям в работе в области развития на глобальном и национальном уровнях и интегрировать мероприятия по профилактике и контролю НИЗ в политику всех департаментов правительства.

Задача 2. Создать и укрепить национальную политику и планы по профилактике НИЗ и борьбе с ними.

Задача 3. Содействовать мероприятиям по сокращению воздействия основных общих и поддающихся изменению факторов риска НИЗ: употребления табака, нездорового рациона питания, отсутствия физической активности и вредного употребления алкоголя.

Задача 4. Содействовать научным исследованиям в области профилактики НИЗ и борьбы с ними.

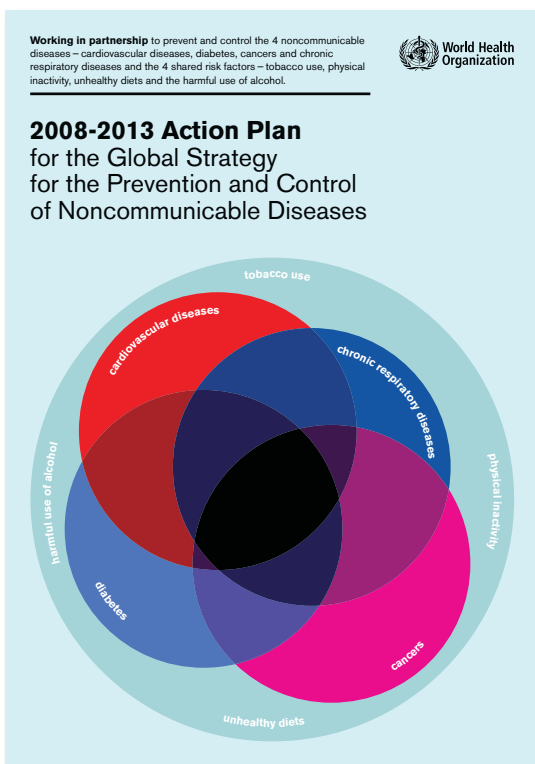
Задача 5. Содействовать развитию партнерств в сфере профилактики НИЗ и борьбы с ними.

Задача 6. Осуществлять мониторинг НИЗ и их детерминантов и оценивать прогресс на национальном, региональном и глобальном уровнях.

Отчет о ходе выполнения Глобального плана действий ВОЗ по НИЗ в 2008–2009 гг. был представлен на 126-й сессии Исполнительного комитета (208) и 63-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (209).

Судьбоносное событие в области профилактики НИЗ/ССЗ и борьбы с ними: Совещание высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по профилактике НИЗ и борьбе с ними. Нью-Йорк, 19–20 сентября 2011 года

В ходе двух очередных сессий, в мае и декабре 2010 г., Генеральная Ассамблея ООН приняла Резолюцию 64/265



(«Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними») (210) и Резолюцию 65/238 («Тематика, механизмы, формат и организация заседания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбы с ними») (211). В этих резолюциях говорилось, соответственно, о созыве Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по профилактике НИЗ и борьбе с ними и о мероприятиях по его организации.

Для поддержки выполнения резолюции 64/265 ВОЗ совместно с государствами-членами организовала 20 сентября 2010 г. побочную конференцию по вопросу о проведении Совещания высокого уровня и о связи между ЦРДТ и НИЗ (210).

Генеральная Ассамблея оказала дальнейшую поддержку Совещанию высокого уровня, приняв резолюции 65/1 («Выполнение обещания: объединение во имя достижения целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия») и 65/95 («Здоровье населения мира и внешняя политика») (196, 212)

В сентябре 2010 г. Генеральная Ассамблея приняла также резолюцию 65/1, которая включает в себя Итоговый документ Саммита ООН 2010 г. по обзору хода достижений ЦРДТ. В этом Документе руководители государств принимали на себя, в частности, обязательства по повышению эффективности систем здравоохранения и проверенных методов для решения меняющихся проблем здравоохранения, таких как ССЗ, и по осуществлению согласованных действий и скоординированных мер реагирования на национальном, региональном и мировом уровнях в целях надлежащего решения проблем в области развития и в других областях, возникающих в связи с НИЗ.

Согласно требованиям резолюции 65/238, Совещание высокого уровня завершилось принятием краткого, ориентированного на практические действия Итогового документа. Задачей Итогового документа является создание глобального импульса и принятие обязательств, связанных с реализацией Глобальной стратегии ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (WHA 53.17) и Плана действий по ее осуществлению (WHA61.14), а также «включения профилактики НИЗ и борьбы с ними в качестве неотъемлемой части в глобальную повестку дня в области развития и связанные с ней инвестиционные решения» (цитата из пункта 17а Плана действий) на основе принятых главами государств и правительств в 2010 г. обязательств по осуществлению «согласованных действий и скоординированных мер реагирования на национальном, региональном и глобальном уровнях в целях надлежащего решения проблем в области развития и других областях, возникающих в связи с неинфекционными заболеваниями» (цитата из пункта 76i постановляющей части Итогового документа Саммита ООН по ЦРДТ, включенного в резолюцию 65/1, которая была принята Генеральной Ассамблеей 22 сентября 2010 г.) (196, 211).

На 64-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения государства-члены единогласно одобрили резолюцию о под-

готовке к Совещанию высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (213).

Совещание высокого уровня предоставляет уникальную возможность положить конец многолетнему пренебрежению эпидемией ССЗ и сохранить жизни многим миллионам людей, которые продолжают умирать, в частности, в СНСУД (рис. 101 и 102), несмотря на доступность высокоэффективных мер вмешательства. Мир ожидает, что на этой судьбоносной встрече руководители государств возглавят согласованные действия, позволяющие смягчить последствия глобального кризиса здравоохранения.

Хронология событий мировой и региональной политики, приведших к принятию резолюций 64/265, 65/1, 65/95 и 65/238 Генеральной Ассамблеи ООН

- Май 2000 г. – Всемирная ассамблея здравоохранения принимает резолюцию WHA 53.17, вновь подтверждающую, что глобальная стратегия по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними направлена на сокращение преждевременной смертности и повышение качества жизни, а также обеспечивает глобальное видение методики борьбы с неинфекционными заболеваниями.
- Май 2003 г. – Всемирная ассамблея здравоохранения принимает Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака.
- Май 2004 г. – Всемирная ассамблея здравоохранения утверждает Глобальную стратегию в области рациона питания, физической активности и здоровья.
- Декабрь 2006 г. – Генеральная Ассамблея ООН принимает резолюцию 61/225, в которой рекомендует государствам-членам разработать национальные стратегии профилактики и лечения диабета, а также ухода за диабетиками.
- Сентябрь 2007 г. – Главы правительств Карибского сообщества, встретившись на специальном Саммите КАРИКОМ по неинфекционным заболеваниям в г. Порт-оф-Спейн, выпустили декларацию по НИЗ.
- Май 2008 г. – Всемирная ассоциация здравоохранения утверждает План действий для Глобальной стратегии по профилактике НИЗ и борьбе с ними, который служит дорожной картой для государств-членов, Секретариата и международных партнеров.
- Апрель 2009 г. – В Пекине прошло региональное совещание на уровне министров, на котором приняты рекомендации, включающие в себя пункты об ускорении действий для борьбы с НИЗ посредством повышения медицинской грамотности населения, включая использование недорогих, простых, но эффективных методик медико-санитарного просвещения.

- Май 2009 г. – В г. Доха 10 и 11 мая состоялось совещание ЭКОСОС/ЭСКЗА ООН/ДЭСВ ООН/ВОЗ на уровне министров стран Западной Азии. Его участники приняли Дохийскую декларацию по неинфекционным заболеваниям и травмам.
- Июль 2009 г. – Во время общей дискуссии на Сегменте высокого уровня Экономического и социального совета ООН (Женева, 6–9 июля) национальные и международные лидеры выступают с призывом учитывать в инициативах по глобальному развитию профилактику НИЗ и борьбу с ними. Затем принимается Декларация министров, призывающая к принятию неотложных мер по осуществлению глобальной стратегии по профилактике НИЗ и борьбе с ними, а также плана действий.
- Ноябрь 2009 г. – Главы государств и правительств Содружества, собравшиеся на Совещании глав правительств Содружества, проведенном с 27 по 29 ноября в г. Порт-оф-Спейн, выпустили заявление по действиям Содружества в борьбе с неинфекционными болезнями.
- 8 мая 2010 г. – Генеральная Ассамблея ООН на своей 64-й сессии единогласно принимает **резолюцию 64/265** о профилактике НИЗ и борьбе с ними. Резолюцию представили 78 государств-членов, а также Камерун от имени Группы африканских государств.
- Май 2010 г. – Всемирная ассамблея здравоохранения принимает резолюцию WHA 63.13 о Глобальной стратегии по сокращению вредного употребления алкоголя, а также резолюцию WHA63/14, посвященную маркетингу пищевых продуктов и безалкогольных напитков, ориентированному на детей.
- Июль 2010 года – Экономический и социальный совет ООН принимает резолюцию 2010/8 об употреблении табака и охране здоровья матери и ребенка, в которой настоятельно призывает государства-члены учитывать важность борьбы против табака для улучшения охраны здоровья матери и ребенка в рамках стратегий здравоохранения и программ сотрудничества в области развития.
- Сентябрь 2010 г. – На Пленарном заседании высокого уровня 65-й сессии Генеральной Ассамблеи ООН по обзору хода достижения ЦРДТ принята **резолюция 65/1**. Согласно этой резолюции, главы государств и правительств принимают на себя обязательства по повышению «эффективности систем здравоохранения и проверенных методов для решения меняющихся проблем здравоохранения, таких как увеличение числа случаев неинфекционных заболеваний».
- Ноябрь 2010 г. – На заседании Генеральной Ассамблеи ООН 23 ноября 2010 г. обсуждается записка Генерального секретаря, к которой прилагается доклад Генерального директора о глобальном положении дел в отношении неинфекционных заболеваний, с уделением особого внимания проблемам в области развития, стоящим перед развивающимися странами (документ A/65/362).
- Декабрь 2010 г. – Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций на своей 65-й сессии единогласно принимает **резолюцию 65/238** «Тематика, механизмы, формат и организация заседания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по вопросу профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними».
- Декабрь 2010 г. – Генеральная Ассамблея ООН на своей 65-й сессии единогласно принимает **резолюцию 65/95** «Здоровье населения мира и внешняя политика», в которой, в частности, приветствуется решение Генеральной Ассамблеи ООН о проведении в сентябре 2011 г. Заседания высокого уровня с участием глав государств и правительств, посвященного профилактике НИЗ и борьбе с ними. Также в этом документе приветствуются планы проведения Первой международной министерской конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям в Москве 28 и 29 апреля 2011 г.



Всемирная организация здравоохранения

Всемирная организация здравоохранения – специализированная организация ООН, созданная в 1948 г. Она играет критически важную роль как ведущая техническая инстанция в мире по вопросам здравоохранения. На протяжении последних 60 с лишним лет ВОЗ служит потребностям здравоохранения, осуществляя множество уставных функций, включая созыв экспертов, работу по установлению нормативов и стандартов, мониторинг и надзор здравоохранения и заболеваний, формирование повестки дня научных исследований в области здравоохранения и техническое сотрудничество со странами. Роль ВОЗ в борьбе с болезнями не имеет себе равных. ВОЗ содействует дискуссии, основанной на доказательствах, и имеет многочисленные формальные и неформальные сети сотрудничества по всему миру. Региональная структура ВОЗ предоставляет ей многочисленные возможности для взаимодействия со странами. Сильные стороны ВОЗ состоят в ее нейтральном статусе, почти всемирном охвате членов, беспристрастности и широких возможностях созыва международных форумов. Сфера полномочий, предусмотренная уставными целями ВОЗ, касается права на здоровье, социальную справедливость и равенство возможностей для всех.

Всемирная федерация сердца

Деятельность Всемирной федерации сердца посвящена руководству борьбой против болезней сердца и инсультов, с особым акцентом на страны с низким и средним уровнем дохода, силами объединенного сообщества, включающего в себя более 200 организаций-членов. Опираясь на своих членов, Всемирная федерация сердца ведет работу по формированию глобальной приверженности делу укрепления сердечно-сосудистого здоровья на уровне политических мероприятий, генерирует и распространяет идеи, делится передовым опытом, содействует научному прогрессу и трансферу знаний в целях борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, этим «убийцей №1» в странах мира. Увеличение числа членов организации способствует объединению сил кардиологических обществ и фондов более чем из 100 стран. Благодаря своим коллективным усилиям мы помогаем людям во всем мире жить дольше и сохранять здоровое сердце.

Всемирная организация по борьбе с инсультом

Всемирная организация по борьбе с инсультом (WSO) создана в октябре 2006 г. и опирается на деятельность своих членов – ученых, а также научных организаций и обществ по борьбе с инсультом. Его миссия состоит в предоставлении доступа к медицинской помощи по поводу инсульта, а также в пропаганде научных исследований и знаний путем: (1) содействия профилактике и медицинской помощи больным с инсультом и сосудистой деменцией; (2) содействия внедрению стандартов наилучшей практики; (3) обучения кадров совместно с другими международными, государственными и частными организациями; и (4) поощрения клинических исследований. Два раза в год WSO проводит Всемирные конгрессы по инсульту. Выпускаемый WSO с 2005 г. научный журнал *International Journal of Stroke* является клинически ориентированным периодическим изданием, влияние которого стремительно возрастает. WSO – организатор Всемирной кампании против инсульта и Всемирного дня инсульта (проводится ежегодно 29 октября). WSO – международная неправительственная организация (НПО), которая поддерживает официальные отношения с ВОЗ и участвует в разработке 11-го пересмотра Международной классификации болезней (МКБ-11). WSO – это голос мира по проблеме инсульта.

Библиография

1. *Causes of death 2008*, World Health Organization, Geneva, http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_2008_sources_methods.pdf.
2. World Health Organization. *Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva, WHO, 2009.
3. Resolution WHA61.14. *WHO 2008–2013 Action plan for the global strategy for prevention and control of noncommunicable diseases*. Geneva, World Health Organization, 2008.
4. World Health Organization. *Prevention of cardiovascular disease: Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk*. Geneva, WHO, 2007.
5. World Health Organization. *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva World Health Organization, 2008.
6. World Health Organization. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva, WHO, 2010.
7. Feigin VL et al. Worldwide stroke incidence and early case fatality reported in 56 population-based studies: A systematic review. *Lancet Neurology*, 2009, April, 8(4):355–369. Epub 21 February 2009. Review.
8. Mendis S et al. Report for the Pathobiological Determinants of Atherosclerosis in Youth (PBDAY) Research Group: Atherosclerosis in children and young adults: An overview of the World Health Organization and International Society and Federation of Cardiology Study on Pathobiological Determinants of Atherosclerosis in Youth Study (1985–1995). *Prevention and Control*, 2005, 1:3–15.
9. Ross R. Mechanisms of disease: Atherosclerosis – an inflammatory disease. *New England Journal of Medicine*, 1999, 340:115–126.
10. Davis NE. Atherosclerosis: An inflammatory process. *Journal of Insurance Medicine*, 2005, 37:72–75.
11. *Global Health Observatory Data Repository*, Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://apps.who.int/ghodata/>, accessed 23.8.11).
12. Levi F, Chatenoud L, Bertuccio P, Lucchini F, Negri E, La Vecchia C. Mortality from cardiovascular and cerebrovascular diseases in Europe and other areas of the world: an update. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2009 Jun;16(3):333–50.
13. Tunstall-Pedoe H, ed. *World largest study of heart disease, stroke, risk factors and population trends, 1979–2002*. MONICA Monograph and Multimedia Sourcebook, MONICA Project. Geneva, World Health Organization, 2003.
14. Unal B, Critchley JA, Capewell S. Explaining the decline in coronary heart disease mortality in England and Wales between 1981 and 2000. *Circulation*, 2004, 9:1101–1107.
15. Puska P. From Framingham to North Karelia: From descriptive epidemiology to public health action. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 2010, July–August, 53(1):15–20.
16. Kita Y et al. Trend of stroke incidence in a Japanese population: Takashima stroke registry, 1990–2001. *International Journal of Stroke*, 2009, August, 4(4):241–249.
17. Galus DF, Zejda JE. Decreasing trend of cardiovascular mortality in Poland in the years 1980–2001. *Wiad Lek*, 2004, 57(Suppl. 1):85–86.
18. Dawber TR. *The Framingham Study: The epidemiology of atherosclerotic disease*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1980.
19. Mendis S. The contribution of the Framingham Heart Study to the prevention of cardiovascular disease: A global perspective. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 2010, July–August, 53(1):10–14.
20. Keys A. *Seven countries: A multivariate analysis of death and coronary heart disease*. Cambridge, MA and London, Harvard University Press, 1980.
21. Yusuf S et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study. *Lancet*, 2004, 364(9438):937–952.
22. Wald NJ, Law MR. A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%. *British Medical Journal*, 2003, 28 June, 326(7404):1419. Erratum in: *British Medical Journal*, 2003, 13 September, 327(7415):586; *British Medical Journal*, 2006, September, 60(9):823.
23. Mendis S. Cardiovascular risk assessment and management in developing countries. *Vascular Health and Risk Management*, 2005, 1(1):15–18.
24. World Health Organization. *Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke*. Geneva, WHO, 2010.
25. World Health Organization. *WHO report on the global tobacco epidemic: The MPOWER Package*. Geneva, WHO, 2008.
26. World Health Organization. *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco*, WHO, Geneva, 2011.

27. Doll R et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*, 2004, 328(7455):1519. Epub 22 June 2004.
28. World Health Organization. *Systematic review of the link between tobacco and poverty*. Geneva, WHO, 2011.
29. World Health Organization. *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva, WHO, 2010.
30. Oguma Y, Shinoda-Tagawa T. Physical activity decreases cardiovascular disease risk in women: Review and meta-analysis. *American Journal of Preventative Medicine*, 2004, 26(5):407–418.
31. Wendel-Vos GC et al. Physical activity and stroke: A meta-analysis of observational data. *International Journal of Epidemiology*, 2004, 33(4):787–798. Epub 27 May 2004.
32. Berlin JA, Colditz GA. A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 1990, 132(4):612–628.
33. Cornelissen VA, Fagard RH. Effects of endurance training on blood pressure, blood pressure-regulating mechanisms, and cardiovascular risk factors. *Hypertension*, 2005, 46(4):667–675.
34. Cornelissen VA, Fagard RH. Effect of resistance training on resting blood pressure: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Hypertension*, 2005, 23(2):251–259.
35. Kelley GA, Kelley KS, Vu Tran Z. Aerobic exercise, lipids and lipoproteins in overweight and obese adults: A meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders*, 2005, 29(8):881–893.
36. Corrao G et al. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive Medicine*, 2004, 38:613–619.
37. Mukamal KJ et al. Alcohol consumption and cardiovascular mortality among U.S. adults, 1987 to 2020. *Journal of the American College of Cardiology*, 2010, 55:1328–1335.
38. Rehm J et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: An overview. *Addiction*, 2010, 105:817–843.
39. Ronsley PE et al. Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: A systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 2011, 342:d671.
40. Roerecke M, Rehm J. Irregular heavy drinking occasions and risk of ischemic heart disease: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 2010, 171:633–644.
41. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health*. Geneva, WHO, 2011.
42. World Health Organization. *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Geneva, WHO, 2004.
43. World Health Organization. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation*. Geneva, WHO, 2003.
44. Strazzullo P et al. Salt intake, stroke, and cardiovascular disease: Meta-analysis of prospective studies. *British Medical Journal*, 2009, 24 November, 339:b4567. doi: 10.1136/bmj.b4567.
45. *Creating an enabling environment for population-based salt reduction strategies*. Report of a WHO and United Kingdom Food Standards Agency joint technical meeting, 1–2 July 2010, London. Geneva, World Health Organization, 2010.
46. Bazzano LA, Serdula MK, Liu S. Dietary intake of fruits and vegetables and risk of cardiovascular disease. *Current Atherosclerosis Reports*, 2003, 5:492–499.
47. Kotseva R et al. EUROASPIRE Study Group. EUROASPIRE III. Management of cardiovascular risk factors in asymptomatic high-risk patients in general practice: Cross-sectional survey in 12 European countries. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 2010, October, 17(5):530–540.
48. Всемирная организация здравоохранения. *Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Карманное пособие по оценке и снижению риска сердечно-сосудистых заболеваний*. – Женева, ВОЗ, 2007.
49. Brown IJ et al. Salt intakes around the world: Implications for public health. *International Journal of Epidemiology*, 2009, 38:791–813.
50. He FJ, MacGregor GA. A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes. *Journal of Human Hypertension*, 2009, 23:363–384.
51. Finucane MM et al. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: Systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *Lancet*, 2011, 337(9765):557–567.
52. Government of Great Britain. *Obesity: Third report of session 2003–2004. Volume 1: Report, together with formal minutes*. Document HC 23–1. London, House of Commons, 2004.
53. Ezzati M et al. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet*, 2002, 360:1347–1360.
54. *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO Consultation. Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO Technical Report Series, No. 894).
55. McGee DL. Diverse Populations Collaboration. Body mass index and mortality: A meta-analysis based on person-level data from twenty-six observational studies. *Annals of Epidemiology*, 2005, 15(2):87–97.
56. Wang Y. Cross-national comparison of childhood obesity: The epidemic and the relationship between obesity and socioeconomic status. *International Journal of Epidemiology*, 2001, 30:1129–1136.

57. Danaei G et al. National, regional, and global trends in systolic blood pressure since 1980: Systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 786 country-years and 54 million participants. *Lancet*, 2011, 377(9765):568–577.
58. Levitan B et al. Is non-diabetic hyperglycaemia a risk factor for cardiovascular disease? A meta-analysis of prospective studies. *Archives of Internal Medicine*, 2004, 164(19):2147–2155.
59. Eberly LE et al. Intervention Trial Research Group. Impact of incident diabetes and incident nonfatal cardiovascular disease on 18-year mortality: The multiple risk factor intervention trial experience. *Diabetes Care*, 2003, 26:848–854.
60. Laing SP et al. Mortality from heart disease in a cohort of 23,000 patients with insulin-treated diabetes. *Diabetologia*, 2003, 46(6):760–765.
61. The DECODE Study Group on behalf of the European Diabetes Epidemiology Group. Is the current definition for diabetes relevant to mortality risk from all causes and cardiovascular and noncardiovascular disease? *Diabetes Care*, 2003, 26:688–696.
62. Boden-Albala B et al. Diabetes, fasting glucose levels, and risk of ischemic stroke and vascular events: Findings from the Northern Manhattan Study (NOMAS). *Diabetes Care*, 2008, 31:1132–1137.
63. Lakka HM et al. The metabolic syndrome and total and cardiovascular disease mortality in middle-aged men. *Journal of the American Medical Association*, 2002, 288:2709–2716.
64. The Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (DCCT/EDIC) Study Research Group. Intensive diabetes treatment and cardiovascular disease in patients with type 1 diabetes. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353(25):2643–2653.
65. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet*, 1998, 352:837–853.
66. Simmons RK et al. The metabolic syndrome: Useful concept or clinical tool? Report of a WHO Expert Consultation. *Diabetologia*, 2010, April, 53(4):600–605. Epub 11 December 2009.
67. Farzadfar F et al. National, regional, and global trends in serum total cholesterol since 1980: Systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 321 country-years and 3.0 million participants. *Lancet*, 2011, 377(9765):578–586.
68. World Health Organization. *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva, WHO, 2010.
69. World Health Organization. *Closing the gap in generation: Health equality through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, WHO, 2008.
70. Resolution WHA62.14. *Reducing health inequities through action on the social determinants of health*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-en-P2.pdf).
71. Fong CW et al. Educational inequalities associated with health-related behaviours in the adult population of Singapore. *Singapore Medical Journal*, 2007, 48:1091–1099.
72. Tamayo T, Christian H, Rathmann W. Impact of early psychosocial factors (childhood socioeconomic factors and adversities) on future risk of type 2 diabetes, metabolic disturbances and obesity: A systematic review. *Biomedical Central Public Health*, 2010, 10:525–528.
73. Barker DJP et al. Weight in infancy and death from ischaemic heart disease. *Lancet*, 1989, ii:577–580.
74. EARLYREAD Collaboration. Birth weight and risk of type 2 diabetes: A quantitative systematic review of published evidence. *Journal of the American Medical Association*, 2008, 300:2885–2897.
75. Kinra S et al. Effect of integration of supplemental nutrition with public health programmes in pregnancy and early childhood on cardiovascular risk in rural Indian adolescents: Long-term follow-up of Hyderabad nutrition trial. *British Medical Journal*, 2008, 337:1–10.
76. Krishnaveni GV et al. Anthropometry, glucose tolerance and insulin concentrations in Indian children: Relationships to maternal glucose and insulin concentrations during pregnancy. *Diabetes Care*, 2005, 28:2919–2925.
77. McMurray RG et al. The influence of physical activity, socioeconomic status, and ethnicity on the weight status of adolescents. *Obesity Research*, 2000, 8:130–139.
78. Резолюция 56-й сессии Всемирной Ассамблеи здравоохранения WHA56.1. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2003.
79. Резолюция 63-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA63/13. *Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010.
80. Резолюция 57-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA63/13. *Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004.
81. Резолюция 63-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA63/14. *Маркетинг пищевых продуктов и безалкогольных напитков, ориентированный на детей* // Шестидесят третья сессия Всемирной ассоциации здравоохранения. Женева, 17–21 мая 2010 г. Резолюции и решения. Приложение.– Женева, ВОЗ, 2010.
82. Maas AH, Appelman YE. Gender differences in coronary heart disease. *Neth Heart J.*, 2010 Nov;18(12):598-603

83. Ciambrone G, Kaski JC. The importance of gender differences in the diagnosis and management of cardiovascular disease. *Current Pharmaceutical Design*, 2011, 17(11):1079–1081.
84. Anand SS et al. Differences in the management and prognosis of women and men who suffer from acute coronary syndromes. *Journal of the American College of Cardiology*, 2005, 46:1845–1851.
85. Levit RD, Reynolds HR, Hochman JS. Cardiovascular disease in young women: A population at risk. *Cardiology in Review*, 2011, March–April, 19(2):60–65.
86. Zhang Y. Cardiovascular diseases in American women. *Nutrition, Metabolism, and Cardiovascular Diseases*, 2010, July, 20(6):386–393. Epub 2 June 2010.
87. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat (UNDESA). *World Population Prospects: The 2006 Revision and World Urbanization Prospects: The 2007 Revision*. New York, United Nations, 26 February 2008 (<http://esa.un.org/unup>).
88. Mathenge W, Foster A, Kuper H. Urbanization, ethnicity and cardiovascular risk in a population in transition in Nakuru, Kenya: A population-based survey. *BMC Public Health*, 2010, September, 22(10):569.
89. Vorster HH. The emergence of cardiovascular disease during urbanisation of Africans. *Public Health Nutrition*, 2002, 5(1A):239–243.
90. WHO Centre for Health Development. *Our cities, our health, our future*. Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health from the Knowledge Network on Urban Settings. Kobe, Japan, World Health Organization, 2008.
91. Hayes DK et al. Racial/ethnic and socioeconomic differences in multiple risk factors for heart disease and stroke in women: Behavioral risk factor surveillance system, 2003. *Journal of Women's Health* (Larchmont), 2006, 15(9):1000–1008.
92. Martikainen P et al. Income differences in mortality: A register-based follow-up study of three million men and women. *International Journal of Epidemiology*, 2001, 30:1397–1405.
93. Kuper H et al. The socioeconomic gradient in the incidence of stroke: A prospective study in middle-aged women in Sweden. *Stroke*, 2007, 38:27–33.
94. Hart CL, Hole DJ, Smith GD. The contribution of risk factors to stroke differentials, by socioeconomic position in adulthood: The Renfrew/Paisley study. *American Journal of Public Health*, 2000, 90(11):1788–1791.
95. Jakovljevic D et al. Socioeconomic status and ischemic stroke: The FINMONICA stroke register. *Stroke*, 2001, 32:1492–1498.
96. Avendano M et al. Trends in socioeconomic disparities in stroke mortality in six European countries between 1981–1985 and 1991–1995. *American Journal of Epidemiology*, 2005, 161:52–61.
97. Mendis S, Banerjee A. *Cardiovascular disease: Equity and social determinants*. In: Blas E, Kurup AS, eds. *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva, World Health Organization, 2010:31–48.
98. James PD et al. Avoidable mortality by neighbourhood income in Canada: 25 years after the establishment of universal health insurance. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2007, 61(4):287–296.
99. Всемирная организация здравоохранения. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью*. – Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010.
100. Xu K. Household catastrophic health expenditure: A multicountry analysis. *Lancet*, 2003, 362:111–117.
101. Xu K et al. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*, 2007, 26(4):972–983.
102. Knaul FC, Frenk J. Health insurance in Mexico: Achieving universal coverage through structural reform. *Health Affairs*, 2005, 24:1467–1476.
103. Mahal A, Karan A, Engelgau M. *The economic implications of non-communicable disease for India*. HNP Discussion Paper. Washington DC, World Bank, 2010.
104. Kruk ME, Goldmann E, Galea S. Borrowing and selling to pay for health care in low- and middle-income countries. *Health Affairs*, 2009, 28:1056–1066.
105. Abegunde DO, Stanciole AE. The economic impact of chronic diseases: How do households respond to shocks? Evidence from Russia. *Social Science and Medicine*, 2008, 66(11):2296–3307.
106. Mendis S et al. The availability and affordability of selected essential medicines for chronic diseases in six low- and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2007, 85:279–288.
107. Ramachandran A et al. Increasing expenditure on health care incurred by diabetic subjects in a developing country: A study from India. *Diabetes Care*, 2007, 30:252–256.
108. Sierra C, Coca A, Schiffrin EL. Vascular mechanisms in the pathogenesis of stroke. *Current Hypertension Reports*, 2011, June, 13(3):200–207.
109. Kannel WB et al. Prevalence, incidence, prognosis, and predisposing conditions for atrial fibrillation: Population-based estimates. *American Journal of Cardiology*, 1998, 82(8A):2N–9N.
110. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: The Framingham Study. *Stroke*, 1991, 22(8):983–988.
111. Holmes DR. Atrial fibrillation and stroke management: Present and future. *Seminars in Neurology*, 2010, November, 30(5):528–536. Epub 4 January 2011. Review.

112. Weisfeldt ML et al. Survival after application of automatic external defibrillators before arrival of the emergency medical system: Evaluation in the Resuscitation Outcomes Consortium population of 21 million. *Journal of the American College of Cardiology*, 2010, 55:1713–1720.
113. Pell JP, Walker A, Cobbe SM. Cost-effectiveness of automated external defibrillators in public places. *Curr Opin Cardiol.*, 2007 Jan;22(1):5–10.
114. Pell JP, Walker A, Cobbe SM. Cost-effectiveness of automated external defibrillators in public places: con. *Current Opinion in Cardiology*, 2007, 22:5–10.
115. Hoffman JL, Kaplan S. The incidence of congenital heart disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 2002, 39(12):1890–1900. PubMed.
116. Bruneau BG. The developmental genetics of congenital heart disease. *Nature*, 2008, 451(7181):943–948.
117. Mendis S. The policy agenda for prevention and control of non-communicable diseases. *British Medical Bulletin*, 2010, 96:23–43.
118. Resolution WHA63.17. *Birth defects*. Geneva, World Health Organization, 2010.
119. *Rheumatic fever and rheumatic heart disease*. Report of a WHO Expert Consultation, 29 October–1 November 2001. Geneva, World Health Organization, 2004 (Technical Report Series, No. 923).
120. Carapetis JR, McDonald M, Wilson NJ. Acute rheumatic fever. *Lancet*, 2005, 366:155–168.
121. Carapetis JR et al. The global burden of Group A streptococcal diseases. *Lancet Infectious Diseases*, 2005, 5:685–694.
122. Seckeler MD, Hoke TR. The worldwide epidemiology of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease. *Clinical Epidemiology*, 2011, February, 22(3):67–84.
123. Robertson KA, Volmink JA, Mayosi BM. Antibiotics for the primary prevention of acute rheumatic fever: A meta-analysis. *BMC Cardiovascular Disorders*, 2005, 31 May, 5(1):11.
124. Rassi A Jr, Rassi A, Marin-Neto JA. Chagas disease. *Lancet*, 2010, April, 375(9723):1388–1402.
125. Moncayo A, Silveira AC. Current epidemiological trends for Chagas disease in Latin America and future challenges in epidemiology, surveillance and health policy. *Memorias do Instituto Oswald Cruz*, 2009, 104(Suppl. 1):17–30.
126. *Control of Chagas disease*. Second report of the WHO Expert Committee. Geneva, World Health Organization, 2002. (Technical Report Series, No. 905).
127. Schmunis GA. Epidemiology of Chagas disease in non-endemic countries: The role of international migration. *Memorias do Instituto Oswald Cruz*, 2007, 102(Suppl. 1):75–85.
128. Moncayo A. Chagas disease: Current epidemiological trends after the interruption of vectorial and transfusional transmission in the Southern Cone countries. *Memorias do Instituto Oswald Cruz*, 2003, 98:577–591.
129. Dias JC, Silveira AC, Schofield CJ. The impact of Chagas disease control in Latin America: A review. *Memorias do Instituto Oswald Cruz*, 2002, July, 97(5):603–612.
130. Johnston SC, Mendis S, Mathers CD. Global variation in stroke burden and mortality: Estimates from monitoring, surveillance, and modelling. *Lancet Neurology*, 2009, 8:345–354.
131. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3:e442.
132. Szostak WB, Sekuła W, Figurska K. Reduction of cardiovascular mortality in Poland and changes in dietary patterns. *Kardiologia Polska*, 2003, March, 58(3):173–181 (discussion 180–181).
133. Rywik SL et al. Is the decrease of cardiovascular mortality in Poland associated with the reduction of global cardiovascular risk related to changes in life style? *Kardiologia Polska*, 2003, May, 58(5):344–355 (discussion 355).
134. Mendis S. Prevention and care of stroke in low- and middle-income countries; the need for a public health perspective. *International Journal of Stroke*, 2010, April, 5(2):86–91.
135. Hachinski V et al. Stroke: Working toward a prioritized world agenda. *International Journal of Stroke*, 2010, August, 5(4):238–256.
136. Norrving B. The World Stroke Organization and the World Stroke Day. *International Journal of Stroke*, 2009, October, 4(5):314.
137. Jackson R et al. Treatment with drugs to lower blood pressure and blood cholesterol based on an individual's absolute cardiovascular risk. *Lancet*, 2005, 365(9457):434–441.
138. British Heart Foundation. *Updated guidelines on CVD risk assessment*. Factfile 08/2004 (<http://www.bhf.org.uk/professionals/index.asp?seclD=15&secondlevel=471&thirdlevel=970&artID=5446>).
139. Assmann G, Cullen P, Schulte H. Simple scoring scheme for calculating the risk of acute coronary events based on the 10-year follow-up of the prospective cardiovascular Munster (PROCAM) study. *Circulation*, 2002, 105(3):310–315.
140. Conroy RM et al. SCORE Project Group. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: The SCORE Project. *European Heart Journal*, 2003, 24(11):987–1003.
141. Mendis S et al. World Health Organization (WHO) and International Society of Hypertension (ISH) risk prediction charts: Assessment of cardiovascular risk for prevention and control of cardiovascular disease in low- and middle-income countries. *Journal of Hypertension*, 2007, August, 25(8):1578–1582.
142. Puska P, Ståhl T. Health in All Policies – the Finnish initiative: Background, principles, and current issues. *Annual Review of Public Health*, 2010, 21 April, 31:315–328. Review.

143. Mendis S, Fuster V. National policies and strategies for noncommunicable diseases. *Nature Reviews Cardiology*, 2009, November, 6(11):723–727. Review.
144. World Bank. *Public policy and the challenge of chronic noncommunicable diseases*. Executive summary. Washington, DC, WB, 2007 (<http://siteresources.worldbank.org/INTPH/Resources/PublicPolicyandNCDsWorldBank2007FullReport.pdf>).
145. World Health Organization. *Guidelines for implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Geneva, WHO, 2011.
146. World Health Organization. *History of the WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Geneva, WHO, 2009.
147. Ranson MK et al. Global and regional estimates of the effectiveness and cost-effectiveness of price increases and other tobacco control policies. *Nicotine & Tobacco Research*, 2002, 4:311–319.
148. Asaria P et al. Chronic disease prevention: Health effects and financial costs of strategies to reduce salt intake and control tobacco use. *Lancet*, 2007, 370:2044–2053.
149. Jha P et al. Tobacco addiction. In: Jamison DT et al., eds. *Disease control priorities in developing countries*, 2nd edition. Washington DC, World Bank, 2006.
150. World Health Organization. *WHO technical manual on tobacco tax administration*. Geneva, WHO, 2010.
151. World Health Organization. *Protection from exposure to second-hand tobacco smoke: Policy recommendations*. Geneva, WHO, 2007.
152. International Tobacco Control Project. *International Tobacco Control Policy Evaluation Project: Key findings*. Waterloo, Ontario, ITC, 2010.
153. Hoek J et al. Lessons from New Zealand's introduction of pictorial health warnings on tobacco packaging. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010, 88:861–866.
154. National Bureau of Economic Research. *Tobacco advertising: Economic theory and international evidence*. Cambridge, MA, NBER, 1999.
155. World Health Organization. *WHO report on the global tobacco epidemic: Implementing smoke-free environments*. Geneva, WHO, 2009.
156. International Tobacco Evidence Network. *Economics of tobacco control international evidence for tobacco control network*. University of Illinois at Chicago, ITEN, 2002.
157. Centers for Disease Control and Prevention. *Best practices for comprehensive tobacco control programs*. Atlanta, CDC, 2007.
158. Resolution WHA63.23. *Maternal, young child and infant nutrition: Implementation plan*. Geneva, World Health Organization, May 2010.
159. *Reducing salt intake in populations*. Report of a WHO forum and technical meeting, Paris, 5–7 October 2006. Geneva, WHO, 2007.
160. World Health Organization. *Estimation of resource needs and costs for scaling-up a core noncommunicable disease intervention package in low and middle income countries*. Geneva, WHO, 2011.
161. World Health Organization. *Interventions on diet and physical activity: What works: Summary report*. Geneva, WHO, 2009.
162. Ramachandran A et al. The Indian Diabetes Prevention Programme shows that lifestyle modification and metformin prevent type 2 diabetes in Asian Indian subjects with impaired glucose tolerance (IDPP). *Diabetologia*, 2006, 49:289–297.
163. Cecchini M et al. Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: Health effects and cost effectiveness. *Lancet*, 2010, 376:1775–1784.
164. World Health Organization. *WHO Global recommendations on physical activity for health*. Geneva, WHO, 2010.
165. Resolution WHA58.26. *Public health problems caused by harmful use of alcohol*. Geneva, World Health Organization, 2005.
166. Резолюция 58-й сессии Всемирной организации здравоохранения WHA58.26. *Проблемы общественного здравоохранения, вызываемые вредным употреблением алкоголя*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2005
167. World Health Organization. *Problems Related to Alcohol Consumption. Second report of the expert committee*. Geneva, WHO, 2007.
168. Anderson P, Chisholm D, Fuhr D. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*, 2009, 373:2234–2246.
169. World Health Organization Regional Office for Europe. *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen, WHO, 2009.
170. Bergeron H. Qualifying policy: Taking the example of the alcohol problem. *Santé Publique*, 2008 July–August, 20(4):341–352.
171. World Health Organization. *Prevention of recurrent heart attacks and strokes in low- and middle-income populations: Evidence-based recommendations for policy-makers and health professionals*. Geneva, WHO, 2003.
172. Jamison DT et al., eds. *Disease control priorities in developing countries*, 2nd edition. Washington DC, World Bank, 2006.
173. World Health Organization. *Package of essential noncommunicable disease interventions for primary health care in low-resource settings*. Geneva, WHO, 2010.
174. Lim SS et al. Prevention of cardiovascular disease in high-risk individuals in low-income and middle-income countries: Health effects and costs. *Lancet*, 2007, 370:2054–2062.
175. Yusuf S. Two decades of progress in preventing vascular disease. *Lancet*, 2002, 360:2–3.

176. Abegunde DO et al. Can non-physician health-care workers assess and manage cardiovascular risk in primary care? *Bulletin of the World Health Organization*, 2007, 85:432–440.
177. Mendis S et al. Cardiovascular risk management and its impact on hypertension control in primary care in low-resource settings: A cluster-randomized trial. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010, June, 88(6):412–419.
178. Mendis S et al. Total cardiovascular risk approach to improve efficiency of cardiovascular prevention in resource-constrained settings. *Journal of Clinical Epidemiology*, 27 April 2011. Epub ahead of print.
179. Lonn E et al. The polypill in the prevention of cardiovascular diseases: Key concepts, current status, challenges, and future directions. *Circulation*, 2010, 16 November, 122(20):2078–2088.
180. Yusuf S et al. Effects of a polypill (Polycap) on risk factors in middle-aged individuals without cardiovascular disease (TIPS): A phase II, double-blind, randomised trial. Indian Polycap Study (TIPS). *Lancet*, 2009, 18 April 18, 373(9672):1341–1351.
181. Soliman EZ et al. A Polypill for primary prevention of cardiovascular disease: A feasibility study of the World Health Organization. *Trials*, 2011, 5 January, 12:3.
182. Mendis S et al. WHO study on Prevention of Recurrences of Myocardial Infarction and Stroke (WHOPREMISE). *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83(11):820–829.
183. Parati G et al. A new solar-powered blood pressure measuring device for low-resource settings. *Hypertension*, 2010, December, 56(6):1047–1053. Epub 8 November 2010.
184. Ndindjock R et al. Potential impact of single-risk factor versus total risk management for the prevention of cardiovascular events in Seychelles. *Bulletin of the World Health Organization*, 2011, 85:286–295.
185. Murray CJ et al. Effectiveness and costs of interventions to lower systolic blood pressure and cholesterol: A global and regional analysis on reduction of cardiovascular-disease risk. *Lancet*, 2003, 361:717–725.
186. Mendis S, Alwan A, eds. *A prioritized research agenda for prevention and control of noncommunicable diseases*. Geneva, World Health Organization, 2011.
187. Всемирная организация здравоохранения. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь. Сегодня актуальнее, чем когда-либо.* – Женева, ВОЗ, 2008.
188. Evans DB, Etienne C. Health systems financing and the path to universal coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010, 88:402.
189. WHO Framework for Action. *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes*. Geneva, World Health Organization, 2007.
190. Wood D et al. Research priorities: Prevention and control of cardiovascular diseases, with a focus on low- and middle-income countries. Paper 1. In: Mendis S, Alwan A, eds. *A prioritized research agenda for prevention and control of noncommunicable diseases*. Geneva, World Health Organization, 2011.
191. World Health Organization. *World Health Report 2012: No health without research*. Geneva, WHO (in preparation).
192. Alwan A et al. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: Progress and capacity in high-burden countries. *Lancet*, 2010, 27 November, 376(9755):1861–1868.
193. Collie-Akers V et al. Evaluating mobilization strategies with neighborhood and faith organizations to reduce risk for health disparities. *Health Promotion Practice*, 2009 April, 10(Suppl. 2):1185–1275.
194. The NCD Alliance web site (<http://www.ncdalliance.org/unsppg>).
195. Engelgau MM et al. *Capitalizing on the demographic transition: Tackling noncommunicable diseases in South Asia*. Washington, DC, World Bank, 2011.
196. United Nations resolution 65/1. *Keeping the promise: United to achieve the Millennium Development Goals*. Adopted by the General Assembly, 19 October 2010. New York, United Nations.
197. McCoy D, Chand S, Sridhar D. Global health funding: How much, where it comes from and where it goes. *Health Policy Plan*, 2009, November, 24(6):407–417.
198. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems. *Constraints to scaling up and costs: Working group 1 report*. Geneva, International Health Partnership, 2009 (http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/working_group_1_-_report_EN.pdf).
199. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems. *Raising and channelling funds: Working group 2 report*. Geneva, International Health Partnership, 2009 (http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/working_group_2_-_report_EN.pdf).
200. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems. *More money for health, and more health for the money: Final report*. Geneva, International Health Partnership, 2009 (http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/taskforce_report_EN.pdf).
201. Schmidt R. *The currency transaction tax: Rate and revenue estimates*. Ottawa, North-South Institute, 2007 (www.nsi-ins.ca).
202. Thai Health Promotion Foundation web site (<http://en.thaihealth.or.th/>).
203. Nam EW et al. Sustainable funding of health initiatives in Wonju Republic of Korea via a tobacco consumption tax. *Health Promotion International*, 2011, 14 March.

204. Bhutta ZA et al. Countdown to 2015 decade report (2000–2010): Taking stock of maternal, newborn, and child survival. *Lancet*, 2010, 5 June, 375(9730):2032–2044. Review. Erratum in: *Lancet*, 2010, 4 September, 376(9743):772.
205. Rajaratnam JK et al. Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970–2010: A systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4. *Lancet*, 2010, 5 June, 375(9730):1988–2008. Epub 27 May 2010. Erratum in: *Lancet*, 2010, 28 August, 376(9742):686; *Lancet*, 2010, 19 June, 375(9732):2142.
206. Экономический и социальный совет Организации Объединенных Наций. Резолюция 2010/8. *Потребление табака и здоровье матерей и детей*. Принята 22 июля 2010 г. Нью-Йорк, ООН.
207. *Statement on Commonwealth Action to Combat Noncommunicable Diseases*, 27–29 November 2009 (<http://www.uicc.org/sites/clonesource.agenceinovae.com/files/private/statementoncommonwealthactiontocombatnon-communicablediseases.pdf>).
208. The progress in implementation of the WHO Global NCD Action Plan in 2008–2009 reported to the 126th Executive Board, 18–23 January 2010. Geneva, World Health Organization.
209. The progress in implementation of the WHO Global NCD Action Plan in 2008–2009 reported to the 63rd World Health Assembly, 17–21 May 2010. Geneva, World Health Organization.
210. Организация Объединенных Наций. Резолюция 64/265. *Профилактика неинфекционных заболеваний и борьбы с ними*. Принята Генеральной Ассамблеей 10 мая 2010 г. Нью-Йорк, ООН.
211. Организация Объединенных Наций. Резолюция 65/238. *Тематика, механизмы, формат и организация заседания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по вопросу профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними*. Принята Генеральной Ассамблеей 13 декабря 2010 г. Нью-Йорк, ООН.
212. Организация Объединенных Наций. Резолюция 65/95. *Здоровье населения мира и внешняя политика*. Принята Генеральной Ассамблеей 10 февраля 2011 г. Нью-Йорк, ООН.
213. Resolution WHA64/21. *Prevention and control of noncommunicable diseases: WHO's role in the preparation, implementation and follow-up to the high-level meeting of the United Nations General Assembly on the prevention and control of noncommunicable diseases, September 2011*. Geneva, WHO, 2011.

Список рисунков

Рисунок 1. Нормальное сердце и его кровоснабжение (1).

Рис. 2. Нормальный головной мозг и его кровоснабжение (1).

Рисунок 3. Распределение основных причин смертности, включая ССЗ (1).

Рисунок 4. Распределение смертности от инфарктов, инсультов и других видов ССЗ, мужчины (1).

Рисунок 5. Распределение смертности от инфарктов, инсультов и других видов ССЗ, женщины (1).

Рисунок 6. Карта мира, демонстрирующая глобальное распределение смертности от ССЗ среди мужчин (стандартизировано по возрасту, на 100 тыс. чел. населения) (1).

Рисунок 7. Карта мира, демонстрирующая глобальное распределение смертности от ССЗ среди женщин (стандартизировано по возрасту, на 100 тыс. чел. населения) (1).

Рисунок 8. Карта мира, демонстрирующая глобальное распределение бремени ССЗ (DALY), среди мужчин (стандартизировано по возрасту, на 100 тыс. чел. населения) (1).

Рисунок 9. Карта мира, демонстрирующая глобальное распределение бремени ССЗ (DALY) среди женщин (стандартизированное по возрасту, на 100 тыс. чел. населения) (1).

Рисунок 10. Распределение смертности от НИЗ у мужчин и женщин в странах мира, по отдельным причинам (1, б).

Рисунок 11. Распределение смертности от НИЗ у лиц обоих полов в возрасте моложе 60 лет в странах мира, по отдельным причинам (1, б).

Рисунок 12. Распределение смертности от НИЗ у лиц обоих полов в возрасте моложе 70 лет в странах мира, по отдельным причинам (1, б).

Рисунок 13. Распространение глобального бремени ССЗ (DALY), вызванного инфарктами, инсультами и другими видами ССЗ, у мужчин (5).

Рисунок 14. Распространение глобального бремени ССЗ (DALY), вызванного инфарктами, инсультами и другими видами ССЗ, у женщин (5).

Рисунок 15. Карта мира, показывающая глобальное распределение смертности от ишемической болезни сердца среди мужчин (данные стандартизированы по возрасту, на 100 тыс. чел. населения) (1).

Рисунок 16. Карта мира, показывающая глобальное распределение смертности от ишемической болезни сердца среди женщин (данные стандартизированы по возрасту, на 100 тыс. чел. населения) (1).

Рисунок 17. Карта мира, показывающая глобальное распределение смертности от цереброваскулярных заболеваний среди мужчин (данные стандартизированы по возрасту, на 100 тыс. чел. населения) (1).

Рисунок 18. Карта мира, показывающая глобальное распределение смертности от цереброваскулярных заболеваний среди женщин (данные стандартизированы по возрасту, на 100 тыс. чел. населения) (1).

Рисунок 19. Карта мира, показывающая бремя ишемической болезни сердца (DALY) у мужчин (данные стандартизированы по возрасту, на 100 тыс. чел. населения) (5).

Рисунок 20. Карта мира, показывающая бремя ишемической болезни сердца (DALY) у женщин (данные стандартизированы по возрасту, на 100 тыс. чел. населения) (5).

Рисунок 21. Карта мира, показывающая бремя цереброваскулярных заболеваний (DALY) у мужчин (данные стандартизированы по возрасту, на 100 тыс. чел. населения) (5).

Рисунок 22. Карта мира, показывающая бремя цереброваскулярных заболеваний (DALY) у женщин (данные стандартизированы по возрасту, на 100 тыс. чел. населения) (5).

Рисунок 23. Дисфункция эндотелия: адгезия лейкоцитов и их миграция в глубокие слои внутренней оболочки сосуда (9).

Рисунок 24. Формирование полосы жира, открывающее агрегацию тромбоцитов на поверхности эндотелия, формирование кантомных клеток и миграция клеток гладкой мускулатуры (9).

Рисунок 25. Формирование фиброзной покрышки и некротического ядра (9).

Рисунок 26. Разорвавшаяся бляшка (9).

Рисунок 27. Карта мира, показывающая глобальное распределение смертности от ишемической болезни сердца (данные стандартизированы по возрасту, на 100 тыс. чел. населения) (1).

Рисунок 28. Карта мира, показывающая глобальное распределение смертности от цереброваскулярных заболеваний (данные стандартизированы по возрасту, на 100 тыс. чел. населения) (1).

Рисунок 29. Распределение по степени важности 10 выбранных факторов риска, приводящих к смерти (2).

Рисунок 30. Таблица прогнозирования факторов сердечно-сосудистого риска, разработанная ВОЗ и Международным обществом артериальной гипертензии (ISH).

Рисунок 31. Чтобы приблизить распределение сердечно-сосудистого риска к оптимальному уровню, необходимо сочетание популяционных стратегий со стратегиями, ориентированными на группы высокого риска (23).

Рисунок 32. Распределение риска сердечно-сосудистых заболеваний в некоторых субрегионах ВОЗ (4).

Рисунок 33. Карта мира, показывающая распространённость ежедневного табакокурения среди мужчин (стандартизированные по возрасту, скорректированные расчетные показатели) (6).

Рисунок 34. Карта мира, показывающая распространённость ежедневного табакокурения среди женщин (стандартизированные по возрасту, скорректированные расчетные показатели) (6).

Рисунок 35. Карта мира, показывающая распространённость недостаточной физической активности* среди мужчин (в возрасте 15 лет и старше, данные стандартизованы по возрасту) (6). (* Менее пяти 30-минутных эпизодов умеренной физической активности в неделю или менее трех 20-минутных эпизодов активной физической нагрузки, либо их эквивалентов).

Рис. 36. Карта мира, показывающая распространённость недостаточной физической активности* среди женщин (в возрасте 15 лет и старше, данные стандартизованы по возрасту) (6). (* Менее пяти 30-минутных эпизодов умеренной физической активности в неделю или менее трех 20-минутных эпизодов активной физической нагрузки, либо их эквивалентов).

Рисунок 37. Карта мира, показывающая потребление чистого алкоголя (в литрах) на душу взрослого населения среди мужчин и женщин (6).

Рисунок 38. Карта мира, показывающая распространённость ожирения* среди мужчин (лица старше 20 лет, данные стандартизованы по возрасту) (6). (*ИМТ ≥ 30 кг/м²)

Рисунок 39. Карта мира, показывающая распространённость ожирения* среди женщин (лица старше 20 лет, данные стандартизованы по возрасту) (6). (*ИМТ ≥ 30 кг/м²).

Рисунок 40. Карта мира, показывающая количество потребляемых овощей и фруктов (в граммах на 1 чел. в день) (ii).

Рисунок 41. Карта мира, показывающая распространённость избыточной массы тела* среди мужчин в мире (старше 20 лет, данные стандартизованы по возрасту) (6). (*ИМТ ≥ 25 кг/м²).

Рисунок 42. Карта мира, показывающая распространённость избыточной массы тела* среди женщин (старше 20 лет, данные стандартизованы по возрасту) (6). (*ИМТ ≥ 25 кг/м²).

Рисунок 43. Карта мира, показывающая распространённость повышенного артериального давления* среди мужчин (в возрасте старше 25 лет, данные стандартизованы по возрасту) (6), (* Систолическое артериальное давление ≥ 140 и /или диастолическое артериальное давление ≥ 90).

Рисунок 44. Карта мира, показывающая распространённость повышенного артериального давления* среди мужчин (в возрасте старше 25 лет, данные стандартизованы по возрасту) (6), (* Систолическое артериальное давление ≥ 140 и /или диастолическое артериальное давление ≥ 90).

Рисунок 45. Карта мира, показывающая распространённость повышенного уровня глюкозы в крови* среди мужчин (в возрасте старше 25 лет, данные стандартизованы по возрасту) (6), (* Люди с уровнем глюкозы в крови ≥ 7 ммоль/л или получающие терапию по поводу повышенного уровня глюкозы в крови).

Рисунок 46. Карта мира, показывающая распространённость повышенного уровня глюкозы в крови* среди женщин (в возрасте старше 25 лет, данные стандартизованы по возрасту) (6), (* Люди с уровнем глюкозы в крови ≥ 7 ммоль/л или получающие терапию по поводу повышенного уровня глюкозы в крови).

Рисунок 47. Карта мира, показывающая распространённость повышенного уровня холестерина крови* среди мужчин (в возрасте старше 25 лет, данные стандартизованы по возрасту) (6), (* Люди с уровнем холестерина в крови ≥ 5 ммоль/л или получающие терапию по поводу повышенного уровня холестерина крови).

Рисунок 48. Карта мира, показывающая распространённость повышенного уровня холестерина крови* среди женщин (в возрасте старше 25 лет, данные стандартизованы по возрасту) (6), (* Люди с уровнем холестерина в крови ≥ 5 ммоль/л или получающие терапию по поводу повышенного уровня холестерина крови).

Рисунок 49. Карта мира, показывающая уровень грамотности среди взрослого населения (iii).

Рисунок 50. Карта мира, показывающая распространённость курения в зависимости от квинтиля дохода. Люди, имеющие худшие жилищные условия и люди, проживающие в бедных странах, курят больше (11, 24, 25).

Рисунок 51. Связь между избыточной массой тела у детей и интенсивностью рекламы нездоровых пищевых продуктов на телевидении (iv).

Рисунок 52. Доля телевизионных рекламных текстов (%), посвященных сладостям, жирной пище и здоровой пище, в некоторых странах (iv–ix).

Рисунок 53. Смертность от ССЗ в странах с различным уровнем дохода (по классификации Всемирного банка) среди мужчин и женщин (на 100 тыс. чел.) (1, 6).

Рисунок 54. Сравнение возрастных пирамид населения в 2000 и 2010 гг. в странах с низким уровнем дохода, уровнем дохода ниже среднего, уровнем дохода выше среднего и высоким уровнем дохода, соответственно (x).

Рисунок 55. Корреляция между долей населения, живущего в городах, и отсутствием физической активности у взрослого населения в 122 странах мира, классифицированных по уровню дохода (iii, x).

Рисунок 56. Различия в неравенстве распределения национального дохода в странах мира, измеряемые коэффициентом Джини (iii).

Рисунок 57. Коэффициент Джини и смертность от ССЗ среди мужчин и женщин по группам стран с различным уровнем дохода по классификации Всемирного банка (данные стандартизированы по возрасту, на 100 тыс. чел.) (1, iii).

Рисунок 58.1. Связь между смертностью от цереброваскулярных заболеваний и национальным доходом (130).

Рисунок 58.2. Связь между бременем цереброваскулярных заболеваний и национальным доходом (130).

Рисунок 59. Электрокардиограмма; фибрилляция предсердий в сравнении с нормальным синусовым ритмом. Фибрилляция предсердий (вверху) и нормальный синусовый ритм (внизу). Фиолетовая стрелка указывает на Р-волну, которая исчезает при фибрилляции предсердий (i).

Рисунок 60. Врожденные пороки сердца; схематическое изображение нормального сердца и сердца с тетрадой Фалло (i). Перепечатано с разрешения правообладателей.

Рисунок 61. Схематическое изображение сердца с открытым артериальным протоком (ОАП); эта аномалия встречается у 50% детей с синдромом врожденной краснухи (i).

Рисунок 62. Ревматическая болезнь сердца на аутопсии с характерными изменениями (утолщенный митральный клапан, его створки и гипертрофированная стенка левого желудочка).

Рисунок 63. Доля ревматической болезни сердца в глобальной структуре смертности от ССЗ среди мужчин, 2008 г. (1).

Рисунок 64. Доля ревматической болезни сердца в глобальной структуре смертности от ССЗ среди женщин, 2008 г. (1).

Рисунок 65. Доля ревматической болезни сердца в глобальном бремени ССЗ (DALY) среди мужчин, 2008 г. (5).

Рисунок 66. Доля ревматической болезни сердца в глобальном бремени болезней (DALY) среди женщин, 2008 г. (5).

Рисунок 67. Перенос возбудителя болезни Шагаса, симптомы входных ворот проникновения *Trypanosoma cruzi*; багровый отёк век одного глаза, отек руки и симптомы хронической стадии (124).

Рисунок 68. Карта мира, показывающая распространенность болезни Шагаса (1).

Рисунок 69. Тенденции смертности от ССЗ в развитых странах (данные стандартизированы по возрасту) (xi).

Рисунок 70.1. Тенденции смертности от ССЗ в Соединенном Королевстве (15, xi).

Рисунок 70.2. Тенденции смертности от ССЗ в Финляндии (14, xi).

Рисунок 71. Карта мира, показывающая расходы на здравоохранение на душу населения в 193 странах мира (11).

Рисунок 72. Карта мира, показывающая размер расходов на здравоохранение в виде процентной доли валового внутреннего продукта (11, iii).

Рисунок 73. Карта мира, на которой представлены государства – члены ВОЗ, сообщившие об осуществлении политических мер по борьбе с НИЗ (6).

Рисунок 74. Карта мира, на которой показано налогообложение табачной продукции в разных странах (налог представлен в виде процента от цены самых продаваемых брендов табачных изделий) (11).

Рисунок 75. Распространенность употребления табака среди молодежи (13–15-летних мальчиков и девочек) в странах с различным уровнем дохода (по классификации Всемирного банка) и подверженность пассивному вдыханию табачного дыма (в помещениях и на улице) (11).

Рисунок 76. Содержание транс-жирных кислот в процентах к общему содержанию жира в пищевых продуктах (жареной курице и чипсах), продаваемых одной из международных сетей предприятий общественного питания, в ряде стран (xii, xiii).

Рисунок 77. Содержание транс-жирных кислот в процентах к общему содержанию жира в пищевых продуктах (жареная курица и чипсы), продаваемых международной сетью предприятий общественного питания, представленной на рис. 76, в ряде стран (xii, xiii).

Рисунок 78. Карта мира, на которой показаны страны, в которых приняты регулятивные меры по предотвращению потребления трансжирных кислот (xiii–xxvii).

Рисунок 79. Потребление соли на душу населения и избыточное потребление соли в некоторых странах (xxvii–xxx).

Рисунок 80. Доля детей в возрасте 11 лет, страдающих избыточной массой тела или ожирением, в некоторых европейских странах, США и Канаде (xxxi).

Рисунок 81. Доля детей в возрасте 13 лет, страдающих избыточной массой тела или ожирением, в некоторых европейских странах, США и Канаде (xxxi).

Рисунок 82. Доля детей в возрасте 15 лет, страдающих избыточной массой тела или ожирением, в ряде Европейских стран, США и Канаде (xxxi).

Рисунок 83. Доля школьников в возрасте 13–15 лет, употреблявших алкоголь за последние 30 дней, в некоторых странах с низким и средним уровнем дохода (41, xxxii).

Рисунок 84. Доля школьников в возрасте 15-16 лет, употреблявших алкоголь за последние 30 дней, в 34 странах Европы и США (41, xxii).

Рисунок 85. Общая смертность от цереброваскулярных заболеваний по группам стран с различным уровнем дохода согласно классификации Всемирного банка, 2008 год (1).

Рисунок 86. Общая смертность от цереброваскулярных заболеваний по регионам ВОЗ, 2008 год (1).

Рисунок 87. Общая смертность от ишемической болезни сердца по группам стран с различным уровнем дохода согласно классификации Всемирного банка, 2008 г.

Рисунок 88. Общая смертность от ишемической болезни сердца по регионам ВОЗ, 2008 г.

Рисунок 89. Карта мира, показывающая плотность сети врачебной помощи (на 100 тыс. чел. населения) (11).

Рисунок 90. Карта, показывающая обеспеченность стран мира медицинским неврачебным персоналом (на 100 тыс. чел. населения) (11).

Рисунок 91. Карта мира, показывающая распределение бремени ишемической болезни сердца (DALY) (данные стандартизированы по возрасту, на 100 тыс. чел. населения) (5).

Рисунок 92. Карта мира, показывающая распределение бремени цереброваскулярных заболеваний (DALY) (данные стандартизированы по возрасту, на 100 тыс. чел. населения) (5).

Рисунок 93. Ежегодные затраты на научные исследования и разработки в 2005 г. в процентах к ВВП (сопоставимые страновые оценки) (xxxiii).

Рисунок 94. Ежегодные затраты на научные исследования и разработки в 2005 г. в процентах к объему государственных расходов на здравоохранение (сопоставимые страновые оценки) (xxxiii).

Рисунок 95. Карта мира, показывающая страны, в которых ведется сбор данных надзора за факторами риска (6).

Рисунок 96. Доли финансовых обязательств стран-доноров (по линии официальной помощи в целях развития и других финансовых обязательств) по отдельным областям здравоохранения, 2002–2009 гг. (млрд долл. США) (xxxiv).

Рисунок 97. Изменение коэффициента бедности (при черте бедности в 1,08 долл. США в день) в результате наличных платежей из кармана пациента в 11 странах Азии (99, xxv, 11).

Рисунок 98. Отношение доли наличных платежей из кармана пациента в общем объеме расходов на здоровье к средней процентной доле домашних хозяйств, продающих свои активы или берущих деньги в долг для оплаты медицинских расходов (99, xxvi, 11).

Рисунок 99. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в странах с высоким и низким уровнями дохода (данные стандартизированы по возрасту, 2008 г.) (1, 6)

Рисунок 100. Смертность от ССЗ в странах с высоким и низким уровнями дохода, 2008 г. (1, 6).

Рисунок 101. График, показывающий прогнозируемые тенденции смертности от НИЗ, ССЗ и инфекционных заболеваний на период с 2008 по 2030 г. (5).

Рисунок 102. Десять основных причин бремени болезней в мире, 2004 и 2030 гг.

Библиография к рисункам

- i) Wikipedia the free encyclopedia (www.wikipedia.org).
- ii) FAOSTAT statistical food database (<http://faostat.fao.org/site/609/default.aspx#ancor>, accessed on 25 March 2011; United States Department of Agriculture (USDA). *What's in the foods you eat search tool* (<http://readdir.arsnet.usda.gov/codesearchwebapp/%28bbdsc055mrfvq45xiod5svm%29/codesearch.aspx>, accessed on 30 March 2011).
- iii) World Development Indicators | Data (data.worldbank.org/data.../world-development-indicators).
- iv) Lobstein T, Dobb S. Evidence of a possible link between obesogenic food advertising and child overweight. *International Association for the Study of Obesity. Obesity Reviews*, 2005, 6:203–208.
- v) Kelly B et al. Television food advertising to children: A global perspective. *American Journal of Public Health*, 2011, 100(9):1730–1736.
- vi) Galcheva SV, Iotova VM, Stratev VK. Television food advertising directed towards Bulgarian children. *Archives of Disease in Childhood*, 2008, 93:857–861. doi:10.1136/adc.2007.134437.
- vii) Temple NJ, Steyn NP, Nadomane Z. Food adverts on children's programs on TV in South Africa. *Nutrition*, 2008, 24:781–782.
- viii) Ramirez-Ley K et al. Food-related advertising geared toward Mexican children. *Journal of Public Health*, 2009, 31(3):383–388.
- ix) Karupiah T et al. What's on Malaysian television? A survey on food advertising targeting children. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 2008, 17(3):483–491.
- x) Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World population prospects: The 2010 revision, CD-ROM edition*. New York, United Nations, 2011.
- xi) British Heart Foundation Statistics Database. *Statistics on mortality from coronary heart disease statistics 2010* (<http://www.bhf.org.uk/heart-health/statistics/mortality.aspx>, accessed 16 June 2011).
- xii) Steen S et al. A trans world journey. *Atherosclerosis Supplements*, 2006, 7(2):47–52.
- xiii) Steen S, Dyerberg J, Astrup A. Consumer protection through a legislative ban on industrially produced trans fatty acids in food in Denmark. *Scandinavian Journal of Food and Nutrition*, 2006, 50(4):155–160.
- xiv) Unnevehr LJ, Jagmanait E. Getting rid of trans fats in the US diet: Policies, incentives and progress. *Food Policy*, 2008, 33(6):497–503.
- xv) Oboh HA, Olumese FE. Effects of low carbohydrate, high fat Nigerian-like diet on biochemical indices in rabbits. *Pakistan Journal of Nutrition*, 2010, 9(3):245–249.
- xvi) Castro MA et al. Trans fatty acid intake among the population of the city of São Paulo Brazil. *Revista Saúde Pública*, 2009, 43(6):991–997.
- xvii) Tan AS. An approach to building the case for nutrition policies to limit trans-fat intake: A Singapore study. *Health Policy*, 2011, 100(2–3):264–272.
- xviii) L'Abbe MR et al. Approaches to removing trans fats from the food supply in industrialized and developing countries. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2009, 63:S50–S67.
- xix) Resnik D. Trans fat bans and human freedom. *The American Journal of Bioethics*, 2010, 10(3):27–32.
- xx) Pan American Health Organization. *Trans fat-free Americas*, 2007 (<http://www.paho.org/english/dd/pin/pr070607.htm>).
- xxi) Pérez-Ferrer C, Lock K, Rivera JA. Learning from international policies on trans fatty acids to reduce cardiovascular disease in low- and middle-income countries, using Mexico as a case study. *Health Policy and Planning*, 2010, 25(1):39–49.
- xxii) Skeaff CM. Feasibility of recommending certain replacement or alternative fats. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2009, 63:S34–S49.
- xxiii) Park HK. Nutrition policy in South Korea. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 2008, 17(Suppl. 1):343–345.
- xxiv) Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. *The populations intake of trans fatty acids*. Paris, Maisons-Alfort, ANSES, 2009.
- xxv) Consumer Affairs Agency, Food Labelling Division. *Regulatory trends of nutrition labelling and trans fatty acid labelling*. Tokyo, Government of Japan, 2010.
- xxvi) National Council for Nutrition. *Strategy plan for 2005–2009, including proposed courses of action, under the auspices of the Norwegian Directorate for Health and Social Affairs: A Healthy Diet for good health*. Oslo, 2005.
- xxvii) Hawkes C. *Nutrition labels and health claims: The global regulatory environment*. Geneva, World Health Organization, 2004.
- xxviii) Webster JL et al. Salt reduction initiatives around the world. *Journal of Hypertension*, 2011, 29(6):1043–1050.
- xxix) *World Action on Salt and Health*, 2008 (<http://www.worldactiononsalt.com/action/europe.htm>).

- xxx) European Commission. *Collated information on salt reduction in the EU*, 2008 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/compilation_salt_en.pdf).
- xxxi) WHO Regional Office for Europe. *Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 survey*. Health policy for children and adolescents, No. 5. Copenhagen, World Health Organization, 2008.
- xxxii) Hibell E et al. *2007 ESPAD Report: Substance use among students in 35 European countries*. Stockholm, European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, 2009.
- xxxiii) Burke M, Matlin S. *Monitoring financial flows for health research: Prioritizing research for health equity*. Geneva, Global Forum for Health Research, 2008 (www.globalforumhealth.org).
- xxxiv) All Official Development Assistance (ODA)/other official flows (OOF) commitments donations were obtained from QWIDS OECD statistics database (<http://stats.oecd.org/qwids/>, accessed on 1 March 2011).
- xxxv) van Doorslaer E et al. Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: An analysis of household survey data. *Lancet*, 2006, 14 October, 368(9544):1357–1364.
- xxxvi) Leive A, Xu K. Figure 1: Coping with out-of-pocket health payments: Empirical evidence from 15 African countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008, 86:849–856.

Приложения

Приложение I

Резолюция Всемирной организации здравоохранения A64/61

В мае 2011 г. страны единодушно одобрили резолюцию (Приложение II) о подготовке Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними, проведение которого намечено на сентябрь этого года.

В резолюции Всемирной ассоциации здравоохранения (пункт 13.12 повестки дня) признана ведущая роль ВОЗ в качестве основного специализированного учреждения по вопросам здоровья и подтверждено ее лидерство в деле содействия глобальным мероприятиям по борьбе с НИЗ. Резолюция призывает государства-члены подготовиться к Совещанию высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по неинфекционным заболеваниям и быть представленными на ней на уровне глав государств и правительств. В резолюции содержится призыв ответить на вызов НИЗ подготовкой итогового документа, ориентированного на практические действия.

Резолюция также призвала Генерального директора ВОЗ вести скоординированную совместную работу с широким кругом заинтересованных сторон, как входящих, так и не входящих в состав ООН, чтобы ответить на вызовы НИЗ и освещать социально-экономические и финансовые последствия этих заболеваний, особенно в развивающихся странах.

До проведения Всемирной ассоциации здравоохранения ВОЗ сотрудничала со странами мира, принимая участие в организации шести региональных консультаций по НИЗ и в подготовке Совещания высокого уровня ООН, а также в проведении Первой глобальной министерской конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям, которая была организована Российской Федерацией в Москве в конце апреля 2011 г.

Подготовка к Совещанию высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними в развитие Московской конференции (*)

Шестьдесят четвертая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

- Рассмотрев доклад о роли ВОЗ в подготовке, осуществлении и последующих мероприятиях в связи с совещанием высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (совещание высокого уровня)¹;
- Будучи глубоко обеспокоена продолжающимся усилением глобального бремени и угрозы неинфекционных заболеваний, в частности в развивающихся странах, и будучи убеждена в необходимости глобальных действий и неотложных ответных мер, в том числе путем эффективного реагирования на основные факторы риска неинфекционных заболеваний;
- Вновь подтверждая свою приверженность цели глобальной стратегии в области профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними, которая заключается в сокращении преждевременной смертности и повышении качества жизни (резолюция WHA53.17);
- Ссылаясь далее на резолюцию 64/265 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, в которой Генеральная Ассамблея постановила созвать в сентябре 2011 г. совещание высокого уровня Генеральной Ассамблеи с участием глав государств и правительств по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, а также на резолюцию 65/238 о тематике, механизмах, формате и организации совещания высокого уровня; Признавая ведущую роль Всемирной организации здравоохранения в качестве основного специализированного учреждения по вопросам здоровья и подтверждая лидерскую роль ВОЗ в содействии глобальным действиям против неинфекционных заболеваний²;
- С удовлетворением отмечая первый Глобальный доклад ВОЗ о состоянии неинфекционных заболеваний, опубликованный 27 апреля 2011 г., который может служить вкладом в процесс подготовки к совещанию высокого уровня; Отмечая итоги региональных консультаций, которые были проведены ВОЗ в сотрудничестве с государствами-членами при поддержке соответствующих учреждений и субъектов Организации Объединенных Наций, которые обеспечат вклад в подготовку к совещанию высокого уровня, а также в само совещание; Приветствуя итоги Первой всемирной министерской конференции по формированию здоро-

вого образа жизни и борьбе с неинфекционными заболеваниями, которая была организована Российской Федерацией и ВОЗ 28-29 апреля 2011 г. в Москве;

¹ Первая всемирная министерская конференция по формированию здорового образа жизни и борьбе с неинфекционными заболеваниями (Москва, Российская Федерация, 28–29 апреля 2011 г.)

² Резолюция 64/265 – Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними.

1. ОДОБРЯЕТ Московскую декларацию, прилагаемую к настоящей резолюции, в том числе в качестве важного вклада в подготовку к Совещанию высокого уровня;

2. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены¹:

(1) продолжать поддерживать подготовку к совещанию высокого уровня на национальном, региональном и международном уровнях, включая, когда это осуществимо и уместно, ситуационный анализ неинфекционных заболеваний и их факторов риска, а также оценку национального потенциала и ответных мер систем здравоохранения решать проблему неинфекционных заболеваний;

(2) быть представленными на совещании высокого уровня главами государств и правительств и призвать к действиям с помощью краткого ориентированного на действия итогового документа;

(3) рассмотреть в соответствующих случаях и когда это уместно возможность включения в свои национальные делегации на совещании высокого уровня членов парламента, представителей гражданского общества, в том числе неправительственных организаций, академических кругов и сетей, ведущих работу в области борьбы с неинфекционными заболеваниями и их профилактики;

3. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) продолжить осуществление ведущей роли ВОЗ в качестве основного специализированного учреждения по вопросам здоровья, ведя скоординированную совместную работу с Организацией Объединенных Наций, ее специализированными учреждениями, фондами и программами и другими соответствующими межправительственными организациями и международными финансовыми учреждениями по оказанию поддержки государствам-членам, в том числе:

(i) предпринимая согласованные действия и принимая скоординированные ответные меры в целях оперативного и надлежащего решения проблем, вызываемых неинфекционными заболеваниями, в том числе продолжая опираться на имеющиеся результаты ситуационного анализа неинфекционных заболеваний и факторов риска, и

(ii) освещая социальное и экономическое последствия неинфекционных заболеваний, в том числе финансовые проблемы, особенно в развивающихся странах;

(2) учитывать итоги Московской конференции в процессе подготовки к совещанию высокого уровня;

(3) обеспечить надлежащие финансовые и людские ресурсы в ВОЗ для подготовки к совещанию высокого уровня и быстро отреагировать на его рекомендации;

(4) представить Шестидесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения через Исполнительный комитет доклад об итогах Первой всемирной министерской конференции по формированию здорового образа жизни и борьбе с неинфекционными заболеваниями и совещания высокого уровня и разработать совместно с соответствующими учреждениями и субъектами Организации Объединенных Наций план реализации и последующих действий по итогам, включая его финансовые последствия, для представления Шестидесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения через Исполнительный комитет.

¹ И, в соответствующих случаях, региональные организации экономической интеграции.

Приложение II

Московская декларация

Первая Глобальная министерская конференция по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям (Москва, 28–29 апреля 2011 г.)

Московская декларация преамбула

Мы, участники Первой Глобальной министерской конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям (НИЗ), собравшиеся в Москве 28–29 апреля 2011 г.;

I. *Выражаем* признательность за ведущую роль Всемирной организации здравоохранения и Правительства Российской Федерации в подготовке и проведении Министерской конференции;

II. *Признаем*, что право каждого человека на обладание максимально достижимыми стандартами физического и психического здоровья не может быть обеспечено без расширения усилий на глобальном и национальном уровнях по профилактике НИЗ и борьбе с ними;

III. *Признаем* существование значительных неравенств в связанном с НИЗ бремени и в доступе к профилактике НИЗ и борьбе с ними как между странами, так и внутри стран;

IV. *Отмечаем*, что политику, направленную на поведенческие, социальные, экономические и средовые факторы, связанные с НИЗ, следует как можно быстрее и полнее внедрять для обеспечения наиболее эффективного реагирования на эти заболевания, повышая при этом качество жизни и уровень справедливости в отношении здоровья;

V. *Подчеркиваем*, что профилактика НИЗ и борьба с ними требуют лидерства на всех уровнях и реализации широкого круга многоуровневых и межсекторальных мер, направленных на весь спектр детерминант НИЗ (от индивидуального до структурного уровня) с целью создания необходимых условий для ведения здорового образа жизни. Это включает продвижение и поддержку здорового образа жизни и возможностей его выбора, соответствующего законодательства и политики; профилактику и выявление заболеваний на самой ранней стадии для сведения к минимуму страданий людей и сокращения расходов; и обеспечение пациентов наилучшей возможной комплексной медико-санитарной помощью на протяжении

всей жизни, включая расширение прав и возможностей, реабилитацию и паллиативную терапию.

VI. *Признаем*, что для решения проблемы НИЗ необходима смена парадигмы, поскольку НИЗ вызываются не только биомедицинскими, но также поведенческими, средовыми, социальными и экономическими факторами, которые могут служить их причиной или оказывать на них сильное воздействие.

VII. *Подтверждаем* нашу готовность противостоять вызовам, связанным с НИЗ, включая, если необходимо, усиление и переориентацию политики и программ с упором на межсекторальные действия, направленные на поведенческие, средовые, социальные и экономические факторы.

VIII. *Выражаем* нашу убежденность в том, что проблемы, связанные с НИЗ, должны рассматриваться в рамках партнёрств в интересах здоровья; что они должны скоординировано интегрироваться в планы и программы сектора здравоохранения и других секторов, особенно в странах с низким и средним уровнями доходов; что они должны стать частью глобальной повестки дня в области научных исследований и что влияние и устойчивое развитие подходов к профилактике НИЗ и борьбе с ними будет усиливаться путем укрепления систем здравоохранения и стратегической координации с существующими глобальными программами здравоохранения.

ОСНОВАНИЕ ДЛЯ ДЕЙСТВИЙ

1. НИЗ, главным образом сердечно-сосудистые заболевания, диабет, рак и хронические респираторные заболевания, являются основными причинами предотвратимой заболеваемости и нетрудоспособности и в настоящее время вызывают более 60% случаев смерти в мире, 80% из которых приходится на развивающиеся страны. По оценкам экспертов, к 2030 году на долю НИЗ будет приходиться до 75% случаев смерти в мире.

2. Кроме того, другие НИЗ, такие как психические расстройства, также вносят значительный вклад в глобальное бремя болезней.

3. НИЗ оказывают существенное негативное влияние на развитие человечества и могут препятствовать достижению Целей тысячелетия в области развития (ЦТР).

4. В настоящее время НИЗ оказывают значительное влияние на службы здравоохранения всех уровней, на стоимость медицинской помощи, на кадровое обеспечение здравоохранения, а также на национальную производительность труда в странах как с переходной, так и с развитой экономикой.

5. Во всём мире НИЗ являются важной причиной преждевременной смертности, нанося удар по наиболее уязвимым и беднейшим слоям населения. На глобальном уровне эти заболевания влияют на жизни миллиардов людей и могут иметь разрушительные финансовые последствия, приводящие к обнищанию отдельных лиц и их семей, особенно в странах с низким и средним уровнями доходов.

6. НИЗ могут оказывать воздействие на женщин и мужчин в разной степени, и, соответственно, для профилактики НИЗ и борьбы с ними следует принимать во внимание тендерные аспекты.

7. В настоящее время многие страны сталкиваются с чрезвычайно сложными проблемами, связанными с двойным бременем инфекционных и неинфекционных заболеваний. Это требует адаптации политики и систем здравоохранения, а также переориентации с подхода, ориентированного на болезни, на социально-ориентированный подход, а также на меры по охране здоровья населения. Вертикальных инициатив недостаточно для удовлетворения комплексных потребностей населения, поэтому требуются интегрированные решения с привлечением возможностей различных дисциплин и секторов. Укрепление систем здравоохранения в этом направлении повлечет за собой улучшение возможностей по реагированию на целый ряд заболеваний и состояний.

8. Существуют научно обоснованные и экономически эффективные меры профилактики НИЗ и борьбы с ними на глобальном, региональном, национальном и местном уровнях. Применение этих мер может дать значительный положительный эффект в области здравоохранения, социального развития и экономики во всем мире.

9. Примеры экономически эффективных мер по снижению риска НИЗ, которые доступны по стоимости для стран с низким уровнем доходов и способны предотвратить миллионы случаев преждевременной смерти в год, включают меры по борьбе против табака, снижению потребления соли и сокращению вредного употребления алкоголя.

10. Особое внимание следует уделять пропаганде здорового питания (низкое потребление насыщенных жиров, трансжиров, соли и сахара, высокое потребление фруктов и овощей) и физической активности во всех аспектах повседневной жизни.

11. Эффективная профилактика НИЗ и борьба с ними требуют лидерства и согласованных действий «всего правительства» на всех уровнях (национальном, субнациональном и местном) в целом ряде секторов, таких как здравоохранение, образование, энергетика, сельское хозяйство, спорт, транспорт и градостроительство, экология, труд, промышленность и торговля, финансы и экономическое развитие.

12. Эффективная профилактика НИЗ и борьба с ними требуют активного и информированного участия и лидерства со стороны отдельных лиц, семей и местных сообществ, ор-

ганизаций гражданского общества, частного сектора, если это необходимо, работодателей, медицинских работников и международного сообщества.

Обязательства к действию

Таким образом, мы обязуемся действовать следующим образом:

На уровне всего правительства:

1. Развивать межсекторальную государственную политику, которая обеспечивает создание среды, способствующей укреплению здоровья на справедливой основе, что позволит отдельным лицам, семьям и местным сообществам делать здоровый выбор и вести здоровый образ жизни;

2. Усилить последовательность политики с целью максимального увеличения положительного и сведения к минимуму отрицательного влияния на факторы риска и бремя НИЗ, которые возникают вследствие политики других секторов;

3. Уделять первоочередное внимание профилактике НИЗ и борьбе с ними в соответствии с потребностями, обеспечивая взаимодополняемость с другими целями здравоохранения и широкое использование межсекторальной политики для расширения участия других секторов;

4. Вовлекать гражданское общество в целях использования его особых возможностей для профилактики НИЗ и борьбы с ними;

5. Вовлекать частный сектор, чтобы усилить его вклад в профилактику НИЗ и борьбу с ними в соответствии с международными и национальными приоритетами в отношении НИЗ;

6. Развивать и усиливать возможности национальных систем здравоохранения по координации, реализации, мониторингу и оценке национальных и субнациональных стратегий и программ по НИЗ;

7. Внедрять общенациональные стратегии укрепления здоровья и профилактики заболеваний, дополненные индивидуальными мерами в соответствии с национальными приоритетами. Они должны носить справедливый и устойчивый характер и принимать во внимание тендерные, культурные и общественные аспекты в целях уменьшения несправедливости в отношении здоровья;

8. Применять экономически эффективные меры политики, такие как налоговая политика, регулирование и другие меры, для снижения распространенных факторов риска, таких как употребление табака, нездоровое питание, отсутствие физической активности и вредное употребление алкоголя;

9. Ускорить реализацию государствами-участниками положений Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) и способствовать ратификации этой Конвенции другими странами;

10. Предпринимать эффективные меры политики по профилактике НИЗ и борьбе с ними на национальном и глобальном уровнях, включая те из них, которые связаны с достижением целей Плана действий по осуществлению Глобальной стратегии профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними, Глобальной стратегии ВОЗ по сокращению вредного употребления алкоголя и Глобальной стратегии по питанию, физической активности и здоровью;

11. Способствовать признанию роста распространенности и бремени НИЗ как в национальных, так и международных повестках дня в области развития и призывать страны и международных партнёров в области развития принимать во внимание уровень приоритетности проблемы НИЗ.

На уровне министерств здравоохранения:

1. Укреплять информационные системы здравоохранения для мониторинга изменений бремени НИЗ, их факторов риска, детерминант, влияния и эффективности мер укрепления здоровья, профилактики НИЗ и борьбы с ними, а также других мер;

2. В соответствии с национальными приоритетами укреплять системы общественного здравоохранения на страновом уровне для расширения масштабов применения научно обоснованных мер укрепления здоровья, а также стратегий и действий по профилактике НИЗ;

3. Внедрять услуги, связанные с НИЗ, в работу служб первичной медико-санитарной помощи путём укрепления систем здравоохранения в соответствии с имеющимися возможностями и приоритетами;

4. Расширять доступ к всесторонним и экономически эффективным мерам профилактики, лечения и ухода для комплексного ведения больных с НИЗ, включая доступ к доступным по цене, безопасным, эффективным и высококачественным препаратам на основе учёта потребностей и имеющихся ресурсов;

5. В соответствии с национальными приоритетами расширять применение эффективных, научно обоснованных и экономически эффективных мероприятий, демонстрирующих возможности лечения лиц, страдающих НИЗ, охраны здоровья тех, кто подвержен высокому риску развития НИЗ, и снижения риска для различных слоев населения;

6. Продвигать, внедрять и распространять результаты научных исследований для выявления причин НИЗ, определения эффективных подходов к профилактике НИЗ и борьбе с ними, а также стратегий, учитывающих разные культурные и медико-санитарные условия.

На международном уровне:

1. Призвать Всемирную организацию здравоохранения, как ведущее специализированное учреждение ООН в области здравоохранения, а также другие соответствующие организации системы ООН, банки развития и другие основные между-

народные организации к совместной работе на скоординированной основе для решения проблемы НИЗ;

2. Осуществлять посредством ВОЗ, в консультации с другими многосторонними организациями, международными неправительственными организациями, частным сектором и заинтересованными сторонами гражданского общества, работу по укреплению нормативно-правовой базы, накоплению технического опыта, координации политики для достижения наилучших возможных результатов и получения синергетического эффекта от существующих глобальных инициатив в области здравоохранения;

3. Усилить международную поддержку полной и эффективной реализации РКБТ ВОЗ, Плана действий по осуществлению Глобальной стратегии профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними, Глобальной стратегии ВОЗ по сокращению вредного употребления алкоголя, Глобальной стратегии по питанию, физической активности и здоровому образу жизни и других соответствующих международных стратегий по борьбе с НИЗ;

4. Изучать все возможные способы выявления и мобилизации необходимых финансовых, человеческих и технических ресурсов таким образом, чтобы не наносить ущерб достижению других целей здравоохранения;

5. Оказывать поддержку ВОЗ в разработке всестороннего глобального механизма мониторинга в отношении НИЗ;

6. Изучить возможные пути дальнейшего содействия расширению доступа стран с низким и средним уровнями доходов к доступным по цене, безопасным, эффективным и высококачественным лекарственным средствам для этих заболеваний согласно примерным перечням ВОЗ основных лекарственных средств на основе оценок потребностей и ресурсов, включая осуществление Глобальной стратегии и Плана действий ВОЗ по общественному здравоохранению, инновациям и интеллектуальной собственности.

Дальнейшие шаги

С целью обеспечения получения значительных и устойчивых результатов мы выражаем свою приверженность активному взаимодействию со всеми другими соответствующими секторами правительства на основе Московской декларации в процессе подготовки и последующей деятельности по итогам Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по вопросам профилактики НИЗ и борьбы с ними, которое состоится в Нью-Йорке в сентябре 2011 года.

Приложение III

Региональные декларации по НИЗ

Браззавильская декларация по неинфекционным заболеваниям

Первая Африканская региональная министерская консультация по неинфекционным заболеваниям завершилась в столице Конго 6 апреля 2011 г. принятием **Браззавильской декларации по неинфекционным заболеваниям**.

В Декларации содержится призыв к безотлагательным действиям со стороны различных заинтересованных сторон в отношении основных НИЗ и приоритетных патологических состояний, которые являются «серьезным вызовом» для жителей Африканского региона: сердечно-сосудистых заболеваний, диабета, рака, хронических респираторных заболеваний, болезней системы крови (в частности, серповидно-клеточной анемии), психических расстройств, насилия и травматизма.

Основные положения Декларации включают в себя обязательство министров:

- укреплять и стандартизировать национальные системы здравоохранения с целью сбора несистематизированных данных по неинфекционным заболеваниям, связанным с ними факторам и детерминантам риска, а также наблюдения за их масштабами, динамикой и воздействием;
- использовать все необходимые средства, включая информационно-коммуникационные технологии, для поддержки, усиления и повышения информированности о здоровье, а также расширения прав и возможностей индивидов и общин;
- разрабатывать и применять стратегии, рекомендации, политические меры, законодательство и регулятивные рамки в области профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними, включая Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака, для защиты индивидов, семей и общин от нездорового рациона питания, вредного употребления алкоголя, употребления табака, воздействия табачного дыма и небезопасных продуктов питания, а также от насилия, травматизма и рекламы нездоровых пищевых продуктов;
- переориентировать национальные системы здравоохранения на продвижение и поддержку здорового образа жизни среди индивидов граждан, семей и общин в рамках предоставления первичной медико-санитарной помощи в целях эффективного реагирования на социальные, культурные и поведенческие аспекты, связанным с НИЗ;
- осуществлять дальнейшее укрепление систем здравоохранения, обращая необходимое внимание, в частности, на финансирование здравоохранения; обучение и переподготовку медицинских работников; закупку и распределение лекарств, вакцин, медицинских товаров и оборудования; совершен-

ствование инфраструктуры и предоставление научно обоснованных и экономически эффективных услуг в области НИЗ;

- выявлять и использовать существующие инициативы в области здравоохранения, включая глобальные инициативы, для активизации работы по профилактике НИЗ и борьбе с ними, и заниматься вопросами интегрированной медицинской помощи в контексте укрепления первичной медико-санитарной помощи и систем здравоохранения;
- поддерживать и поощрять партнерства, альянсы и сетевые структуры к объединению усилий национальных, региональных и глобальных игроков, включая образовательные и научно-исследовательские учреждения, государственный и частный сектора и гражданское общество в целях сотрудничества в области профилактики НИЗ и борьбы с ними, а также проводить инновационные исследования, учитывая особенности Африканского региона;
- выделять из национальных бюджетов денежные средства, соизмеримые с тяжестью бремени НИЗ для поддержки первичной профилактики НИЗ и лечения пациентов, используя подход с позиций первичной медико-санитарной помощи, и создавать устойчивые, инновационные и новые механизмы финансирования на национальном и международном уровнях;

Министры, подписавшие Декларацию, также взяли на себя обязательство разрабатывать национальные планы действий по НИЗ и укреплять институциональный потенциал в области профилактики НИЗ и борьбы с ними. Они призвали ООН включить профилактику НИЗ и борьбу с ними во все будущие глобальные цели в области развития, а также призвали ВОЗ, партнеров и организации гражданского общества оказать техническую поддержку государствам-участникам в осуществлении, мониторинге и оценке рекомендаций, содержащихся в Декларации.

Декларация в частности, предлагала главам государств и правительств региона одобрить данный документ и представить его в сентябре 2011 г. на Саммите Генеральной Ассамблеи ООН высокого уровня по НИЗ в качестве совместной позиции, занимаемой регионом по проблеме НИЗ.

Кроме того, министры предложили Генеральному секретарю ООН создать механизм мониторинга хода выполнения обязательств, принятых на Саммите ООН высокого уровня по НИЗ и призвали директора Регионального бюро ВОЗ для стран Африки включить обсуждение регионального стратегического плана по НИЗ в повестку дня 62-ой сессии Регионального комитета ВОЗ для стран Африки и заслушать отчет об осуществлении Декларации на заседании Регионального комитета в 2014 г.

Порт-оф-спейнская декларация «Объединиться для прекращения эпидемии хронических НИЗ»

Мы, главы государств Карибского сообщества (КАРИКОМ), собравшиеся в отеле «Кроун Плаза» в г. Порт-оф-Спейн (Тринидад и Тобаго) 15 сентября 2007 г. по случаю проведения специального Регионального саммита по неинфекционным заболеваниям (НИЗ);

Сознавая коллективные действия, способствовавшие в прошлом региональной интеграции, целью которых является повышение благополучия граждан наших стран;

Ссылаясь на слова из Декларации Нассау (2001 г.): «Здоровье региона есть богатство региона», в которых подчеркивается важность здоровья для развития;

Вдохновленные успехом наших совместных и неоднократных усилий, в результате которых Карибский бассейн стал первым в мире регионом, где были ликвидированы полиомиелит и корь;

Подтверждая основные рекомендации Карибской комиссии по здоровью и развитию, в которых содержались стратегии профилактики и контроля болезней сердца, инсульта, диабета, артериальной гипертензии, ожирения и злокачественных опухолей в нашем регионе путем воздействия на порождающие их факторы риска, связанные с нездоровым питанием, отсутствием физической активности, употреблением табака и употреблением алкоголя, а также путем укрепления наших систем здравоохранения;

Побуждаемые решимостью уменьшить страдания граждан нашего региона и лежащее на них бремя НИЗ, одно из самых тяжелых среди стран Северной и Южной Америки;

Полностью убежденные, что бремя НИЗ может быть уменьшено с помощью комплексных и интегрированных стратегий профилактики и контроля на индивидуальном, семейном, общинном, национальном и региональном уровнях и посредством совместных программ, партнерств и политических мер, поддерживаемых правительствами, частным бизнесом, НПО и другими нашими социальными, региональными и международными партнерами;

Заявляем:

■ о нашей полной поддержке инициатив и механизмов, направленных на укрепление региональных институтов здравоохранения, для обеспечения критически важного лидерства, необходимого для осуществления наших согласованных стратегий по уменьшению бремени хронических неинфекционных заболеваний, как центральной приоритетной задачи Фазы III Карибской инициативы в области сотрудничества по вопросам здоровья, координируемой Секретариатом КАРИКОМ, при умелой поддержке Панамериканской организации здравоохранения/Всемирной организации здравоохранения (ПАОЗ/ВОЗ) и других соответствующих партнеров;

- что мы твердо поддерживаем создание Национальных комиссий по НИЗ или аналогичных организаций для планирования и координации всеобъемлющих мер профилактики хронических НИЗ и борьбы с ними;
- о нашей приверженности немедленному осуществлению законодательной повестки дня для принятия правовых установлений, связанных с Международной рамочной конвенцией по борьбе против табака; призыву к ее незамедлительной ратификации во всех государствах, где это еще не было сделано; поддержке немедленного принятия законов об ограничении или запрете курения в общественных местах, запрете продажи, рекламы и популяризации табачных изделий среди детей; настойчивому требованию ввести действенные предупредительные надписи и внедрить такие налоговые меры, которые уменьшат доступность табака;
- что государственные доходы от продажи табака, алкоголя и тому подобных продуктов должны быть направлены, в частности, на предотвращение хронических НИЗ, пропаганду здоровья и поддержку работы Комиссий;
- что наши министерства здравоохранения, в сотрудничестве с другими секторами до середины 2008 г. разработают комплексные планы по выявлению и лечению хронических заболеваний и факторов риска с тем, чтобы к 2012 г. 80% больных НИЗ получали качественную медицинскую помощь и пользовались доступом к профилактическому санитарному просвещению на основе региональных рекомендаций;
- что мы сделаем обязательным повторное введение физического воспитания в наших школах, там, где это необходимо, создадим стимулы и предоставим ресурсы для осуществления этой политики, и обеспечим, чтобы наши образовательные сектора пропагандировали программы с целью обеспечения здорового рациона и условий питания в школах;
- о нашем одобрении усилий Карибского института продовольствия и питания (CFNI), Карибского института сельскохозяйственных исследований и разработок (CARDI) и региональных межправительственных агентств по повышению продовольственной безопасности и о нашей серьезной поддержке исключению транс-жиров из рациона питания наших граждан, используя Карибский институт продовольствия и питания в качестве координационного центра по обеспечению руководства и государственного образования, предназначенного для этой цели;
- о нашей поддержке усилий Карибского регионального переговорного механизма (CRNM) по внедрению политики справедливой торговли на всех международных торговых переговорах, содействуя тем самым более широкому использованию коренных сельскохозяйственных культур и продуктов нашим населением и уменьшая негативное воздействие глобализации на предложение продуктов питания в наших странах;

- о нашей поддержке обязательного этикетирования продуктов или таких мер, которые необходимы для указания их пищевой ценности, посредством создания соответствующего регионального потенциала;
- что мы будем способствовать политическим мерам и действиям, направленным на повышение физической активности всего населения, например на рабочих местах, путем занятия спортом, особенно его массовыми видами, такими как велосипедный спорт, для улучшения здоровья населения и разрешения конфликтов; в этой связи мы обязуемся увеличить количество общественных мест, таких как парки и другие места отдыха, для развития физической активности наиболее широких слоев наших граждан;
- о нашей приверженности учету гендерного измерения во всех наших программах, направленных на профилактику НИЗ и борьбу с ними;
- что мы будем применять стимулы для внедрения всеобъемлющих программ государственного образования в целях поддержки хорошего здоровья, изменений, направленных на осуществление здорового образа жизни, совершенствование методов самостоятельного ведения НСЗ и привлечение СМИ в качестве ответственного партнера во всех наших усилиях по профилактике НИЗ и борьбе с ними;
- что мы будем обеспечивать, в срочном порядке, реализацию программ, необходимых для исследования и мониторинга факторов риска НИЗ при поддержке со стороны университетов наших стран и Карибского эпидемиологического центра / Панамериканской организации здравоохранения (КАРЭК/ПАОЗ);
- что мы продолжаем поддерживать КАРИКОМ и ПАОЗ в качестве совместного Секретариата сотрудничества стран Карибского сообщества по вопросам здравоохранения, являющегося подразделением, ответственным за пересмотр регионального плана по профилактике НИЗ и борьбе с ними, а также за мониторинг и оценку выполнения положений настоящей Декларации.

Настоящим мы объявляем вторую субботу сентября «Карибским днем здоровья» в ознаменование этого исторического Саммита.

Сеульская декларация по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними в странах Западной части Тихого океана

Признавая серьезное и быстро возрастающее отрицательное воздействие неинфекционных заболеваний (НИЗ), включая сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные опухоли, сахарный диабет и хронические респираторные заболевания, на индивидов, семьи, общины, системы здравоохранения и национальные экономики, а также [признавая] высокую распространенность факторов риска, страны и районы Региона ВОЗ для стран Западной части Тихого океана, принимающие участие в Региональной встрече на высоком уровне по вопросам распространения мультисекторальных действий в области профилактики НИЗ и борьбы с ними, заявляют о своей приверженности:

1. Оказанию на высоком уровне мощной и устойчивой политической поддержки программам профилактики и контроля НИЗ для снижения связанной с НИЗ преждевременной смертности и инвалидности, а также неравенства в отношении состояния здоровья;
2. Обеспечению поддерживающей мультисекторальной, общеправительственной политической среды и процесса координации для включения мер реагирования на НИЗ в мероприятия осуществляемые всеми заинтересованными сторонами, включая гражданское общество и, при необходимости, частный сектор, для в целях охраны здоровья и для обеспечения того, чтобы выбор здорового образа жизни был наиболее доступным;
3. Уменьшить воздействие основных факторов риска НИЗ (употребления табака, рационов питания с большим общим содержанием жиров, насыщенных жиров и транс-жиров, соли и сахара; вредного употребления алкоголя; и отсутствия физической активности); и
 1. [действовать] в соответствии с планами мероприятий ВОЗ и используя весь диапазон возможностей, включая законодательство, регулирование, налогово-бюджетные меры и здоровую государственную политику, и, в частности, ускорять полномасштабное внедрение Рамочной конвенции по борьбе против табака; и
 2. путем воздействия на социальные детерминанты здоровья и использования полномочий местных органов власти и мероприятий гражданского общества;
 3. (4) укреплять и интегрировать системы здравоохранения, основанные на первичной медико-санитарной помощи, обеспечивая, чтобы профилактика НИЗ и борьба с ними являлась частью финансируемого, согласованного, сбалансированного, реалистичного и всеобъемлющего процесса планирования здравоохранения, который является финансово обоснованным; и:

4. оказывать услуги в отношении НИЗ и их факторов риска, используя бригадную организацию медико-санитарной помощи и наиболее квалифицированный медицинский персонал для удовлетворения потребностей пациентов, и предусматривая доступные по цене и экономически эффективные препараты, технологии и услуги для поддержки основанных на доказательствах приоритетных мер вмешательства;

5. Работать над обеспечением преемственности в оказании высококачественной медицинской помощи при переходе от профилактики к паллиативной помощи в рамках всей системы здравоохранения и содействовать подходу, ориентированному на людей, в сочетании с другими программами;

6. (5) уделять приоритетное внимание кадровым и финансовым ресурсам и инфраструктуре для обеспечения справедливого охвата приоритетными, основанными на доказательствах программами в области НИЗ; и

7. (6) обеспечивать комплексный, но практичный мониторинг и систему отчетности, опирающиеся на прочные системы медицинской информации, и, при необходимости, на небольшое число количественных целевых показателей и индикаторов с конкретными сроками выполнения для оценки страновых достижений с тем, чтобы эти данные публиковались в открытой печати и представлялись в ВОЗ, а в случае необходимости – в Генеральную Ассамблею ООН.

Для поддержки этих обязательств страны и районы – участники обращаются к мировому сообществу с просьбой на Сессии ООН высокого уровня по профилактике НИЗ и борьбе с ними действовать согласованно и поддержать глобальные и региональные мультисекторальные усилия посредством:

1. Повышения приоритетности проблем НИЗ в их повестках дня;
2. Усиления взаимодействия между программами по НИЗ и другим приоритетам развития, включая Цели ООН в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия, и будущие мероприятия глобальной повестки дня в области развития; и
3. Мобилизации дополнительных ресурсов и поддержки инновационных подходов к финансированию мероприятий по профилактике НИЗ и борьбе с ними.

Латиноамериканская декларация по вопросам неотложной медицинской помощи при неинфекционных заболеваниях (НИЗ). Март 2011

Организации гражданского общества, занимающиеся защитой здоровья и прав человека, в рамках резолюции ООН, которая призывает страны к проведению в сентябре 2011 г. Заседания Генеральной Ассамблеи ООН высокого уровня по вопросам профилактики НИЗ и борьбы с ними, собрались здесь, настоящим заявляют:

- ВОЗ признала главной угрозой здоровью человека следующие хронические заболевания: сердечно-сосудистые заболевания, рак, сахарный диабет и хронические респираторные заболевания.
- Эти четыре заболевания являются главными причинами смертности и инвалидности в мире. На их долю приходится приблизительно 60% случаев смерти и 44% случаев ранней смерти (35 млн случаев смерти ежегодно, из которых 80% происходит в странах с низким и средним уровнями дохода).
- НИЗ представляют собой серьезную проблему для общественного здравоохранения и требует неотложного решения во всем мире. Несмотря на тяжесть ситуации, объем финансирования на борьбу с НСЗ составляет только 1% от общего объема финансирования, выделенного на развитие.
- Основными факторами риска НИЗ являются: употребление табака, неправильное пищевое поведение, отсутствие физической активности и злоупотребление алкоголем. Все эти факторы предотвратимы, поддаются профилактике и представляют собой социальные детерминанты, приводящие также к повышению артериального давления, дислипидемии и ожирению.
- Воздействие НИЗ повышается в результате изменений в образе жизни, повышения экономической мощи корпораций, пропагандирующих употребление вредных веществ (табака, алкоголя и нездоровой пищи), социального неравенства и бедности, трудностей в получении медицинской помощи, а также политического и социального бездействия.
- НИЗ углубляют социальное неравенство, так как они в большей степени влияют на бедных людей с низким уровнем образования, членов определенных этнических групп, а также на женщин. Все эти категории населения имеют более ограниченный доступ к медико-санитарной помощи, что ведет к замедлению человеческого развития, препятствует усилиям по борьбе с нищетой и повышает неравенство в области здоровья.
- Несмотря на это, проблемы НИЗ по-прежнему не являются частью политической повестки дня в большинстве стран и не охвачены Целями ООН в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия.

Цели в области развития

Профилактика НИЗ и борьба с ними являются ключевыми мерами для обеспечения устойчивости прав человека и человеческого развития. Существует ряд международных договоров, в которых наши государства взяли на себя обязательства и гарантии по обеспечению основных прав человека, которые напрямую связаны с профилактикой НИЗ и борьбой с ними. Однако уровень практического применения этих договоров является недостаточным.

Кроме профилактики НИЗ и борьбы с ними, для снижения заболеваемости и смертности и повышения уровня жизни необходимы лечение лиц, страдающих этими заболеваниями, и обеспечение их доступа к эффективным и доступным системам здравоохранения.

Политика, направленная на снижение распространенности НИЗ и борьбу с ними, требует усилий и непосредственного участия со стороны всех секторов и заинтересованных сторон общества, включая органы власти, гражданское общество и частный сектор, СМИ, а также специалистов здравоохранения и образования.

В соответствии с изложенными выше заявлениями, нижеподписавшиеся организации настоящим решили создать Коалицию стран Латинской Америки в области здоровья (Coalición Latinoamérica Saludable – CLAS) для осуществления мер по профилактике НИЗ и борьбе с ними.

1. Несмотря на то, что ПАОЗ объявила эти четыре группы заболеваний приоритетными для снижения уровня НИЗ и борьбы с ними, существуют также и другие воздействующие заболевания, такие как тяжелые психические расстройства, хроническая остеодистрофия, хроническая почечная недостаточность, которые тоже требуют комплексного подхода со стороны системы здравоохранения.

2. Рамочная конвенция по борьбе против табака, Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах. Соглашение по предотвращению дискриминации в отношении женщин, Американская конвенция о защите прав человека, Международная конвенция о правах ребенка. В связи со значимостью и тяжестью медицинских и социально-экономических проблем, вызванных НИЗ, в наших странах, мы призываем глав государств и правительств принять участие в Совещании высокого уровня по НИЗ в сентябре 2011 г., в соответствии с резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 46/265, принятой 20 мая 2010 г. Мы просим Генеральную Ассамблею ООН, которая соберется в Нью-Йорке в сентябре 2011 г., включить в резолюцию, которая, возможно, будет на ней принята, следующие рекомендации.

Общие рекомендации

1. Осуществлять политику и мероприятия в области санитарного просвещения, профилактики НИЗ и борьбы с ними во всех секторах и на всех уровнях государственной власти, тем самым гарантируя размещение ресурсов для этой цели, в качестве основной стратегии по снижению бедности и содействию развитию.

2. Разработать и внедрить план действий и применять соответствующие механизмы надзора за НИЗ, их последствиями и факторами риска, и оценивать воздействие политических мер.

3. Содействовать созданию межсекторальных органов по профилактике НИЗ и борьбе с ними.

4. Привлекать организации гражданского общества к этапам формального участия до, во время и после Совещания высокого уровня, чтобы гарантировать эффективность межсекторального сотрудничества.

5. Информировать общество посредством проведения крупных кампаний в СМИ о профилактике, раннем выявлении и лечении НИЗ.

Рекомендации по проведению государственной политики, охватывающей все население, в области профилактики НИЗ

6. Ратифицировать Рамочную конвенцию по борьбе против табака и ускорять процесс ее применения в регионе, в соответствии с рекомендациями Конференции сторон.

7. Пропагандировать здоровое пищевое поведение путем применения законодательства и осуществления политических мер, гарантирующих соответствующее снижение потребления соли, сахара и транс-жиров в пищевых продуктах, прошедших технологическую обработку, что требует этикетирования и надлежащей упаковки продуктов при обеспечении точной информации о составе и назначении пищевых продуктов и ограничения рекламы нездоровых продуктов питания и напитков ориентированную на молодежь, которые гарантируют здоровую среду питания для детей и содействуют, в частности, употреблению фруктов, овощей и цельнозерновых круп, а также воды.

8. Способствовать физической активности посредством мероприятий на уровне общин, научно обоснованных законодательных актов и государственной политики, снижающей препятствия для физической активности.

9. Содействовать снижению вредного употребления алкоголя путем эффективной государственной политики, направленной, в частности, на снижение доступа и ограничение рекламы, продвижения и спонсирования этой продукции.

10. Исключить вмешательство корпораций, пропагандирующих употребление табака, потребление алкоголя и нездоровой пищи, в частности, путем снижения доступа к этим продуктам и защиты здоровья населения вне рамок коммерческих интересов таких корпораций.

Рекомендации по политике в области медико-санитарной помощи

11. Гарантировать доступ к физически и экономически доступным и результативным услугам по профилактике, раннему выявлению и лечению НИЗ, а также устранению их факторов риска, уделяя особое внимание первичной медико-санитарной помощи. Кроме того, жизненно важно гарантировать доступность основных технологий и лекарственных препаратов, экономически эффективных при лечении НИЗ и охват ими всего населения, уделяя особое внимание социально уязвимым группам.

12. Гарантировать подготовку и повышение квалификации работников здравоохранения по вопросам всеобъемлющего лечения НИЗ, уделяя особое внимание укреплению здоровья и профилактике заболеваний.

13. Укреплять сеть неотложной и скорой медицинской помощи для обеспечения помощи в острых случаях, являющихся последствиями НИЗ и, нередко, причинами смерти и инвалидности.

Приложение IV

Контактная информация

Всемирная организация здравоохранения

<http://www.who.int>

Сердечно-сосудистые заболевания

<http://www5.who.int/cardiovascular-diseases/>

<http://www.afro.who.int/>

<http://new.paho.org/>

<http://www.emro.who.int/index.asp>

<http://www.euro.who.int/en/home>

<http://www.searo.who.int/>

<http://www.wpro.who.int/>

Всемирная федерация сердца

<http://www.worldheart.org/>

Всемирная организация по борьбе с инсультом

<http://www.world-stroke.org/>

Центры США по контролю и профилактике болезней

<http://www.cdc.gov/>

Международные и региональные организации

African Medical and Research Foundation (AMREF)

<http://www.amref.org/>

African Networks for Health Research and Development

<http://www.afronets.org/>

American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation

<http://www.aacvpr.org/>

American College of Cardiology

<http://www.cardiosource.org/Science-And-Quality.aspx>

American Heart Association

<http://www.heart.org/HEARTORG/>

Bill and Melinda Gates Foundation: Global Health Program

<http://www.gatesfoundation.org/global-health/Pages/overview.aspx>

British Heart Foundation

<http://www.bhf.org.uk/heart-health/conditions/cardiovascular-disease.aspx>

Campaign for Tobacco-Free Kids

<http://www.tobaccofreekids.org/>

Chain of Hope

<http://www.chainofhope.org/>

Childrens Heartlink

<http://www.childrensheartlink.org/>

Childrens Hearts

<http://www.childrensheart.org.uk>

Children's Heart Foundation

<http://chfn.org/>

Coeurs pour Tous (Hearts for All)

<http://www.cptg.ch/fr/start.htm>

Congenital Heart Information Network

<http://www.tchin.org/>

Council on Health Research for Development

<http://www.cohred.org/>

Eastern Mediterranean Network on Heart Health, (EMNHH)

<http://emnhh.homestead.com/files/index.htm>

European Heart Institute http://www.euro-acad.eu/	Heart Care International http://www.heartcareintl.org
European Heart Network http://www.ehnheart.org/	HeartGift Foundation http://www.heartgift.org/
EMASH European Medical Association on Smoking and Health http://emash.globalink.org/	Heart Foundation http://www.heartfoundation.org.au/Pages/default.aspx
ENSP European Network for Smoking Prevention http://www.ensp.org	The Heart of Child Foundation- Little Hearts of the Mend http://www.heartofachild.org/
European Network of Young People and Tobacco http://www.ktl.fi/enypat/	Heart-to-Heart International http://www.hearttoheart.org/
European Network of Quitlines http://www.enqonline.org/public/index.php	The Heart of a Child Foundation- Little Hearts of the Mend http://www.heartofachild.org/
European Society of Cardiology http://www.escardio.org/	Heart-to-Heart International http://www.hearttoheart.org/
European Society of Hypertension http://www.eshonline.org/	InterAmerican Heart Foundation http://www.interamericanheart.org
European Union of Non-smokers http://www.globalink.org/tobacco/docs/eu-docs/uene.htm	InterAmerican Society of Cardiology http://www.siacardio.org/default.asp
Framework Convention Alliance (FCA) http://www.fctc.org/	International Academy of Cardiology http://www.cardiologyonline.com
Gift of Life International Inc. http://www.giftoflifeinternational.org/	International Cardiovascular Health Alliance http://www.ichaonline.org/
Global Connection International http://www.gciworld.org	International Children's Heart Foundation http://www.ichf.org/
Global Cardiovascular Infobase (in English and Spanish) http://www.cvdinfobase.ca/	International Children's Heart Fund http://www.ichfund.org/
Global Healing http://www.globalhealing.org	International Diabetes Federation http://www.idf.org/
Global Health Information Network http://www.healthnet.org/	International Network of Women against Tobacco (INWAT) http://www.inwat.org/
Global Partnerships for Tobacco Control http://www.essentialaction.org/tobacco/	International Obesity Task Force http://www.ietf.org/
Global Youth Action on Tobacco Network http://gyatnetwork.blogspot.com/	International Society for Adult Congenital Cardiac Disease http://www.isaccd.org/
Globalink, Global Tobacco Control http://www.globalink.org/	International Society of Hypertension http://www.ish-world.com/Default.aspx?Home
Healing the Children http://www.healingthechildren.org/	International Society of Nephrology http://www.isn-online.org/

- International Society on Hypertension in Blacks (ISHIB)
http://www.ishib.org/AI_index.asp
- International Task Force for the Prevention of Coronary Heart Disease
<http://www.chd-taskforce.de/>
- International Tobacco Evidence Network (ITEN)
<http://www.tobaccoevidence.net/>
- Medical Research Council of South Africa (Focus on Low-Income Countries)
<http://www.mrc.ac.za/home.htm>
- The NCD Alliance
<http://www.ncdalliance.org/>
- Network for Equality in Health for Southern Africa (EQUINET): <http://www.equinetafrica.org/>
- Partners in Health
<http://www.pih.org/>
- Physicians for Peace
<http://www.physiciansforpeace.org>
- ProCOR:Conference on Cardiovascular Health
<http://www.procor.org/>
- Project Hope
<http://www.projecthope.org>
- Project Kids Worldwide
<http://www.projectkidsworldwide.org>
- Project Open Hearts
<http://www.poh.org>
- Quality Assurance (QA) Project
<http://www.qaproject.org/>
- RedR (Focus on Low-Income Countries)
<http://www.redr.org.uk/>
- Repace's site, especially on passive smoking (Jim Repace)
<http://www.repace.com/>
- Research Center for Stroke and Heart Disease
<http://www.strokeheart.org/>
- Save A Child's Heart Foundation
<http://www.saveachildsheart.com>
- Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT)
<http://www.srnt.org/>
- Spanish Heart Foundation
<http://www.fundaciondelcorazon.com/>
- Southeast Asian Tobacco Control Alliance
<http://www.tobaccofreeasia.net/>
- Support for Analysis and Research in Africa (SARA) (Focus on Low-Income Countries)
<http://sara.aed.org/>
- The Stroke Association
<http://www.stroke.org.uk/>
- Stroke Awareness for Everyone
<http://www.strokesafe.org/>
- Stroke Net
<http://www.stroketnet.info/resources/stroke/internationalsites.htm>
- The Congenital Heart Foundation
<http://www.supportcongenitalheart.org/index.htm>
- The European Atherosclerosis Society
<http://www.eas-society.org/>
- The Primary Care Cardiovascular Society
<http://www.pccs.org.uk/>
- Tobacco Control journal
<http://www.tobaccocontrol.com>
- Tobacco Control Resource Center/Tobacco Products Liability Project (TCRC/TPLT)
<http://tobacco.neu.edu/>
- TCRC Tobacco Control Resource Centre, BMA, UK
<http://www.tobacco-control.org/>
- Tobacco Control Supersite
<http://www.health.usyd.edu.au/tobacco/>
- Union for International Cancer Control
<http://www.uicc.org/>
- WomenHeart: The National Coalition for Women and Heart Disease
<http://www.womenheart.org/>
- World Federation of Neurology
<http://www.wfneurology.org/>
- World Heart Failure Society
<http://www.worldheartfailure.org/>

World Heart Foundation

<http://www.world-heart.org/>

World Hypertension League

<http://www.worldhypertensionleague.org/Pages/Home.aspx>

World Kidney Foundation

<http://www.worldkidneyfund.org/>

World Medical Association

<http://www.wma.net/>

World Society for Pediatric and Congenital Heart Surgery

<http://www.wspchs.org/>

Vascular Disease Foundation

<http://www.vdf.org/>

Приложение V

Стандартизированные по возрасту показатели смертности на 100 тыс. чел. населения обоих полов с разбивкой по причинам смерти и странам-членам, 2008 г. (1)

Страны	Ишемическая болезнь сердца	Цереброваскулярные заболевания
Австралия	60,3	28,4
Австрия	72,7	26,0
Азербайджан	232,9	206,9
Албания	154,1	171,6
Алжир	75,2	91,4
Ангола	128,1	156,4
Андорра	45,4	32,7
Антигуа и Барбуда	85,7	52,4
Аргентина	70,6	43,5
Армения	248,5	132,5
Афганистан	328,6	109,5
Багамские Острова	46,9	47,7
Бангладеш	203,7	108,3
Барбадос	55,4	41,2
Бахрейн	68,8	28,2
Беларусь	348,1	129,3
Белиз	63,5	45,6
Бельгия	58,0	29,7
Бенин	119,3	147,8
Болгария	151,4	142,5
Боливия (Многонациональное Государство)	93,5	70,1
Босния и Герцеговина	96,1	115,5
Ботсвана	93,4	111,9
Бразилия	81,2	74,0
Бруней-Даруссалам	54,3	45,0
Буркина-Фасо	120,3	146,0
Бурунди	121,0	154,7
Бутан	221,7	117,7
Бывшая Югославская Республика Македония	98,1	156,2
Вануату	111,4	116,1

Страны	Ишемическая болезнь сердца	Цереброваскулярные заболевания
Венгрия	169,0	68,8
Венесуэла (Боливарианская Республика)	107,3	53,4
Вьетнам	112,5	173,0
Габон	104,8	121,3
Гаити	55,5	150,1
Гайана	151,4	118,6
Гамбия	108,5	131,5
Гана	120,1	125,5
Гватемала	58,9	20,8
Гвинея	136,9	166,2
Гвинея-Бисау	136,5	167,8
Германия	75,0	31,2
Гондурас	152,4	90,8
Гренада	76,7	65,4
Греция	60,3	61,6
Грузия	285,9	168,5
Дания	55,9	39,3
Джибути	232,3	81,1
Доминика	72,8	86,7
Доминиканская Республика	127,8	95,7
Египет	174,0	110,4
Замбия	141,3	168,4
Зимбабве	90,0	107,8
Израиль	46,4	19,7
Индия	165,8	116,4
Индонезия	150,8	90,0
Иордания	162,5	119,4
Ирак	214,1	81,2
Иран (Исламская Республика)	194,5	97,4
Ирландия	79,2	30,4
Исландия	68,1	28,7
Испания	43,5	29,2
Италия	51,7	34,9
Йемен	238,5	84,4
Кабо-Верде	68,7	84,2
Казахстан	346,5	166,9
Камбоджа	128,8	101,5
Камерун	131,8	162,0
Канада	66,2	22,9
Катар	80,1	10,7
Кения	101,2	116,6
Кипр	77,4	35,9
Кирибати	11,8	141,5
Китай	79,7	161,9
Колумбия	85,8	42,2

Страны	Ишемическая болезнь сердца	Цереброваскулярные заболевания
Коморские Острова	115,1	143,7
Конго	127,6	149,5
Конго, Демократическая Республика	125,9	155,9
Корейская Народно-Демократическая Республика	113,2	61,6
Коста-Рика	74,0	29,5
Кот-д'Ивуар	148,8	171,6
Куба	111,3	58,5
Кувейт	109,6	73,8
Кыргызстан	349,4	198,8
Лаосская Народно-Демократическая Республика	194,3	136,3
Латвия	220,8	117,1
Лесото	118,3	139,2
Либерия	113,8	141,8
Ливан	164,4	62,7
Ливия	199,3	72,6
Литва	233,7	89,2
Люксембург	53,6	34,1
Маврикий	118,4	76,7
Мавритания	108,2	133,5
Мадагаскар	100,9	121,7
Малави	157,9	185,5
Малайзия	138,7	75,8
Мали	108,5	127,0
Мальдивские Острова	50,9	37,6
Мальта	96,3	43,5
Марокко	168,0	61,5
Маршалловы Острова	237,7	240,4
Мексика	87,7	38,8
Микронезия (Федеративные Штаты)	110,3	121,9
Мозамбик	137,7	166,4
Монако	37,4	26,6
Монголия	75,7	150,9
Мьянма	164,7	97,4
Намибия	127,7	141,1
Науру	184,1	80,7
Непал	152,6	82,6
Нигер	100,4	122,4
Нигерия	121,6	148,6
Нидерланды	39,8	27,3
Никарагуа	95,3	52,6
Ниуэ	100,6	89,5
Новая Зеландия	76,5	33,3
Норвегия	57,2	32,6
Объединенная Республика Танзания	117,6	137,7
Объединенные Арабские Эмираты	94,5	42,3

Страны	Ишемическая болезнь сердца	Цереброваскулярные заболевания
Оман	181,9	51,5
Острова Кука	79,1	71,1
Пакистан	222,9	119,6
Палау	101,0	94,8
Панама	62,4	48,8
Папуа – Новая Гвинея	186,0	98,9
Парагвай	77,6	70,3
Перу	45,0	33,0
Польша	122,4	60,8
Португалия	43,8	62,7
Республика Корея	34,7	65,1
Республика Молдова	335,3	152,4
Российская Федерация	296,7	195,8
Руанда	106,9	134,2
Румыния	155,0	127,1
Сальвадор	88,6	28,0
Самоа	113,1	125,2
Сан-Марино	52,9	31,1
Сан-Томе и Принсипи	74,2	97,4
Саудовская Аравия	180,6	50,0
Свазиленд	136,7	160,0
Сейшельские Острова	50,3	69,1
Сенегал	97,3	118,0
Сент-Винсент и Гренадины	132,5	87,6
Сент-Китс и Невис	82,5	117,6
Сент-Люсия	53,2	68,7
Сербия	105,1	118,6
Сингапур	82,4	33,7
Сирийская Арабская Республика	165,3	112,2
Словакия	217,7	74,7
Словения	60,0	45,5
Соединенное Королевство	68,8	36,9
Соединенные Штаты Америки	80,5	25,4
Соломоновы Острова	97,9	105,5
Сомали	219,1	123,0
Судан	212,0	118,0
Суринам	88,8	146,9
Сьерра-Леоне	113,7	134,8
Таджикистан	213,7	93,0
Таиланд	87,1	123,0
Тимор-Лешти	137,8	75,3
Того	107,2	131,1
Тонга	101,7	118,6
Тринидад и Тобаго	145,7	79,7
Тувалу	163,2	175,7

Страны	Ишемическая болезнь сердца	Цереброваскулярные заболевания
Тунис	124,3	48,8
Туркменистан	405,1	76,1
Турция	157,1	116,5
Уганда	130,9	150,6
Узбекистан	323,2	146,5
Украина	399,8	125,1
Уругвай	70,8	71,9
Фиджи	140,2	136,4
Филиппины	121,6	82,8
Финляндия	93,8	33,5
Франция	29,2	21,7
Хорватия	133,6	89,1
Центральноафриканская Республика	132,2	162,5
Чад	132,2	162,5
Черногория	68,2	77,8
Чешская Республика	144,0	56,9
Чили	51,5	45,3
Швейцария	52,2	22,0
Швеция	71,0	32,9
Шри-Ланка	84,5	42,8
Эквадор	39,9	34,5
Экваториальная Гвинея	129,7	158,6
Эритрея	99,6	122,6
Эстония	173,3	57,8
Эфиопия	133,1	164,6
Южная Африка	71,0	83,4
Ямайка	110,7	62,9
Япония	31,2	36,7

Предметный указатель

Активность 28, 29, 84. См. также: Физическая активность и Отсутствие физической активности

Аневризма 14

Аневризма аорты 14

Аномалия 3, 60, 61. См. также: Дефекты

Аорта 60, 61

Аритмия 3, 58, 59

 мерцательная 58, 59

Артерии 3, 42. См. также: Кровеносные сосуды

Артериальное давление 8, 38, 39, 92

Артериосклероз 3

Аспирин 92, 96, 97

Атеросклероз 3, 14, 15

Бедность 44, 54, 106, 107

Бета-блокаторы 92

Болезнь Шагаса 66, 67, 68

Вес при рождении 46

Внедрение 100, 101

Возраст. См.: Старение

Воспаление 14

Всемирная ассамблея здравоохранения 80, 88 114, 116, 117, 138

Всемирная организация здравоохранения 118

 Глобальная стратегия в области рациона питания, физической активности и здоровья 46

 Рамочная конвенция по борьбе против табака 46, 78

Всемирная организация по борьбе с инсультом 118

Всемирная федерация сердца 118

Гендерные различия . См. также: Женщины

Генетическая предрасположенность 3

Генетические факторы риска 3

Гипертензия артериальная 18, 38 , 92. См. также: Артериальное давление

Гипертоническая болезнь сердца 38, 39

Гиперхолестеринемия 42, 43, 92

Годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности (DALY) 3

Декларации 136–143

Дети и молодежь 19, 66, 110

Деторождение 66

Дефекты 60. См.: Пороки развития и Аномалии

Дислипидемия . См.: Нормальный уровень липидов в крови 42, 43

Женщины . См.: Гендерные различия

Заболевания периферийных сосудов 3

Здравоохранение

 Первичное звено медико-санитарной помощи 94, 95

Индекс массы тела (ИМТ) 36, 37

Инсульт 14, 18

Инфаркт миокарда 70, 107

Ишемическая болезнь сердца 3, 70

 и годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности (DALY) 3

Ишемия 14

Калории 34

Кардиодефибриляция 58

Коронарная артерия 2

Коэффициент Джини 54, 55

Кровеносные сосуды 3, 14, 15 . См. также: Артерии

Кровоизлияние 14. См. также: Кровотечение

Кровотечение 14. См. также: Кровоизлияние

Курение 26. См. также: Употребление табака

Липиды 42, 43, 80

Липиды крови 8, 42, 43

Лихорадка 62–65. См. также: Ревматическая лихорадка

ЛПВП холестерин 42, 43. См. также: Холестерин липопротеинов высокой плотности (ЛПВП)

ЛПНП холестерин 14. См. также: Холестерин липопротеинов низкой плотности (ЛПНП)

Метаболические факторы риска. См.: Факторы риска

Молодежь. См.: Дети и молодежь

Надзор эпидемиологический 102

«Наиболее выгодные вложения» 96, 97

Насыщенные жиры 32, 34

Научные исследования 97, 100, 101

Неинфекционные заболевания (НИЗ) 76, 80

Ненормальный уровень липидов в крови 8. См. также:

Дислипидемия

Неравенство 54

Низкая масса тела при рождении 46

Нищета. См.: Бедность

- Ожирение 32, 36
- Организация Объединенных Наций (ООН) 114–117
- Питание . См.: Пища и Рацион питания
- Пища 32–35
- будущего 113
 - быстрое питание 81
 - продукты питания, подвергнутые технологической обработке 34
 - фрукты и овощи 35, 82
- Пищевая соль . См. также: Потребление соли 32–34, 83
- План действий 114, 115
- Поведенческие факторы риска. См.: Факторы риска
- Полиненасыщенные жиры 97
- Политика 74, 76, 78, 80, 84, 88
- Учет интересов здоровья во всех направлениях п. 74, 75
- Потребление соли 32, 97. См. также: Пищевая соль
- Предупреждения о вреде для здоровья 75, 99
- Причины 18. См.: Факторы риска
- Продукты питания. См.: Пища
- Развитие 106, 107
- Рацион питания. См. также: Пища 32, 80–83, 96
- Ревматическая болезнь сердца 3, 62
- Ревматическая лихорадка 62
- Резолюции
- Всемирной ассамблеи здравоохранения 134
- Ресурсы 108, 109
- Сахарный диабет 40, 41, 97
- Распространенность 40, 41
 - Тип 1 40
 - Тип 2 40
- Свертывание крови 3
- Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) 2–7, 8–13, 48, 15
- годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности (DALY) 3, 8–13
 - профилактика 70, 72, 74, 76, 94, 96–108
 - смерть от ССЗ 3, 8–13
 - стеноз 60
 - факторы риска 3, 8–25
 - хирургия 62
- Сердце
- воспалительные заболевания сердца 62
 - врожденный порок сердца 60, 61
 - инфаркт миокарда 3, 14, 48, 49
 - клапаны сердца 62
 - сердечная мышца 63
- См. также: Сердечно-сосудистые заболевания, Ишемическая болезнь сердца и Гипертоническая болезнь
- Сигареты. См.: Употребление табака 26, 27
- Смертность 56
- Смерть
- от воспалительных заболеваний сердца 62–65
 - от ишемической болезни сердца 110
 - от ревматической болезни сердца 62–65
 - от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) 110
- Снабжение кислородом 14
- Социальная мобилизация 104, 105
- Социально-экономический статус 44
- Социальные детерминанты 44, 45
- ССЗ. См.: Сердечно-сосудистые заболевания
- Старение 50, 51, 52
- Статины 92
- Стратегия
- Глобальная 114, 115
- Стрептококковая инфекция 62, 63
- Стресс 3
- Технология 23, 97
- Транс-жиры 32, 80, 97
- Триглицериды 42
- Употребление алкоголя 30, 31, 88, 89, 90, 91, 97
- Употребление табака 26, 97
- Урбанизация 50
- Уровень глюкозы (сахара) в крови 40 41
- Уровень грамотности 45
- Факторы риска 18, 46
- генетические 3
 - метаболические 3
 - поведенческие 3
 - прогнозирование 20
 - сердечно-сосудистых заболеваний 20, 21
 - факторы высокого риска 21
- Физическая активность 28, 84–87, 97. См. также: Активность
- Отсутствие физической активности

Холестерин 3, 4, 14, 42

бляшки 3, 4, 14

липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) 14, 42

липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) 14, 42 [

Цереброваскулярные заболевания 3, 8, 14. См. также: Инсульт

Цирроз печени 30

Экономически эффективные меры вмешательства 100

Экономические затраты 54–56, 108, 110. См. также: Затраты

Электрокардиограмма (ЭКГ) 58, 59

Всемирный атлас профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и борьбы с ними

Опубликовано Всемирной организацией здравоохранения совместно
с Всемирной федерацией сердца и Всемирной организацией по борьбе с инсультом

Если игнорировать
стремительно
увеличивающееся
бремя сердечно-
сосудистых заболеваний,
то международные
усилия, направленные
на сокращение бедности,
будут обречены
на провал.

При отсутствии
стратегий профилактики
всё большее число
людей будут гибнуть
от инфарктов и инсультов
из-за продолжающегося
воздействия факторов
риска.

Миллионы случаев
преждевременной
смерти от сердечно-
сосудистых заболеваний
можно предотвратить,
если расширять
масштабы применения
уже существующих
экономически доступных,
высокоэффективных мер
вмешательства.



Всемирная организация
здравоохранения

20 Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland
www.who.int/

ISBN 978 92 4 456437 0

