



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Глобальная система мониторинга борьбы с неинфекционными заболеваниями ВОЗ

Прогресс в достижении целей по
Европейскому региону ВОЗ



Справочный документ для Европейского
совещания ВОЗ для национальных руководителей
и менеджеров программ по НИЗ в Москве,
Российская Федерация, 8–9 июня 2017 г.

Резюме

В мае 2013 г. на Шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения была принята комплексная Глобальная система мониторинга борьбы с неинфекционными заболеваниями (НИЗ). Система включает девять целей и 25 индикаторов в трех областях, при этом особое внимание уделяется основным исходам заболеваний, факторам риска и ответным мерам национальных систем здравоохранения в отношении проблемы НИЗ (1). В настоящем докладе оценивается прогресс Европейского региона ВОЗ в целом в достижении этих целей (таблица 1). На базе основных индикаторов, предусмотренных в отношении каждой цели (1–3 индикатора для каждой), рассматриваются имеющиеся данные, тенденции и там, где это возможно, прогнозы на период до 2025 г.

Настоящий доклад подготовлен к Европейскому совещанию ВОЗ для национальных руководителей и менеджеров программ по НИЗ, которое пройдет в Москве, Российская Федерация, 8–9 июня 2017 г. Доклад сопровождается более подробным документом, посвященным проблеме преждевременной смертности от НИЗ, и докладом, отражающим прогресс в достижении обязательств Организации Объединенных Наций с установленными сроками выполнения. Вслед за этими документами до конца 2017 г. будет подготовлен более фундаментальный европейский доклад о положении дел в области НИЗ. Предполагается, что все указанные документы будут использованы при подготовке к Глобальной конференции ВОЗ по проблеме НИЗ, которая пройдет в Монтевидео (Уругвай) в октябре 2017 г., и к третьему Совещанию высокого уровня Организации Объединенных Наций по борьбе с НИЗ, запланированному на 2018 г.

Таблица 1. Обзорный лист целей по Европейскому региону ВОЗ

Цели	Прогресс и прогнозы по Европейскому региону ВОЗ – инерционный сценарий
25%-ное относительное сокращение риска преждевременной смертности от сердечно-сосудистых, онкологических, хронических респираторных заболеваний и диабета	При сохранении текущих тенденций цель в Регионе может быть превышена.
По крайней мере 10%-ное относительное сокращение вредного употребления алкоголя, в зависимости от обстоятельств и с учетом национального контекста	При сохранении текущих тенденций к 2025 г. ожидается снижение индикатора потребления алкоголя на душу населения на 9%.
10%-ное относительное сокращение распространенности недостаточной физической активности	Прогнозирование на период до 2025 г. не представляется возможным, но судя по тенденциям, выявленным в результате исследований среди подростков и взрослого населения, маловероятно, что Региону удастся достичь цели.
30%-ное относительное сокращение среднего потребления населением соли/натрия	В настоящее время прогнозирование на период до 2025 г. не представляется возможным, но маловероятно, что Региону удастся достичь цели с учетом текущих темпов изменений.
30%-ное относительное сокращение распространенности настоящего уровня потребления табака	Согласно прогнозам, ни Региону в целом, ни 36 из 53 стран Региона не удастся достичь цели, если не будут приняты дополнительные меры.
25%-ное относительное сокращение распространенности повышенного артериального давления или сдерживание распространенности случаев повышенного артериального давления в соответствии с национальными условиями	При сохранении текущих тенденций Регион в состоянии достичь цели, при этом вероятен рост неравенств в Европе.
Прекращение роста числа случаев диабета и ожирения	Регион серьезно отстает в достижении цели до 2025 г.: прогнозируется рост распространенности случаев избыточного веса и ожирения, также ожидается увеличение распространенности случаев диабета.

Обеспечение, по крайней мере для 50% людей, имеющих соответствующие показания, лекарственной терапии и консультирования (включая контроль гликемии) для профилактики инфарктов миокарда и инсультов	Достижение этой цели плохо поддается оценке, и прогнозирование на период до 2025 г. на данный момент не представляется возможным.
80%-ный уровень наличия приемлемых в ценовом отношении базовых технологий и основных лекарственных средств, включая препараты-генерики, необходимых для лечения основных НИЗ как в государственных, так и в частных медицинских учреждениях	Достижение этой цели плохо поддается оценке, и прогнозирование на период до 2025 г. на данный момент не представляется возможным.

Цветовые обозначения:

Красный	Регион отклонился от курса и, вероятно, не достигнет цели
Желтый	Сможет ли Регион достичь цели, неизвестно – прогресс и прогнозы плохо поддаются оценке
Зеленый	Регион в состоянии достичь цели

Преждевременная смертность от НИЗ

Цель 1: 25%-ное относительное сокращение риска преждевременной смертности от сердечно-сосудистых, онкологических, хронических респираторных заболеваний и диабета

При сохранении текущих тенденций цель в Европейском регионе ВОЗ может быть превышена.
Вероятность преждевременной смерти от четырех основных НИЗ представлена на рис. 1.

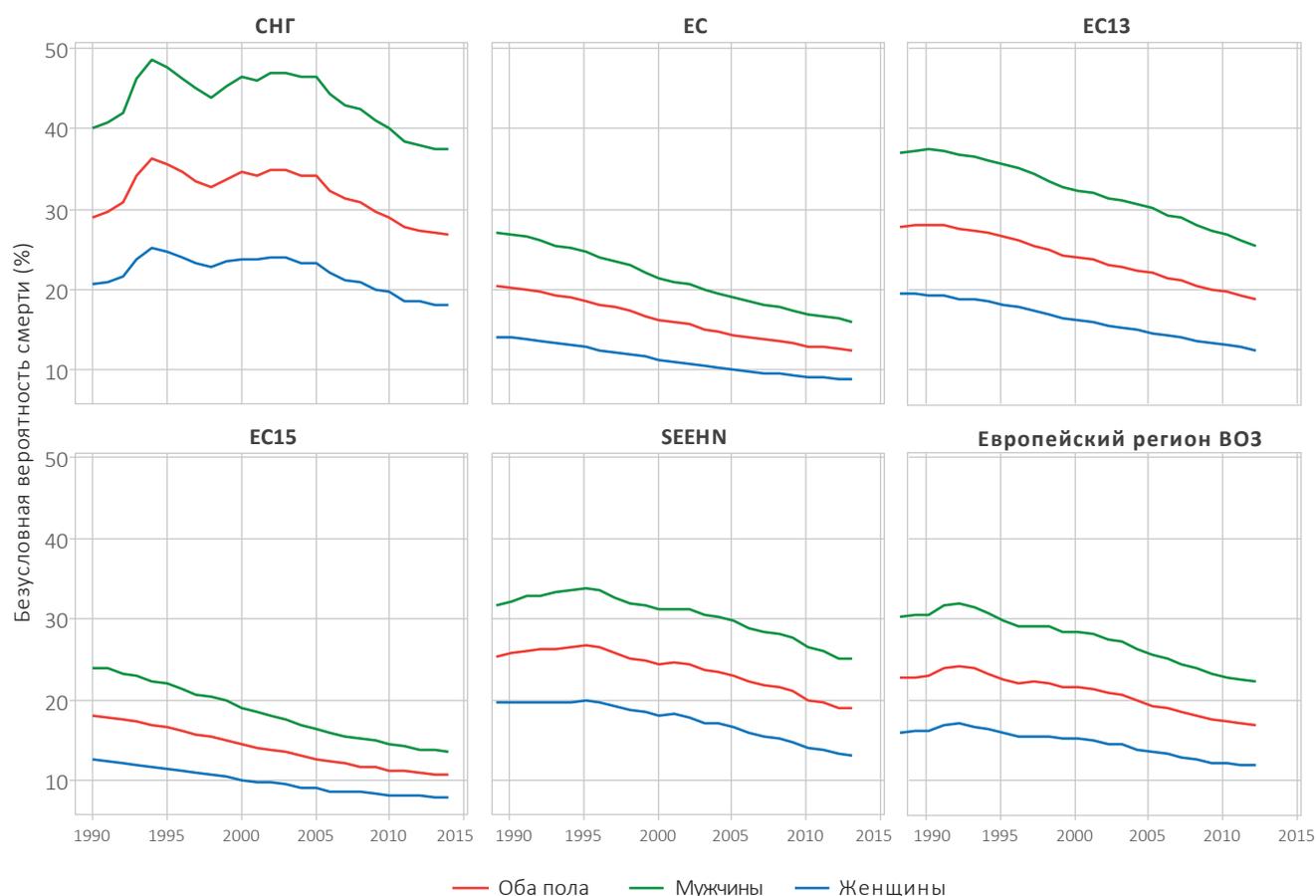
После повышения вероятности смертности, наблюдавшегося в первой половине 1990-х гг., когда в 1994 г. смертность достигла уровня 24,2% (31,9% для мужчин и 17,0% для женщин), вероятность смерти от НИЗ в Европейском регионе ВОЗ стабильно снижалась и в 2014 г. составила 16,9% (22,4% для мужчин и 11,8% для женщин). Темпы изменений для мужчин и женщин были сопоставимы, но разрыв оставался неизменным – в среднем более 89%.

Тем не менее уровни показателей и прогресс в субрегионах очень отличаются. В странах СНГ после резкого роста, ознаменовавшего распад в 1989 г. бывшего Советского Союза, показатели в период с середины 1990-х до 2000-х гг. оставались относительно стабильными. В это время почти каждый второй мужчина и каждая четвертая женщина умирали преждевременно в возрасте от 30 до 69 лет от одного из четырех основных НИЗ. Уровень преждевременной смертности стал стремительно снижаться в 2005 г., и относительное снижение на 21,3% (среднегодовое снижение на 2,63%) наблюдалось до 2014 г., достигнув 26,9% (37,3% для мужчин и 18,1% для женщин). Темпы снижения смертности у женщин выше, чем у мужчин (2,80% и 2,40% в год), в связи с чем избыточная смертность среди мужчин к 2014 г. составила 107%.

Согласно прогнозам, в случае сохранения недавних тенденций вероятность преждевременной смерти от четырех основных НИЗ в Европейском регионе ВОЗ в 2025 г. достигнет 12,1%, т. е. относительное снижение по сравнению с уровнем 2010 г. составит 33,1% при сопоставимом сокращении показателей для мужчин и женщин. Для стран ЕС (34,5%), СНГ (34,0%) и SEEHN (34,1%) прогнозируется сопоставимый уровень снижения. Прогнозируемое снижение для мужчин выше, чем для женщин в ЕС15, но ниже в субрегионах СНГ и SEEHN.

Этот вопрос более подробно рассматривается в сопроводительном документе.

Рис. 1. Безусловная вероятность смерти от четырех основных НИЗ в Европейском регионе ВОЗ и отдельных субрегионах: тенденции, 1990–2014 гг.



Примечания: СНГ: Содружество Независимых Государств; ЕС: члены Европейского союза; ЕС15: члены ЕС до мая 2004 г.; ЕС13: члены ЕС с мая 2004 г.; SEEHN: Сеть здравоохранения Юго-Восточной Европы (подробную информацию о группах стран см. ниже в разделе «Технические примечания»).

Вредное употребление алкоголя

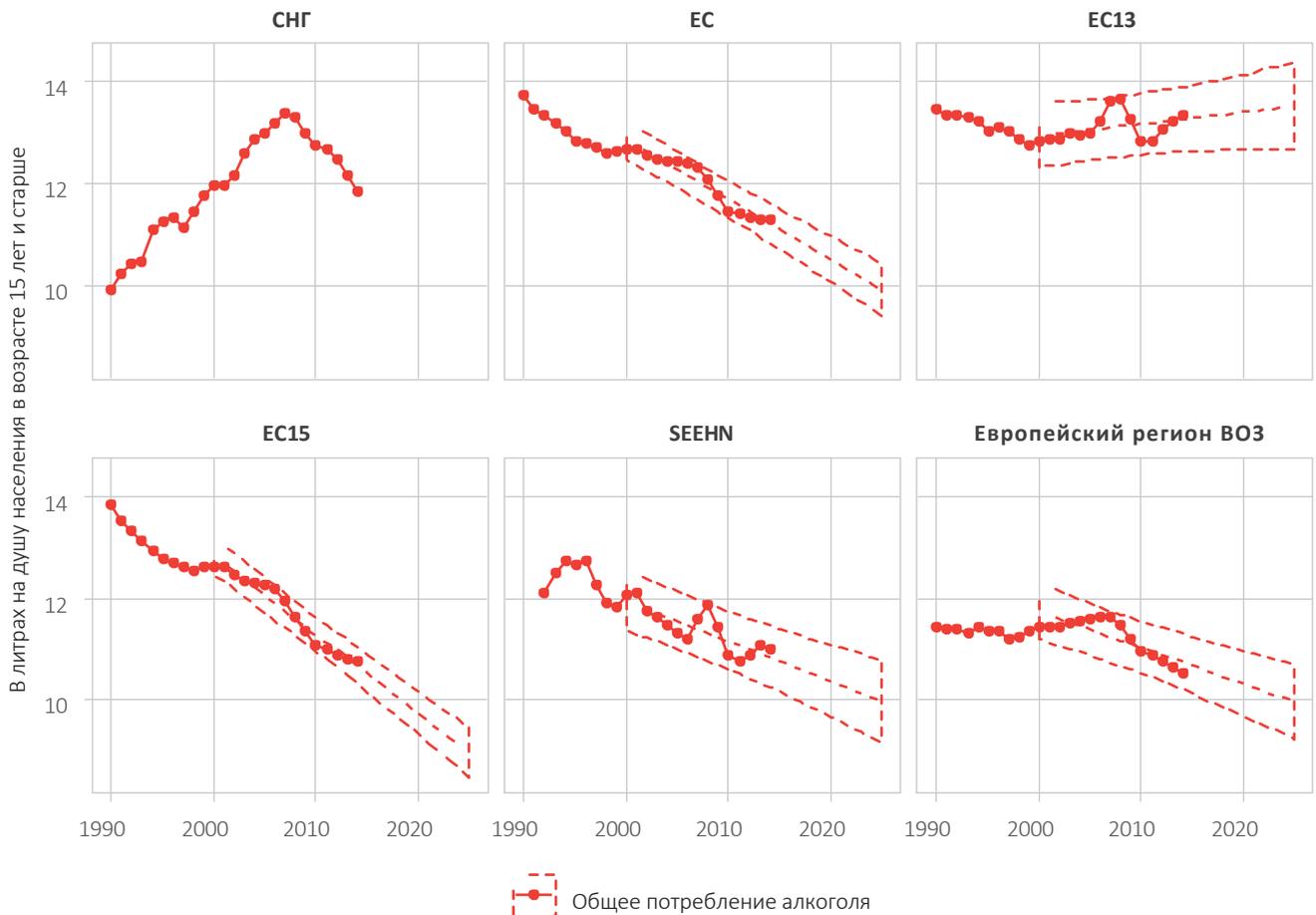
Цель 2: по крайней мере 10%-ное относительное сокращение вредного употребления алкоголя, в зависимости от обстоятельств и с учетом национального контекста

При сохранении текущих тенденций к 2025 г. ожидается снижение показателей употребления алкоголя на душу населения на 9%.

Самый высокий общий уровень (зарегистрированного и незарегистрированного) употребления алкоголя на душу взрослого населения (АРС) среди всех регионов ВОЗ, почти вдвое превышающий среднемировой уровень, зафиксирован в Европейском регионе ВОЗ¹. В целом, по оценкам, в 2010 г. АРС в 51 из 53 стран Региона составил 10,9 литра чистого алкоголя, а в 2014 г. этот показатель уменьшился на 4% – до 10,5 литров. В случае сохранения тенденций, наблюдающихся с 2000 г., к 2025 г. показатель АРС в Европейском регионе ВОЗ может снизиться на 9%, т. е. на 1 процентный пункт ниже глобальной цели (рис. 2). Тем не менее в субрегионах наблюдаются значительные различия в показателях текущего уровня и прогнозируемого снижения АРС, и среди всех проанализированных групп стран глобальная цель, вероятно, будет достигнута только в странах ЕС15. Следует отметить, что показатель АРС продемонстрировал резкий скачок в странах СНГ в 2007 г. и с тех пор стабильно снижается. В странах ЕС13 и SEEHN во второй половине 2000-х гг. также отмечались значительные различия в показателях. Таким образом, прогнозы по снижению следует толковать с осторожностью.

¹ Данные о потреблении алкоголя, приведенные в этом разделе, еще не были подтверждены странами, и в них могут вноситься небольшие корректировки. Окончательные данные будут опубликованы в глобальном докладе ВОЗ о ситуации в области употребления алкоголя в 2018 г.

Рис. 2. Общее потребление алкоголя с разбивкой по субрегионам в 1990–2014 гг. и прогноз до 2025 г. на основе тенденций, наблюдающихся с 2000 г.



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (2).

Оценочные данные по эпизодическому употреблению алкоголя в больших количествах, исчисляемые как доля лиц, употребивших не менее 60 г чистого алкоголя хотя бы один раз за последние 30 дней, демонстрируют, что в 2010 г. доля лиц, употреблявших алкоголь в больших количествах, в Европейском регионе ВОЗ составила 16,3% от всего населения Региона при более чем трехкратной разнице в показателях для мужчин (25,2%) и для женщин (7,5%). Различия между странами значительны и находятся в диапазоне от 0,3% в Турции до 38,5% в Австрии.

По оценкам ВОЗ, в 2012 г. количество смертей, связанных с употреблением алкоголя в Европейском регионе ВОЗ, составило 13,3%. Различия между странами, однако, значительны и находятся в диапазоне от 2% до почти 35% (3).

Последние данные, которые позволили бы оценить динамику изменений в показателях смертности и заболеваемости, связанных с алкоголем, отсутствуют. Тем не менее при использовании в качестве замещающего показателя стандартизованных по возрасту коэффициентов преждевременной смертности (в возрасте до 65 лет) от хронических заболеваний печени можно установить небольшое снижение показателей смертности с 12,27 до 11,02 случая из расчета на 100 000 человек в период с 2010 по 2014 гг.

Недостаточная физическая активность

Цель 3: 10%-ное относительное сокращение распространенности недостаточной физической активности

Прогнозирование на период до 2025 г. не представляется возможным, но судя по тенденциям, выявленным в результате исследований среди подростков и взрослого населения, маловероятно, что Региону удастся достичь цели.

ВОЗ рекомендует взрослым (включая пожилых людей) уделять не менее 150 минут в неделю аэробной физической нагрузке средней интенсивности (4). Согласно данным по странам ЕС, шесть из 10 человек в возрасте старше 15 лет редко или никогда не занимаются физическими упражнениями или спортом, и более половины редко или никогда не занимаются физической активностью, такой как езда на велосипеде или пешая ходьба, выполнение домашней работы или работы в саду. Эта тенденция подтверждается другим исследованием, указывающим на то, что одна треть взрослого населения Европы недостаточно активна, особенно это касается людей с низким социально-экономическим статусом, этнических меньшинств и людей с ограниченными возможностями (5). Также снизился уровень физической активности подростков в возрасте 11–15 лет; в целом, физическая активность от умеренной до высокой интенсивности находится на низком уровне и уменьшается с возрастом в подростковый период. Девочки неизменно менее активны, чем мальчики.

В 2010 г. оценки распространенности недостаточной физической активности среди взрослых людей, определяемой как менее 150 минут умеренной или менее 75 минут интенсивной физической активности в неделю, в Европейском регионе ВОЗ находились в диапазоне от 10,1% до 38,6% для мужчин и от 11,7% до 47,2% для женщин. В то же время в Регионе наблюдалось падение уровня физической активности во всех возрастных группах и резкое его снижение среди детей старшего возраста и подростков, особенно среди девочек. Для детей старшего возраста и подростков в возрасте 11–17 лет оценки распространенности недостаточной физической активности, определяемой как менее 60 минут физической активности от умеренной до высокой интенсивности в день, находились в диапазоне от 65,6% до 91,0% у мальчиков и от 79,6% до 91,2% у девочек.

Потребление соли/натрия

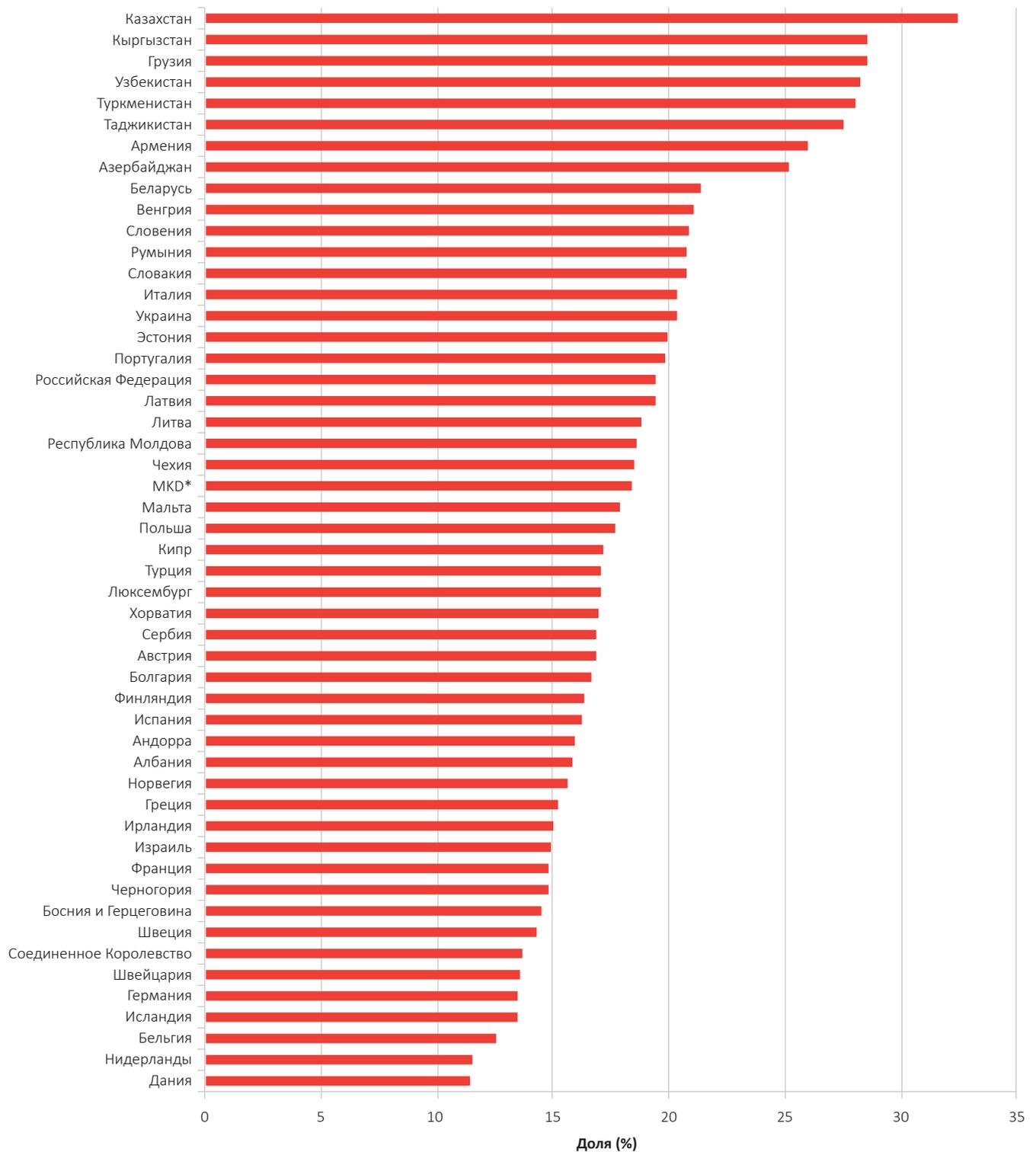
Цель 4: 30%-ное относительное сокращение среднего потребления населением соли/натрия

В настоящее время прогнозирование на период до 2025 г. не представляется возможным, но маловероятно, что Региону удастся достичь цели с учетом текущих темпов изменений.

Высокий уровень потребления натрия в рационе является возможной причиной повышенного артериального давления, которое представляет собой значительный фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Согласно проведенному недавно метаанализу, охватившему девять регионов мира, самый высокий абсолютный показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, связываемой с потреблением натрия, был зафиксирован в Центральной Азии и в Центральной и Восточной Европе (13%) (6). Доля смертей от сердечно-сосудистых заболеваний, связываемых с потреблением натрия, особенно высока в структуре преждевременной смертности среди мужчин (рис. 3). В Центральной Азии и Центральной и Восточной Европе почти каждая третья преждевременная смерть от инсульта и каждая пятая преждевременная смерть от инфаркта миокарда у мужчин может быть связана с ежедневным потреблением более 2 г натрия.

У ВОЗ отсутствуют данные о среднем потреблении населением натрия в Европейском регионе ВОЗ, но по мере того как всё больше стран проводят исследования, объем имеющихся данных по странам растет. Текущее суточное потребление соли в большинстве стран Европы оценивается на основании исследования рациона питания, и примерно в каждой четвертой стране уже проводится исследование выведения соли с мочой. Употребление соли разными способами оценивается в 7–18 г в день, и рекомендованный ВОЗ уровень потребления в количестве 2 г натрия в сутки (эквивалентно 5 г соли в сутки) не соблюдается ни одной из стран (7). Тем не менее данных о тенденциях для подготовки прогнозов до 2025 г. недостаточно.

Рис. 3. Доля смертности от сердечно-сосудистых заболеваний среди мужчин в возрасте от 20 до 69 лет, связываемой с ежедневным потреблением более 2 г натрия в 2010 г., с разбивкой по странам



*МКД: бывшая югославская Республика Македония.

Источник: Mozaffarian et al. (6).

Сократить уровень потребления соли на популяционном уровне удалось относительно небольшому числу стран Региона. Согласно недавнему систематическому обзору прогресса в достижении цели 4 (8), девять стран отметили сокращение потребления соли населением. Несмотря на неоднородность инструментов оценки для мониторинга изменений в уровне потребления натрия, что может со временем повлиять на масштабы изменений, снижение

составило от примерно 5% во Франции в период с 1999 по 2007 гг. до 36% в Финляндии в 1979–2007 гг. В любом случае, темпы снижения, в случае их сохранения, будут недостаточны для достижения цели ВОЗ по сокращению потребления соли к 2025 г.

Потребление табака

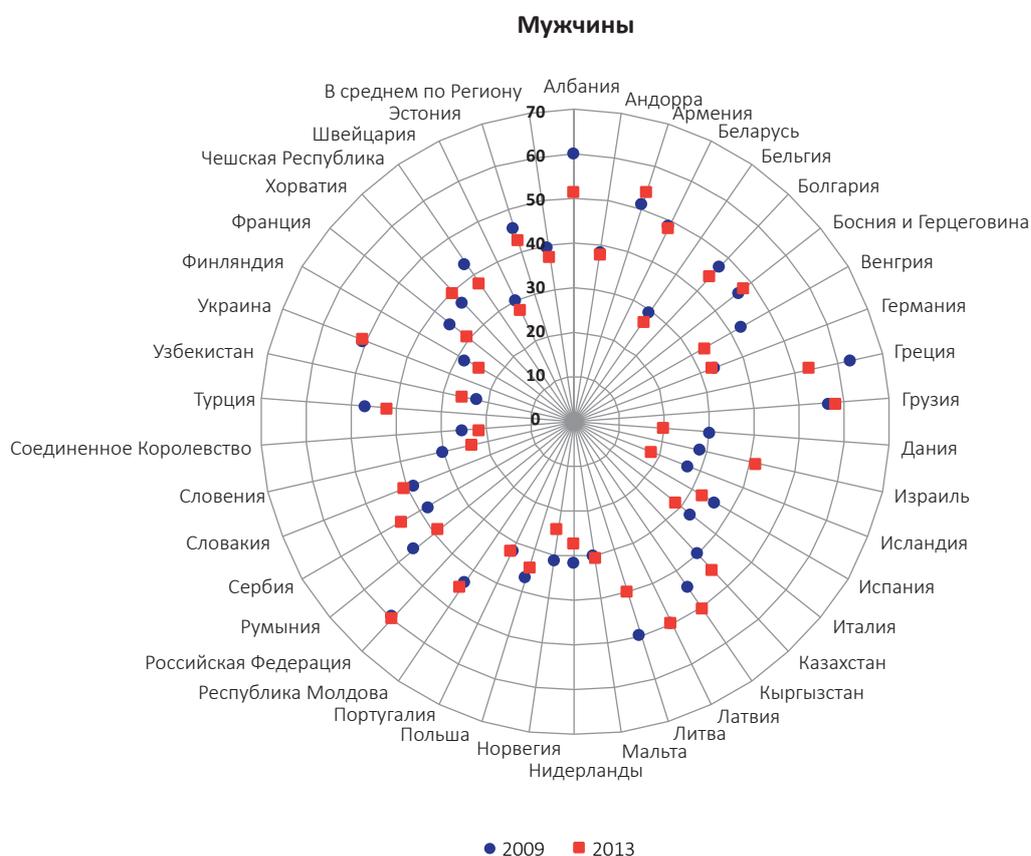
Цель 5: 30%-ное относительное сокращение распространенности настоящего уровня потребления табака

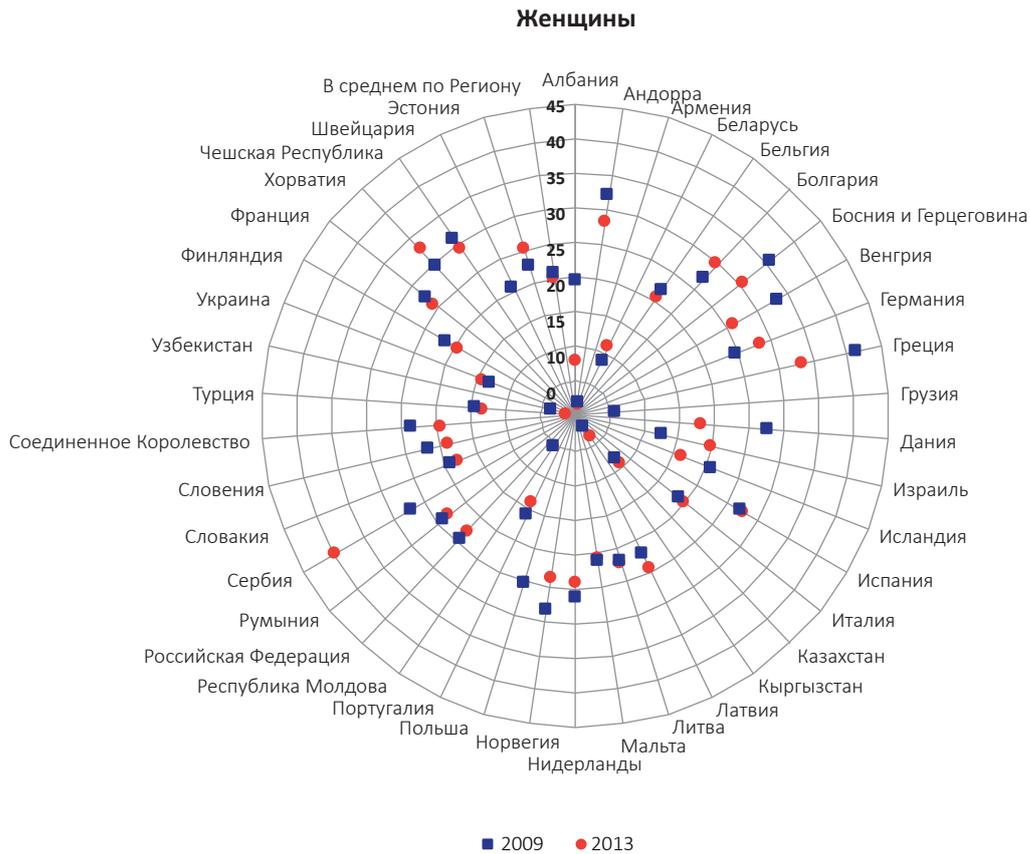
Согласно прогнозам, ни Региону в целом, ни 36 из 53 стран Региона не удастся достичь цели, если не будут приняты дополнительные меры.

Регион характеризуется одним из самых высоких уровней смертности, сопряженной с потреблением табака (табакокурением и потреблением бездымных табачных изделий). На долю потребления табака приходится 16% всех случаев смерти среди взрослого населения старше 30 лет, во многих случаях преждевременной (моложе 70 лет).

Из шести регионов ВОЗ в Европейском регионе отмечается самая высокая распространенность табакокурения среди взрослого населения (29%) и один из самых высоких уровней распространенности потребления табака среди подростков. Гендерные различия в курении во многих странах остаются значительными: в 2013 г. на долю мужчин приходилось 39%, а на долю женщин – 21% потребления табака (рис. 4). Тем не менее разрыв между распространенностью потребления табака среди мужчин и женщин в некоторых странах, в том числе в Дании, Ирландии, Нидерландах, Норвегии, Соединенном Королевстве и Швеции, в настоящее время очень мал (<5%). Согласно прогнозам, к 2025 г. распространенность потребления табака среди мужчин составит 31%, а среди женщин – 16%, что обеспечивает прогнозируемое относительное снижение на 22% для мужчин и 25% для женщин (9).

Рис. 4. Распространенность потребления табака среди мужчин и женщин в период с 2009 по 2013 гг.





Источник: ВОЗ (10).

Повышенное артериальное давление

Цель 6: относительное снижение распространенности повышенного артериального давления на 25% и сдерживание распространенности случаев повышенного артериального давления в соответствии с национальными условиями

При сохранении текущих тенденций Регион в состоянии достичь цели, при этом вероятен рост неравенств в Европе.

К основным индикаторам достижения этой цели относятся стандартизованная по возрасту распространенность повышенного артериального давления и среднее систолическое артериальное давление у взрослого населения (подробную информацию см. ниже в разделе «Технические примечания»). Распространенность повышенного артериального давления оценивается как процент людей, относящихся к высокой группе риска, независимо от текущего состояния лечения (11). Тенденции в отношении среднего артериального давления населения отражают динамику изменений в распределении артериального давления.

На протяжении последних 40 лет (1975–2015 гг.) наблюдалось заметное снижение среднего систолического артериального давления в странах с высоким уровнем дохода, в то время как в Центральной и Восточной Европе этот показатель оставался стабильно высоким (11). Несмотря на видимое снижение среднего показателя систолического артериального давления среди женщин в Центральной и Восточной Европе, а в последнее время и в Центральной Азии, изменений среднего уровня систолического артериального давления среди мужчин в этих субрегионах почти не наблюдалось (11). У мужчин в некоторых странах Центральной и Восточной Европы отмечается самое высокое среднее систолическое артериальное давление в мире.

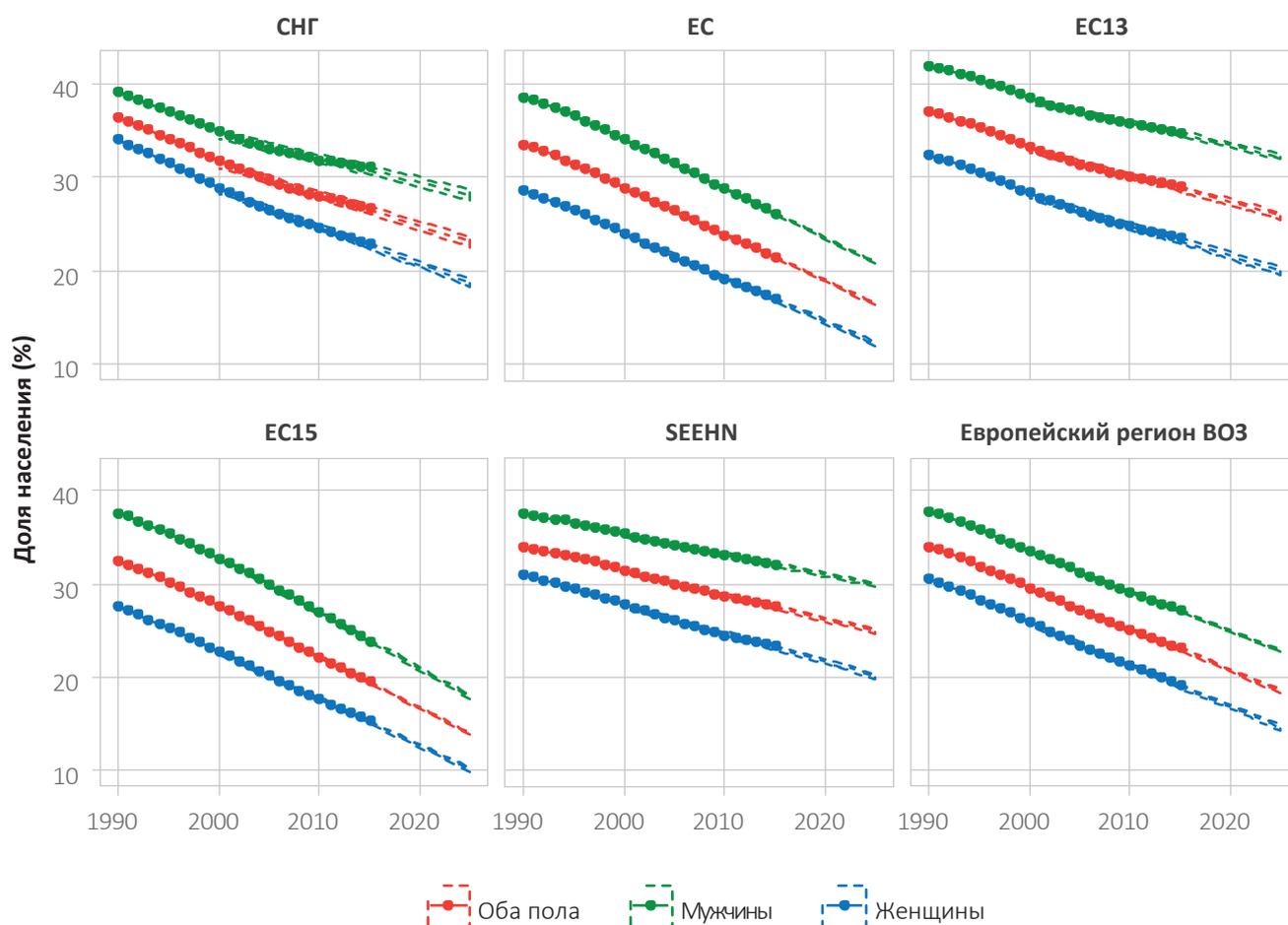
В целом, различия между стандартизованными по возрасту показателями среднего систолического артериального давления и распространенностью повышенного артериального давления среди мужчин и среди женщин главным образом объясняются различиями между людьми моложе 50 лет; данные в отношении мужчин и женщин старше 50 лет являются сопоставимыми. В 2015 г. различия между показателями артериального давления у мужчин и женщин

были наиболее заметны в Центральной и Восточной Европе и в странах с высоким уровнем дохода, при этом более высокая распространенность повышенного артериального давления среди мужчин нарастала начиная с 1975 г. Мужчины в среднем на 41% более склонны к повышенному артериальному давлению, чем женщины, а данные об уровне гендерного разрыва по странам в значительной степени различаются.

Распространенность повышенного артериального давления в Европейском регионе ВОЗ в 2015 г. оценивалась в 23,1%, что соответствовало снижению на 7,9% относительно 25,0% в 2010 г. Отмечается двукратная разница в уровнях распространенности между странами в диапазоне от 15,1% до 32,1%. Распространенность на уровне субрегионов колеблется в диапазоне от 22,1% (ЕС15) до 30,1% (ЕС13). Распространенность повышенного артериального давления в Европейском регионе ВОЗ и всех субрегионах выше среди мужчин (29,1%), чем среди женщин (21,2%), а самый высокий показатель распространенности среди мужчин приходится на страны ЕС13 и составляет 35,8%.

При сохранении текущих тенденций в отношении распространенности повышенного артериального давления Регион достигнет намеченного относительного снижения на 25% к 2025 г. Однако прогресс в субрегионах неравномерен, и субрегионы с самым значительным бременем демонстрируют самый медленный прогресс. Например, относительное снижение в странах ЕС15 составляет 37,1%, ЕС13 – 13,2%. При сохранении текущих тенденций это приведет к дальнейшему росту неравенств между странами.

Рис. 5. Распространенность случаев повышенного артериального давления среди мужчин и среди женщин с разбивкой по субрегионам в 1990–2015 гг. и прогноз до 2025 г. на основе тенденций, наблюдающихся с 2000 г.

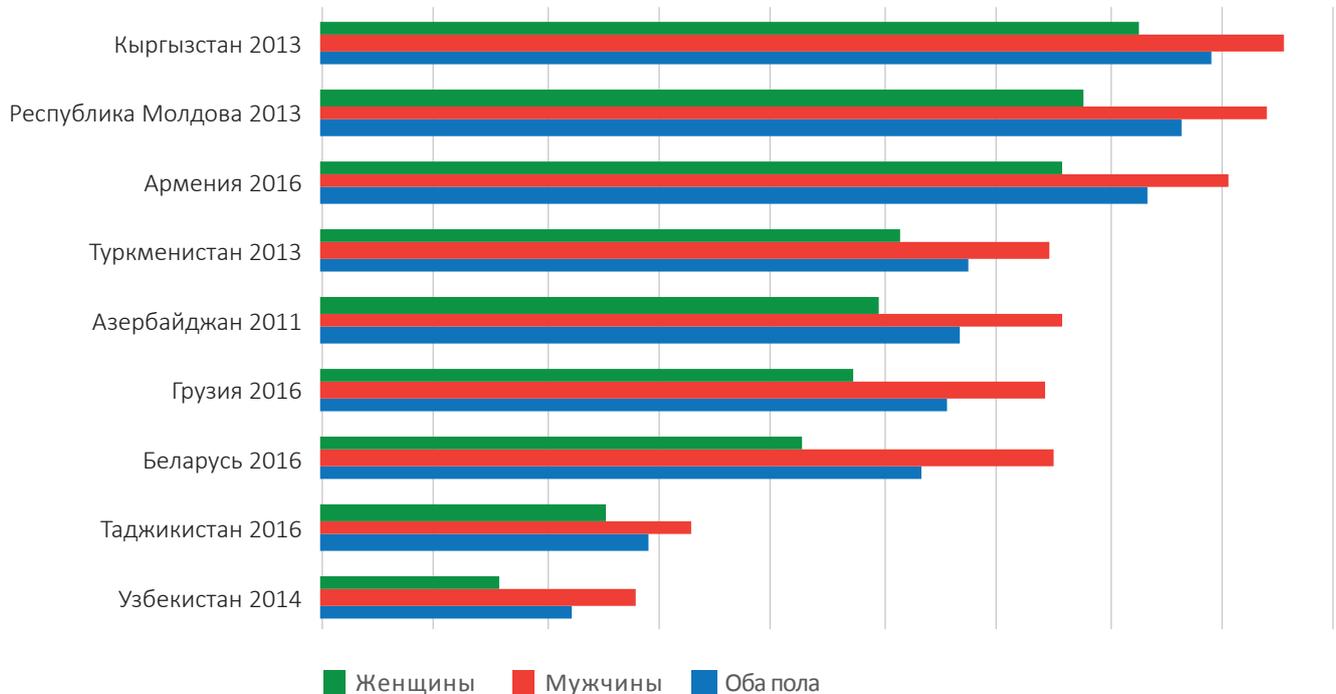


Источник: ВОЗ (10).

Согласно данным исследований, проведенных в рамках поэтапного подхода ВОЗ (STEPS) к эпиднадзору (12) в восьми странах (рис. 6), от 22% до 79% людей, страдающих повышенным артериальным давлением (САД => 140 мм рт. ст.

и (или) ДАД => 90 мм рт. ст.), в настоящее время не принимают лекарства от гипертонии для контроля за уровнем давления. Результаты также свидетельствуют о наличии гендерных различий в вопросах контроля за уровнем артериального давления: мужчины в целом демонстрируют значительно более неблагоприятные результаты, чем женщины.

Рис. 6. Доля взрослых с повышенным артериальным давлением, в настоящее время не принимающих лекарства от гипертонии



Примечание: данные по Туркменистану и Узбекистану охватывают возрастной период от 18 до 64 лет; данные по Кыргызстану – от 25 до 64 лет; все прочие данные относятся к возрастному периоду от 18 до 69 лет.

Источник: данные исследований по восьми странам в рамках поэтапного подхода ВОЗ (STEPS) к эпиднадзору.

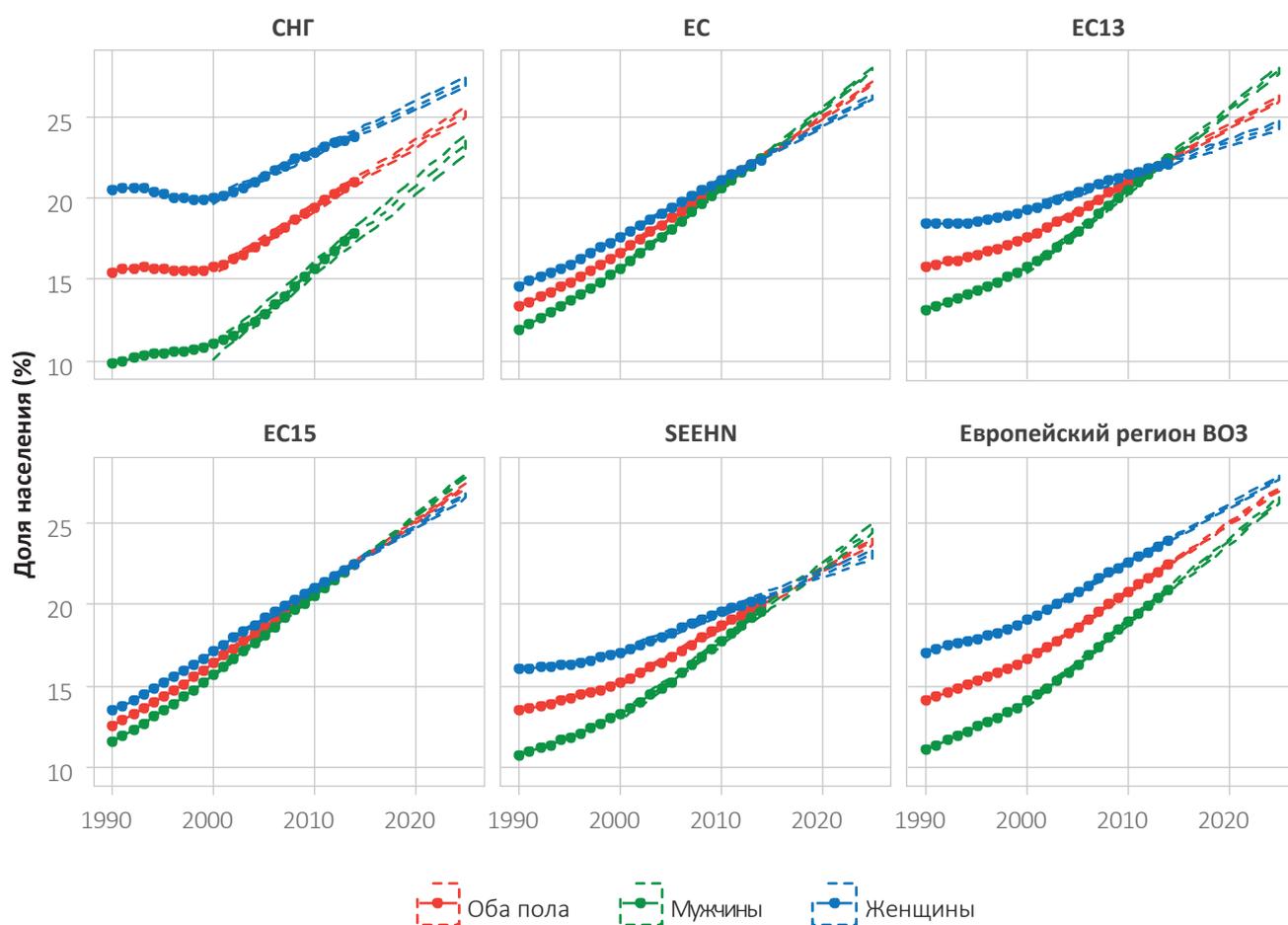
Диабет и ожирение

Цель 7: прекращение роста числа случаев диабета и ожирения

Регион серьезно отстает в достижении цели до 2025 г.: прогнозируется рост распространенности избыточного веса и ожирения, также ожидается увеличение распространенности диабета.

Распространенность избыточного веса и ожирения в Регионе стабильно растет, достигая угрожающих размеров. По оценке ВОЗ, в 2010 г. от избыточного веса страдало 56,1% взрослого населения (10); к 2014 г. распространенность избыточного веса достигла 58%. В целом, от избыточного веса страдает больше мужчин, чем женщин (62,5% и 53,7% соответственно), и темпы роста распространенности выше среди мужчин, особенно в странах СНГ, SEEN и EC13; это приведет к дальнейшему росту неравенств между мужчинами и женщинами. Только в пяти странах Европейского региона ВОЗ распространенность оценивалась на уровне ниже 50%. Распространенность ожирения (индекс массы тела (ИМТ) ≥ 30 кг/м²) выросла с 20,8% в 2010 г. до 22,5% в 2014 г. Вероятность развития ожирения у женщин выше, чем у мужчин (23,9% и 20,9% соответственно), но распространенность случаев ожирения среди мужчин растет почти в два раза быстрее. Различия между странами более заметны в отношении ожирения (от 13,6% до 29,5%), нежели в отношении избыточного веса (от 44,9% до 66,9%), но прогнозируемый рост случаев ожирения в период до 2025 г. в два раза превышает прогнозы увеличения случаев избыточного веса (рис. 7).

Рис. 7. Распространенность случаев ожирения среди мужчин и среди женщин с разбивкой по субрегионам в 1990–2014 гг. и прогноз до 2025 г. на основе тенденций, наблюдающихся с 2000 г.



Источник: ВОЗ (10).

К 2025 г. более половины взрослого населения во всех странах Европейского региона ВОЗ, кроме Таджикистана, будет страдать от избыточного веса или ожирения, а это значит, что большая часть взрослого населения подвергнется повышенному риску болезней и инвалидности, что приведет к колоссальному росту экономической и социальной нагрузки на систему здравоохранения и общество в целом. Согласно оценкам, тяжелая форма ожирения ($\text{ИМТ} \geq 40 \text{ кг/м}^2$) затронет 9% женщин, и ни одна страна мира не сможет достигнуть цели ВОЗ к 2025 г. (13).

По имеющимся оценкам, число больных диабетом в Европейском регионе составляет 64 млн человек, в том числе 33 млн женщин и 31 млн мужчин в возрасте от 18 лет. В соответствии с тенденциями развития избыточной массы тела и ожирения, стандартизованная по возрасту распространенность диабета в период с 2010 по 2014 гг. выросла с 7,6% до 8,1% среди мужчин и с 6,7% до 7,0% среди женщин. Рост был отмечен во всех субрегионах, за исключением данных в отношении женщин в странах ЕС15, где показатель оставался стабильным. Применительно к мужчинам различия между странами были более чем двукратными, в диапазоне от 5,2% до 13,3%. Различия в отношении женщин были еще выше: распространенность случаев диабета находилась в диапазоне от 2,8% до 14,2%. ВОЗ не делает прогнозов в отношении распространенности диабета до 2025 г., но судя по прогнозам распространенности случаев избыточной массы тела и ожирения, существует вероятность дальнейшего увеличения этого показателя.

Лекарственная терапия для профилактики инфарктов миокарда и инсультов

Цель 8: обеспечение по крайней мере для 50% людей, имеющих соответствующие показания, лекарственной терапии и консультирования (включая контроль гликемии) для профилактики инфарктов миокарда и инсультов

Достижение этой цели плохо поддается оценке, и прогнозирование на период до 2025 г. на данный момент не представляется возможным.

Наряду с различными вариантами политики и высокоэффективных с точки зрения затрат мероприятий по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и борьбе с ними ВОЗ рекомендует проведение лекарственной терапии (включая контроль гликемии при сахарном диабете и контроль гипертонии с помощью комплексного подхода с учетом общего сердечно-сосудистого риска) и консультирование лиц, переживших инфаркт миокарда или инсульт либо попадающих в высокую группу риска сердечно-сосудистого события со смертельным или несмертельным исходом в течение следующих 10 лет. Количественная оценка высокой степени риска определяется как наступление такого события с вероятностью $\geq 30\%$ или $\geq 20\%$ и производится с помощью таблиц ВОЗ для прогнозирования риска (14) в зависимости от имеющихся ресурсов: установление порога на уровне $\geq 30\%$ считается целесообразным при любом уровне обеспеченности ресурсами, в то время как применение более низкого порога риска может быть целесообразно только в условиях более ограниченных ресурсов, поскольку связано с повышением стоимости осуществления.

Прогресс в осуществлении данного «наиболее выгодного» вмешательства и достижении цели 8 в Европейском регионе ВОЗ плохо поддается оценке. Методология Глобальной системы мониторинга НИЗ предусматривает оценку с помощью популяционных национальных репрезентативных исследований, таких как Поэтапный подход ВОЗ (STEPS) к эпиднадзору, направленных на непосредственное изучение соответствующей лекарственной терапии и консультирования, проводимых медицинскими работниками. Как показал анализ восьми последних обследований в рамках поэтапного подхода ВОЗ (STEPS) к эпиднадзору, доля взрослых в возрасте старше 40 лет (обоих полов), попадающих в высокую группу риска развития ССЗ, различается в три раза, от 9,5% в Таджикистане до 29,0% в Грузии, причем статистически значимые различия между полами были обнаружены только в Республике Молдове (рис. 8). В семи странах из восьми доля лиц, имеющих соответствующие показания и получающих обеспечение лекарственной терапией и консультированием, оценивается в диапазоне от 33% до 79%, а в пяти странах был достигнут целевой показатель, составляющий не менее 50%.

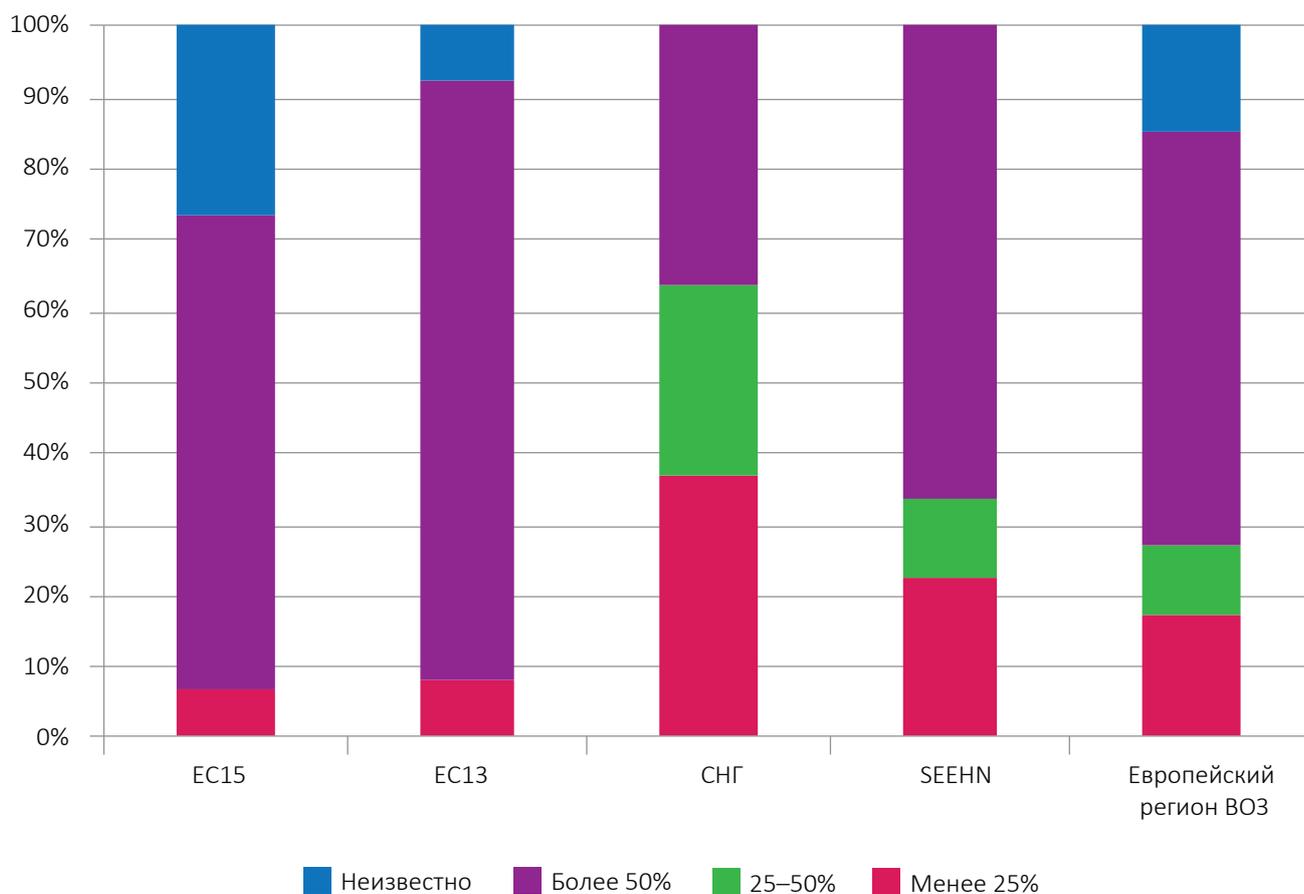
В других странах, где не проводилось подобных обследований, прогресс может плохо поддаваться оценке. Предварительные данные по Европейскому региону ВОЗ по результатам Глобального исследования ВОЗ потенциала стран (CCS) в 2017 г. (15) указывают на то, что выделение групп риска развития ССЗ для ведения пациентов с высокой степенью риска инфаркта миокарда или инсульта осуществляется более чем в 50% учреждений первичной медико-санитарной помощи в 26 (49%) странах (см. рис. 9), однако различия в доступности такого обслуживания между субрегионами остаются значительными.

Рис. 8. Взрослое население старше 40 лет с риском развития ССЗ $\geq 30\%$ в течение 10 лет или с имеющимися ССЗ и доля людей, обеспеченных лекарственной терапией и консультированием для профилактики инфарктов миокарда и инсультов



Источник: данные обследований в рамках поэтапного подхода ВОЗ (STEPS) к эпиднадзору в восьми странах.

Рис. 9. Доля стран, осуществляющих выделение групп риска развития сердечно-сосудистых заболеваний для ведения пациентов с высокой степенью риска инфаркта миокарда или инсульта в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, с разбивкой по группам стран, 2017 г.



Осуществление программ оценки риска развития ССЗ и тактики ведения пациентов с ССЗ может представлять сложности; в ходе осуществления национальных программ могут возникать трудности в обеспечении широкого охвата и в борьбе с факторами риска среди людей, имеющих соответствующие показания (16). Одно из исследований клинической практики в 12 европейских странах (главным образом членах ЕС) показало, что только две трети (68,5%) врачей заявили об использовании глобальных инструментов расчета риска, объясняя общие причины их неиспользования ограничениями по времени, отсутствием субъективной полезности и недостатком знаний (17).

Основные лекарственные средства и технологии

Цель 9: 80%-ный уровень наличия приемлемых в ценовом отношении базовых технологий и основных лекарственных средств, включая препараты-генерики, необходимых для лечения основных НИЗ как в государственных, так и в частных лечебных учреждениях

Достижение этой цели плохо поддается оценке, и прогнозирование на период до 2025 г. на данный момент не представляется возможным.

Минимальный перечень основных лекарственных средств для достижения этой цели включает по меньшей мере следующие девять: аспирин, статины, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, тиазидные диуретики, блокаторы кальциевых каналов пролонгированного действия, метформин, инсулин, бронхорасширяющие средства и стероиды для ингаляционного использования. Минимальный перечень базовых технологий включает по меньшей

мере следующие шесть: тонометры (аппараты для измерения артериального давления), весы, ростомеры, приборы для измерения сахара (глюкометр) и холестерина с тест-полосками и полоски для определения альбумина в моче.

Согласно данным, полученным по результатам анализа потенциала стран (ССС) ВОЗ в Европейском регионе ВОЗ в 2015 г., девять лекарственных средств и шесть технологий, содержащихся в минимальных перечнях, были «в целом доступны» (т. е. имелись в наличии не менее чем в 50% государственных и частных лечебных учреждений) в 63,5% стран (18). В соответствии с предварительным анализом данных ССС ВОЗ за 2017 г., этот показатель в 2017 г. снизился до 56,6% (15). Тем не менее представление об общей доступности лекарственных средств необязательно означает, что они могут быть легко доступны пациентам или приемлемы для них в ценовом отношении – фактор, приобретающий особое значение в случае, когда пациентам с высоким риском развития ССЗ, например, требуется длительное лечение большим числом лекарственных препаратов. В недавнем докладе ВОЗ был отмечен существенный уровень личных расходов, которые несут пациенты на покупку лекарственных средств (19). Введение и развитие программ страхования здоровья обеспечивает хорошие возможности для предполагаемого включения основных лекарственных средств для лечения НИЗ в базовый пакет медико-санитарных услуг в целях обеспечения приемлемого в ценовом отношении доступа к лекарственным препаратам.

Мониторинг прогресса в достижении данной цели в Европейском регионе ВОЗ представляет определенные трудности. Мониторинг данных должен осуществляться посредством национальной репрезентативной оценки лечебных учреждений, например с помощью инструмента оценки доступности услуг и готовности (SARA) ВОЗ (20), однако такая работа проводится лишь очень немногими странами Региона. Возможно, данный показатель имеет меньшее значение в европейских условиях, если принять во внимание, что большинство лекарственных средств относится к рецептурным препаратам, распространяемым через аптеки, а не предоставляется в государственных лечебных учреждениях.

Технические примечания

Глобальная система мониторинга борьбы с неинфекционными заболеваниями (НИЗ) ВОЗ включает в себя девять добровольных целей по профилактике и борьбе с заболеваниями до 2025 г. и 25 индикаторов для мониторинга прогресса (1). В настоящем докладе использовались следующие индикаторы и источники данных.

- Вероятность смерти (цель 1) показывает процент 30-летних людей, которые бы не дожили до 70-летия вследствие любых сердечно-сосудистых, онкологических, хронических респираторных заболеваний и диабета, и рассчитывается с использованием коэффициентов смертности в разбивке по причинам смерти в стандартном методе таблиц дожития.
- К цели 2 относятся три индикатора. Зарегистрированное употребление алкоголя на душу населения определяется как зарегистрированное количество алкоголя на душу населения (в возрасте 15 лет и старше) за календарный год в стране, в литрах чистого алкоголя. Эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах определяется как доля взрослых (в возрасте 15 лет и старше), которые принимали по крайней мере 60 г или более чистого алкоголя хотя бы один раз за последние 30 дней.
- Распространенность недостаточной физической активности (цель 3) определяется как менее 60 минут физической активности (от умеренной до высокой интенсивности) в день среди подростков и менее 150 минут умеренной физической активности в неделю (или ее эквивалента) среди взрослого населения.
- В отношении цели 4 рассматривается стандартизованное по возрасту среднесуточное потребление соли (натрия хлорида) населением в возрасте 18 лет и старше.
- Стандартизованная по возрасту распространенность настоящего употребления любого табачного продукта (цель 5) лицами в возрасте 15 лет и старше представляет собой результат анализа полного набора исследований по количеству взрослого населения, употребляющего табак.
- Распространенность повышенного артериального давления (цель 6) представляет собой процент сегмента населения с повышенным (САД \geq 140 мм рт. ст. или ДАД \geq 90 мм рт. ст.).

- К цели 7 относятся два индикатора: стандартизованная по возрасту распространенность повышенного уровня глюкозы натощак (≥ 126 мг/дл/7,0 ммоль/л) или прием препаратов для снижения глюкозы в крови; и стандартизованная по возрасту распространенность избыточного веса, определяемая как индекс массы тела (ИМТ) ≥ 25 кг/м².
- Цель 8 касается доли людей, имеющих соответствующие показания (определяемых как взрослое население в возрасте 40 лет и старше с риском развития ССЗ $\geq 30\%$ в течение 10 лет или с имеющимися ССЗ) и получающих лекарственную терапию и консультирование для профилактики инфарктов миокарда и инсультов. Лекарственная терапия определяется как прием лекарственных препаратов для снижения сахара в крови/против диабета, для снижения общего холестерина или повышенного артериального давления либо прием аспирина или статинов для профилактики или лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Консультирование определяется как получение консультаций врача или иного медицинского работника по поводу прекращения или профилактики начала употребления табака, снижения уровня употребления соли в рационе, ежедневного употребления не менее пяти порций фруктов и (или) овощей, сокращения употребления жиров в рационе, начала занятий или активизации физической активности и поддержания здорового веса или избавления от лишних килограммов.
- Цель 9 касается доли государственных и частных учреждений первичной медико-санитарной помощи, обеспеченных всем перечисленным: лекарственными средствами – по меньшей мере аспирином, статинами, ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента, тиазидными диуретиками, блокаторами кальциевых каналов пролонгированного действия, метформинном, инсулином, бронхорасширяющими средствами и стероидами для ингаляторного использования; технологиями – по меньшей мере тонометрами (аппаратами для измерения артериального давления), весами, ростомерами, приборами для измерения сахара (глюкометрами) и холестерина с тест-полосками и полосками для определения альбумина в моче.

Все стандартизованные по возрасту показатели стандартизованы по стандартному населению мира ВОЗ.

Прогнозы подготовлены на основании линейной модели метода наименьших квадратов с использованием имеющихся данных за период с 2000 г.

Группы стран

- | | |
|-------|--|
| ЕС15 | Государства – члены ЕС в период до мая 2004 г. (15 стран): Австрия, Бельгия, Германия, Греция, Дания, Ирландия, Испания, Италия, Люксембург, Нидерланды, Португалия, Соединенное Королевство, Финляндия, Франция и Швеция. |
| ЕС13 | Государства – члены ЕС в период начиная с мая 2004 г. (13 стран): Болгария, Венгрия, Хорватия, Кипр, Латвия, Литва, Мальта, Польша, Румыния, Словакия, Словения, Чешская Республика и Эстония. |
| СНГ | Содружество Независимых Государств (11 стран): Азербайджан, Армения, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан и Украина. |
| СЕЕHN | Сеть здравоохранения Юго-Восточной Европы (9 стран): Албания, Болгария, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Израиль, Республика Молдова, Румыния, Сербия и Черногория. |

Список источников

1. Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework: indicator definitions and specifications [Глобальная система мониторинга НИЗ ВОЗ: определения и параметры индикаторов]. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/nmh/ncd-tools/indicators-definition/en/>, accessed 29 May 2017).

2. Успехи и упущенные возможности в сфере охраны общественного здоровья. Тенденции в потреблении алкоголя и связываемой с ним смертности в Европейском регионе ВОЗ, 1990–2014 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2016/public-health-successes-and-missed-opportunities-trends-in-alcohol-consumption-and-attributable-mortality-in-the-who-european-region,-19902014-2016>, по состоянию на 29 мая 2017 г.).
3. Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2015 [Монитор ВОЗ по отслеживанию прогресса в отношении неинфекционных заболеваний, 2015 г.,]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-progress-monitor-2015/en/>, accessed 29 May 2017).
4. Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/ru/>, по состоянию на 29 мая 2017 г.).
5. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U. Global physical activity levels: surveillance, progress, pitfalls, and prospects [Глобальные уровни физической активности: наблюдение, прогресс, ошибки и перспективы]. *Lancet*. 2012;380(9838):247–257. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60646-1.
6. Mozaffarian D, Fahimi S, Singh GM, Micha R, Khatibzadeh S, Engell RE et al. Global sodium consumption and death from cardiovascular causes [Глобальное потребление натрия и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний]. *N Engl J Med*. 2014;371(7):624–34.
7. Руководство: потребление натрия для взрослых и детей. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2012 (http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sodium_intake/ru/, по состоянию на 29 мая 2017 г.).
8. Trieu K, Neal B, Hawkes C, Dunford E, Campbell N, Rodriguez-Fernandez R et al. Salt reduction initiatives around the world – a systematic review of progress towards the global target [Инициативы по снижению потребления соли в мире. Систематический обзор прогресса в достижении глобальной цели]. *PLoS One*. 2015;10(7):e0130247.
9. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015 [Глобальный доклад ВОЗ о тенденциях в распространении курения табака, 2015 г.]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/reportontrendstobaccosmoking/en/>, accessed 29 May 2017).
10. Глобальная обсерватория здравоохранения [оперативная база данных]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 (<http://www.who.int/gho/ru/>, по состоянию на 29 мая 2017 г.).
11. Zhou B, Bentham J, Di Cesare M, Vixby H, Danaei G, Cowan MJ et al. Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.2 million participants [Мировые тенденции в изменении артериального давления в период с 1975 по 2015 гг.: совокупный анализ 1479 исследований результатов измерения в масштабе населения с участием 19,2 млн человек]. *Lancet*. 2017;389(10064):37–55.
12. Поэтапный подход ВОЗ (STEPS) к эпиднадзору [вебсайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 (<http://www.who.int/chp/steps/ru/>, по состоянию на 29 мая 2017 г.).
13. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants [Группа взаимодействия по изучению факторов риска НИЗ. Тенденции в изменении индекса массы тела взрослого населения в 200 странах в период с 1975 по 2014 гг.: совокупный анализ 1698 исследований результатов измерения в масштабе населения с участием 19,2 млн человек]. *Lancet*. 2016;387(10026):1377–96.

14. World Health Organization/International Society of Hypertension (WHO/ISH) risk prediction charts [Всемирная организация здравоохранения и Международное общество гипертонии (ВОЗ/МОГ). Таблицы для прогнозирования риска развития сердечно-сосудистых заболеваний]. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://www.who.int/ncds/management/pen_tools/en/, accessed 29 May 2017).
15. Assessing national capacity for the prevention and control of NCDs [Оценка национального потенциала в области профилактики НИЗ и борьбы с ними]. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/chp/ncd_capacity/en/, accessed 24 May 2017).
16. Chang KC-M, Soljak M, Lee JT, Woringer M, Johnston D, Khunti K et al. Coverage of a national cardiovascular risk assessment and management programme (NHS Health Check): retrospective database study [Обзор национальной программы оценки и управления риском развития сердечно-сосудистых заболеваний: ретроспективное изучение массива данных]. *Prev Med.* 2015;78:1–8.
17. Dallongeville J, Vanegas JR, Tubach F, Guallar E, Borghi C, Backer GD et al. Survey of physicians' practices in the control of cardiovascular risk factors: the EURIKA study [Исследование врачебной практики контроля за факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний: анализ EURIKA]. *Eur J Prev Cardiol.* 2011;19(3):541–50.
18. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2015 global survey [Оценка национального потенциала в области профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними: доклад по результатам глобального исследования 2015 г.]. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/chp/ncd_capacity/en/, accessed 29 May 2017).
19. Реформа ценообразования и возмещения стоимости лекарственных средств в Кыргызстане. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/pharmaceutical-pricing-and-reimbursement-reform-in-kyrgyzstan-2016>, по состоянию на 29 мая 2017 г.).
20. Service availability and readiness assessment (SARA): an annual monitoring system for service delivery – reference manual, version 2.2 [Оценка доступности услуг и готовности (SARA): система ежегодного мониторинга предоставления услуг. Справочное руководство, версия 2.2]. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/healthinfo/systems/sara_reference_manual/en/, accessed 29 May 2017).

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая югославская Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чешская Республика
Швейцария
Швеция
Эстония

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen O, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00; Факс: +45 45 33 70 01
Эл. адрес: contact@euro.who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int