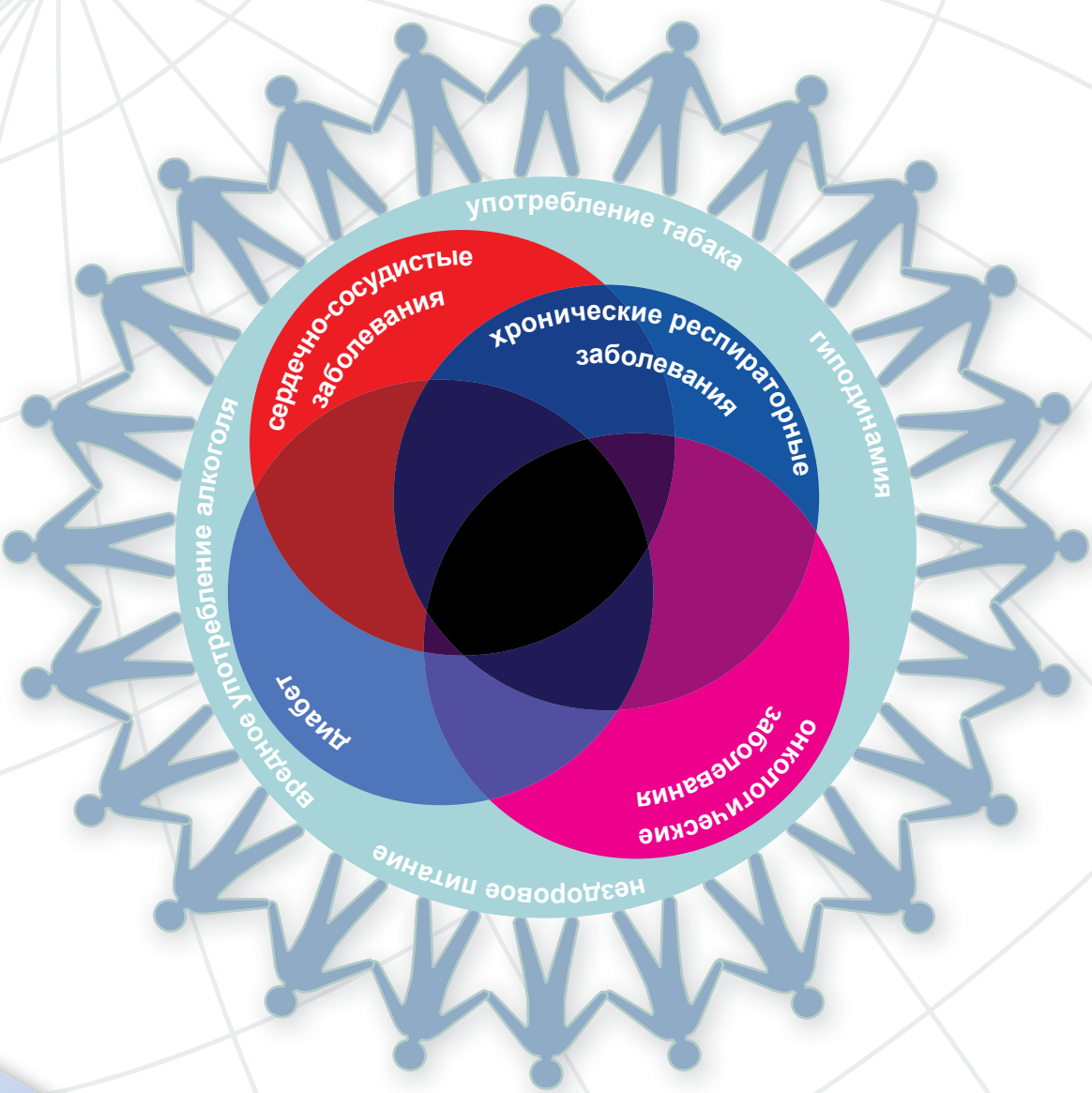
Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире, 2010 г.



Всемирная организация здравоохранения

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data
Global status report on noncommunicable diseases 2010.
1.Chronic disease - prevention and control. 2.Chronic disease - epidemiology. 3.Chronic disease - mortality. 4.Cost of illness. 5.Delivery of health care. I.World Health Organization.

ISBN 978 92 4 456422 6 (NLM classification: WT 500)

© Всемирная организация здравоохранения, 2013 г.

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

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

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

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

Редактор и главный составитель настоящего доклада — д-р Ala Alwan, помощник Генерального директора ВОЗ по неинфекционным заболеваниям и психическому здоровью.

Членами основной группы авторов и координаторов являлись: Ala Alwan, Tim Armstrong, Douglas Bettcher, Francesco Branca, Daniel Chisholm, Majid Ezzati, Richard Garfield, David MacLean, Colin Mathers, Shanthi Mendis, Vladimir Poznyak, Leanne Riley, Kwok Cho Tang и Christopher Wild. В работе также приняли участие: Tsouros Agis, George Alleyne, Francisco Armada, Nick Banatvala, Robert Beaglehole, John Beard, Monika Bloessner, Elaine Borghi, Ties Boerma, Freddie Bray, Eric Brunner, Vera da Costa e Silva, Melanie Cowan, Manuel Dayrit, Goodarz Danaei, Michael Engelgau, Ibtihal Fadhil, Farshad Farzadfar, Mariel Finucane, David Forman, Silvia Franceschi, Gauden Galea, Luis Galvao, Hassan Ghanam, Jim Gogek, Vilius Grabauskas, Regina Guthold, Tieru Han, Corinna Hawkes, Hendrik Hogerzeil, James Hospedales, Samer Jabour, Gauri Khanna, Jacob Kumaresan, Richard Laing, Jerzy Leowski, John Lin, Alan Lopez, Haifa Madi, Gabriel Masset, Robert Moodie, Jai Narain, Chizuru Nishida, Sania Nishtar, Mercedes de Onis, Sameer Pujari, Pekka Puska, Jürgen Rehm, Dag Rekve, Sylvia Robles, Manuel Jean Baptise Roungou, Badara Samb, Boureima Sambo, Rengaswamy Sankaranarayanan, Shekhar Saxena, Joachim Schüz, Eduardo Seleiro, Hai-Rim Shin, Gitanjali Singh, Gretchen Stevens, Edouard Tursan d'Espaignet, Annemiek Van Bolhuis и Cherian Varghese.

Консультативную помощь и поддержку оказывали региональные директора ВОЗ и помощник Генерального директора.

В ходе подготовки доклада техническую поддержку оказывали также: Virginia Arnold, Alexandra Cameron, Barbara Campanini, Xuanhao Chan, Li Dan, Alexandra Fleischmann, Edward Frongillo, Louis Gliksman, Iyer Krishnan, Branka Legetic, Belinda Loring, Allel Louazani, Reynaldo Martorell, Timothy O' Leary, Armando Peruga, Camille Pillon, Gojka Roglic, Margaret Rylett, Kerstin Schotte, Cecilia Sepulveda, Raj Shalvindra, Mubashar Sheikh, Jonathan Siekmann, David Stuckler, Andreas Ullrich, Godfery Xuereb, Ayda Yurekli и Evgeny Zheleznyakov. Технический редактор доклада — Tim France.

Дизайн и графика выполнены "Graph 4".

Выпуск настоящей публикации стал возможным благодаря щедрой финансовой поддержке Правительства Канады.

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

Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире, 2010 г.

Содержание

Предисловие V

Введение VII

Резюме 1

Глава 1. Бремя: смертность, заболеваемость и факторы риска 11

Глава 2. НИЗ и развитие 35

Глава 3. Мониторинг НИЗ и их факторов риска: рамочная основа для эпиднадзора 43

Глава 4. Сокращение рисков и профилактика болезней: практические меры на уровне всего населения 48

Глава 5. Улучшение медико-санитарной помощи: практические меры на уровне отдельных людей 65

Глава 6. Преодоление НИЗ: возможности стран для принятия ответных мер 78

Глава 7. Путь вперед: принятие мер на основе фактических данных и извлеченных уроков 91

Приложения

Приложение 1. Методы расчета страновых показателей, представленных в Главе 1 и Приложении 4 98

Приложение 2. Список стран по регионам ВОЗ и по уровню дохода согласно классификации Всемирного банка 2008 г. 102

Приложение 3. Карты, показывающие глобальное распределение оценок смертности от НИЗ и отдельных факторов риска 103

Приложение 4. Страновые оценки смертности от НИЗ и отдельных факторов риска, 2008 г. 108

- *Смертность от НИЗ: сопоставимые оценки смертности от НИЗ, 2008 г. (общее число случаев смерти от НИЗ в тысячах; процент случаев смерти от НИЗ в возрасте до 70 лет; и стандартизованный по возрасту показатель смертности от НИЗ на 100 000 человек)* 108
- *Табак: сопоставимые оценки распространенности курения табака и сигарет в настоящее время в день среди взрослого населения, 2008 г.* 116
- *Недостаточная физическая активность: сопоставимые оценки распространенности недостаточной физической активности, 2008 г.* 124
- *Алкоголь: сопоставимые прогнозируемые оценки потребления алкоголя в пересчете на чистый спирт в литрах на душу взрослого населения, 2008 г.* 132
- *Повышенное кровяное давление: сопоставимые оценки распространенности повышенного кровяного давления, 2008 г.* 136
- *Повышенное содержание глюкозы в крови. сопоставимые оценки распространенности повышенного содержания глюкозы в крови, 2008 г.* 144
- *Избыточная масса тела и ожирение: сопоставимые оценки распространенности избыточной массы тела и ожирения, 2008 г.* 152
- *Повышенное общее содержание холестерина. сопоставимые оценки распространенности повышенного общего содержание холестерина, 2008 г.* 160

Приложение 5. Основные показатели для рассмотрения в качестве части рамочной основы для эпиднадзора за НИЗ 168

Приложение 6. Рекомендуемые подходы к осуществлению эффективных и устойчивых многосекторальных действий в области здравоохранения 169

Предисловие

В настоящем докладе приводятся статистические данные, факты и примеры практического опыта, необходимые для принятия более эффективных мер в ответ на растущую угрозу, которую представляют собой неинфекционные заболевания. Хотя советы и рекомендации касаются всех стран, особое внимание в докладе уделяется положению дел в странах с низким и средним уровнями дохода, на долю которых приходится почти 80% бремени таких болезней, как сердечно-сосудистые заболевания, диабет, рак и хронические респираторные заболевания. Рассматриваются также последствия для здоровья, связанные со всемирной эпидемией ожирения.

С помощью аналитического подхода с использованием данных по всему миру, отдельным регионам и конкретным странам в докладе документально обосновываются масштабы проблемы, прогнозируются будущие тенденции и оцениваются факторы, благоприятствующие этим тенденциям. Как отмечалось, эпидемия этих болезней развивается под действием мощных сил, затрагивающих в настоящее время все регионы мира: демографическое старение, быстрая стихийная урбанизация, а также глобализация нездорового образа жизни. Хотя многие хронические заболевания развиваются медленно, изменения в образе жизни и формах поведения происходят с поразительной быстротой и масштабностью.

Последствия для общества и экономики носят разрушительный характер повсеместно, но более всего затрагивают малоимущие, уязвимые и обездоленные группы населения. Эти люди заболевают и умирают в более молодом возрасте, чем представители более обеспеченных слоев. Во многих развивающихся странах неинфекционные заболевания выявляются на поздних стадиях, когда больным требуется интенсивная и дорогостоящая стационарная помощь для лечения тяжелых осложнений или острых нарушений. Большая часть такой помощи оплачивается за счет личных средств, что приводит к катастрофическим уровням расходов на медицинские цели. По этим причинам неинфекционные заболевания наносят двойной удар по процессу развития. Они ежегодно приводят к потерям национального дохода, исчисляемым миллиардами долларов, и опускают миллионы людей ниже черты бедности.

Говоря о положительных сторонах, за три последних десятилетия мы узнали много нового об этих болезнях, особенно учитывая, что первоначально они в наибольшей степени затрагивали богатые страны, располагающие сильным потенциалом в области научных исследований и разработок. Эффективные меры борьбы существуют, и в настоящее время имеются многочисленные фактические данные, ясно демонстрирующие их значительную действенность в самых разных условиях с точки зрения обеспеченности ресурсами.

В качестве одного из главных достижений в докладе приводятся различные варианты методов борьбы с этими болезнями с помощью как мероприятий, ориентированных на все население в целом, основной целью которых является профилактика, так и мер индивидуального характера, целью которых является раннее выявление и лечение, что позволяет предупреждать развитие тяжелых форм заболеваний и осложнений, требующих дорогостоящего лечения. Важное внимание уделяется формам поведения, связанным с образом жизни, а также метаболическим и физиологическим факторам риска, включая высокое кровяное давление, повышенный уровень холестерина в сыворотке крови и нарушение метаболизма глюкозы.

В целях содействия определению приоритетов и осуществлению незамедлительных действий в докладе приводится целый ряд высокорентабельных «выгодных капиталовложений», доказавших свою эффективность, реальную осуществимость и доступность по цене в условиях любой обеспеченности ресурсами. Первичная медико-санитарная помощь ясно указывается в качестве наилучшей основы для осуществления рекомендуемых мер на адекватном уровне.

Данные, приводимые в докладе, подчеркивают актуальность некоторых приоритетных задач, решение которых в настоящее время признается международным сообществом необходимым для улучшения состояния здоровья в 21-м веке: создание сильных систем здравоохранения, включая информационные системы, необходимые для надежного эпиднадзора и мониторинга, и обеспечение всестороннего участия других секторов, помимо сектора здравоохранения, промышленности, гражданского общества и других партнеров, особенно в связи с тем, что причины этих болезней находятся вне непосредственного контроля со стороны органов здравоохранения.

В целом, доклад носит оптимистичный характер. Имеющиеся фактические данные ясно указывают на то, что неинфекционные заболевания в значительной степени могут быть предупреждены. Существуют эффективные методы лечения этих заболеваний и борьбы с ними. Мы можем переломить ситуацию. Однако нам предстоит длинный путь.

Угроза остается серьезной. Масштабы эпидемии уже выходят далеко за рамки возможностей стран с низким уровнем дохода. Если не принять срочные меры, возрастающее финансовое бремя, связанное с этими заболеваниями, достигнет такого уровня, что даже самые богатые страны в мире не будут иметь возможности справиться с ними.

Д-р Маргарет Чен
Генеральный директор, Всемирная организация здравоохранения

Введение

Неинфекционные заболевания (НИЗ) являются ведущими причинами смертности во всем мире, ежегодно унося больше жизней, чем все остальные причины, взятые вместе. Вопреки распространенному мнению, имеющиеся данные свидетельствуют о том, что почти 80% случаев смерти от НИЗ происходят в странах с низким и средним уровнями дохода. Несмотря на их быстрое распространение и неравномерное распределение, большую часть последствий для людей и общества, связанных с ежегодной смертностью от НИЗ, можно было бы предотвратить с помощью хорошо известных, экономически целесообразных и реально осуществимых мер.

Из 57 миллионов случаев смерти, имевших место во всем мире в 2008 году, 36 миллионов — почти две трети — были вызваны НИЗ, в число которых входят, в основном, сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, диабет и хронические болезни легких[1]. Общее бремя этих болезней быстрее всего возрастает в странах, группах населения и общинах с низким уровнем дохода, где они наносят большой урон здоровью людей, обществу и экономике. Примерно четверть случаев смерти от НИЗ во всем мире происходят в возрасте до 60 лет.

НИЗ вызываются, в основном, четырьмя поведенческими факторами риска, которые сопутствуют экономическим преобразованиям, быстрой урбанизации и образу жизни в 21-м веке: употреблением табака, нездоровым режимом питания, недостаточной физической активностью и вредным употреблением алкоголя. Наибольшее воздействие эти факторы риска все чаще оказывают на страны с низким и средним уровнями дохода, а также на беднейшие слои населения во всех странах, что отражает лежащие в их основе социально-экономические детерминанты. В этих группах населения может образоваться замкнутый круг: бедность подвергает людей воздействию поведенческих факторов риска НИЗ, и, в свою очередь, развивающиеся в результате этого НИЗ могут становиться важной движущей силой, ведущей семьи вниз по нисходящей спирали обнищания. Таким образом, если не вести решительную борьбу с эпидемией НИЗ в наиболее страдающих от нее странах и сообществах, последствия НИЗ будут продолжать возрастать и цель сокращения масштабов нищеты во всем мире не будет достигнута.

Значительное снижение бремени НИЗ явится результатом принятия на уровне всего населения мер, являющихся экономически эффективными и способными даже приносить доход, как в случае, например, увеличения налогов на табачные и алкогольные изделия. Однако широкомасштабное использование эффективных мер, таких как меры борьбы против табака и сокращение потребления соли, не осуществляется вследствие недостаточной политической поддержки, недостаточно активного участия других секторов, помимо сектора здравоохранения, отсутствия ресурсов, частных интересов важнейших участников и ограниченной вовлеченности основных заинтересованных сторон. Например, менее 10% населения мира полностью защищены какой-либо из мер сокращения спроса на табачные изделия, предусмотренных *Рамочной конвенцией ВОЗ по борьбе против табака*.

Совершенствование медицинской помощи, раннее выявление и своевременное лечение являются другим эффективным подходом к сокращению последствий НИЗ. Однако возможности оказания надлежащей помощи лицам, страдающим НИЗ, во многих местах отсутствуют, а доступ к основным технологиям и лекарственным средствам ограничен, особенно в странах и группах населения с низким и средним уровнями дохода. Многие меры медицинской помощи в отношении НИЗ являются эффективными с точки зрения затрат, особенно по сравнению с дорогостоящими процедурами, которые могут стать необходимыми, если выявление заболевания и его лечение проводится на позднем этапе, и у пациента развивается тяжелая стадия болезни. Следует еще более укреплять системы здравоохранения, чтобы они были способны обеспечи-

[1] Основное внимание в данном докладе уделяется четырем группам заболеваний, охватываемых *Глобальной стратегией по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними*: сердечно-сосудистые заболевания, онкологические заболевания, диабет и хронические болезни легких, на долю которых приходится большая часть случаев смерти, вызванных НИЗ, и которые обусловлены преимущественно четырьмя общими поведенческими факторами риска. К другим неинфекционным заболеваниям относятся также, например, желудочно-кишечные заболевания, болезни почек, а также неврологические и психические расстройства. На долю этих нарушений здоровья приходится значительная часть глобального бремени болезней. Хотя они конкретно не рассматриваются в данном докладе, многие из подходов и возможностей борьбы с НИЗ, приводимых в докладе, непосредственно касаются также этих заболеваний.

вать предоставление эффективного, практического и доступного по стоимости комплекса мер и услуг для лиц, страдающих НИЗ.

Поскольку масштабы эпидемии НИЗ продолжают расширяться быстрыми темпами, государствами-членами все больше признается настоятельная необходимость усиления ответных мер на международном и страновом уровнях и придания им большей целенаправленности. За последние тридцать лет мы узнали много нового о причинах, профилактике и лечении НИЗ, и во многих странах с высоким уровнем дохода были достигнуты значительные успехи в снижении показателей смертности. Объем фактических данных, необходимых для действий, постоянно возрастает, и проблема эпидемии НИЗ привлекает все большее внимание во всем мире.

Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире содержит первое детальное описание глобального бремени НИЗ, их факторов риска и детерминант; в нем приводятся имеющиеся в настоящее время возможности для повсеместной борьбы с этой эпидемией путем усиления внимания к эпиднадзору за НИЗ, общепопуляционным мерам профилактики, а также укреплению систем оказания медицинской помощи и потенциала стран для принятия ответных мер в связи с данной эпидемией. Настоящий доклад и его последующие издания предназначены для лиц, определяющих политику в области здравоохранения и развития, ответственных работников здравоохранения, а также других основных заинтересованных сторон, обеспечивая возможность обмена опытом и практическими знаниями в области борьбы с ведущими факторами риска НИЗ и улучшения медицинской помощи, предоставляемой лицам, уже страдающим этими заболеваниями.

Основой для этого доклада служит тщательно разработанная общая концепция и рамочная программа действий, призванная обратить эпидемию вспять — *Глобальная стратегия по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними*, которая была принята Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2000 году. В настоящее время необходимы активные действия для выполнения каждой из трех основных задач данной стратегии: составление картограмм эпидемии НИЗ и их причин; сокращение основных факторов риска с помощью мер укрепления здоровья и первичной профилактики; и укрепление системы медико-санитарной помощи для лиц, уже страдающих НИЗ.

За десять лет, прошедших после принятия данной стратегии, произошли крупные политические события и получили развитие стратегические инициативы, которые обеспечивают дополнительную поддержку странам в борьбе с эпидемией НИЗ. Основными из этих событий являются:

- принятие Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2003 г. *Рамочной конвенции ВОЗ\ по борьбе против табака* (РКБТ) (http://www.who.int/tobacco/framework/final_text/en);
- принятие Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2004 г. *Глобальной стратегии по питанию, физической активности и здоровью* (http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf);
- принятие Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2008 г. *Плана действий для Глобальной стратегии по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2008–2013 гг.* (http//www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/index.html);
- принятие Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2010 г. *Глобальной стратегии по сокращению вредного употребления алкоголя* (http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstrategy.pdf); и
- принятие в 2010 г. резолюции Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними. Эта резолюция призывает к проведению Генеральной Ассамблеей совещания высокого уровня в сентябре 2011 г. с участием глав государств и правительств по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними.

План действий на 2008–2013 гг. был разработан ВОЗ и государствами-членами в целях практической реализации *Глобальной стратегии по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними*. План предусматривает выполнение шести основных задач. По каждой задаче

приводятся три конкретные категории действий для осуществления государствами-членами, ВОЗ и другими международными партнерами. Этими задачами являются:

- повышать приоритет, придаваемый неинфекционным заболеваниям в работе в области развития на глобальном и национальном уровнях, и интегрировать профилактику таких заболеваний и борьбу с ними в политику всех департаментов правительства;
- создать и укрепить национальную политику и планы по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними;
- содействовать мероприятиям по сокращению основных общих и поддающихся изменению факторов риска неинфекционных заболеваний: употребления табака, нездорового питания, отсутствия физической активности и вредного употребления алкоголя;
- содействовать научным исследованиям для профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними;
- содействовать партнерствам по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними; и
- осуществлять мониторинг за неинфекционными заболеваниями и их детерминантами и оценивать прогресс на национальном, региональном и глобальном уровнях.

Несмотря на большой объем фактических данных, некоторые лица, определяющие политику, по-прежнему не считают НИЗ одной из приоритетных проблем на глобальном и национальном уровнях. Недостаточное понимание этой проблемы и закоренелые ошибочные представления о них продолжают препятствовать принятию мер. Хотя большинство случаев смерти, связанных с НИЗ, особенно случаев преждевременной смерти, происходят в странах с низким и средним уровнями дохода, сохраняется представление о том, что НИЗ затрагивают преимущественно состоятельные слои населения. К числу других препятствий относится точка зрения о том, что проблема НИЗ возникает исключительно в результате вредных для здоровья форм поведения и образа жизни, что нередко приводит к «возложению вины» на жертву. Влияние социально-экономических обстоятельств на факторы риска и уязвимость к НИЗ, а также воздействие мер политики, наносящих ущерб здоровью, не всегда полностью понимаются; они часто недооцениваются некоторыми лицами, определяющими политику, особенно вне сектора здравоохранения, которые могут не до конца понимать важное влияние государственной политики, касающейся табака, питания, отсутствия физической активности и вредного употребления алкоголя, на борьбу с формами поведения и факторами риска, которые приводят к НИЗ. Преодоление таких ошибочных представлений и взглядов требует изменения того, как лица, определяющие политику, воспринимают НИЗ и их факторы риска, и характера их последующих действий. Необходимы конкретные и непрерывные действия для предотвращения влияния факторов риска НИЗ, борьбы с социальными детерминантами болезней и укрепления систем здравоохранения таким образом, чтобы они обеспечивали предоставление надлежащего лечения и помощи лицам с хроническими заболеваниями.

Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире обеспечивает линию отсчета для дальнейшего мониторинга тенденций, связанных с НИЗ, и оценки прогресса в деятельности стран по борьбе с данной эпидемией. Доклад также обеспечивает основу для призыва к действиям, предоставляя базу знаний для принятия глобальных мер, рекомендации в отношении дальнейших шагов и руководство для сдерживания, при лидирующей роли стран, одной из наиболее значительных текущих угроз глобальному здравоохранению, развитию и усилиям по сокращению масштабов бедности.

Д-р Ala Alwan
Помощник Генерального директора
Неинфекционные заболевания и психическое здоровье

Резюме

Неинфекционные заболевания (НИЗ) представляют собой основную причину смертности во всем мире, вызывая больше летальных исходов, чем все остальные причины вместе взятые. При этом они сильнее всего затрагивают слои населения с низким и средним уровнями дохода. Распространение этих заболеваний достигло масштабов эпидемии, однако уровень заболеваемости может быть существенно уменьшен путем снижения факторов риска, диагностики на ранних стадиях заболевания и своевременного лечения, что позволит спасти миллионы жизней и избежать огромных страданий. *Доклад о положении в области неинфекционных заболеваний в мире* представляет собой первый доклад о положении дел в отношении НИЗ в мире, а также о способах графического представления распространенности эпидемии, снижения основных факторов риска и укрепления медико-санитарной помощи людям, уже страдающим этими болезнями.

Настоящий доклад был подготовлен Секретариатом Всемирной организации здравоохранения в рамках достижения Цели 6 *Плана действий для Глобальной стратегии по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2008–2013 годы*. Основное внимание в нем уделяется текущей ситуации в отношении НИЗ в мире, и впоследствии будет подготовлен следующий доклад для оценки достигнутого прогресса в 2013 году. Одной из основных задач этого доклада является предоставление странам отправной точки для оценки текущей ситуации в области НИЗ и их факторов риска, а также текущего уровня прогресса, который достигается разными государствами в борьбе с этими болезнями с помощью политики и планов, инфраструктуры, эпиднадзора и принятия ориентированных на все население и индивидуальных мер. В нем также изложены общее видение и «дорожная карта» для профилактики НИЗ и борьбы с ними. Он предназначен для лиц, ответственных за формирование политики, должностных лиц здравоохранения, неправительственных организаций, учебных заведений, смежных секторов, агентств по развитию и гражданского общества.

Бремя

Из 57 миллионов случаев смерти во всем мире в 2008 году причиной 36 миллионов (63%) были НИЗ, преимущественно заболевания сердечно-сосудистой системы, диабет, онкологические заболевания и хронические респираторные заболевания. В связи с усилением воздействия НИЗ по мере старения населения прогнозируется дальнейший ежегодный рост во всем мире числа случаев смерти от НИЗ. При этом самый высокий уровень роста ожидается в регионах с низким и средним уровнями дохода.

Хотя обычно считается, что от НИЗ в большинстве случаев страдает население с высоким уровнем дохода, фактические данные свидетельствуют о другом. Около 80% случаев смерти от НИЗ регистрируется в странах с низким и средним уровнями дохода населения, и в большинстве стран они являются наиболее частыми причинами смерти, за исключением стран Африки. Даже в африканских странах заболеваемость НИЗ растет быстрыми темпами и, согласно прогнозам, к 2030 году превзойдет в качестве наиболее основных причин смерти инфекционные, материнские, перинатальные и алиментарные заболевания.

Данные о смертности и заболеваемости свидетельствуют о растущем и непропорциональном воздействии данной эпидемии в местах, имеющих меньше ресурсов. Более 80% летальных исходов, вызванных сердечно-сосудистыми заболеваниями и диабетом, и почти 90% случаев смерти, вызванных хроническими обструктивными заболеваниями легких, регистрируются в странах с низким и средним уровнями дохода населения. Более двух третей всех летальных исходов, вызванных онкологическими заболеваниями, регистрируются в странах с низким и средним уровнями дохода населения. НИЗ также являются причиной смертности в более молодом возрасте в странах с низким и средним уровнями дохода, где 29% случаев смерти, вызванных НИЗ, регистрируются среди людей в возрасте до 60 лет, по сравнению с 13% в странах с высоким уровнем дохода. Ожидаемое процентное увеличение заболеваемости онкологическими заболеваниями к 2030 году по сравнению с данными 2008 года будет больше в странах с низким (82%) и ниже среднего (70%) уровнями дохода населения, по сравнению со странами с уровнями дохода населения выше среднего (58%) и высоким (40%).

Большую часть НИЗ можно предотвратить путем снижения четырех основных поведенческих факторов риска: употребления табака, низкой физическая активности, злоупотребления алкоголем и нездорового питания. Влияние этих поведенческих факторов риска и других основных метаболических или физиологических факторов на глобальную эпидемию НИЗ включает:

Табак. Почти 6 миллионов людей умирают ежегодно в результате как непосредственного употребления табака, так и пассивного курения. К 2020 году это число возрастет до 7,5 миллиона, что составит 10% всех случаев смерти. Согласно оценкам, курение является причиной около 71% случаев рака легких, 42% хронических респираторных заболеваний и приблизительно 10% сердечно-сосудистых заболеваний. Курение среди мужчин наиболее распространено в странах с уровнем дохода ниже среднего; для всего населения распространенность курения является самой высокой в странах со уровнем дохода выше среднего.

Недостаточная физическая активность. Около 3,2 миллиона людей ежегодно умирают из-за недостаточной физической активности. У людей с недостаточной физической активностью риск смерти от всех причин возрастает на 20–30%. Регулярная физическая активность снижает риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, включая высокое кровяное давление, диабет, рак молочной железы и колоректоральный рак, а также депрессии. Недостаток физической активности чаще всего наблюдается в странах с высоким уровнем дохода, однако в настоящее время очень высокие уровни гиподинамии также встречаются в некоторых странах со средним уровнем дохода, особенно среди женщин.

Вредное употребление алкоголя. Около 2,3 миллиона человек каждый год умирают от злоупотребления алкоголем, что составляет примерно 3,8% всех случаев смерти в мире. Причиной более половины этих случаев являются НИЗ, включая рак, сердечно-сосудистые заболевания и цирроз печени. Хотя самый высокий уровень потребления алкоголя на душу взрослого населения зафиксирован в странах с высоким уровнем дохода, он почти столь же высок в странах с большой численностью населения и уровнем дохода выше среднего.

Нездоровое питание. Адекватное потребление фруктов и овощей уменьшает риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, рака желудка и колоректального рака. Большинство населения употребляют намного большее количество соли, чем рекомендовано ВОЗ для профилактики болезней; высокий уровень потребления соли является важным фактором риска развития высокого кровяного давления и сердечно-сосудистых заболеваний. Высокий уровень потребления насыщенных жиров и трансжирных кислот связан с заболеваниями сердца. Потребление нездоровой пищи быстро растет в местах с низкой обеспеченностью ресурсами. Имеющиеся данные свидетельствуют, что потребление жиров в странах с уровнем дохода ниже среднего сильно возросло по сравнению с показателями 1980-х годов.

Повышенное кровяное давление. Согласно оценкам, повышенное кровяное давление является причиной 7,5 миллиона случаев смерти, что составляет 12,8% от общего количества. Оно является одним из основных факторов риска развития сердечно-сосудистого заболевания. Уровень распространенности повышенного кровяного давления во всех группах дохода примерно одинаков, вместе с тем обычно он ниже всего в группах с высоким уровнем дохода.

Избыточная масса тела и ожирение. Как минимум, 2,8 миллиона человек каждый год умирают из-за избыточной массы тела и ожирения. Вместе с ростом индекса массы тела (ИМТ) неуклонно увеличивается риск развития болезни сердца, инсульта и диабета. Повышенный ИМТ также повышает риск развития некоторых видов онкологических заболеваний. Избыточная масса тела наиболее распространена в странах с уровнем дохода выше среднего, однако очень высокие уровни зафиксированы также в некоторых странах с уровнем дохода ниже среднего. В Европейском, Восточно-Средиземноморском и Американском регионах ВОЗ более 50% женщин имеют избыточную массу тела. Самая высокая распространенность избыточной массы тела среди детей грудного и младшего возраста наблюдается в странах с уровнем дохода выше среднего, тогда как самые высокие темпы роста этого показателя зафиксированы в странах с уровнем дохода ниже среднего.

Повышенный уровень холестерина. Согласно оценкам, повышенный уровень холестерина ежегодно приводит к 2,6 миллиона случаев смерти, а также повышает риск заболевания сердца и инсульта. Повышенный уровень холестерина наиболее характерен для стран с высоким уровнем дохода населения.

Инфекции высокого канцерогенного риска. Как минимум, 2 миллиона случаев заболевания раком в год, или 18% от глобального бремени рака в мире, связаны с несколькими специфическими хроническими инфекциями, причем эта пропорция существенно выше в странах с низким уровнем дохода. Главными возбудителями этих инфекционных заболеваний являются папилломавирус человека, вирусы гепатитов B, C и Helicobacter pylori. В большинстве случаев эти инфекционные заболевания можно предотвратить путем вакцинации и применения профилактических средств, и они поддаются лечению. Например, передача вируса гепатита C была практически остановлена в группах населения с высоким уровнем дохода, но не во многих странах с низкой обеспеченностью ресурсами.

Воздействие на развитие

Эпидемия НИЗ диспропорционально поражает людей более низкого социального положения. НИЗ в сочетании с бедностью создают порочный круг, в котором связанные с бедностью поведенческие факторы риска приводят к НИЗ, а возникающие вследствие этого НИЗ могут стать существенной причиной дальнейшего обнищания семей.

Быстро растущее бремя НИЗ в странах с низким и средним уровнями дохода усиливается в результате негативного воздействия глобализации, быстрой беспланoвой урбанизации и все большего распространения сидячего образа жизни. Люди в развивающихся странах употребляют все больше высококалорийной пищи и подвергаются влиянию рекламы табака, алкоголя и продуктов быстрого питания на фоне увеличивающейся доступности этих продуктов. Подавленные такими темпами роста, правительства многих стран не успевают за постоянно растущей потребностью в политике, законодательстве, услугах и инфраструктуре, которые могли бы помочь защитить их население от НИЗ.

Люди более низкого социального и экономического положения расплачиваются за это больше всех. Уязвимые и социально незащищенные люди болеют больше и умирают раньше от НИЗ, чем люди более высокого социального положения; факторами, определяющими социальное положение, являются образование, профессия, уровень дохода, пол и этническое происхождение. Имеются неопровержимые данные, свидетельствующие о корреляции между многочисленными социальными детерминантами, особенно образованием, и преобладающими уровнями НИЗ и факторов риска.

Поскольку в более бедных странах большинство расходов на медико-санитарную помощь должны оплачиваться наличными самими пациентами, стоимость лечения НИЗ создает значительную нагрузку для бюджетов домашних хозяйств, особенно для семей с низкими доходами. Лечение диабета, рака, сердечно-сосудистых и хронических респираторных заболеваний может быть длительным и поэтому очень дорогостоящим. Подобные затраты могут привести к катастрофическим последствиям для семей и обнищанию. Затраты семей на лечение НИЗ и на связанные с риском виды поведения, которые вызывают такие заболевания, приводят к уменьшению расходов на жизненно необходимые потребности, такие как еда и жилье, а также на основное требование для избавления от бедности — образование. Согласно оценкам, около 100 миллионов людей каждый год переходят в разряд бедных в связи с необходимостью самостоятельно платить за медицинские услуги.

Стоимость услуг систем здравоохранения по лечению НИЗ уже является высокой и, по прогнозам, будет увеличиваться. Существенные затраты отдельных лиц, семей, предприятий, правительственных структур и систем здравоохранения оказывают влияние на большинство макроэкономических показателей. Заболевания сердца, инсульт и диабет ежегодно являются причинами многомиллиардного уменьшения национального дохода в большинстве самых многонаселенных стран мира. Экономический анализ свидетельствует, что увеличение распространенности НИЗ на 10% приводит к снижению годового экономического роста на 0,5%.

Социально-экономические последствия НИЗ негативно влияют на достижение Целей тысячелетия в области развития, поставленных Организацией Объединенных Наций (ЦТР). Достижение ЦТР, направленных на решение проблем в социальной сфере и сфере здравоохранения, таких как получение образования и борьба с бедностью, тормозится растущей эпидемией НИЗ и связанными с ними факторами риска.

Недостаточный мониторинг

Получение точных данных из разных стран жизненно необходимо для борьбы с ростом смертности и инвалидности из-за НИЗ во всем мире. Однако у значительной доли стран имеется мало данных о смертности населения, пригодных к использованию, а слабые системы эпиднадзора и данные по НИЗ часто не интегрированы в национальные системы медико-санитарной информации. Улучшение эпиднадзора и мониторинга за состоянием здоровья населения на национальном уровне должно находиться в числе главных приоритетов в борьбе с НИЗ. В странах с ограниченными ресурсами и возможностями эффективные и надежные системы могут быть простыми и при этом обеспечивать получение необходимых данных.

Три необходимых компонента системы эпиднадзора за НИЗ формируют систему, которую должны создать и укреплять все государства. Этими компонентами являются: (a) мониторинг видов воздействия (факторов риска); (b) мониторинг результатов (заболеваемости и смертности, вызванной конкретными заболеваниями); (c) ответные действия системы здравоохранения, включающие в себя национальный потенциал по профилактике НИЗ с помощью политики и планов, инфраструктуры, кадровых ресурсов и доступа к необходимой медико-санитарной помощи, включая лекарственные средства.

Для устранения серьезных недостатков в областях эпиднадзора и мониторинга за НИЗ необходимо предпринять следующие важные шаги:

- Укрепить системы эпиднадзора за НИЗ и интегрировать их в существующие национальные системы медико-санитарной информации.

- Создать и укрепить все три компонента системы эпиднадзора за НИЗ. Необходимо принять и использовать для мониторинга стандартизованные основные показатели для каждого из трех компонентов.

- В условиях недостаточного количества ресурсов наиболее приоритетными задачами должны стать мониторинг и эпиднадзор за поведенческими и метаболическими факторами риска. В некоторых странах, возможно, потребуется проводить мониторинг маркеров инфекций, связанных с высоким канцерогенным риском. Необходимо усилить регистрацию и отчетность о случаях смерти с указанием причин. Надежная система регистрации смертности среди взрослого населения является необходимым условием для мониторинга за НИЗ во всех странах. Необходимо также осуществлять мониторинг возможностей систем здравоохранения стран принимать меры в ответ на НИЗ.

- Для развития системы информации в здравоохранении в странах с низким и средним уровнями дохода следует значительно ускорить предоставление финансовой и технической поддержки.

Усиление системы эпиднадзора является одной из первоочередных задач на национальном и международном уровнях. Необходимо срочно принять согласованные меры по увеличению объема и обеспечению качества данных по смертности, проведению регулярных исследований в отношении факторов риска на общегосударственном уровне с использованием стандартизированных методов и регулярной оценке национального потенциала по предупреждению НИЗ и борьбе с ними.

Практические меры на уровне всего населения

Такие меры по профилактике НИЗ, ориентированные на все население, являются не только возможными, но и эффективными с точки зрения затрат. При этом уровень дохода страны или населения не является препятствием для успеха. Низкозатратные решения, направленные на уменьшение основных факторов риска НИЗ, могут быть эффективными в любых местах.

Хотя экономически эффективными могут быть многие меры, некоторые из них считаются наиболее выгодными — это те действия, которые необходимо предпринять незамедлительно для получения как можно более быстрых результатов, выраженных в спасенных жизнях, предотвращенных заболеваниях и предотвращенных значительных расходах.

«Наиболее выгодные меры» включают:

- Защиту людей от табачного дыма и запрет курения в общественных местах;
- Предупреждение об опасностях, связанных с употреблением табака;
- Приведение в исполнение запретов на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табака;
- Повышение налогов на табак;
- Ограничение доступа к алкоголю в розничных сетях;
- Приведение в исполнение запретов на рекламу алкоголя;
- Повышение акцизов на алкоголь;
- Уменьшение употребления соли и ее содержания в пищевых продуктах;
- Замену трансжира в пищевых продуктах полиненасыщенным жиром;
- Повышение информированности населения о правильном питании и физической активности, в том числе через средства массовой информации.

Помимо указанных выше «наиболее выгодных мер», существует много других экономически эффективных и недорогостоящих мер, ориентированных на все население, которые могут уменьшить факторы риска НИЗ. Они включают:

- Лечение никотиновой зависимости;
- Пропаганду адекватного грудного вскармливания и дополнительного прикармливания;
- Исполнение законов, направленных на борьбу с управлением транспортным средством в пьяном виде;
- Ограничения маркетинга пищевых продуктов и напитков с высоким содержанием соли, жиров и сахара, особенно для детей;
- Налогообложение и субсидирование пищевых продуктов для стимулирования здорового питания.

Кроме того, несмотря даже на недостаточность исследований экономической эффективности, существуют убедительные доказательства выгодности следующих мероприятий:

- Создание условий для здорового питания в учебных заведениях.
- Информирование и консультирование по вопросам питания при оказании медицинской помощи.
- Общенациональные руководящие принципы в отношении физической активности.
- Школьные программы по физической активности для детей.
- Программы по физической активности и здоровому питанию на рабочих местах.
- Местные программы по физической активности и здоровому питанию.
- Создание застроенной окружающей среды, способствующей физической активности.

Существуют также ориентированные на все население меры, которые сосредоточены на профилактике рака. «Наиболее выгодной мерой» является вакцинация против гепатита В — основной причины рака печени. Рекомендуется также вакцинация против папилломавируса человека — основной причины рака шейки матки. В эффективные профилактические программы может включаться защита от факторов риска заболевания раком, связанных с окружающей средой или профессиональной деятельностью, таких как возможное попадание в организм афлатоксина, асбеста и загрязняющих веществ с питьевой водой. Для уменьшения заболеваемости раком могут быть эффективными меры вторичной профилактики, такие как регулярные обследования для выявления рака молочной железы и цервикального рака.

Медико-санитарные меры на уровне отдельных людей

В дополнение к мерам в отношении НИЗ на уровне всего населения национальные системы здравоохранения должны осуществлять мероприятия в отношении людей, которые либо уже имеют НИЗ, либо подвергаются риску развития таких заболеваний. Фактические данные из стран с высоким уровнем дохода свидетельствуют, что подобные меры могут быть очень эффективными и обычно являются экономически выгодными или не требующими больших затрат. При комбинированном применении, ориентированные на все население и индивидуальные меры могут спасти миллионы жизней и существенно снизить страдания людей от НИЗ.

Длительный характер многих НИЗ требует комплексных ответных мер со стороны системы здравоохранения, принятие которых должно стать долгосрочной целью для всех стран. За последние годы многие страны с низким и средним уровнями дохода инвестировали, иногда с помощью доноров, в национальные «вертикальные» программы для решения конкретных проблем, касающихся инфекционных заболеваний. Хотя эти меры и расширили масштабы оказания помощи в отношении этих болезней, они также отвлекли государственные органы от проведения скоординированных усилий, направленных на укрепление всей системы здравоохранения, в результате чего возникли большие пробелы в медицинской помощи.

В настоящее время основное внимание при предоставлении медицинской помощи в отношении НИЗ во многих странах с низким и средним уровнями дохода уделяется оказанию неотложной помощи в стационарных учреждениях. Пациенты с НИЗ обращаются в стационарные медицинские учреждения, когда сердечно-сосудистые заболевания, рак, диабет или хронические респираторные заболевания достигают острой стадии или долговременных осложнений. Подобный подход является очень дорогостоящим и не приводит к существенному уменьшению бремени НИЗ. Он также лишает людей возможности сохранить свое здоровье, обратившись за медицинской помощью на ранней стадии заболевания. Для обеспечения раннего выявления и своевременного лечения необходимо интегрировать НИЗ в первичную медико-санитарную помощь. Расширение пакета услуг первичной медико-санитарной помощи для включения основных мероприятий в отношении НИЗ занимает центральное место в любой инициативе по укреплению системы здравоохранения.

Фактические данные из стран с высоким уровнем дохода свидетельствуют, что всестороннее сосредоточение на профилактике и улучшенном лечении после сердечно-сосудистого осложнения, приводит к существенному снижению коэффициентов смертности. Аналогичным образом, прогресс в лечении онкологических заболеваний в сочетании с ранней диагностикой и скрининговыми обследованиями повысили коэффициенты выживаемости при многих видах рака в странах с высоким уровнем дохода. Однако в странах с низким и средним уровнями дохода коэффициенты выживаемости остаются очень низкими. Сочетание мер на уровне всего населения и индивидуальных мер путем внедрения экономически выгодных инициатив, укрепляющих системы здравоохранения, может привести к повторению успеха в гораздо большем количестве стран.

Стратегической целью в борьбе с эпидемией НИЗ должно стать обеспечение ранней диагностики и медицинской помощи с использованием экономически эффективных и устойчивых мер по охране здоровья населения.

Люди, подвергающиеся высокому риску, и люди, страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями, могут проходить курсы лечения с использованием недорогих препаратов-генериков, прием которых существенно снижает вероятность летального исхода или острых сосудистых нарушений. Прием аспирина, статинов и препаратов, снижающих кровяное давление, может существенно снизить число сосудистых осложнений у людей с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний и может считаться **наиболее выгодной мерой**. В сочетании с такими профилактическими мерами, как отказ от курения, терапевтический эффект может быть очень сильным. Другой **наиболее выгодной мерой** является прием аспирина лицами, перенесшими инфаркт миокарда. Во всех странах необходимо расширить масштабы применения таких **наиболее выгодных мер** и применять их с помощью подхода, основанного на первичной медико-санитарной помощи.

Рак. Экономически эффективные меры доступны в рамках четырех общих подходов к профилактике онкологических заболеваний и борьбе с ними: первичная профилактика, раннее выявление, лечение и паллиативная медицинская помощь. Ранняя диагностика, основанная на получении информации о ранних признаках и симптомах, и, в случае доступности, скрининг всего населения улучшают выживаемость больных, особенно в случае рака молочной железы, цервикального рака, колоректального рака, рака кожи и рака полости рта. В некоторых протоколах лечения различных форм онкологических заболеваний используются препараты, имеющиеся в виде лекарств-генериков. Во многих странах с низким и средним уровнями дохода доступ к медицинской помощи, пероральному морфину и персоналу, имеющему подготовку по оказанию паллиативной помощи, является ограниченным, поэтому многие онкологические больные умирают без адекватной помощи по уменьшению боли. В таких странах успешной и экономически оправданной может быть паллиативная помощь на местном уровне и на дому.

Диабет. Предлагается по меньшей мере три вида мер по профилактике и лечению диабета, которые могут уменьшить затраты и улучшить здоровье. Контроль за кровяным давлением и гликемический контроль, а также уход за состоянием ног являются выполнимыми и экономически оправданными мерами для людей, страдающих диабетом, в том числе в странах с низким и средним уровнями дохода.

Хронические респираторные заболевания. Во многих странах с низким уровнем дохода ингаляционные лекарственные средства, например ингалируемые стероиды, все еще недоступны из-за высокой стоимости. Такие страны могут рассмотреть возможность обеспечения населения качественными ингалируемыми лекарственными средствами по доступным ценам. Программы охраны здоровья легких, разработанные для лечения туберкулеза, могут быть интегрированы с мерами в отношении хронических респираторных заболеваний.

Для расширения индивидуальных мер по оказанию медицинской помощи странам с низким и средним уровнями дохода в качестве приоритетного направления необходимо использовать ряд недорогих методов лечения, доступных в рамках имеющихся у них бюджетов. Многие страны могут позволить себе проводить недорогостоящие курсы индивидуального лечения путем устранения неэффективных элементов текущих процедур при лечении НИЗ на поздних стадиях. Опыт, полученный в ходе реализации инициатив по охране здоровья матери и ребенка, а также по борьбе с инфекционными заболеваниями, свидетельствует, что приоритеты в сфере здравоохранения могут быть пересмотрены, и недорогие курсы индивидуального лечения улучшены при незначительном добавлении новых ресурсов.

Как и в случае с мерами на уровне всего населения, в использовании индивидуальных мер оказания медико-санитарной помощи также имеются **наиболее выгодные меры*** и другие экономически эффективные подходы.

К наиболее выгодным* и другим экономически эффективны мерам относятся следующие:

- Консультации и многолекарственная терапия, включая контроль гликемии при диабете для лиц в возрасте 30 лет и старше с десятилетним риском возникновения летальных или нелетальных сердечно-сосудистых осложнений в размере ≥ 30%*.
- Регулярный прием аспирина пациентами, перенесшими острый инфаркт миокарда*.
- Разовое скрининговое обследование на предмет выявления рака шейки матки при достижении возраста 40 лет, которое сопровождается удалением всех выявленных злокачественных образований*.
- Выявление на ранних стадиях рака молочной железы с помощью маммографического скрининга один раз в два года (50-70 лет) и лечение любой стадии выявленного заболевания.
- Выявление на ранних стадиях колоректального рака и рака ротовой полости.
- Лечение персистирующей астмы с использованием ингаляционных кортикостероидов и бета-2-агонистов.

Финансирование и укрепление систем здравоохранения для обеспечения экономически эффективных индивидуальных мер в рамках первичной медико-санитарной помощи являются

первым практическим шагом к достижению долговременного обеспечения медицинской помощью всего населения.

Укрепление национального потенциала

В 2000 и 2010 гг. ВОЗ провела обследования для оценки национального потенциала в области профилактики НИЗ и борьбы с ними в государствах-членах. Согласно этим обследованиям, за последнее десятилетие достигнут определенный прогресс. Однако прогресс является неравномерным, и наибольших достижений добились страны с высоким уровнем дохода. Больше стран разрабатывают стратегии, планы и руководящие принципы по борьбе с НИЗ и факторами риска, а некоторые страны создали важные компоненты инфраструктуры здравоохранения и достигли прогресса в обеспечении финансирования, разработке политики и создании эпиднадзора. Во многих странах в рамках системы здравоохранения имеются подразделения по борьбе с НИЗ и часть финансирования выделяется непосредственно на борьбу с НИЗ.

Однако во многих странах эти достижения либо остаются на бумаге (используются не полностью), либо все еще не достигли уровня адекватных мер. При этом во многих странах по-прежнему полностью отсутствуют финансирование или программы. Вместе с тем, сам факт того, что в борьбе с НИЗ достигнут определенный прогресс, свидетельствует о том, что усиление борьбы является возможным.

Осуществление эффективных мер в отношении НИЗ в значительной степени определяется возможностями системы здравоохранения. Недостатки в области предоставления основных услуг в отношении НИЗ часто приводят к высокой распространенности таких осложнений, как сердечные приступы, инсульты, болезни почек, слепота, болезни периферических сосудов, ампутации и проявление рака на поздних стадиях. Для семей с низким уровнем дохода это также может означать катастрофические расходы на лечение и, следовательно, обнищание. Усиление политической приверженности и придание более высокого приоритета программам, по НИЗ, имеют важное значение для расширения возможностей системы здравоохранения в борьбе с НИЗ.

Укрепление национального потенциала особенно необходимо в таких сферах, как финансирование, медико-санитарная информация, кадровые ресурсы здравоохранения, базовые технологии, основные лекарственные средства и многосекторальные партнерства. Возможные подходы к решению этих проблем рассматриваются в главах 5 и 6. Необходимо уделять больше внимания расширению пакета основных услуг в рамках первичной медико-санитарной помощи и особенно внедрению экономически эффективных мер медицинской помощи при НИЗ, описанных выше. Адекватное финансирование этого пакета основных услуг является важнейшим фактором для обращения вспять распространения эпидемии НИЗ.

Дополнение внутреннего государственного финансирования — а в некоторых странах увеличение официальной помощи на цели развития (ОПР) — инновационным финансированием со стороны негосударственного сектора поможет преодолеть существующие проблемы финансирования, которые являются основным камнем преткновения на пути к усилению служб первичной медико-санитарной помощи и борьбы с НИЗ. В *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г.* приводятся многочисленные примеры инновационных механизмов финансирования, которые можно использовать для увеличения национальных бюджетов здравоохранения. В этом отношении есть примеры стран, успешно осуществляющих инновационное финансирование путем увеличения налогов на табачные изделия и алкоголь и направления части полученных средств на укрепление здоровья населения или расширение услуг медицинского страхования на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Кроме улучшения потенциала систем здравоохранения, также необходимо добиться прогресса в содействии политике по охране здоровья в других соответствующих секторах.

Программы и политика в отношении НИЗ должны быть согласованы с сильными национальными планами, направленными на предоставление медицинской помощи, соответствующей потребностям пациента, с помощью сильных комплексных систем здравоохранения. Инновационные планы финансирования, поддержка профилактики НИЗ и контроль в рамках официальной помощи развитию, эффективные системы медико-санитарной информации, улучшение условий

повышения квалификации и карьерного роста для работников здравоохранения, а также эффективные стратегии для получения основных лекарственных препаратов и технологий являются насущными и жизненно необходимыми.

Приоритеты для действий

Одновременно с увеличением масштабов эпидемии НИЗ в последние годы также возросли соответствующие знания и понимание способов борьбы и профилактики этих заболеваний. Имеющиеся фактические данные свидетельствуют о том, что НИЗ в большой степени являются предотвратимыми. Страны могут обратить вспять наступление этих болезней и добиться быстрых успехов, если будут предприняты соответствующие действия в рамках трех компонентов национальных программ по НИЗ: *эпиднадзоре, профилактике* и *оказании медицинской помощи*. Такие действия включают:

Комплексный подход. Факторы риска НИЗ распространены во всем обществе, они часто возникают в детстве и продолжаются всю жизнь. Данные из стран, в которых произошло значительное снижение распространенности некоторых НИЗ, свидетельствуют, что необходимо принимать меры как по профилактике заболеваний, так и по их лечению. Поэтому для обращения вспять эпидемии НИЗ необходим всеобъемлющий подход, ориентированный на население в целом, и включающий меры как профилактики так и лечения.

Многосекторальные действия. Действия по профилактике НИЗ и борьбе с ними требуют поддержки и сотрудничества правительства, гражданского общества и частного сектора. Поэтому для успешных действий по борьбе с эпидемией НИЗ необходимо объединить усилия многих секторов. В этой связи для привлечения других секторов, помимо сектора здравоохранения политики должны использовать успешные подходы, основанные на международном опыте и полученных уроках. Руководящие принципы содействия многосекторальным действиям включены в Главу 7 настоящего доклада.

Эпиднадзор и мониторинг. Измерение ключевых областей эпидемии НИЗ является решающим для того, чтобы обратить вспять ее распространение. Необходимо принять и использовать во всем мире конкретные показатели, поддающиеся измерению. Эпиднадзор за НИЗ должен быть интегрирован в национальные системы медико-санитарной информации. Это осуществимо даже в странах с наименьшей обеспеченностью ресурсами с помощью мер, изложенных выше в разделе «Недостаточный мониторинг».

Системы здравоохранения. Укрепление в странах систем здравоохранения для борьбы с НИЗ должно быть осуществлено посредством переориентации существующих организационных и финансовых договоренностей, а также с помощью традиционных и инновационных методов финансирования. Для улучшения результатов борьбы с НИЗ необходимо осуществить реформы, направленные на повышение потенциала первичной медико-санитарной помощи и улучшения работы системы здравоохранения.

Наиболее выгодные меры. Как уже подчеркивалось выше, необходимо принимать и внедрять меры профилактики и борьбы, явно доказавшие свою эффективность и экономическую целесообразность. Мероприятия на уровне всего населения должны дополняться медико-санитарными мероприятиями на уровне отдельных людей. Примеры наиболее выгодных мер приведены в главах 4 и 5.

Устойчивое развитие. Эпидемия НИЗ оказывает серьезное негативное влияние на развитие человека и общества. Поэтому профилактика НИЗ должна быть включена в качестве приоритета в национальные инициативы в области развития и связанные с ними решения об инвестициях. В зависимости от ситуации в стране усиление профилактики НИЗ и борьба с ними также должны рассматриваться в качестве неотъемлемой составляющей части работы по сокращению бедности и других программ содействия развитию.

Гражданское общество и частный сектор. Институты и группы гражданского общества имеют уникальные возможности по мобилизации политического и общественного внимания и поддержки усилий по профилактике НИЗ и борьбе с ними, а также могут играть ключевую роль в поддержке программ по НИЗ. Полное признание борьбы с НИЗ в качестве одного из

основных приоритетов глобальной повестки дня в области развития все еще требует сильной и консолидированной поддержки. Представители деловых кругов имеют возможность внести решающий вклад в усилия по профилактике НИЗ. Ответственная маркетинговая политика, не допускающая пропаганды нездорового питания и других форм потенциально вредного поведения, изменение состава пищевых продуктов с целью обеспечения доступа к здоровым продуктам являются примерами подходов и действий, которые должны быть осуществлены корпоративным сектором. Ответственность за мониторинг осуществления необходимых мер несут правительства.

Эпидемия НИЗ сопряжена с неисчислимыми человеческими страданиями и наносит серьезный вред человеческому развитию как в социальной, так и в экономической сфере. Существующие возможности стран с низкими уровнями дохода уже не позволяют справиться с этой эпидемией, поэтому уровни смертности и инвалидности в этих странах возрастают диспропорционально. Такое положение не может продолжаться. Необходимо немедленно вмешаться. Если не принять серьезные меры, бремя НИЗ достигнет уровня, который выйдет за пределы возможностей всех заинтересованных сторон.

Глава 1

Бремя: смертность, заболеваемость и факторы риска

В данной главе рассматривается существующее в настоящее время бремя и тенденции в области НИЗ и их факторы риска. В ней также приводятся самые последние оценки числа, показателей и причин смертности от НИЗ во всем мире, а также распространенность наиболее значимых факторов риска НИЗ. Описание методов, использованных в этой оценке, изложено в Приложении 1. Данные представлены в двух видах: по шести географическим регионам ВОЗ [1] и в соответствии с группировкой стран Всемирным банком по четырем группам уровня дохода [2]. Списки стран в соответствии с регионами ВОЗ и группами дохода по классификации Всемирного банка по состоянию на 2008 г. представлены в Приложении 2. Карты, отражающие глобальное распределение смертности от НИЗ и некоторых факторов риска представлены в Приложении 3. Оценки смертности от НИЗ и некоторые факторы риска по отдельным странам представлены в Приложении 4.

Смертность

Из 57 миллионов случаев смерти, зарегистрированных в мире в 2008 году, 36 миллионов (63%) человек умерли от НИЗ, в основном от сердечно-сосудистых заболеваний, диабета, рака и хронических респираторных заболеваний (1). Почти 80% (29 миллионов) умерших жили в странах с низким и средним уровнем дохода. НИЗ являются наиболее частой причиной смерти населения в большинстве стран Америки, Восточного Средиземноморья, Европы, Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана. В Африканском регионе смертность от инфекций все еще выше, чем от НИЗ. Однако даже в этом регионе распространенность НИЗ быстро растет и, по подсчетам, к 2020 смертность от НИЗ составит почти три четверти числа случаев смерти от инфекционных, материнских, перинатальных и алиментарных заболеваний, а к 2030 году превысит это число и станет самой распространенной причиной смерти (2).

С 2010 по 2020 год во всем мире ожидается рост смертности от НИЗ на 15%. Наибольший рост произойдет в Африке, Юго-Восточной Азии и Восточном Средиземноморье, где смертность увеличится более чем на 20%.

По оценкам ВОЗ, в следующем десятилетии НИЗ станут причиной значительного увеличения общего числа случаев смерти. Ожидается, что с 2010 по 2020 число случаев смерти от НИЗ во всем мире увеличится на 15% (до 44 миллиона случаев). Наибольший рост произойдет в регионах ВОЗ для стран Африки, Юго-Восточной Азии и Восточного Средиземноморья, где число случаев смерти от НИЗ увеличится более чем на 20%. В отличие от этого, согласно прогнозам ВОЗ, в Европейском регионе увеличения не произойдет. В Африканском регионе к 2020 НИЗ унесут жизни около 3,9 миллиона людей. Регионами, в которых, согласно прогнозам ВОЗ, в 2020 общее число случаев смерти от НИЗ будет самым высоким, являются Юго-Восточная Азия (10,4 миллиона случаев смерти) и Западная часть Тихого океана (12,3 миллиона случаев смерти) (2).

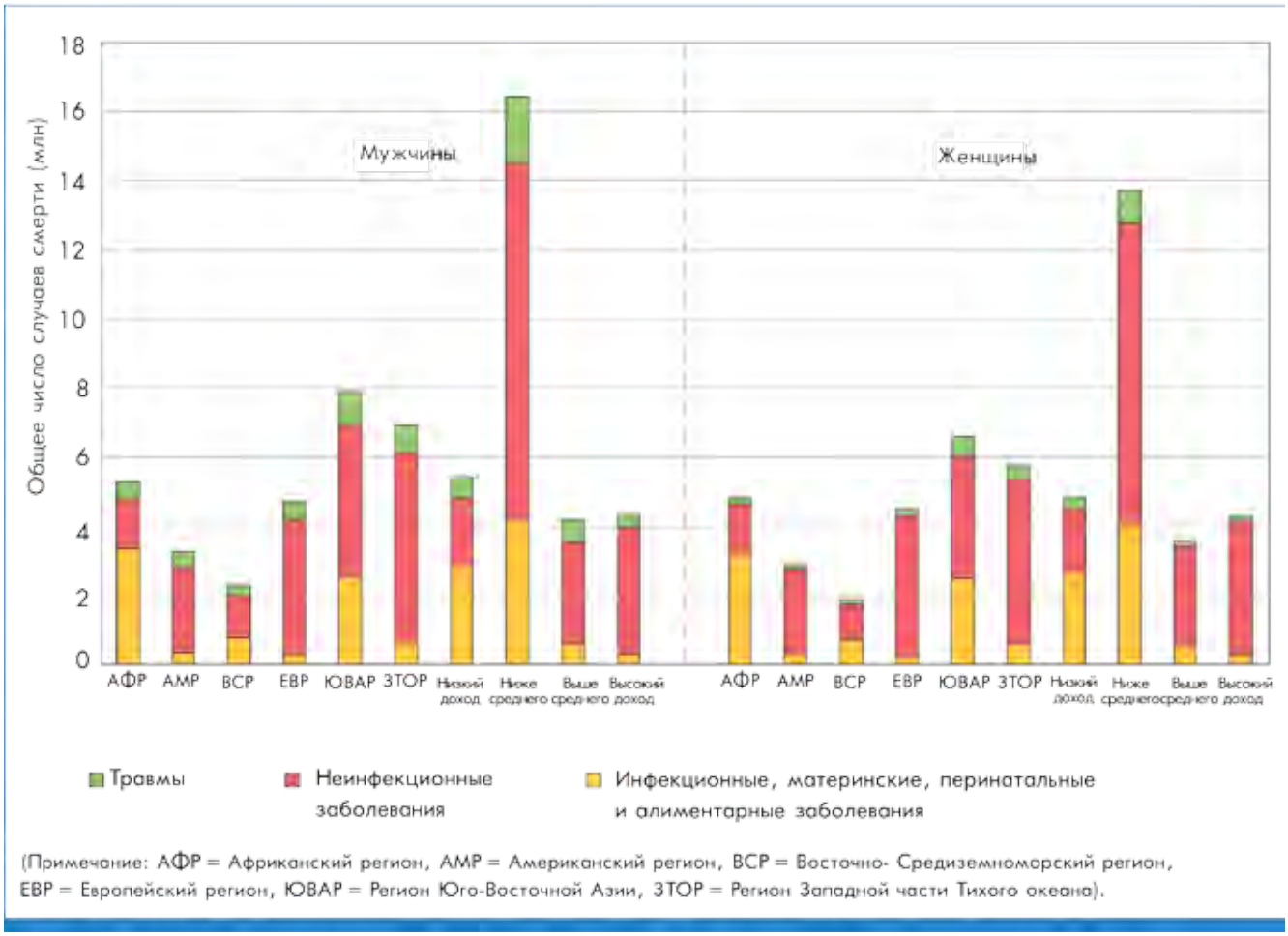
За исключением Африканского региона, смертность от НИЗ превышает смертность от инфекционных, материнских, перинатальных и алиментарных состояний, взятых вместе. Для мужчин в Европейском регионе предполагается, что случаи смерти от НИЗ будут в 13 раз выше, чем случаи смерти от всех указанных выше причин вместе взятых, а для мужчин в регионе Западной части Тихого океана число случаев смерти от НИЗ будет выше в 8 раз (Рисунок 1).

В 2008 г. общие стандартизованные по возрасту показатели смертности от НИЗ в странах с низким и средним уровнем дохода составляли 756 на 100 000 мужчин и 565 на 100 000 женщин — соответственно на 65% и 85% выше, чем для мужчин и женщин в странах с высоким уровнем дохода населения. Стандартизованные по возрасту показатели смертности от НИЗ для всех возрастов были самыми высокими в Африканском регионе для мужчин (844 на 100 000) и для женщин (724 на 100 000).

[1] Шестью регионами ВОЗ являются Африканский регион, регион стран Америки, регион Юго-Восточной Азии, Европейский регион, регион Восточного Средиземноморья и регион Западной части Тихого океана.

[2] Группы Всемирного банка по уровню дохода классифицируют страны по средней величине валового национального дохода (ВНД) на душу населения следующим образом: страны с низким уровнем дохода, с уровнем дохода ниже среднего, с уровнем дохода выше среднего и с высоким уровнем дохода. В настоящем докладе использовались группы по состоянию на 2008 год.

Рисунок 1. Общее число случаев смерти по широким группам причин, по регионам ВОЗ, по уровню дохода стран и по полу, 2008 г.



(Примечание: АФР = Африканский регион, АМР = Американский регион, ВСР = Восточно- Средиземноморский регион, ЕВР = Европейский регион, ЮВАР = Регион Юго-Восточной Азии, ЗТОР = Регион Западной части Тихого океана).

Ведущими причинами смерти от НИЗ в 2008 г. были: сердечно-сосудистые заболевания (17 миллионов случаев смерти, или 48% общего числа случаев смерти от НИЗ); рак (7,6 миллиона случаев, или 21% от общего числа от НИЗ); а также респираторные заболевания, включая астму и хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ) (4,2 миллиона). От диабета умерло еще 1,3 миллиона человек.

В странах с низким и средним уровнями дохода 29% всех случаев смерти от НИЗ происходит в возрасте до 60 лет по сравнению с 13% в странах с высоким уровнем дохода.

Более 80% смертей от сердечно-сосудистых заболеваний и диабета и почти 90% смертей от ХОБЛ произошли в странах с низким и средним уровнем дохода. Поведенческие факторы риска, включая употребление табака, недостаточную физическую активность и нездоровое питание, являются причиной около 80% случаев ишемической болезни сердца (ИБС) и цереброваскулярной болезни (3). Эти важные поведенческие факторы риска будут рассмотрены более подробно далее в этой главе. Более двух третей всех случаев смерти от рака происходят в странах с низким и средним уровнем дохода. Рак легкого, рак молочной железы, колоректальный рак, рак желудка и рак печени являются основной причиной смерти от онкологических заболеваний. В странах с высоким уровнем дохода ведущей причиной смертности от онкологических заболеваний у мужчин является рак легкого, а у женщин — рак молочной железы. В странах с низким и средним уровнем дохода показатели онкологической смертности варьируются в зависимости от вида и превалирования факторов риска. Например, в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, у женщин ведущей причиной смерти от онкологических заболеваний является цервикальный рак. Факторы риска развития рака включают четыре общих поведенческих фактора риска (употребление табака, нездоровое питание, недостаточная физическая активность и вредное употребление алкоголя). Еще 18% бремени онкологических заболеваний обусловлены такими инфекциями, как гепатит В и гепатит С (рак печени), вирус папилломы человека (ВПЧ; цервикальный рак) и Helicobacter pylori (рак желудка) (4). Кроме того, онкологические заболевания могут вызываться радиацией и различным неблагоприятным влиянием окружающей среды, опасными и вредными факторами производства на организм человека, в зависимости от конкретного географического региона и локализации рака.

Преждевременная смерть является основным фактором при оценке последствий НИЗ для конкретных групп населения, так как около 44% всех смертей от НИЗ происходят в возрасте до 70 лет. Согласно оценкам, в странах с низким и средним уровнем дохода от НИЗ в возрасте до 70 лет умирает больше людей (48%), по сравнению со странами с высоким уровнем дохода (26%). Разница в уровне смертности от НИЗ еще существеннее в более молодом возрасте: 29% больных умирают в возрасте до 60 лет в странах с низким и средним уровнем дохода, по сравнению с 13% — в странах с высоким уровнем дохода.

Рисунок 2. Доля случаев смерти от НИЗ в мире в возрасте до 70 лет по причинам смерти, 2008 г.

На Рисунке 2 показана доля случаев смерти от НИЗ среди людей в возрасте до 70 лет (в 2008 г.) в разбивке по причинам смерти. Самой крупной долей случаев смерти в возрасте до 70 лет в общей структуре смертности от НИЗ являются сердечно-сосудистые заболевания (39%), далее идут онкологические заболевания (27%). В совокупности на долю хронических респираторных заболеваний, заболеваний пищеварительного тракта и других НИЗ приходится около 30% всех смертей, а доля диабета составляет 4% (2).

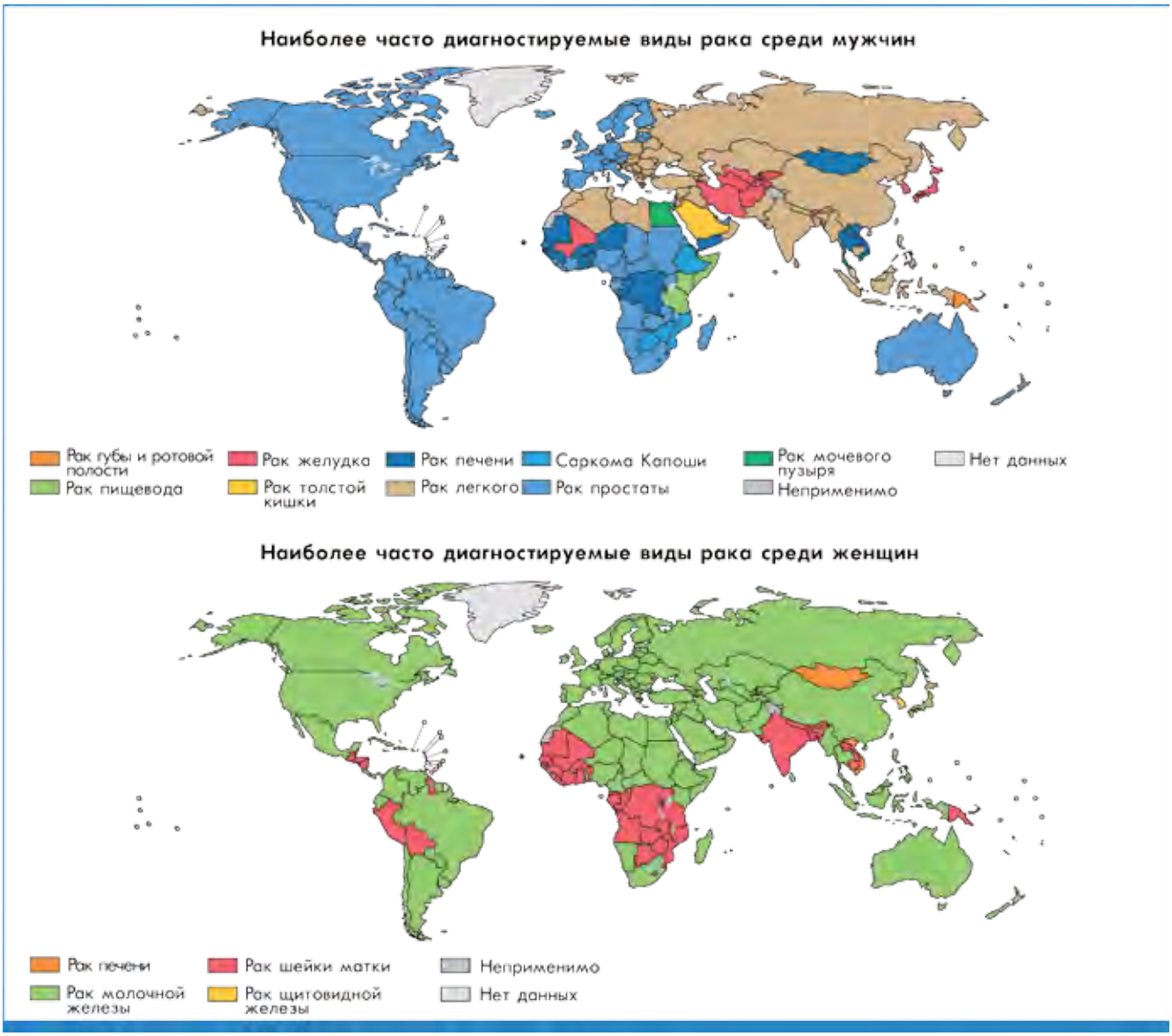
Рост численности населения и увеличение продолжительности жизни приводят к увеличению количества и доли пожилого населения; старение населения становится важной тенденцией во многих частях мира. Предполагается, что по мере старения населения ежегодное число случаев смерти от НИЗ значительно возрастет и в 2030 году достигнет 52 миллионов. Хотя в следующие 20 лет предполагается снижение смертности от инфекционных заболеваний приблизительно на 7 миллионов, прогнозируемая ежегодная смертность от сердечно-сосудистых заболеваний увеличится на 6 миллионов, а от онкологических заболеваний — на 4 миллиона. К 2030 г. в странах с низким и средним уровнем дохода НИЗ станут причиной в три раза большего числа лет жизни, прожитых с инвалидностью (DALY)[3] и унесут почти в пять раз больше жизней, чем инфекционные, материнские, перинатальные и алиментарные состояния вместе взятые (2).

Заболеваемость

В дополнение к информации о случаях смерти, связанных с НИЗ, для управления системами здравоохранения, а также для планирования и оценки качества оказания медицинских услуг также важное значение имеют данные о заболеваемости. Однако во многих странах надежные данные о заболеваемости НИЗ отсутствуют. Наиболее полные из имеющихся данных относятся к онкологическим заболеваниям и поступают из системы регистрации всего населения или из регистров рака в больницах. Такие данные являются важными, поскольку информация о распространенности и видах рака необходима для планирования программ борьбы против рака. Только регистры рака в системе учета населения могут дать неискаженные данные о характеристиках онкологических заболеваний в конкретной группе населения. Хотя регистры больных диабетом, гипертензией и больных с почечной недостаточностью в некоторых странах существуют, они, как правило, имеются только в хорошо обеспеченных ресурсами местах, а не для всего населения. Данные о распространенности диабета и повышенного уровня глюкозы в крови имеются из обследований всего населения. Повышенное кровяное давление как фактор риска рассматривается в следующем разделе.

[3] Годы жизни, скорректированные на инвалидность (DALY) — это показатель общего бремени болезней, выражаемый в количестве потенциальных продуктивных лет жизни, потерянных в результате преждевременного плохого состояния здоровья, инвалидности или ранней смерти.

Рисунок 3. Наиболее часто диагностируемые виды рака в мире по странам и по полу, 2008 г.



Рак

По прогнозам, в течение следующих нескольких десятилетий рак станет все более серьезной причиной заболеваемости и смертности во всех регионах мира. Задачи по борьбе против рака являются огромными и, учитывая старение населения, распространенность рака неизбежно будет увеличиваться независимо от нынешних или будущих мер или уровней инвестиций. Прогнозируемые изменения в демографической ситуации в течение следующих двух десятилетий означают, что даже если нынешние показатели распространенности рака в мире не изменятся, оценка новых случаев рака в размере 12,7 миллионов в 2008 г. (5) возрастет до 21,4 миллионов к 2030 г., причем почти две трети всех случаев диагностирования рака произойдут в странах с низким и средним уровнем дохода (6).

В различных регионах мира отмечаются значительные различия как по частоте, так и по летальности случаев даже в отношении основных видов рака. На Рисунке 3 представлены наиболее часто диагностируемые виды рака (на основе стандартизованных по возрасту показателей) в каждой стране, отдельно для мужчин и для женщин.

Географические различия в распределении и структуре онкологических заболеваний, отражаются в оценке данных о заболеваемости и смертности от рака в зависимости от группы стран по классификации Всемирного банка (Рисунок 4). В странах с уровнем дохода выше среднего

Рисунок 4. Предполагаемое ежегодное число новых случаев заболевания и смерти в год от 10 наиболее распространенных видов рака по уровню дохода стран и по полу, 2008 г.

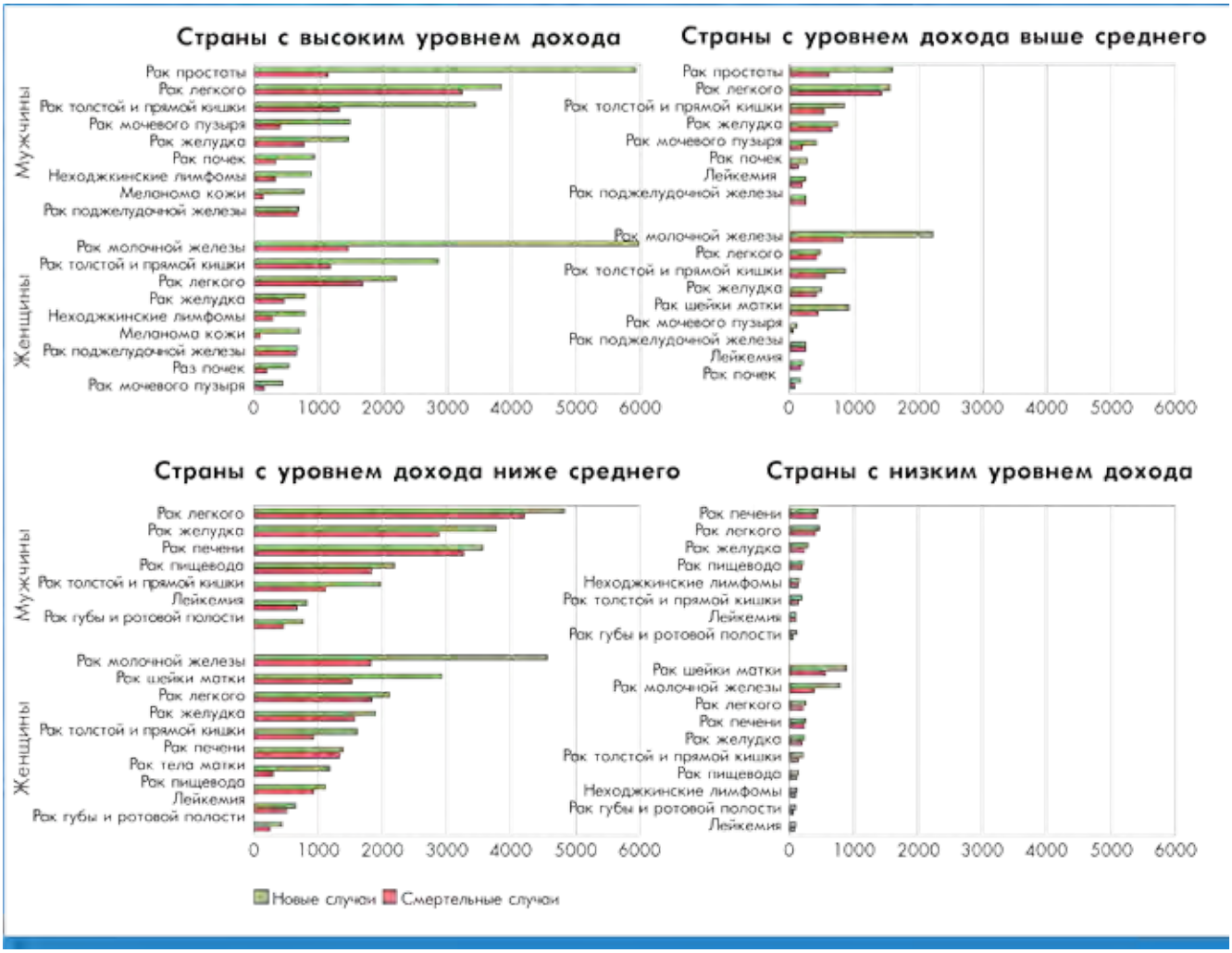


Рисунок 5. Предполагаемое ежегодное число новых случаев заболевания раком в 2008 г. и прогноз на 2030 год по уровню дохода стран согласно классификации Всемирного Банка

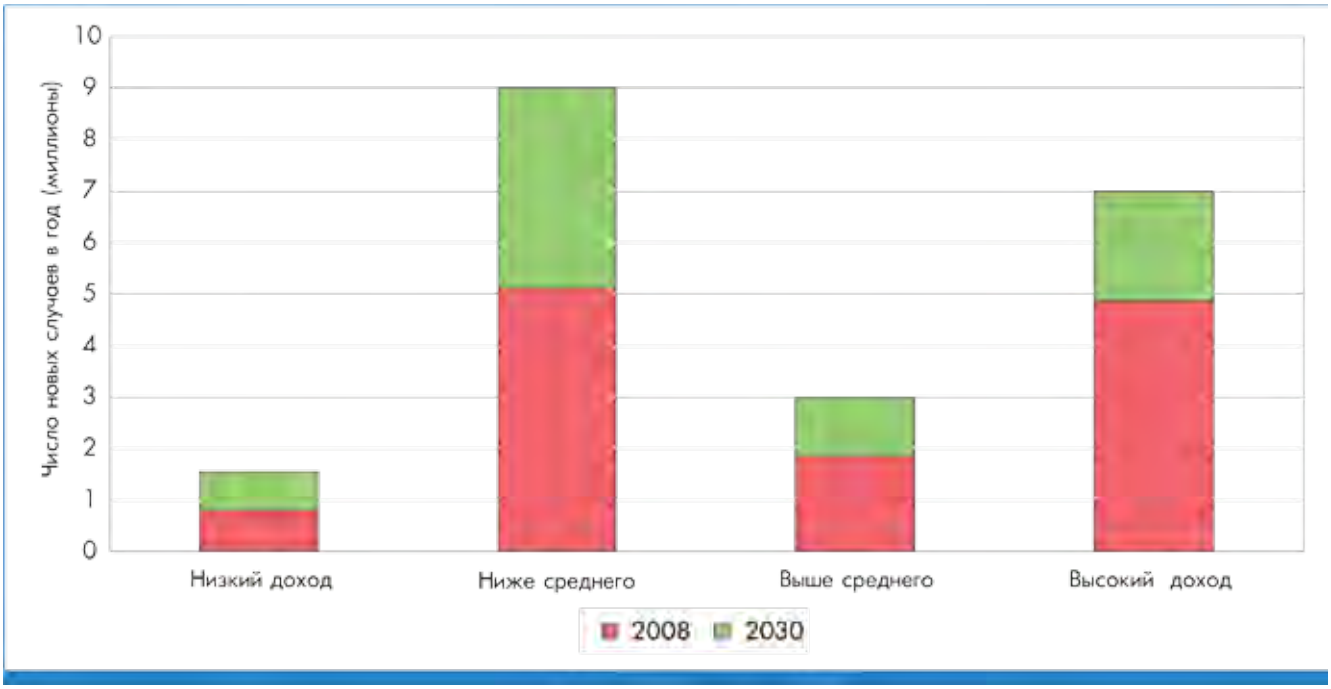
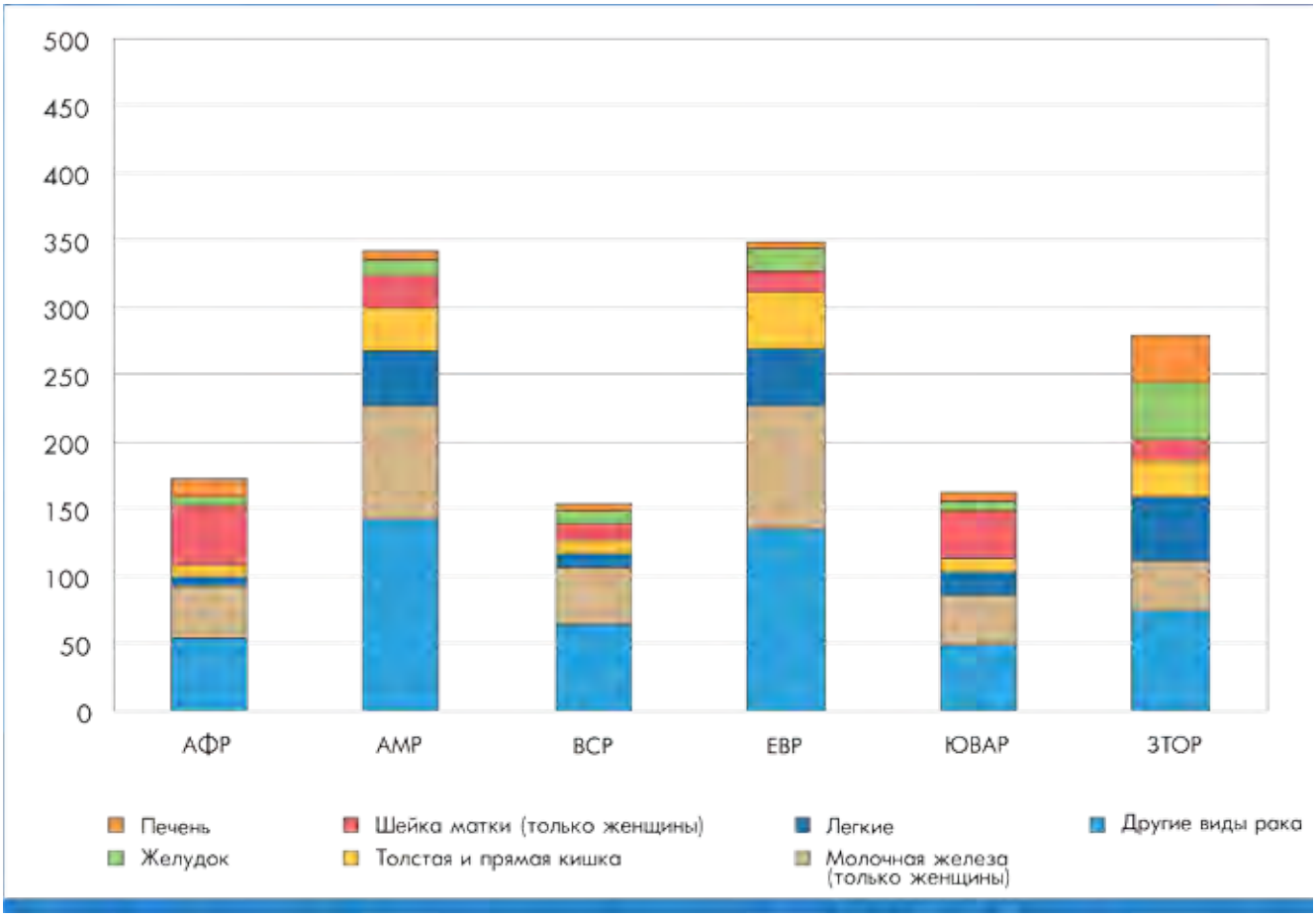


Рисунок 6. Стандартизованная по возрасту заболеваемость всеми видами рака (за исключением немеланомного рака кожи), по видам рака на 100 000 населения для обоих полов и по регионам ВОЗ, 2008 г.

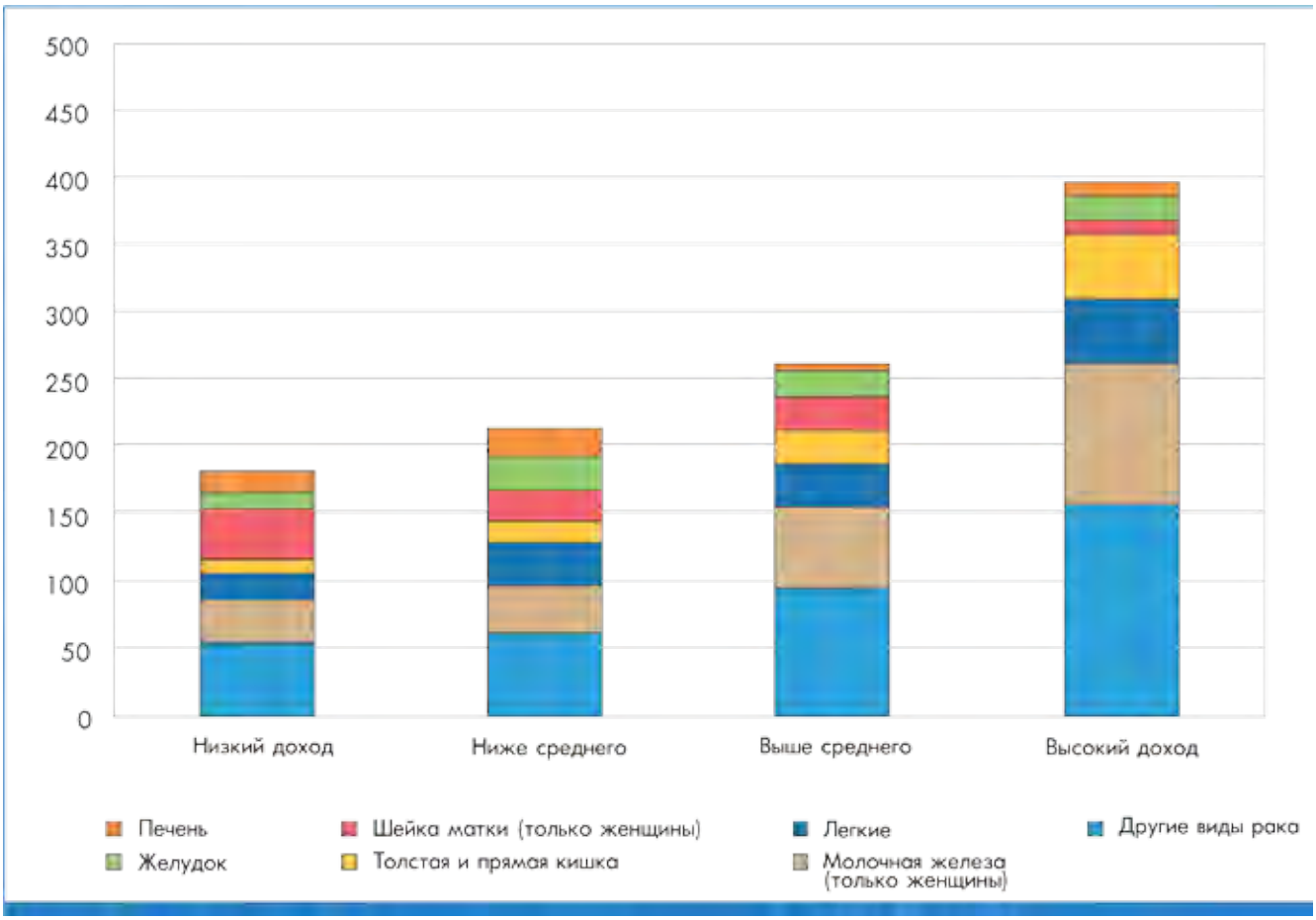


и с высоким уровнем дохода самый распространенный диагноз среди мужчин — рак простаты, среди женщин — рак молочной железы; следующим по распространенности является диагноз рака легкого и колоректорального рака для обоих полов. Эти виды рака также являются наиболее частыми причинами смерти от рака в этих странах, хотя рак легких является самой распространенной причиной смерти для обоих полов. В странах с низким уровнем дохода абсолютное бремя онкологических заболеваний значительно ниже, хотя рак легких и рак молочной железы остаются наиболее частым диагнозом и видом рака в структуре смертности от онкологических заболеваний; цервикальный рак, рак желудка и рак печени также являются ведущими видами рака, причем все они имеют инфекционную этиологию.

Страны со средним уровнем дохода занимают промежуточное место по структуре бремени онкологических заболеваний. В странах с уровнем дохода ниже среднего самыми распространенными видами рака являются рак легкого, рак желудка и рак печени среди мужчин и рак молочной железы, цервикальный рак и рак легких среди женщин, то есть наблюдается та же структура, что и в странах с низким уровнем дохода (хотя рак печени, колоректоральный рак и рак пищевода также занимают важное место). В группу стран с уровнем дохода ниже среднего входят страны с самой высокой численностью населения в мире, включая Китай и Индию, поэтому абсолютное число случаев заболевания и смерти, связанных с раком, в этой группе заметно выше.

Планирование предоставления услуг в будущем является неотъемлемой частью программ борьбы против рака. В отношении прогнозируемого роста заболеваемости раком можно заметить важные различия в группах стран по уровню дохода в соответствии с классификацией Всемирного банка. Предполагаемое процентное увеличение заболеваемости раком к 2030 г. (по сравнению с 2008 г.) будет выше в странах с низким уровнем дохода (82%) и в странах с уровнем дохода ниже среднего (70%), по сравнению со странами с уровнем дохода выше

Рисунок 7. Стандартизованная по возрасту заболеваемость всеми видами рака (за исключением немеланомного рака кожи) по видам рака на 100 000 населения для обоих полов и по уровню дохода стран согласно классификации Всемирного Банка, 2008 г.



среднего (58%) и странами с высоким уровнем дохода (40%). При отсутствии изменений в факторах риска, лежащих в основе онкологических заболеваний (то есть основываясь только на прогнозируемых демографических изменениях), в 2030 году в странах с низким уровнем дохода и странах с уровнем дохода ниже среднего ежегодно будет диагностироваться от 10 до 11 миллионов случаев заболевания раком (Рисунок 5).

В Европейском и Американском регионах ВОЗ наблюдается самая высокая заболеваемость всеми видами рака для обоих полов вместе (Рисунок 6). В странах региона Восточного Средиземноморья отмечается самая низкая заболеваемость раком. За исключением регионов Африки и Юго-Восточной Азии общие коэффициенты заболеваемости всеми видами рака среди мужчин выше, чем среди женщин.

Заболеваемость раком легких среди мужчин и женщин (совокупно) была самой высокой в регионе Западной части Тихого океана, за которым следуют Европейский и Американский регионы. Самая низкая заболеваемость наблюдалась в Африканском регионе.

Самая высокая заболеваемость цервикальным раком среди женщин отмечена в Африканском регионе, за которым следует регион Юго-Восточной Азии. Самый низкий показатель заболеваемости цервикальным раком зарегистрирован среди женщин региона Восточного Средиземноморья. Самый высокий показатель заболеваемости раком молочной железы отмечен среди женщин Европейского региона, за которым следует регион стран Америки. Но и в Американском регионе заболеваемость раком молочной железы в два раза превышала заболеваемость этим видом рака в других регионах ВОЗ.

Самый высокий показатель заболеваемости раком простаты среди мужчин отмечен в странах Американского региона, далее идут страны Европейского региона. Самый низкий показатель заболеваемости раком простаты зарегистрирован в регионе Юго-Восточной Азии.

Среди всех регионов ВОЗ самая высокая заболеваемость раком желудка и раком печени отмечалась в регионе Западной части Тихого океана. Самый низкий показатель заболеваемости раком желудка наблюдался в Африканском регионе. Заболеваемость раком печени среди мужчин региона Западной части Тихого океана в пять раз превышала аналогичные показатели в других регионах, за исключением Африканского региона (где уровень заболеваемости оставался выше более чем в два раза). Заболеваемость раком печени среди женщин региона Западной части Тихого океана была значительно выше, чем в других регионах.

Самая высокая заболеваемость колоректоральным раком наблюдалась в Европейском регионе, за которым шел Американский регион, тогда как самая низкая заболеваемость была зарегистрирована в регионе стран Африки.

Согласно классификации Всемирного Банка по уровню дохода, заболеваемость всеми видами рака (за исключением немеланомного рака кожи) растет по мере увеличения уровня дохода в стране (Рисунок 7). В странах с высоким уровнем дохода совокупная заболеваемость всеми видами рака в два раза превышала аналогичный показатель в странах с низким уровнем дохода. Во всех странах за исключением стран, входящих в категорию стран с низким уровнем дохода, среди мужчин совокупная заболеваемость всеми видами рака значительно превышала аналогичный показатель среди женщин. То, что страны с низким уровнем дохода являются исключением, можно объяснить, вероятнее всего, высокой заболеваемостью женщин раком шейки матки в странах Африканского региона.

Показатель заболеваемости раком легких в странах с высоким уровнем дохода в два раза превышал показатель заболеваемости этим видом рака в странах с низким уровнем дохода. Показатель заболеваемости раком простаты в странах с высоким уровнем дохода в 10 раз превышал аналогичный показатель в странах с уровнем дохода ниже среднего. Что касается рака молочной железы, то заболеваемость стремительно увеличивалась по мере роста уровня дохода: в странах с высоки уровнем дохода заболеваемость более чем в три раза превышала показатели в странах с низким уровнем дохода. Аналогичная ситуация наблюдалась и в отношении колоректорального рака: заболеваемость росла по мере увеличения уровня дохода. И наоборот, заболеваемость цервикальным раком в странах с высоким уровнем дохода была значительно ниже, чем в странах с низким и средним уровнем дохода. И, наконец, в странах с низким и средним уровнем дохода также наблюдалась самая высокая заболеваемость раком печени.

Диабет

Нарушенная толерантность к глюкозе и нарушенная гликемия натощак являются факторами риска развития диабета и сердечно-сосудистых заболеваний в будущем (7). В некоторых возрастных группах у людей с диабетом риск развития инсульта повышается в два раза (8). Диабет является ведущей причиной почечной недостаточности среди многих групп населения, как в развитых, так и развивающихся странах. В развитых странах ампутация нижних конечностей у больных диабетом производится более чем в 10 раз чаще, по сравнению с людьми, не страдающими этим заболеванием; более половины всех нетравматических ампутаций нижних конечностей производится по причине диабета (9). Диабет является одной из главных причин нарушения зрения и слепоты в развитых странах (10). На больных диабетом затрачивается, как минимум, в два-три раза больше ресурсов здравоохранения, чем на людей, не страдающих диабетом, и оказание помощи больным диабетом может стоить до 15% всего бюджета страны, выделяемого на здравоохранение (11). Кроме того, риск развития туберкулеза у больных диабетом выше в три раза (12).

Очевидная распространенность гипергликемии зависит от диагностических критериев, использованных в эпидемиологических обследованиях.[4] Распространенность диабета в мире

[4] Диагноз диабета ставится, когда уровень сахара в сыворотке крови натощак ≥ 7,0 ммоль/л (126 мг/дл) или при приеме препаратов для снижения уровня глюкозы в крови.

Рисунок 8. Стандартизованная по возрасту распространенность диабета среди взрослых в возрасте 25 лет и старше по регионам ВОЗ и по уровню дохода стран, сопоставимые оценки, согласно классификации Всемирного Банка, 2008 г.

в 2008 году, по оценкам, составляла 10% среди взрослых в возрасте 25 лет и старше. Самая высокая распространенность диабета была в регионе Восточного Средиземноморья и Американском регионе (11% для обоих полов), а самая низкая — в Европейском регионе и в регионе Западной части Тихого океана (9% для обоих полов) (Рисунок 8). Масштаб распространенности диабета и других нарушений толерантности к глюкозе будет значительно выше приведенных оценочных значений, если в оценку также включить «нарушенную гликемию натощак» и «нарушенную толерантность к глюкозе».

Оценочная распространенность диабета была относительно стабильной в группировке стран по уровню дохода. В странах с низким уровнем дохода наблюдалась самая низкая распространенность диабета (8% для обоих полов), а самая высокая распространенность была в странах с уровнем дохода выше среднего (10% для обоих полов).

Факторы риска

Как упоминалось выше, в основе большинства НИЗ лежат распространенные и предотвратимые факторы риска. Большинство НИЗ имеют сильные причинные связи с четырьмя поведенческими факторами риска: употреблением табака, недостаточной физической активностью, нездоровым питанием и вредным употреблением алкоголя. Такие виды поведения приводят к четырем основным метаболическим/физиологическим изменениям в организме: повышению кровяного давления, избыточной массе тела/ожирению, гипергликемии является повышенное кровяное давление (на которое приходится 13% случаев смерти в мире), далее идет употребление табака (9%), повышенное содержание глюкозы в крови (6%), отсутствие физической активности (6%) и избыточная масса тела и ожирение (5%) (13).

В данной главе рассматриваются две группы факторов риска — поведенческие факторы риска и соответствующие метаболические/физиологические факторы риска в соответствии с их относительным вкладом в общую глобальную смертность. В конце данного раздела приводится описание дополнительных поддающихся изменению факторов риска, имеющих потенциально высокое влияние на бремя онкологических заболеваний.

Большинство НИЗ имеют сильные причинные связи с четырьмя поведенческими факторами риска: употребление табака, недостаточная физическая активность, нездоровое питание и вредное употребление алкоголя.

Если не принять серьезных мер, то, согласно прогнозу, к 2030 г. ежегодное число случаев смерти, связанных с употреблением табака, составит 8 миллионов, или 10% всех случаев смерти.

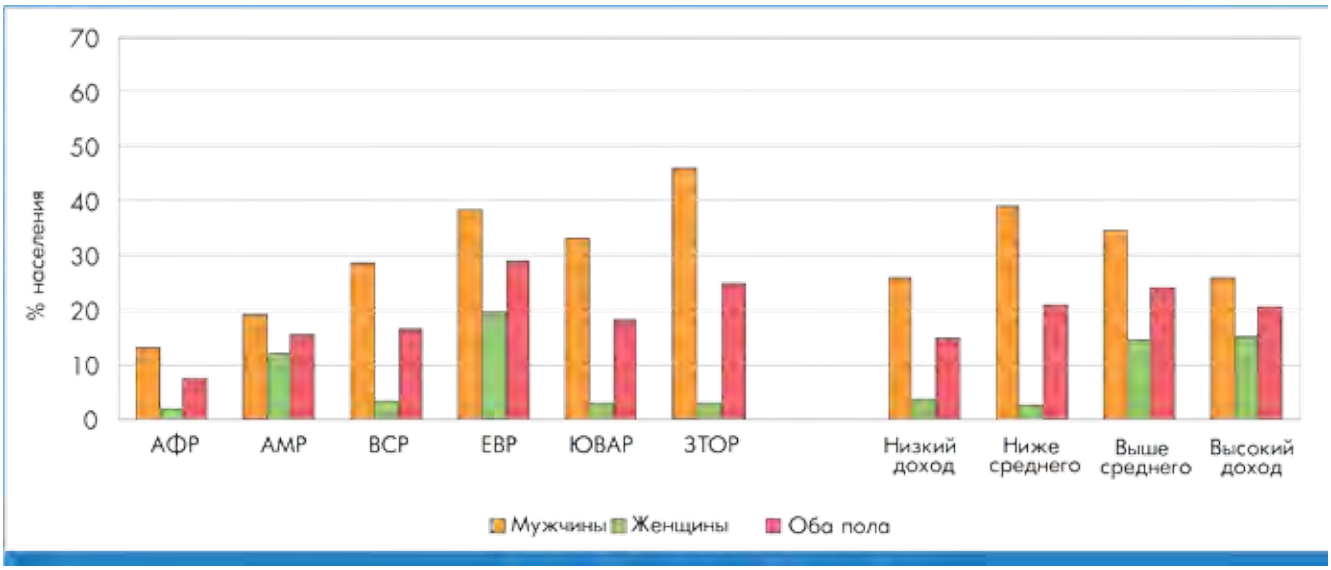
Поддающиеся изменению поведенческие факторы риска

Употребление табака

Употребление и воздействие табака происходит как в бездымной форме, так и в форме курения. Бездымный табак употребляется без сжигания для жевания или вдыхания; такой табак содержит ряд канцерогенных компонентов. Употребление бездымного табака связано с раком ротовой полости, гипертензией, болезнью сердца и другими состояниями. Курительный табак, самая распространенная форма употребления табака в мире, содержит более 4000 химических веществ, о 50-и из которых известно, что они являются канцерогенными.

Сейчас в мире насчитывается около одного миллиарда курильщиков. Изготавливаемые промышленным способом сигареты представляют собой основную форму курительного табака. Согласно оценкам, в настоящее время выкуривается около 6 триллионов сигарет ежегодно (14). Помимо сигарет, табак употребляется и в других формах, особенно в Азии, Африке, на Ближнем Востоке, и в меньшей степени в странах Европейского и Американского регионов. Данные об употреблении этих дополнительных форм курительного табака труднодоступны, однако в любом случае являются значительными. В одной только Индии ежегодно выкуривается около 700 миллиардов «биди» (скрученных вручную сигарет без фильтра).

Рисунок 9. Стандартизованная по возрасту распространенность ежедневного курения среди взрослых в возрасте 15 лет и старше по регионам ВОЗ и по уровню дохода стран согласно классификации Всемирного Банка, сопоставимые оценки, 2008 г.



Риск для здоровья возникает не только от непосредственного употребления табака, но и от пассивного употребления (15). Ежегодно от употребления и воздействия табака в мире умирают почти 6 миллионов человек, что составляет 6% всех случаев смерти женщин и 12% всех случаев смерти мужчин в мире (13). Из всех этих случаев смерти несколько более 600 000 относятся к некурящим людям, подвергавшимся воздействию вторичного табачного дыма (16), и более 5 миллионов — непосредственно к употреблению табака (как дымного, так и бездымного) (13, 16). Ожидается, что к 2020 г. ежегодное количество случаев смерти, связанных с употреблением табака, увеличится до 7,5 миллионов (17), что составит 10% от всех случаев смерти в этом году. По оценкам, курение станет причиной 71% всех смертей от рака легких, 42% — от хронических респираторных болезней и почти 10% — от сердечно-сосудистых заболеваний. Курение также является важным фактором риска развития инфекционных заболеваний, таких как туберкулез и инфекции нижних дыхательных путей (18).

По состоянию на 2008 г. распространенность ежедневного курения табака значительно варьировалась во всех шести регионах ВОЗ (Рисунок 9). Самая высокая распространенность курения — почти 29% — оценивается в Европейском регионе, а самая низкая — 8% — в Африканском регионе. Распространенность курения среди мужчин была самой высокой в регионе Западной части Тихого океана (46%), а среди женщин — в странах Европейского региона (20%).

Во всех регионах мужчины курят больше, чем женщины. Самая высокая разница в количестве выкуриваемых сигарет в день отмечена в регионе Западной части Тихого океана, где мужчины выкуривают сигарет в день в 15 раз больше, чем женщины; далее по убывающей идет регион Юго-Восточной Азии, где мужчины курят в 10 раз больше, чем женщины. Наименьшая разница между мужчинами и женщинами зарегистрирована в регионе стран Америки, где мужчины курят в 1,5 раза больше, чем женщины.

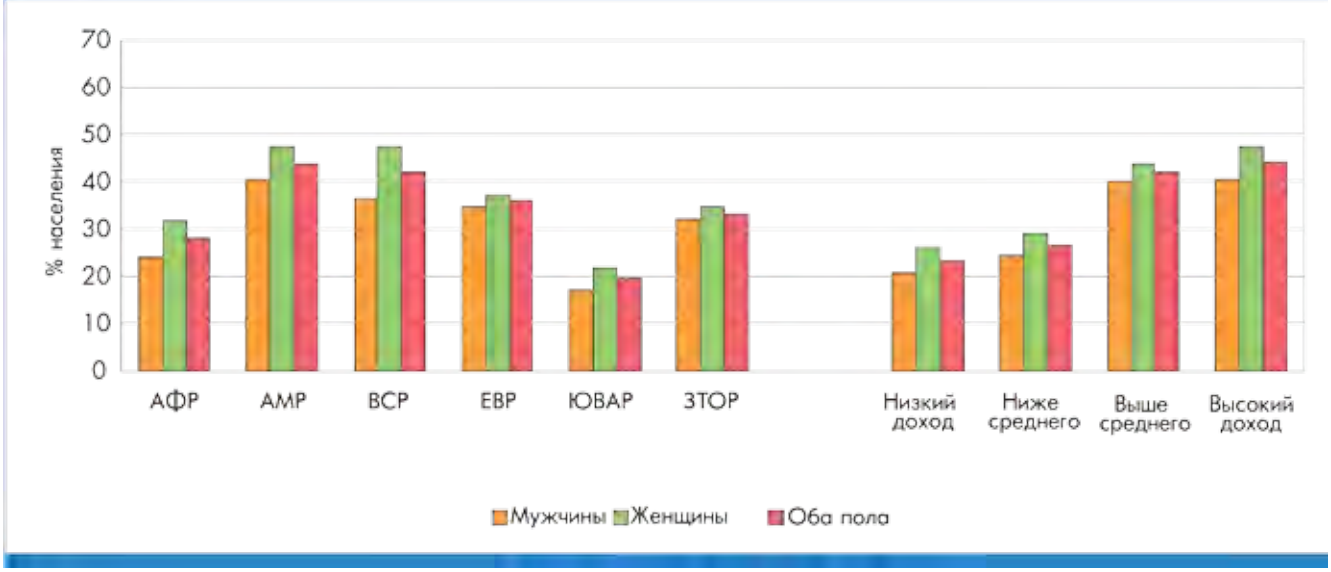
Среди мужчин самая высокая распространенность курения отмечалась в странах с уровнем дохода ниже среднего. Далее распространенность снижается по мере роста дохода. Среди женщин относительно высокая распространенность курения (около 15%) зарегистрирована в странах с уровнем дохода выше среднего и странах с высоким уровнем дохода, а в странах с низким уровнем дохода и странах с доходом ниже среднего этот уровень почти в пять раз ниже (между 2% и 4%).

Недостаточная физическая активность

Ежегодно около 3,2 миллиона случаев смерти относятся к недостаточной физической активности

Недостаточная физическая активность является четвертым ведущим фактором риска смерти в мире (13). Ежегодно недостаточная физическая активность является причиной около 3,2 миллиона смертей и 32,1 миллиона DALY (что составляет около 2,1% общего числа DALY в мире) (13).[5] У людей с недостаточной физической активностью риск наступления смерти от любых причин повышается на 20–30%, по сравнению с теми, кто в течение как минимум 30 минут в течение большинства дней в неделю занимается физической активностью умеренной интенсивности (19).

Рисунок 10. Стандартизованная по возрасту распространенность недостаточной физической активности среди взрослого населения 15 лет и старше с распределением по регионам ВОЗ и группам стран по уровню доходов, сопоставимые оценки, 2008 г.



По оценкам, еженедельная умеренная физическая активность в течение 150 минут (или ее эквивалент) снижает риск развития ишемической болезни сердца приблизительно на 30%, риск диабета — на 27%, а риск рака молочной железы и колоректорального рака — на 21–25% (13, 19). Кроме этого, физическая активность сокращает риск инсульта, гипертензии и депрессии. Физическая активность является ключевым фактором, определяющим расходование энергии и, следовательно, имеет важнейшее значение для контроля энергетического баланса и массы тела (19).

По данным 2008 года 31% всего взрослого населения в мире в возрасте 15 лет или старше имели недостаточную физическую активность (28% мужчин и 34% женщин). Самая высокая распространенность недостаточной физической активности наблюдалась в регионах ВОЗ для стран Америки и стран Восточного Средиземноморья. В обоих этих регионах ВОЗ почти 50% женщин являются недостаточно физически активными, а показатели для мужчин составили 40%

[5] Недостаточная физическая активность определяется как умеренная активность менее пяти раз в неделю в течение 30 минут или интенсивная активность менее трех раз в неделю в течение 20 минут, или же эквивалентная им.

в странах Америки и 36% в странах Восточного Средиземноморья. Самая низкая распространенность недостаточной физической активности зарегистрирована в странах Юго-Восточной Азии (15% для мужчин и 19% для женщин).

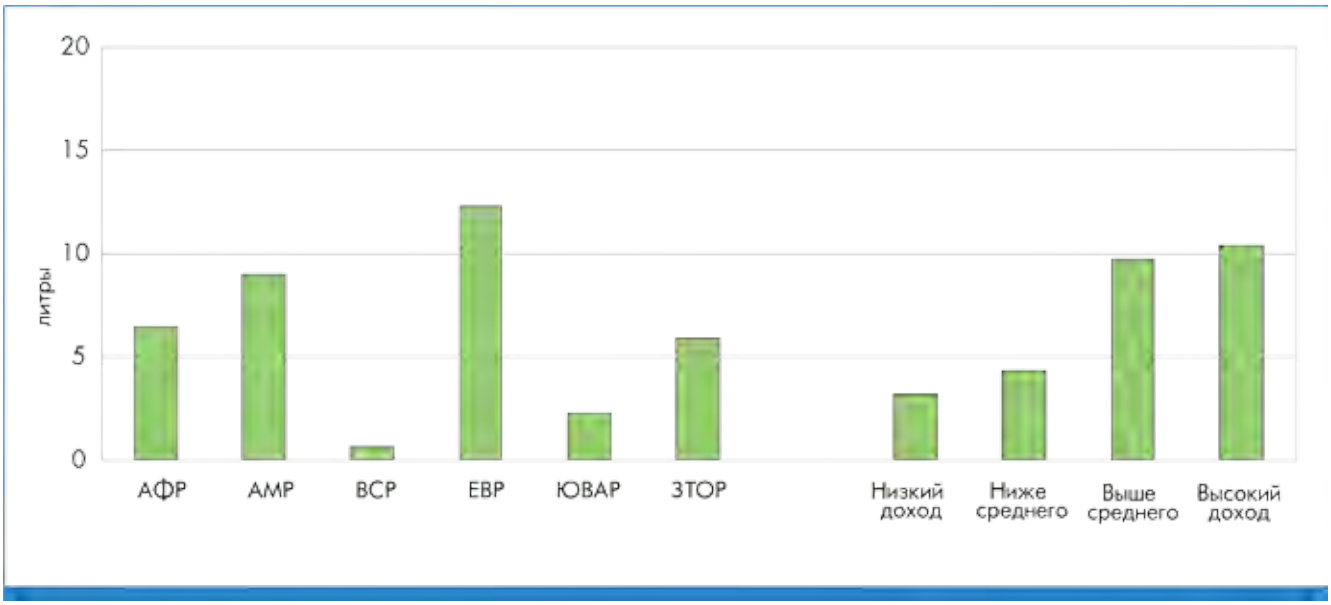
Во всех регионах ВОЗ мужчины физически более активны, чем женщины. Самая высокая разница между полами отмечается в регионе Восточного Средиземноморья (Рисунок 10). Это также справедливо практически для каждой отдельной страны.

Распространенность недостаточной физической активности увеличивается по мере роста уровня дохода страны. В странах с высоким уровнем дохода она почти в два раза выше, чем в странах с низким уровнем дохода, причем как для мужчин, так и для женщин. В странах с высоким уровнем дохода 41% мужчин и 48% женщин испытывают дефицит физической активности по сравнению с 18% мужчин и 21% женщин в странах с низким уровнем дохода. Практически каждая вторая женщина в странах с высоким уровнем дохода страдает недостаточной физической активностью (Рисунок 10). Объяснением таким данным может служить увеличение физической активности, связанной с работой и транспортом, среди мужчин и женщин в странах с низким уровнем дохода и странах с уровнем дохода ниже среднего. Рост автоматизации производства и других аспектов жизни в странах с высоким уровнем дохода является потенциальным фактором, определяющим недостаточную физическую активность.

Вредное употребление алкоголя

Вредное употребление алкоголя является основным фактором риска преждевременной смерти и инвалидности в мире (13). В 2004 году от опасного и вредного употребления алкоголя умерли 2,3 миллиона человек во всем мире (2), что составляет 3,8% от всех случаев смерти в мире. Более половины этих смертей произошли в результате НИЗ, включая онкологические заболевания, сердечно-сосудистые заболевания и цирроз печени. По оценкам, 4,5% глобального бремени болезней (измеренного в DALY) вызвано вредным употреблением алкоголя. Онкологические заболевания, сердечно-сосудистые заболевания и цирроз печени составляют четверть от этого бремени.

Рисунок 11. Общее потребление чистого алкоголя на душу населения (в литрах) взрослыми (15 лет и старше) для обоих полов по регионам ВОЗ и уровню дохода стран, согласно классификации Всемирного Банка, сопоставимые оценки, 2008 г.



Существует прямая зависимость между высоким уровнем употребления алкоголя и увеличением риска развития некоторых видов рака, заболеваний печени и сердечно-сосудистых заболеваний. Взаимосвязь между употреблением алкоголя и ишемической болезнью сердца и нарушениями мозгового кровообращения носит комплексный характер и зависит как от количества, так и структуры употребления.

Согласно некоторым эпидемиологическим данным, собранным, в основном, в странах с высоким уровнем дохода, структуры употребления алкоголя, связанные с небольшим риском, могут оказывать даже положительный эффект на исходы некоторых заболеваний и в некоторых группах населения (20–23), но такой эффект, как правило, пропадает, если употребление алкоголя характеризуется эпизодическими запоями (24, 45).

Хотя употребление алкоголя является частью культуры многих народов, согласно оценкам, 45% взрослого населения во всем мире никогда не употребляли алкоголь. Среди женщин эта доля составляет 55% (26).

В мире наблюдается значительный разброс в уровнях потребления алкоголя (Рисунок 11). В среднем, в 2008 году на душу взрослого населения в мире приходилось 6,0 литров чистого алкоголя. Самый высокий уровень потребления алкоголя на душу взрослого населения отмечался в Европейском регионе (12,2 литра), а самый низкий уровень — в регионе Восточного Средиземноморья (0,6 литра).

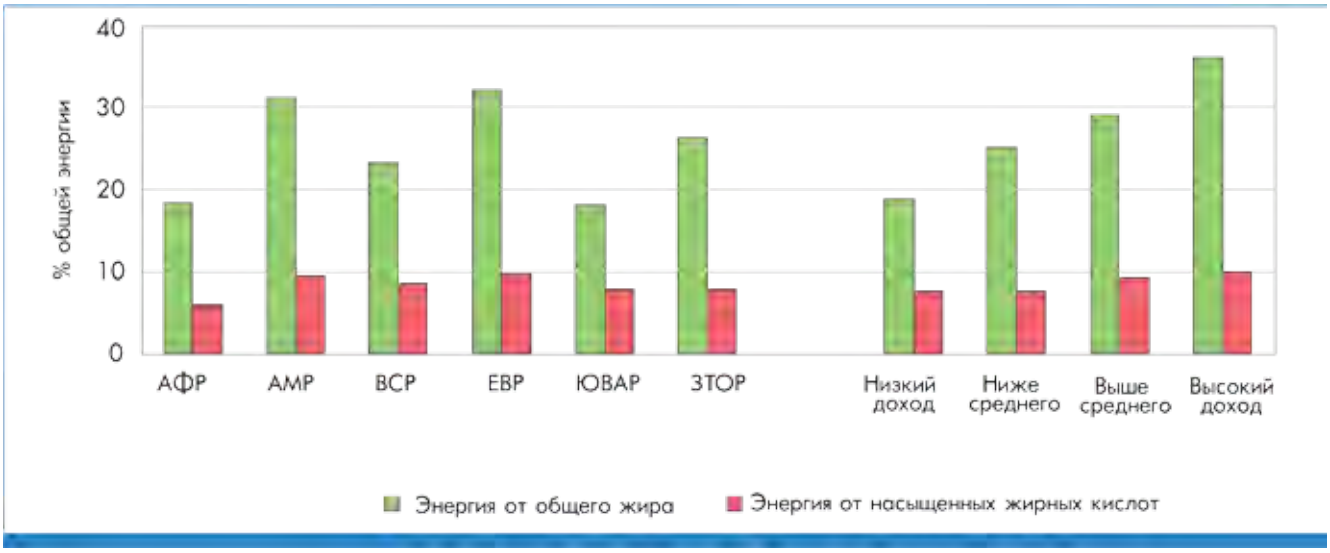
В целом, в странах с более высоким уровнем дохода показатель воздержания от алкоголя на душу населения ниже, а уровень потребления алкоголя выше. Так, потребление на душу населения (около 10 литров) в странах с уровнем дохода выше среднего и в странах с высоким уровнем дохода был более чем в два раза выше уровня потребления алкоголя в странах с низким уровнем дохода и странах с уровнем дохода ниже среднего (около 3–4 литров).

Нездоровое питание

Согласование различных источников и видов данных для получения общих оценок распространенности нездорового питания является невозможным. По этой причине оценки конкретных элементов нездорового питания представляются в данном разделе по отдельности. Согласно оценке Всемирного фонда исследований рака, 27%–39% основных видов рака можно предотвратить посредством изменения питания, повышения физической активности и улучшения композиционного состава организма (27).

Около 16 миллионов DALY (1,0%) и 1,7 миллиона смертей (2,8%) во всем мире обусловлены низким потреблением фруктов и овощей (13, 28). Достаточное количество фруктов и овощей в рационе питания снижает риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, рака желудка и колоректорального рака (29, 30). Существуют убедительные данные в пользу того, что значительное потребление высококалорийных продуктов, таких, как обработанные продукты с высоким содержанием жиров и сахаров, способствует развитию ожирения по сравнению с употреблением низкокалорийной пищи, такой как фрукты и овощи (28).

Рисунок 12. Содержание общего жира и насыщенных жирных кислот (в % от общей энергии, поступающей из пищевого рациона) по регионам ВОЗ и по уровню дохода стран согласно классификации Всемирного Банка, 2005-2007 г.[6]



[6] Источник: Продовольственная и сельскохозяйственная организация (ФАО). *Продовольственные балансовые таблицы*.

Количество потребляемой соли в рационе питания является важным детерминантом уровня кровяного давления и общего риска развития сердечно-сосудистых осложнений (31).

Для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний ВОЗ рекомендует употреблять не более 5 граммов соли в день на человека (32). Однако данные из разных стран показывают, что большинство групп населения потребляют соли гораздо больше, чем эта цифра (33).

Предполагается, что снижение потребления соли с нынешнего глобального уровня в 9–12 граммов в день до рекомендованного уровня в 5 граммов в день будет в значительной степени способствовать понижению кровяного давления и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (34).

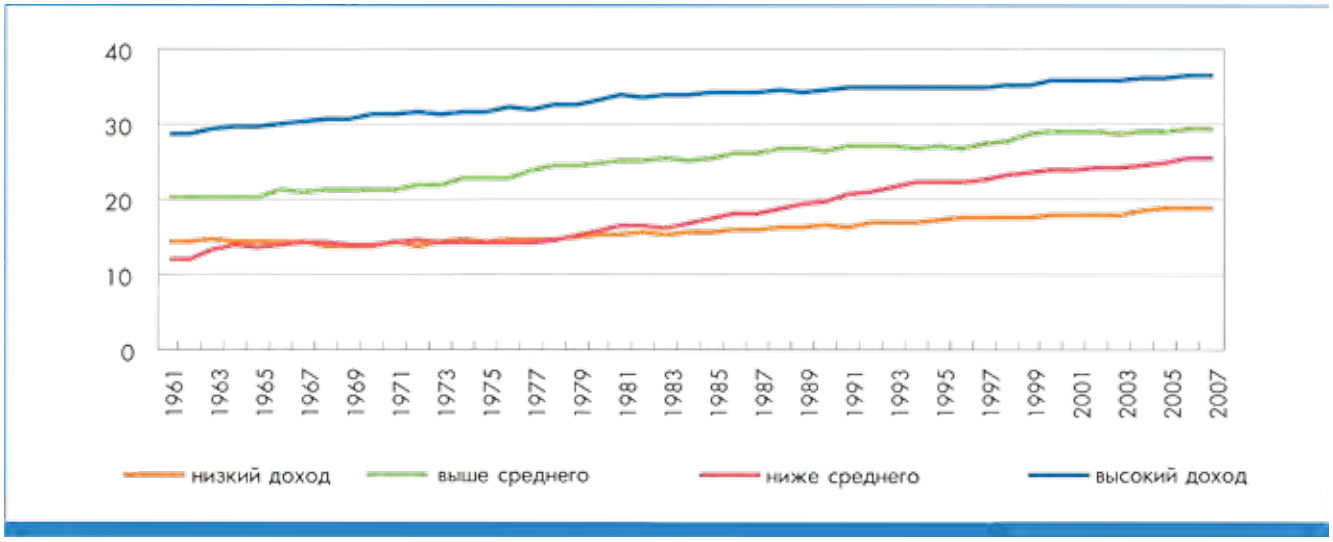
На сегодняшний день существуют убедительные данные, что насыщенные жиры и трансжиры повышают риск развития ишемической болезни сердца, а их замена в рационе питания на мононасыщенные и полиненасыщенные жиры снижает этот риск (35). Также существуют данные в поддержку того, что риск развития диабета 2-го типа прямо связан с потреблением насыщенных жиров и трансжиров и имеет обратную связь с полиненасыщенными жирами из растительных источников (36, 37).

В отсутствие сравнимых данных об индивидуальных пищевых рационах во всем мире использовалась информация о доступности продуктов питания из национальных Продовольственных балансовых таблиц (38). Однако эта информация может не точно отражать фактическое потребление и ее следует рассматривать только как справочную.

Общее количество жиров, потребляемых человеком, значительно различается между регионами мира (Рисунок 12). Самые низкие количества потребляемых жиров зарегистрированы в регионе Юго-Восточной Азии, а самые высокие — в Европейском регионе. Что касается потребления насыщенных жирных кислот (НЖК), то самые низкие показатели зарегистрированы в Африканском регионе, а самые высокие — в Европейском регионе и регионе стран Америки с очень высокими значениями на некоторых островах Тихого океана. На энергию, получаемую из НЖК, обычно приходится одна треть всей энергии, получаемой из жиров с заметным исключением региона Юго-Восточной Азии, где на НЖК приходится 40% общего потребления жиров.

Общее содержание жиров в рационе питания увеличивается по мере роста дохода населения, а потребление насыщенных жиров составляет около 8% в странах с низким уровнем дохода и странах с уровнем дохода ниже среднего и 10% в странах с доходом выше среднего и в странах с высоким уровнем дохода.

Рисунок 13. Процентная доля энергии, получаемой за счет жиров (1961-2007 гг.) по уровню дохода стран согласно классификации Всемирного Банка, 2008 г.[7]



[7] Источник: Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций (ФАО). *Продовольственные балансовые таблицы.*

На Рисунке 13 показана тенденция в изменении содержания жиров в рационе питания за последние 40 лет по группам стран, классифицированным Всемирным Банком по уровню дохода. Наблюдается устойчивый рост, а особенно быстрый рост отмечается начиная с восьмидесятых годов двадцатого столетия в странах с уровнем дохода ниже среднего.

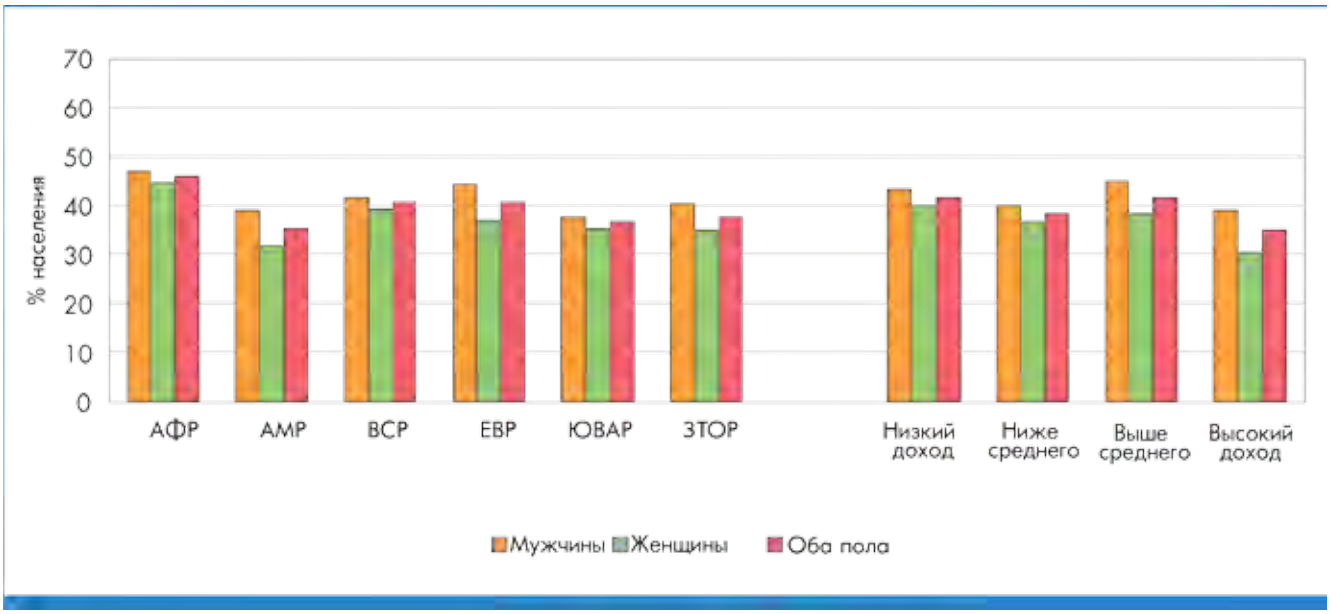
Что касается рака, то пищевые контаминанты, а также компоненты рациона питания в некоторых регионах являются огромной проблемой. Примером могут служить широко распространенные естественно образующиеся афлатоксины, которые содержатся в зернах и орехах, при попадании в организм вызывают рак печени (39). По оценкам, афлатоксины являются причиной 5%-28% всех случаев гепатоцеллюлярной карциномы (40). Еще одним таким примером является связь между развитием назофарингеальной карциномы и употреблением соленой по-китайски рыбы (41).

Метаболические/физиологические факторы риска

Повышенный уровень артериального давления

Согласно оценкам, во всем мире от повышенного кровяного давления[8] умирают 7,5 миллиона человек, что составляет около 12,8% всех случаев смерти в год (13). Оно также является причиной 57 миллионов DALY, или 3,7% общего количества DALY. Повышенное кровяное давление является основным фактором риска развития ишемической болезни сердца, а также ишемического и геморрагического инсультов (27). По имеющимся данным, уровни кровяного давления положительно и последовательно связаны с риском инсульта и ишемической болезни сердца (ИБС) (42). Для некоторых возрастных групп риск сердечно-сосудистых заболеваний при повышении давления на каждые 20/10 мм рт. ст. возрастает вдвое начиная с такого низкого уровня как 115/75 мм рт. ст. (43). В дополнение к ИБС и инсультам осложнения, вызываемые повышенным кровяным давлением, включают: сердечную недостаточность, болезнь периферических кровеносных сосудов, почечную недостаточность, кровоизлияние в сетчатку глаза и нарушение зрения (44). Лечение для понижения систолического и диастолического давления до 140/90 мм рт.ст. и ниже связано с уменьшением риска развития сердечно-сосудистых осложнений (33).

Рисунок 14. Стандартизованная по возрасту распространенность повышенного кровяного давления среди взрослых в возрасте 25 лет и старше по регионам ВОЗ и по уровню дохода стран согласно классификации Всемирного Банка, сопоставимые оценки, 2008 г.



Во всем мире общая распространенность повышенного кровяного давления среди взрослых в возрасте 25 лет и старше в 2008 году составляла около 40% (Рисунок 14). Доля населения в мире с высоким кровяным давлением или с неконтролируемой гипертензией в период с 1980

[8] Повышенное кровяное давление определяется при значениях систолического давления ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолического давления ≥ 90 мм рт. ст. или при приеме лекарственных средств, понижающих кровяное давление.

по 2008 гг. незначительно сократилась. Тем не менее, в связи с увеличением численности и старения населения число лиц, страдающих гипертензией, выросло с 600 миллионов в 1980 году до почти одного миллиарда в 2008 году (45).

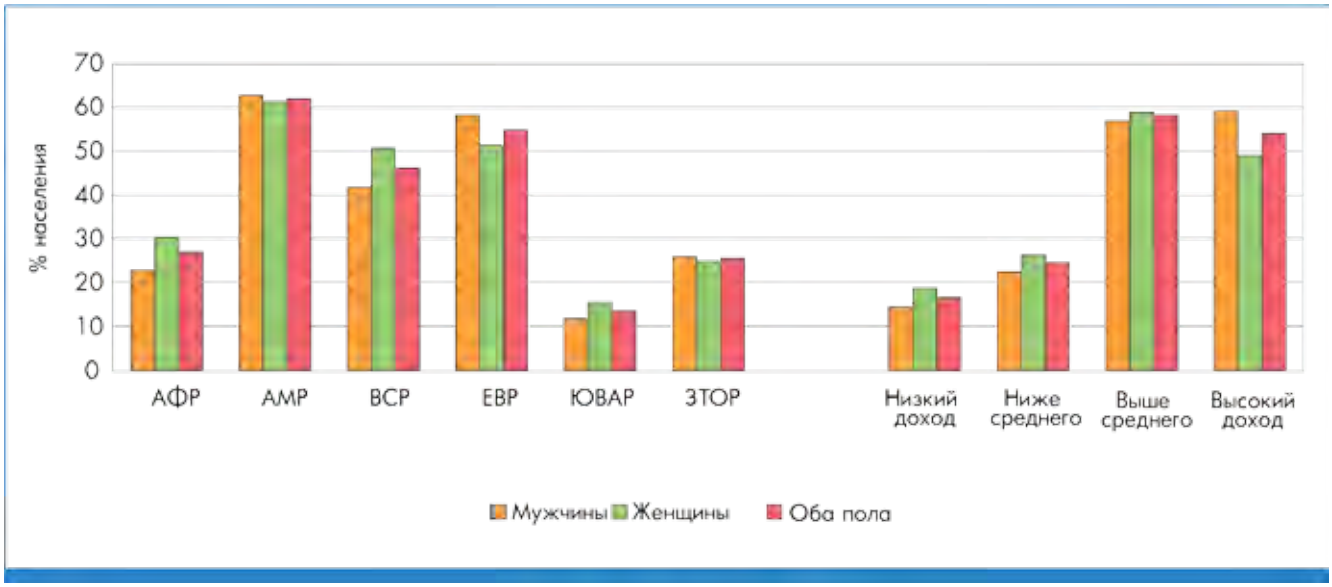
Самая высокая распространенность повышенного кровяного давления отмечалась в странах Африканского региона, составляя совокупно 46% для мужчин и женщин. Самая низкая распространенность зарегистрирована в Американском регионе с 35% для обоих полов. В этом регионе распространенность среди мужчин была немного выше, чем среди женщин (39% и 32% соответственно). Во всех регионах ВОЗ распространенность повышенного кровяного давления среди мужчин была несколько выше по сравнению с женщинами, но статистически значимой эта разница была только для региона стран Америки и Европейского региона.

В отношении групп стран, классифицированных по уровню дохода, распространенность повышенного кровяного давления была стабильно высокой, причем в странах с низким уровнем дохода, с уровнем дохода ниже и выше среднего распространенность составляла около 40% для обоих полов. Распространенность в странах с высоким уровнем дохода была ниже — 35% для обоих полов.

Избыточная масса тела и ожирение

Ежегодно по причине избыточной массы тела[9] (включая ожирение[10]) в мире умирает 2,8 миллиона человек и, согласно оценкам, избыточная масса тела или ожирение являются причиной 35,8 миллиона (2,3%) DALY в мире (13). Избыточная масса тела и ожирение приводят к негативным метаболическим последствиям для кровяного давления, уровня холестерина, триглицеридов и резистентности к инсулину. Риск развития ишемической болезни сердца, ишемического инсульта и диабета 2-го типа повышается пропорционально увеличению индекса массы тела (ИМТ) — отношения веса к росту (46). Увеличение ИМТ также повышает риск развития рака молочной железы, колоректорального рака, эндометриоза, рака почек, рака пищевода (аденокарцинома) и рака поджелудочной железы (27, 46). Коэффициенты смертности повышаются с увеличением избыточной массы тела, измеренной с помощью ИМТ. Для достижения оптимального здоровья средний ИМТ для взрослых людей должен находится в диапазоне 21–23 кг/м2, тогда как целью для отдельных людей должно стать поддержание ИМТ в диапазоне 18,5–24,9 кг/м2. При ИМТ в диапазоне 25,0–29,9 кг/м2 наблюдается повышенный риск заболеваемости, а при ИМТ более 30 кг/м2 риск заболеваемости повышается от умеренного к высокому (47).

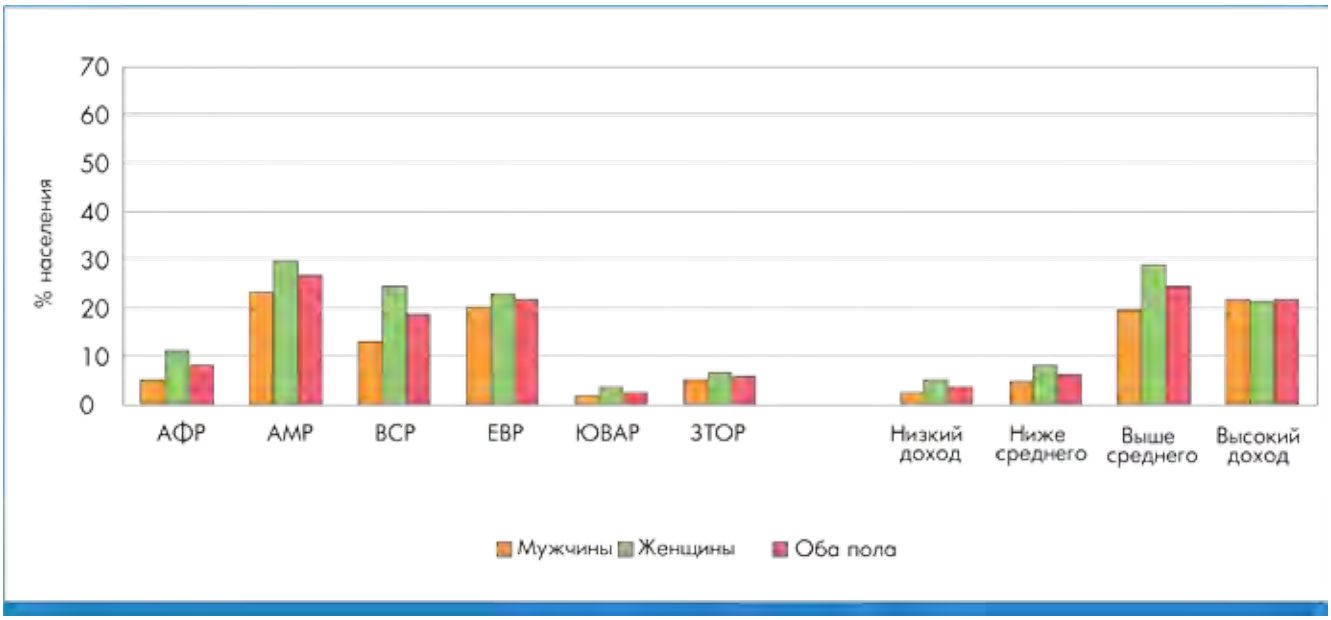
Рисунок 15. Стандартизованная по возрасту распространенность избыточной массы тела среди взрослых в возрасте 20 лет и старше по регионам ВОЗ и по уровню дохода стран согласно классификации Всемирного Банка, сопоставимые оценки, 2008 г.



[9] Избыточная масса тела определяется как ИМТ ≥ 25 кг/м^2

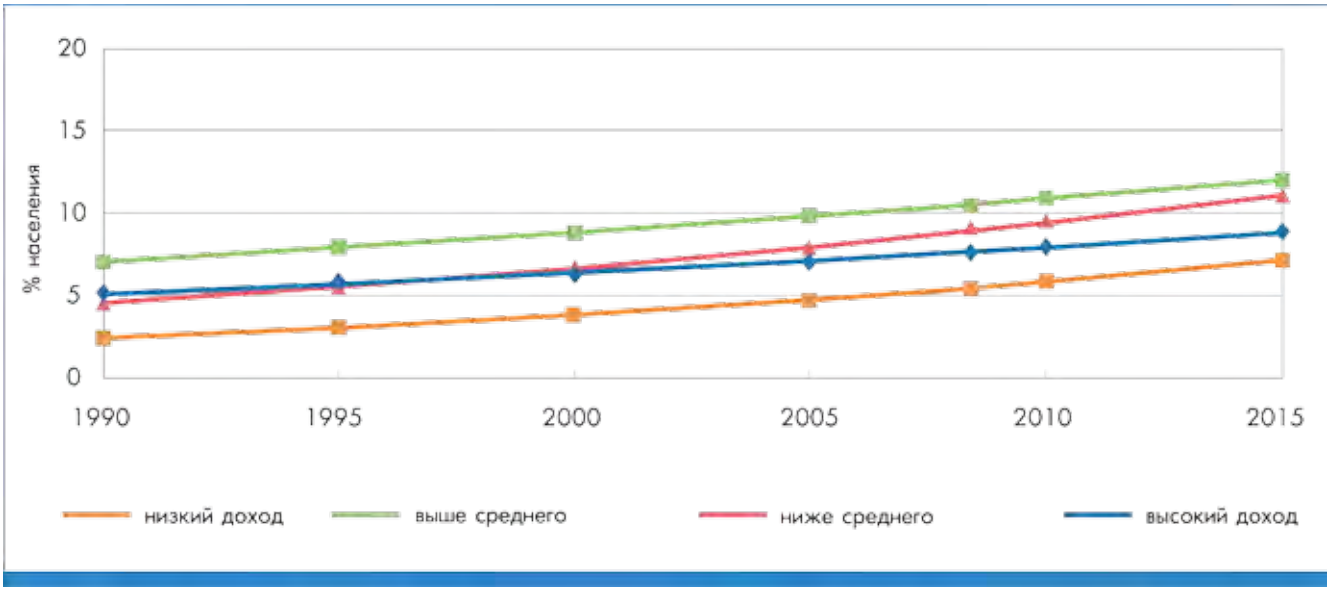
[10] Ожирение определяется как ИМТ ≥ 30 кг/м^2

Рисунок 16. Стандартизованная по возрасту распространенность ожирения среди взрослых в возрасте 20 лет и старше с распределением по регионам ВОЗ и по уровню дохода стран согласно классификации Всемирного Банка, сопоставимые оценки, 2008 г.



В 2008 избыточная масса тела была зарегистрирована у 35% взрослых в возрасте 20 лет и старше (ИМТ ≥ 25 кг/м2) (34% мужчин и 35% женщин). За период с 1980 г. по 2008 г. распространенность ожирения в мире выросла практически вдвое. В 2008 10% женщин и 14% мужчин во всем мире страдали ожирением (ИМТ ≥ 30кг/м2) по сравнению с 5% мужчин и 8% женщин в 1980 году. Согласно оценкам, в 2008 году 205 миллионов мужчин и 297 миллионов женщин старше 20 лет страдали ожирением, что составляет в совокупности более половины миллиарда взрослых в мире (48).

Рисунок 17. Тенденции распространенности избыточной массы тела среди детей грудного и раннего возраста в период с 1990 г. по 2015 г. по уровню дохода стран согласно классификации Всемирного Банка



Самая высокая распространенность ожирения и избыточной массы тела была зарегистрирована в Американском регионе ВОЗ (62% мужчин и женщин имели избыточную массу тела, 26% — страдали ожирением). Самая низкая распространенность наблюдалась в регионе Юго-Восточной Азии (14% мужчин и женщин имели избыточную массу тела, и 3% — страдали ожирением) (Рисунки 15 и 16). В Европейском регионе ВОЗ, в Восточном Средиземноморье и Американском регионе более 50% женщин имели избыточную массу тела. Практически по-

ловина всех женщин с избыточной массой тела в этих трех регионах страдали ожирением (23% женщин в Европейском регионе, 24% женщин в регионе Восточного Средиземноморья, 29% женщин в Американском регионе ВОЗ). Во всех регионах ВОЗ ожирение наблюдается чаще среди женщин, чем мужчин. В Африканском регионе, регионе Юго-Восточной Азии и регионе Восточного Средиземноморья распространенность ожирения среди женщин практически вдвое превышает распространенность среди мужчин.

Распространенность повышенного ИМТ растет по мере увеличения дохода в стране, вплоть до уровней дохода выше среднего. Распространенность избыточной массы тела в странах с высоким уровнем дохода и уровнем дохода выше среднего более чем в два раза превышала аналогичные показатели в странах с низким уровнем дохода и уровнем дохода ниже среднего. Что касается ожирения, то разница между группами составляет более чем три раза — от 7% в странах с уровнем дохода ниже среднего для обоих полов до 24% в странах с уровнем дохода выше среднего. Женщины страдают от ожирения значительно чаще, чем мужчины, за исключением стран с высоким уровнем дохода, где распространенность ожирения среди мужчин и женщин одинаковая. В странах с низким уровнем дохода и уровнем дохода ниже среднего распространенность ожирения среди женщин была практически вдвое выше, чем среди мужчин.

Самое быстрое увеличение числа случаев избыточной массы тела среди детей грудного и раннего возраста произошло в странах с уровнем дохода ниже среднего

Распространенность ожирения неодинакова в разных социально-экономических группах внутри отдельных стран. В странах с высоким уровнем дохода в течение нескольких десятилетий наблюдалась обратная зависимость между социально-экономическим статусом и ожирением среди женщин (49). Результаты более недавнего исследования, проведенного в Европейском союзе (50), в частности, в Нидерландах (51), Испании (52), Швеции (53) и Соединенном Королевстве (54) показали наличие обратной зависимости между уровнем образования и либо избыточным весом, либо ожирением, как среди мужчин, так и женщин. В отличие от этого, в странах со средним и низким уровнем дохода наблюдалась прямая зависимость между социально-экономическим статусом и ожирением среди мужчин, женщин и детей.

Оценки избыточной массы тела у детей грудного и раннего возраста во всем мире за 2008 г. показывают, что 40 миллионов (или 6%) детей дошкольного возраста имели более высокое отношение веса к росту более чем на два стандартных отклонения от медианы среднеквадратического отклонения ВОЗ для роста ребенка.

Самая высокая распространенность избыточной массы тела среди детей грудного и раннего возраста отмечена в странах с уровнем дохода выше среднего, а самый высокий темп роста случаев избыточной массы тела — в группе стран с уровнем дохода ниже среднего (Рисунок 17). В странах с низким уровнем дохода наблюдалась самая низкая распространенность избыточной массы тела, но она увеличивалась постепенно во всех группах стран, классифицированных по доходу. Повышение дохода ассоциируется с ростом распространенности избыточной массы тела среди детей грудного и раннего возраста. В странах с высоким уровнем дохода, таких как Соединенное Королевство и Соединенные Штаты Америки, чем ниже социально-экономический статус, тем выше распространенность ожирения (55, 56).

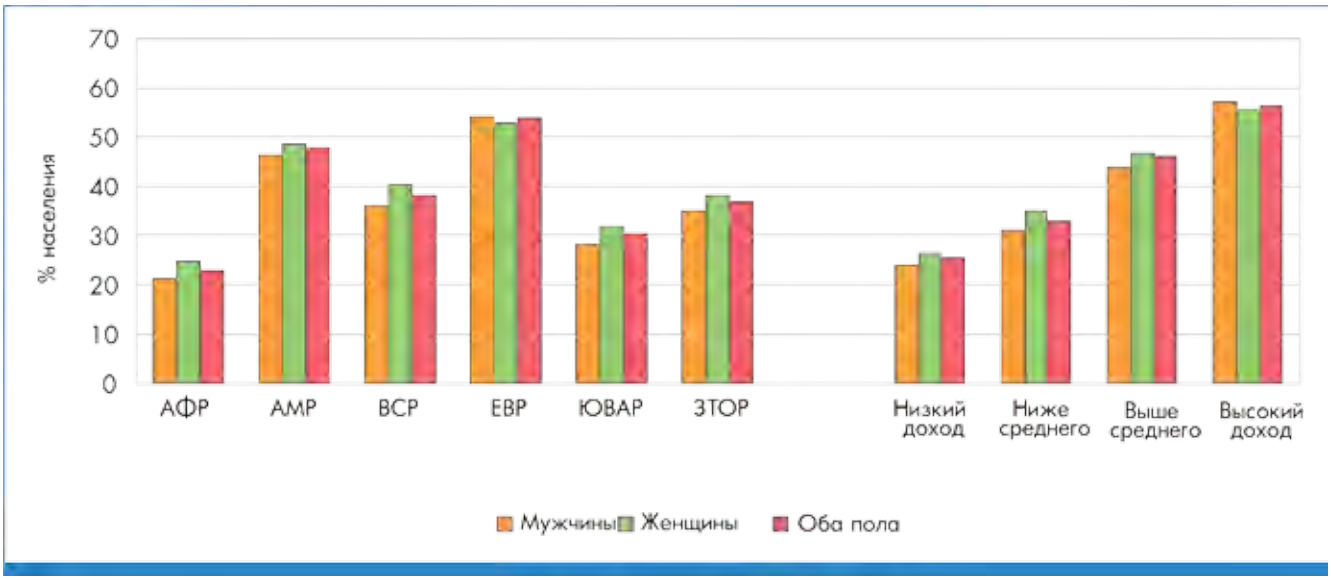
Повышенный уровень холестерина

Повышенные уровни холестерина в крови[11] увеличивают риск развития болезни сердца и инсульта (57). Во всем мире треть всех случаев ишемической болезни сердца обусловлены высоким содержанием холестерина. По приблизительным оценкам в общей сложности 2,6 миллиона смертей (4,5% от общей смертности) и 29,7 миллиона DALY (или 2,0% общего количества DALY) вызваны повышенным содержанием холестерина в крови. Повышенный уровень общего холестерина является основной причиной бремени болезней, как в развитых странах, так и в развивающихся странах, являясь фактором риска развития ишемической болезни сердца и инсульта (36). Например, отмечено, что снижение уровня холестерина в сыворотке крови у мужчин старше 40 лет на 10% вдвое сокращает риск развития болезни сердца в течение пяти лет; такое же снижение у мужчин старше 70 лет сокращает на 20% риск развития болезни сердца в течение последующих 5 лет жизни (58).

[11] Повышенным уровнем холестерина в этих оценках считается уровень в 5,0 ммоль/л или 190 мг/дл или выше.

В 2008 году распространенность повышенного уровня общего холестерина среди взрослого населения в мире составляла 39% (37% для мужчин и 40% для женщин). За период с 1980 по 2008 гг. во всем мире средние значения общего содержания холестерина несколько изменились, снижаясь менее, чем на 0,1 ммоль/л за десятилетие среди мужчин и женщин (59). Самая высокая распространенность повышенного уровня общего холестерина была в Европейском регионе ВОЗ (54% для обоих полов) и Американском регионе ВОЗ (48% для обоих полов). Самая низкая распространенность отмечалась в Африканском регионе ВОЗ и регионе ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии (23% и 30% соответственно).

Рисунок 18. Стандартизованная по возрасту распространенность повышенного содержания общего холестерина среди взрослых в возрасте 25 лет и старше по регионам ВОЗ и по уровню дохода стран согласно классификации Всемирного Банка, сопоставимые оценки, 2008 г.



Распространенность повышенного общего холестерина заметно увеличивается по мере роста дохода страны (Рисунок 18). В странах с низким уровнем дохода повышенный уровень общего холестерина отмечен приблизительно у четверти взрослого населения; в странах с уровнем дохода ниже среднего повышенный уровень общего холестерина наблюдался уже практически у трети всего населения обоих полов. В странах с высоким уровнем дохода более половины взрослого населения имели повышенные уровни общего холестерина, что более чем в два раза превышает распространенность в странах с низким уровнем дохода.

Дополнительные поддающиеся изменению факторы риска развития рака

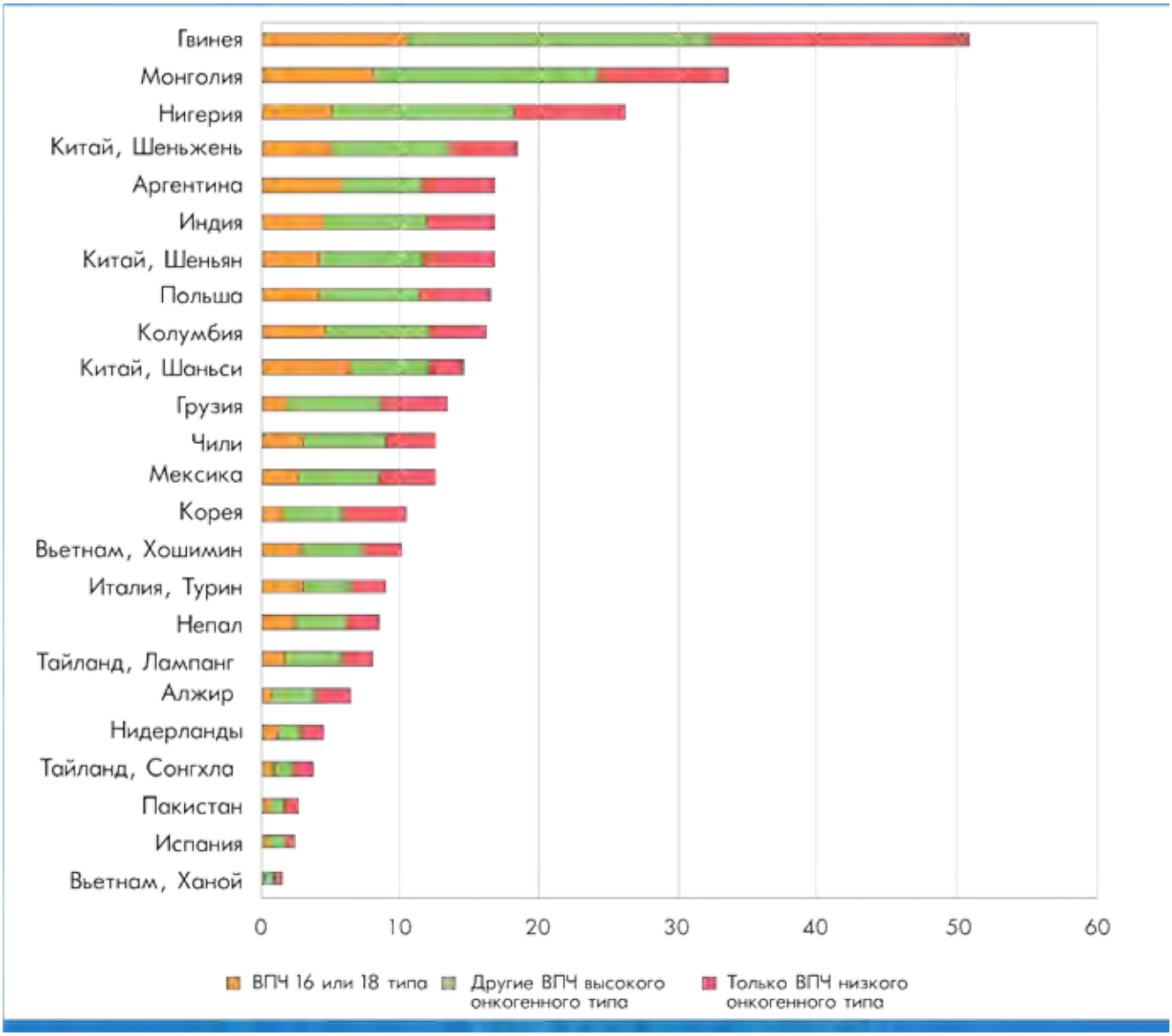
Общие факторы риска НИЗ, описанные выше, в значительной степени относятся и к профилактике рака легких и других локализаций рака (курение), а также как рака молочной железы, так и колоректорального рака (нездоровое питание, избыточная масса тела и недостаточная физическая активность).

Среди четырех локализаций рака, заболеваемость которыми и смертность от которых в странах с низким уровнем дохода и уровнем дохода ниже среднего является более высокой, чем в странах с высоким уровнем дохода (шейка матки, печень, желудок и пищевод), все, за исключением рака пищевода, вызываются в основном хроническими инфекциями (60). По скромным подсчетам около 2 миллионов случаев рака в год (18% глобального бремени онкологических заболеваний) вызываются несколькими специфическими хроническими инфекциями (4). Доля таких заболеваний, обусловленных специфическими инфекциями, значительно выше в странах с низким уровнем дохода (26%) по сравнению со странами с высоким уровнем дохода (8%), что делает профилактику или искоренение этих инфекций приоритетным направлением действий с целью сокращения неравенства в заболеваемости раком среди бедных и богатых. Основными возбудителями инфекций, каждый из которых является причиной около 5% всех случаев рака в мире, являются: вирус папилломы человека (ВПЧ), который в 100% случаев является причиной рака шейки матки и в большинстве случаев — причиной аногенитальных злокачествен-

ных новообразований среди мужчин и женщин вместе взятых и также является причиной от 20% до 60% всех случаев рака ротовой части глотки в зависимости от групп населения; вирус гепатита B (HBV) и гепатита C (HCV), которые являются причиной первичного рака печени в 50% и 85% случаев в странах с высоким уровнем дохода и странах с низким уровнем дохода соответственно; и Helicobacter pylori — бактерии, являющейся причиной экстракардиальных карцином желудка как минимум в 80% случаев (4, 61–63).

К примеру, распространенность папилломавирусной инфекции шейки матки высокого онкогенного типа в разных группах населения значительно варьируется, сильно напоминая географическое распределение распространенности соответствующего вида рака. Так, согласно данным популяционного исследования Международного агентства по изучению рака, уровень распространенности папилломавирусной инфекции шейки матки среди женщин различается более чем в 10 раз: от менее чем 3% до более чем 25% в некоторых местах (64) (Рисунок 19). Распространенность гепатита C колеблется в еще более широком диапазоне. Случаи инфицирования гепатитом C в странах с высоким уровнем дохода были значительно сокращены, где основная эпидемия пришлась на прошлые десятилетия (например, Италия и Япония), но во многих странах с низким уровнем дохода (например, Египет, Монголия и Пакистан) этого достичь не удалось, и высокие показатели инфецирования гепатитом C обусловлены небезопасным переливанием крови или совместным использованием зараженных игл.

Рисунок 19. Распространенность папилломавирусной инфекции среди сексуально-активных женщин 15-59 лет, (1995-2009)



Широкий спектр канцерогенных факторов окружающей среды, включающий загрязнение окружающей среды, вредные условия работы и радиацию, вносят значительный вклад в общее бремя онкологических заболеваний (65), однако часто влияние этих факторов можно минимизировать при незначительных затратах.

Известными примерами канцерогенных факторов окружающей среды являются: асбест, бензол, загрязнение воздуха внутри и снаружи помещения и такие загрязняющие вещества как мышьяк. Ионизирующая радиация повышает риск развития целого ряда видов рака (66, 67). Согласно оценкам, проведение рентгеновского обследования увеличило на 0,5%–3% общее бремя онкологических заболеваний в странах с высоким уровнем дохода (68). Высокий риск воздействия радона наблюдается среди шахтеров, а воздействие радона внутри помещения стало причиной около 2% случаев смерти от рака в Европе (69). Защита от солнечной радиации и использование средств защиты от ультрафиолета являются эффективной профилактикой рака для людей со светлой кожей.

Около 50 используемых в промышленности веществ и условий, связанных с воздействием на производстве, представляют для человека канцерогенную опасность (65). Например, 5% всех случаев рака в Великобритании обусловлены профессиональной деятельностью (70); этот процент, вероятно, будет выше в странах с менее строгими стандартами охраны труда и меньшим вниманием к производственной гигиене, а также в странах, в которых используется детский труд.

Заключение

НИЗ являются основными причинами смерти во всем мире. Сильное влияние на развитие НИЗ оказывают четыре основных поведенческих фактора риска: употребление табака, недостаточная физическая активность, вредное употребление алкоголя и нездоровое питание, приводящие к повышенным уровням кровяного давления, сахара и холестерина в крови, а также к избыточной массе тела.

Стандартизованная по возрасту смертность от НИЗ обычно выше в странах с низким уровнем дохода. Практически половина всех смертей от НИЗ в странах с низким уровнем дохода и уровнем дохода ниже среднего регистрируется в возрасте до 70 лет, а 30% смертей — в возрасте до 60 лет, что чревато потенциальными серьезными последствиями для производительности труда и социально-экономического развития.

Рак представляет собой особенно сложное заболевание с локализациями, варьирующимися географически в зависимости от распространенности и уровней факторов риска. Важное значение имеют дополнительные причинные факторы, которые более распространены в странах с низким уровнем дохода, особенно некоторые хронические инфекции, а также вредное воздействие окружающей среды и производственные риски.

Распространенность факторов риска меняется в зависимости от группы по уровню дохода, а разброс показателей зависит от факторов риска и пола. В странах с высоким, средним и низким уровнем дохода отмечается различное распределение рисков.

Повышенное кровяное давление значительно шире распространено в странах с низким уровнем дохода.

Некоторые основные факторы риска значительно распространены или становятся более распространенными в странах со средним уровнем дохода. Эти факторы включают употребление табака мужчинами; самый высокий уровень употребления табака среди мужчин зарегистрирован в странах с уровнем дохода ниже среднего в регионе Западной части Тихого океана и Европейском регионе. Самая высокая распространенность избыточного веса и ожирения среди взрослого населения наблюдается в странах с уровнем дохода выше среднего. Хотя самые высокие показатели недостаточной физической активности отмечены в странах с высоким уровнем дохода, распространенность недостаточной физической активности среди женщин в странах со средним уровнем дохода растет и уже достигла распространенности среди мужчин в странах с высоким уровнем дохода.

Распространенность некоторых факторов риска самая высокая в странах с высоким уровнем дохода. Эти факторы риска включают: потребление алкоголя на душу взрослого населения, недостаточную физическую активность среди женщин, общее потребление жиров и повышенное содержание общего холестерина.

В предстоящие десятилетия ожидается значительный рост числа случаев смерти от НИЗ. Однако есть некоторые причины для сдержанного оптимизма. В странах Западной Европы, Северной Америки и в некоторых частях Латинской Америки достигнут значительный прогресс в сокращении смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. В целом, распространенность курения и повышенного кровяного давления в этих странах снижается. Дальнейший прогресс в сокращении употребления табака, соли и жиров, а также вредного употребления алкоголя и в увеличении физической активности может значительно сократить или ослабить распространенность НИЗ.

Основные положения

- Неинфекционные заболевания сегодня являются самой крупной причиной смерти в мире.
- Шестьдесят три процента всех случаев смерти в 2008 г. (36 миллионов человек) вызваны НИЗ.
- Почти 80% этих случаев смерти произошли в странах с низким и средним уровнем дохода, где отмечается самая высокая доля смертности от НИЗ в возрасте до 70 лет.
- В будущем ожидается значительный рост распространенности и смертности от НИЗ, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода, в связи с ростом численности и старения населения наряду с экономическим переходом и происходящими в результате этого изменениями в поведенческих, профессиональных и экологических факторах риска.
- Уже сейчас НИЗ диспропорционально поражают страны с низким и средним уровнем дохода. Согласно текущим прогнозам, к 2020 году самый высокий рост смертности от НИЗ произойдет в Африке и других странах с низким и средним уровнем дохода.

Ссылки

1) Alwan A et al. Monitoring and surveillance of chronic noncommunicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *The Lancet*, 2010, 376:1861–1868.
2) *Глобальное бремя болезней: Обновленная информация 2004 г.,* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 г.
3) *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors.* Geneva, World Health Organization, 2004.
4) Parkin DM. The global health burden of infection-associated cancers in the year 2002. *International Journal of Cancer*, 2006; 118:3030–3044.
5) Ferlay J et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *International Journal of Cancer*, 2010, 127:2893–2917.
6) *Cancer incidence and mortality worldwide:* Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2011 (IARC CancerBase No.10).
7) 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, 164:2147–2155.
8) 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.
9) Icks A et al. Incidence of lower-limb amputations in the diabetic compared to the non-diabetic population. Findings from nationwide insurance data, Germany, 2005-2007. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*, 2009, 117:500–504.
10) Resnikoff S et al. Global data on visual impairment in the year 2002. *Bulletin of the World Health Organization,* 2004, 82:844.
11) Zhang P et al. Global healthcare expenditure on diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 2010, 87:293–301.
12) Jeon CY, Murray MB. *Diabetes mellitus* increases the risk of active tuberculosis: a systematic review of 13 observational studies. PLoS Medicine, 2008, 5:e152.
13) *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva,* World Health Organization, 2009.

14) Shafey O et al. *The tobacco atlas*, 3rd ed. Atlanta, GA, American Cancer Society, 2009.

15) *Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke.* Geneva, World Health Organization, 2010.

16) Mattias Oberg et al. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *The Lancet*, 2011, 377:139-146.

17) Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3:e442.

18) Line H et al. Tobacco smoke, indoor air pollution and tuberculosis: a systematic review and metaanalysis. *PLoS Medicine*, 2007, 4:e20.

19) *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva, World Health Organization, 2010.

20) Corrao G et al. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive Medicine*, 2004, 38:613–619.

21) Mukamal KJ et al. Alcohol consumption and cardiovascular mortality among US adults, 1987 to 2020. *Journal of the American College of Cardiology*, 2010, 55:1328–1335.

22) Rehm J et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*, 2010, 105:817–843.

23) Ronksley PE et al. Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 2011, 342:d671.

24) Bagnardi V et al. Does drinking pattern modify the effect of alcohol on the risk of coronary heart disease? Evidence from a meta-analysis. *Journal of Epidemiology Community Health*, 2008, 62:615–619.

25) 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.

26) *Global status report on alcohol and health*. Geneva, World Health Organization, 2011.

27) *Policy and action for cancer prevention. Food, nutrition, and physical activity: a global perspective.* Washington, DC, World cancer research fund/american institute for cancer research, 2009.

28) *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation.* Geneva, World Health Organization, 2003.

29) Bazzano LA, Serdula MK, Liu S. Dietary intake of fruits and vegetables and risk of cardiovascular disease. *Current Atherosclerosis Reports*, 2003, 5:492–499.

30) Riboli E, Norat T. Epidemiologic evidence of the protective effect of fruit and vegetables on cancer risk. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2003, 78(Suppl.):559S–569S.

31) *Creating an enabling environment for population-based salt reduction strategies: report of a joint technical meeting held by WHO and the Food Standards Agency, United Kingdom.* Geneva, World Health Organization, 2010.

32) *Prevention of cardiovascular disease: pocket guidelines for assessment and management of cardiovascular risk.* Geneva, World Health Organization, 2007.

33) Brown IJ et al. Salt intakes around the world: implications for public health. *International Journal of Epidemiology*, 2009, 38:791–813.

34) 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.

35) Hu FB et al. Dietary fat intake and the risk of coronary heart disease in women. *New England Journal of Medicine*, 1997, 337:1491–1499.

36) Meyer KA et al. Dietary fat and incidence of type 2 diabetes in older Iowa women. *Diabetes Care*, 2001, 24:1528–1535.

37) Salmeron J et al. Dietary fat intake and risk of type 2 diabetes in women. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2001, 73:1019–1026.

38) FAOSTATS. Rome, Food and Agriculture Organization (FAO) of the United Nations, 2011.

39) Wild CP, Gong YY. Mycotoxins and human disease: a largely ignored global health issue. *Carcinogenesis*, 2010, 31:71–82.

40) Liu Y, Wu F. Global burden of aflatoxin-induced hepatocellular carcinoma: a risk assessment. *Environmental Health Perspectives*, 2010, 118:818–824.

41) Jia WH et al. Traditional Cantonese diet and nasopharyngeal carcinoma risk: a large-scale case-control study in Guangdong, China. *Biomed Central Cancer*, 2010, 10:446.

42) Whitworth JA. World Health Organization/International Society of Hypertension statement on management of hypertension. *Journal of Hypertension*, 2003, 21:1983–1992.

43) Chobanian AV et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*, 2003, 289:2560–2572.

44) Williams B et al. British Hypertension Society guidelines for hypertension management (BHS-IV): summary. *BMJ*, 2004, 328:634–640.

45) 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 5·4 million participants. *The Lancet*, 2011; 377(9765):568–577.

46) *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2002 г.: Уменьшение риска, содействие здоровому образу жизни.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2002 г.

47) *Ожирение: профилактика и преодоление глобальной эпидемии: доклад консультации ВОЗ.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2000 г. (Серия технических докладов ВОЗ, 894).

48) 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. *The Lancet*, 2011; 337(9765):557–567.

49) Sobal J, Stunkard AJ. Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Psychological Bulletin*, 1989, 105:260–275.

50) Martinez JA et al. Variables independently associated with self-reported obesity in the European Union. *Public Health Nutrition*, 1999, 2:125–133.

51) van Lenthe FJ et al. Investigating explanations of socioeconomic inequalities in health: the Dutch GLOBE study. *European Journal of Public Health*, 2004, 14:63–70.

52) Gutierrez-Fisac JL et al. The size of obesity differences associated with educational level in Spain, 1987 and 1995/97. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56:457–460.

53) Sundquist J, Johansson SE. The influence of socioeconomic status, ethnicity and lifestyle on body mass index in a longitudinal study. *International Journal of Epidemiology*, 1998, 27:57–63.

54) *Obesity: third report of session 2003–2004. Volume 1: Report, together with formal minutes*. London, House of Commons, 2004. (Document HC 23-1).

55) 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.

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) Ezzati M et al. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *The Lancet*, 2002, 360:1347–1360.

58) Law MR, Wald NJ, Thompson SG. By how much and how quickly does reduction in serum cholesterol concentration lower risk of ischaemic heart disease? *British Medical Journal*, 1994, 308:367–372.

59) 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. *The Lancet*, 2011, 337(9765):578–586.

60) Bouvard V et al. on behalf of the WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group. Special report: Policy. A review of human carcinogens—part B: Biological agents. *The Lancet Oncology*, 2009, 10:321–322.

61) *Hepatitis viruses*. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 1994.

62) *Human papillomaviruses*. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2007

63) *Schistosomes, liver flukes and helicobacter pylori*. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 1994.

64) Franceschi S. *Gaps in knowledge and needed research directions [abstract]*. EUROGIN Congress, 2010.

65) Cogliano V et al. Preventable causes of human cancers. *Journal of National Cancer Institute* (submitted for publication).

66) *A review of human carcinogens. Part D: Radiation*. Lyon, International Agency for Research on Cancer (in press).

67) UNSCEAR 2000 *Report to the General Assembly on the effects of atomic radiation, with scientific annexes Volume I*: SOURCES. Vienna, United Nations Scientific Committee, 2000.

68) Berrington De González A, Darby S. Risk of cancer from diagnostic X-rays: estimates for the UK and 14 other countries. *The Lancet*, 2004, 363: 345–351.

69) Darby S et al. Radon in homes and risk of lung cancer: collaborative analysis of individual data from 13 European case-control studies. *BMJ*, 2005, 330(7485):223.

70) Rushton L et al. Occupation and cancer in Britain. British Journal of Cancer, 2010, 102:1428–1437.

Глава 2

НИЗ и развитие

Неинфекционные заболевания имеют потенциально серьезные социально-экономические последствия, являясь причиной обнищания семей и отдельных людей, а также замедления социального и экономического развития. В настоящей главе рассматриваются взаимосвязи между НИЗ и социально-экономическими условиями. В ней показывается, что распределение и воздействие НИЗ и их факторов риска является крайне несправедливым и налагает диспропорционально тяжелое бремя на страны с низким и средним уровнем дохода. Бедность тесно связана с НИЗ, поэтому предполагается, что быстрое увеличение масштабов этих проблем здоровья будет препятствовать осуществлению инициатив, направленных на сокращение бедности, в странах и общинах с низким уровнем дохода. И наконец, в этой главе приводятся доводы в пользу того, что расширение глобальных усилий по профилактике НИЗ и борьбе с ними поможет ускорить достижение Целей тысячелетия в области развития (ЦТР), поставленных Организацией Объединенных Наций.

Бедность тесно связана с НИЗ, и предполагается, что быстрое увеличение их распространенности будет препятствовать инициативам по сокращению бедности в странах с низким уровнем дохода.

Считавшиеся ранее заболеваниями богатых, в настоящее время НИЗ являются основной причиной смертности в странах с низким и средним уровнем дохода. Как уже ранее упоминалось, почти 30% смертей от НИЗ в странах с низким уровнем дохода регистрируются в возрасте до 60 лет, по сравнению с 13% в странах с высоким уровнем дохода. Без целенаправленных и последовательных мер такая несправедливость в отношении здоровья, вероятно, будет только усиливаться, приводя к еще более серьезным индивидуальным, социальным и экономическим последствиям. НИЗ напрямую связаны с развитием и социально-экономическим ростом, поражая как богатых, так и бедных людей, но более сильно воздействуя на здоровье и создавая другие последствия для бедных слоев населения во всех странах.

Справедливость, социальные детерминанты и НИЗ

Структурные детерминанты и условия повседневной жизни составляют социальные детерминанты здоровья и являются принципиально важными для объяснения причин и преодоления несправедливостей в отношении здоровья. Как и в отношении других приоритетных вопросов здравоохранения, преобладающие социально-экономические условия влияют на степень уязвимости к НИЗ и их последствиям, а также на соответствующие меры, направленные на результаты медико-санитарной помощи и последствия для здоровья (1).

Быстрый рост бремени НИЗ в развивающихся странах обусловлен не только старением населения; рост происходит под воздействием негативных последствий глобализации, таких, как несправедливая торговля и безответственный маркетинг, стихийная урбанизация и растущее распространение сидячего образа жизни. Люди в развивающихся странах употребляют в пищу высококалорийные продукты. На рост НИЗ влияют многие факторы, включая употребление и широкую доступность табака, доступную цену и агрессивную рекламу продуктов питания с высоким содержанием соли, жиров и сахара. Значительная часть глобального маркетинга направлена на детей, подростков и женщин в развивающихся странах, рекламируя табакокурение и потребление продуктов «быстрого питания» и алкоголя. Стремительная стихийная урбанизация также меняет образ жизни людей, подвергая их большему воздействию общих факторов риска.

Усугубление проблемы НИЗ среди городского населения происходит за счет изменения рациона питания и снижения физической активности, воздействия загрязняющих воздух веществ (включая курение) и злоупотребления алкоголем. Не в состоянии контролировать столь бурный рост, многие государства не могут в должной мере обеспечить непрерывно растущие потребности своего населения в инфраструктуре и услугах, и как результат снижается возможность защиты населения такими мерами, как законодательство по табаку, нормативные требования поэтапного сокращения содержания трансжиров в продуктах питания, меры защиты от вредного употребления алкоголя и городское планирование, стимулирующее активный образ жизни.

Уязвимые и социально незащищенные слои населения заболевают и умирают в более молодом возрасте по сравнению с людьми, занимающими более высокое социальное положение.

Как следствие, состояние здоровья уязвимых и социально незащищенных групп населения ухудшается, а смерть наступает в более молодом возрасте, чем в группах населения более высокого социального положения. Факторы, определяющие социальное положение, включают образование, профессию, доход, пол и этническую принадлежность (2).

Существуют убедительные доказательства в отношении связи между бедностью и более низкой ожидаемой продолжительностью жизни, а также в отношении зависимости между основными составляющими социальных детерминант (особенно образованием) и уровнями распространенности НИЗ: люди с более низким социально-экономическим статусом, живут намного хуже во всех странах, вне зависимости от уровня развития страны.

Например, в Сингапуре было выявлено, что распространенность недостаточной физической активности, ежедневного курения и регулярного употребления алкоголя стабильно выше среди мужчин и женщин с самым низким уровнем образования (3). В Соединенных Штатах Америки дополнительные четыре года образования ассоциируются со снижением риска сердечно-сосудистых заболеваний и диабета (4). В Австралии заболеваемость раком значительно выше среди рабочих, а в Испании метаболический синдром наблюдается чаще среди женщин-рабочих по сравнению с женщинами-служащими (5, 6). В Австралии и Голландии диабет чаще встречается у иммигрантов (7, 8), а в Канаде у последних выше смертность от ишемической болезни сердца (9). В Финляндии потребление насыщенных жиров повышается по мере сокращения личного дохода (10).

Аналогичным образом обстоит дело в странах с низким и средним уровнем дохода; результаты растущего числа исследований показывают связь между НИЗ и определенными социальными детерминантами, особенно образованием и уровнем дохода.

В Китае более низкий уровень образования и проживание в городе напрямую связаны с повышенным риском развития диабета (11). Результаты недавно проведенного в Индии исследования подтвердили, что употребление табака, повышенное кровяное давление и отсутствие физической активности более распространены среди людей с низким уровнем образования (12). Во Вьетнаме снизилась смертность от сердечно-сосудистых заболеваний среди образованных людей по сравнению с людьми без школьного образования; аналогичная ситуация наблюдается в отношении вредного употребления алкоголя в Непале (13, 14). В Южной Африке смертность от НИЗ выше среди бедного городского населения (15). В Бангладеш и Индии больше всего курящих среди бедного населения (16, 17). Жители бедных общин в Южной Африке более подвержены воздействию различных факторов риска НИЗ, включая пассивное курение, чрезмерное употребление алкоголя и загрязнение воздуха внутри помещений, и чаще страдают астмой (18). В Бразилии распространенность ожирения выше среди женщин с низким уровнем дохода (19).

Фактические данные показывают, что с самого начала жизни бедные люди более уязвимы для НИЗ и затем подвергаются воздействию дополнительных факторов риска в течение всей жизни. Недостаток питания в утробе матери и низкая масса тела при рождении, что особенно часто встречается среди населения с низким уровнем дохода, повышают последующий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и диабета. Существуют фактические данные, указывающие на связь между социально-экономическим статусом человека в детстве и развитием диабета 2-го типа и ожирения в более зрелом возрасте (20). Как следствие, вероятность преждевременной смерти от НИЗ у бедных выше. Комиссия ВОЗ по социальным детерминантам здоровья сделала очень важный призыв к тому, чтобы ликвидировать неравенства в отношении здоровья в течение жизни одного поколения (2). Для реализации этого призыва необходимы целенаправленные исследования, последовательная политика и многосекторальные партнерства, как для расширения базы фактических данных, так и для внедрения мер, уже доказавших свою эффективность в борьбе с НИЗ и их факторами риска.

Экономический ущерб, наносимый НИЗ

Помимо тесной взаимосвязи между бедностью и НИЗ, большое значение также имеют экономические последствия НИЗ. Проведенное Всемирным банком качественное обследование 60 000 бедных женщин и мужчин в 60 странах показало, что болезни и травмы являются наиболее частым пусковым механизмом нисходящей социальной мобильности (21).

На уровне домашнего хозяйства нездоровые виды поведения, плохое физическое состояние и высокие затраты на медицинскую помощь при НИЗ ведут к потере семейного дохода. Часто люди попадают в опасный цикл, при котором бедность и НИЗ непрерывно усиливают друг друга.

Несмотря на то, что измерение экономических последствий НИЗ остается довольно сложной и недостаточно развитой областью, известно, что экономические последствия неизменно сильнее поражают страны и семьи с низким и средним уровнем дохода, поскольку они располагают наименьшими финансовыми запасами, чтобы выдержать экономические последствия НИЗ.

В *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г.* (22) говорится, что ежегодно 100 миллионов человек опускаются за черту бедности из-за необходимости платить за медицинские услуги из своего кармана; в некоторых странах обнищание ежегодно может затрагивать до 5% всего населения. Финансовые трудности наблюдаются не только в странах с низким и средним уровнем дохода: почти 4 миллиона человек в шести странах ОЭСР (Греция, Венгрия, Мексика, Польша, Португалия и Республика Корея) сообщили о различных видах финансовых трудностей, вызванных выплатами на медицинскую помощь. В Докладе указывается, что прямые выплаты наличными в большинстве стран с низким и средним уровнем дохода до сих пор составляют более 50% всех связанных со здоровьем затрат.

В странах с низкой обеспеченностью ресурсами лечение сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета или хронических заболеваний легких может быстро истощить все финансовые запасы семьи, приводя ее к обнищанию. НИЗ усиливают социальное неравенство, поскольку большинство затрат на медицинскую помощь в странах с низким и средним уровнем дохода являются частными и оплачиваются из кармана пациента. Такие затраты больше всего тяготят тех, кто меньше всего может их себе позволить, еще больше повышая риск обнищания.

Ежегодно около 150 миллионов людей переживают финансовую катастрофу и около 100 миллионов человек опускаются ниже черты бедности из-за затрат на медицинскую помощь. Более 90% этих людей проживают в странах с низким уровнем дохода.

Рисунок 1. Бедность способствует НИЗ, а НИЗ способствует бедности

Если в семье заболевает или умирает основной получатель дохода, НИЗ могут привести к значительному сокращению затрат на питание и образование, продаже имущества семьи и потере возможности заботиться о детях и инвестировать в их будущее. Если основным получателем дохода в семье является мужчина, для вдовы утрата кормильца или бремя заботы о нетрудоспособном инвалиде становятся прямой дорогой к бедности. Высокий уровень инвалидности по причине НИЗ является характерным бременем для женщин и детей.

В некоторых странах самая высокая распространенность факторов риска НИЗ наблюдается среди беднейших семей, что негативно влияет на доход семьи. Данные из Непала показывают, что бедное население тратит 10% своего дохода на сигареты (23). В Индии риск наложения

ареста и распродажи имущества из-за долгов был значительно выше среди госпитализированных пациентов, являющихся курильщиками (24). Алкоголь зачастую является значительной статьей расхода в семейном бюджете: среднестатистическая румынская семья тратит на алкоголь 11% своего дохода, а зимбабвийская — 7%. (25). Однако за средними национальными показателями не виден финансовый ущерб для семей с пьющими её членами: так, в Нью-Дели семья, в которой муж регулярно пьет, тратит на алкоголь 24% своего бюджета по сравнению с 2%, которые тратит семья, где нет пьющих членов (25). Исследования с участием бедного городского населения в Шри-Ланке показали, что 30% семей употребляли алкоголь и тратили на него более 30% своего бюджета (25).

Часто НИЗ и их факторы риска не дают людям возможности работать или искать работу, лишая семью дохода. Недавний анализ Всемирного экономического форума показал, что в таких странах, как Бразилия, Китай, Индия и Российская Федерация, в настоящее время ежегодные потери продуктивных лет жизни по причине НИЗ составляют более 20 миллионов лет (26). В Российской Федерации из-за НИЗ и травм на каждого занятого в среднем теряется 10 дней в году (27). В Индии ежегодные потери дохода, связанные с НИЗ, складывающиеся из дней нетрудоспособности больных и по уходу за больным, составили в 2004 году 23 миллиарда долларов США (0,7% ВВП). В Провинции Тайвань, Китай, вероятность вхождения в состав трудовых ресурсов сократилась на 27% по причине сердечно-сосудистых заболеваний и на 19% — из-за диабета (28). Исследования в Китае показали, что употребление табака повышает риск невыхода на работу по состоянию здоровья от 32% до 56% (29, 30).

Финансовая катастрофа, обусловленная проблемами здоровья, может произойти в странах, находящихся на любой стадии развития. Однако наиболее остро эта проблема стоит в странах с низким и средним уровнем дохода (31, 32).

Проведенные в Индии исследования показали, что значительный вклад в обнищание вносится высокими личными расходами пациентов на медицинскую помощь и лечение НИЗ (33, 34). По оценкам, в 2004 году от 1,4 до 2 миллионов индусов понесли катастрофические финансовые расходы; от 600 000 до 800 000 людей оказались за чертой бедности по причине затрат на помощь при сердечно-сосудистых заболеваниях и раке (34). Результаты другого исследования также показывают, что каждая четвертая семья, проживающая в беднейших странах мира, берет деньги в долг или продает свое имущество, чтобы оплатить расходы на медицинскую помощь (35).

Хронический характер НИЗ и прогнозируемый рост распространенности означают, что экономический ущерб в течение многих лет будет кумулятивно возрастать. На основе данных, полученных многоотраслевой группой в ходе Исследования для измерения уровня жизни в Российской Федерации (1997–2004), выявлена связь между НИЗ и более высокими уровнями долгосрочных расходов домашних хозяйств на медицинскую помощь в Российской Федерации, особенно среди более бедных домашних хозяйств (36).

Расходы на лечение НИЗ создают значительное бремя для бюджета домашнего хозяйства. Обзор цен на лекарственные препараты в двух многострановых исследованиях показал, что в государственном секторе цена месячного запаса одного сердечно-сосудистого препарата является эквивалентом заработной платы в среднем за 2–8 дней (37), а месячный запас хотя бы одного противодиабетического препарата обойдется в оплату работы за день (38). Стоимость одного месяца комбинированного лечения коронарной болезни сердца эквивалентна зарплате за 18,4 дня в Малави, 6,1 дня в Непале, 5,4 дня в Пакистане и 5,1 дня в Бразилии. Стоимость одного месяца комбинированного лечения астмы равняется заработной плате минимум за 1,3 дня в Бангладеш и до 9,2 дня в Малави (39). В Индии стоимость помощи при диабете для семьи с низким уровнем дохода может стоить одну треть ее бюджета (40). В Объединенной Республике Танзании затраты семьи на лечение диабета составляют 25% от минимальной заработной платы (41).

Экономическое воздействие НИЗ на системы здравоохранения и национальный доход

В рамках национальных бюджетов здравоохранения все больше средств выделяется на лечение сердечно-сосудистой болезни, рака, диабета и хронической респираторной болезни. Затраты на лечение диабета варьируются в диапазоне от 1,8% валового внутреннего продукта в Венесуэле до 5,9% в Барбадосе (42). Для Латинской Америки и Карибского региона затраты, связанные с оказанием помощи при диабете, составляют 65 миллиардов долларов США в год, что составляет от 2% до 4% валового внутреннего продукта (ВВП) (43) и от 8% до 15,0% национальных бюджетов на здравоохранение (44).

Оман является страной с высоким уровнем дохода, а ее расходы на здравоохранение на душу населения ниже, чем в соседних странах Персидского залива; поэтому вызывает обеспокоенность дальнейшее сохранение уровня обеспечения медицинскими услугами, учитывая увеличение на 64% затрат на здравоохранение с 1995 по 2005 год. Только лечение сердечно-сосудистого заболевания в 2025 году в Омане составит 21% общих расходов на здравоохранение (45).

На национальном уровне угрозы и воздействие НИЗ также включают и масштабные потери производительности труда по причине невыхода на работу или неспособности работать и в конечном итоге сокращение национального дохода. В 2010 на Всемирном экономическом форуме НИЗ были квалифицированы как одна из наиболее важных и серьезных угроз экономическому развитию, наряду с текущим финансовым кризисом, стихийными бедствиями и пандемическим гриппом (46).

Ориентировочные потери национального дохода по причине болезни сердца, инсульта и диабета в 2005 г. составили 18 миллиардов долларов США в Китае, 11 миллиардов долларов США в Российской Федерации, 9 миллиардов долларов США в Индии и 3 миллиарда долларов США в Бразилии (47). Результаты макроэкономического анализа показали, что рост числа случаев НИЗ на каждые 10% сокращает уровень ежегодного роста экономики на 0,5% (48). Согласно этой оценке, ожидаемый в Латинской Америке к 2030 году рост НИЗ на 50% будет соответствовать около 2,5% потерь темпов экономического роста. Согласно данным Института медицинских исследований в Соединенных Штатах Америки за 2010 год, НИЗ стоили для развивающихся стран от 0,02% до 6,77% ВВП (49). Это экономическое бремя выше бремени, созданного малярией в 1960-е годы или СПИДом в 1990-е годы, оба из которых были признаны как серьезные экономические угрозы.

По оценкам, в период с 2005 г. по 2015 г. Китай и Индия потеряют 558 миллиардов международных долларов (МД)[12] (0,93% ВВП) и 237 миллиардов МД (1,5% ВВП), соответственно, по причине болезни сердца, инсультов и диабета. Значительные потери прогнозируются и для других стран (48–50).

Ожидается, что в Китае к 2025 году общие прямые и косвенные расходы, связанные только с избыточной массой тела и ожирением взрослого населения, превысят 9% ВНП страны (51).

Воздействие на достижение Целей тысячелетия в области развития

Несмотря на значительный прогресс, многим странам не удается достичь запланированных целевых показателей ЦТР, связанных со здоровьем и развитием. Сейчас стало очевидным, что преодоление НИЗ является важной составляющей успеха в достижении этих целей.

Профилактика НИЗ важна для ликвидации нищеты и голода, поскольку эти заболевания отрицательно воздействуют на производительность труда и семейный доход, а также в связи с тем, что в странах с низким уровнем дохода семьи вынуждены тратить значительную часть своего бюджета на медицинскую помощь. Негативное воздействие НИЗ на национальную экономику ведет к сокращению рабочих мест и, следовательно, большее число людей оказывается за

[12] Международный доллар — условная денежная единица, используемая для перевода и сравнения затрат из одной валюты в другую но основе общей точки привязки — доллара США. Международный доллар обладает такой же покупательной способностью, как доллар США в Соединенных Штатах Америки.

чертой бедности. Профилактика НИЗ также важна для достижения ЦТР 2 (обеспечение всеобщего начального образования), поскольку расходы на медицинскую помощь при НИЗ, на лекарственные препараты, на табак и алкоголь отвлекают средства семьи, которые могли бы пойти на образование. Эта проблема особенно остро стоит в очень бедных семьях, которые получили бы наибольшую выгоду, если бы дети смогли получить образование.

Существуют также сильные связи между ЦТР 4 и ЦТР 5 (снижение детской смертности и охрана материнства): рост распространенности высокого кровяного давления и диабета беременных повышает риск неблагоприятных исходов беременности и последствий для здоровья матери (52). Курящая мать, скорее всего, недолго будет кормить грудью, молока у нее будет меньше, а питательные свойства молока будут ниже (53). Воздействие пассивного курения повышает риск респираторных инфекций в детстве, синдрома внезапной младенческой смерти и астмы (54).

Растущее бремя НИЗ также угрожает возможности эффективной борьбы с туберкулезом. По результатам проведенного анализа в 22 странах с высоким бременем туберкулеза, на которые приходится 80% глобального бремени этой болезни, ВИЧ-инфекция ассоциируется с 16% случаев туберкулеза у взрослых, диабет — с 10% случаев, курение — с 21%, а вредное употребление алкоголя — с 13% случаев туберкулеза у взрослых (55). Уже сейчас курение напрямую связывают с половиной всех смертей от туберкулеза в Индии (56).

Задачей Цели 8 является обеспечение доступности основных лекарственных средств в развивающихся странах. Однако международные усилия, направленные на расширение доступа к основным лекарственным средствам, ограничены, в основном, препаратами для лечения СПИДа, туберкулеза и малярии (57). В ситуации, когда большинство случаев плохого здоровья и смерти вызываются НИЗ, нецелесообразно оценивать достижение крупных целей в области развития с учетом только инфекционных заболеваний.

Выводы

Эпидемия НИЗ забирает огромные социально-экономические жертвы во всем мире. Она стремительно распространяется в странах с более низким уровнем дохода и среди бедных слоев населения в странах со средним и высоким уровнем дохода. Ежегодно от НИЗ умирают более 9 миллионов человек до достижения возраста 60 лет, что оказывает негативное воздействие на производительность и развитие. Растущее бремя НИЗ также влечет за собой тяжелые финансовые последствия: от обнищания семей до высоких расходов системы здравоохранения и ослабления экономики страны. Эпидемия НИЗ сводит на нет все усилия, направленные на сокращение бедности, и лишает страны средств, которые могли бы пойти на социальное и экономическое развитие.

Если общие цели в области развития должны быть достигнуты, они должны сделать больше, чем просто увеличить доходы и потребление; они должны освободить как можно больше людей от болезней и инвалидности и сократить растущую пропасть между имущими и неимущими.

Основные положения

- Эпидемия НИЗ негативно влияет на развитие человеческого потенциала, затрагивая общественные, социальные и финансовые сферы жизни. НИЗ сокращают производительность труда и приводят к обнищанию.
- НИЗ создают значительное бремя для систем здравоохранения и представляют собой растущую экономическую угрозу для экономики стран.
- НИЗ препятствует прогрессу в достижении ЦТР; эти заболевания должны быть преодолены, чтобы можно было выполнить глобальную повестку дня в области развития.

Ссылки

1) *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva, World Health Organization, 2010.

2) *Closing the gap in generation health equality through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health Final Report.* Geneva, World Health Organization, 2008.

3) Fong CW et al. Educational inequalities associated with health-related behaviours in the adult population of Singapore. *Singapore Medical Journal*, 2007, 48:1091–1099.

4) Cutler D, Lleras-Muney A. *Policy brief: education and health*. Ann Arbor, MI, University of Michigan, 2007.

5) Burnley IH. Disadvantage and male cancer incidence and mortality in New South Wales 1985-1993. *Social Science & Medicine*, 1997, 45:465–476.

6) Sánchez-Chaparro MA et al. Occupation-related differences in the prevalence of metabolic syndrome. *Diabetes Care*, 2008, 31:1884-1885.

7) Hodge AM et al. Increased diabetes incidence in Greek and Italian migrants to Australia: how much can be explained by known risk factors? *Diabetes Care*, 2004, 27:2330–2334.

8) Ujcic-Voortman JK et al. Diabetes prevalence and risk factors among ethnic minorities. *European Journal of Public Health,* 2009, 19:511–515.

9) Sheth T et al. Cardiovascular and cancer mortality among Canadians of European, south Asian and Chinese origin from 1979 to 1993: An analysis of 1.2 million deaths. *Canadian Medical Association Journa*l, 1999, 161: 132–138.

10) Laaksonen M et al. Income and health behaviours. Evidence from monitoring surveys among Finnish adults. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57:711–717.

11) Yang W et al. Prevalence of Diabetes among Men and Women in China. *The New England Journal of Medicine*, 2010, 362: 1090–1101.

12) Reddy KS et al. Educational status and cardiovascular risk profile in Indians. *Proceedings of the National Academy of Science*, 2007, 104:16263–16268.

13) Minh HV et al. Cardivascular disease mortality and its association with socioeconomic status: findings from a population-based cohort study in rural Vietnam, 1999–2003. *Preventing Chronic Disease*, 2006, 3:A89.

14) Jhingan HP et al. Prevalence of alcohol dependence in a town in Nepal as assessed by the CAGE questionnaire. *Addiction*, 2003, 98:339–343.

15) Vorster HH. The emergence of cardiovascular disease during urbanisation of Africans. *Public Health Nutrition*, 2002; 5(1A):239–243.

16) Efroymson D et al. Hungry for tobacco: an analysis of the economic impact of tobacco consumption on the poor in Bangladesh. *Tobacco Control*, 2001, 10:212–217.

17) Rani M et al. Tobacco use in India: prevalence and predictors of smoking and chewing in a national cross sectional household survey. *Tobacco Control*, 2003, 12:E4.

18) Bradshaw S, Steyn K. *Poverty and chronic diseases in South Africa*. Cape Town, Medical Research Council of South Africa and WHO, 2001.

19) Monteiro C, Conde, W, Popkin B. Income-specific trends in obesity in Brazil: 1975-2003. *American Journal of Public Health*, 2007, 97: 1808–1812.

20) 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. *BioMed Central Public Health*, 2010, 10:525.

21) Narayan D et al. *Voices of the Poor: Crying Out for Change*. NY, Oxford University Press, 2000.

22) *The world health report 2010–Health Systems financing: the path to universal coverage*. Geneva, World Health Organization, 2010.

23) Karki Y, Pant KD, Pande BR. *A study on the economics of tobacco in Nepal*. Washington, DC, The World Bank, 2003.

24) Bonu S, Rani M, Peters DH. Does use of tobacco or alcohol contribute to impoverishment from hospitalization costs in India? *Health Policy and Planning*, 2005, 20:41–49.

25) *Alcohol at a glance*. Washington, DC, The World Bank, 2003.

26) *Working towards wellness. The business rationale*. Geneva, World Economic Forum, 2008.

27) Suhrcke M et al. *Economic consequences of noncommunicable diseases and injuries in the Russian Federation.* Geneva. World Health Organization, 2007.

28) Mete C, Schultz TP. *Health and labour-force participation of the elderly in Taiwan*. New Haven, CT, Yale University, 2002.

29) Tsai S et al. Workplace smoking related absenteeism and productivity costs in Taiwan. *Tobacco Control*, 2005, 14:i33–37.

30) Qun W, Dobson AJ. Cigarette smoking and sick leave in an industrial population in Shanghai, China. *International Journal of Epidemiology*, 1992, 21:293–297.

31) Xu K. Household catastrophic health expenditure: a multi-country analysis. *The Lancet*, 2003, 362:111–117.

32) Xu K et al. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*, 2007, 26:972–983.

33) *Raising the sights: better health systems for India's poor*. Washington, DC, The World Bank, 2001.

34) Mahal A, Karan A, Engelgau M. *The economic implications of non-communicable disease for India. HNP Discussion Paper*. Washington, DC, The World Bank, 2010.

35) Kruk ME, Goldmann E, Galea S. Borrowing and selling to pay for health care in low- and middleincome countries. *Health Affairs*, 2009, 28:1056–1066.

36) 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.

37) Gelders S et al. P*rice, availability and affordability. An international comparison of chronic disease medicines.* Cairo, World Health Organization Regional office for the Eastern Mediterranean, 2006.

38) Cameron A et al. Medicines prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis. *The Lancet*, 2009, 373:240-49.

39) 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.

40) 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.

41) Neuhann H et al. Diabetes care in Kilimanjaro region: clinical presentation and problems of patients of the diabetes clinic at the regional referral hospital – an inventory before structured intervention. *Diabetic Medicine*, 2001, 19:509–513.

42) Barcelo A et al. The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. *Bulletin of the World Health Organization,* 2003, 81:19–27.

43) Wild S, Gojka R, Green A. Global prevalence of diabetes estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 2004, 27:1047–1053.

44) Zhang P et al. Diabetes atlas: global health care expenditure on diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 2010, 87:293–301.

45) Al-Lawati J.A, Mabry R, Mohammed A.J. Addressing the treatment of chronic diseases in Oman. *Preventing Chronic Disease*, 2008, 5:A99.

46) *Global risks 2010: a Global risk network report*. Geneva, World Economic Forum, 2010.

47) *Preventing chronic diseases: a vital investment.* Geneva, World Health Organization, 2005.

48) Stuckler D. Population causes and consequences of leading chronic diseases: a comparative analysis of prevailing explanations. *Milbank Quarterly*, 2008, 86:273–326.

49) Fuster V, Kellz BB, eds. *Promoting cardiovascular health in the developing world*. Washington, DC, Institute of Medicine, 2010.

50) Abegunde D, Stanicole A. *An estimation of the economic impact of chronic noncommunicable diseases in selected countries (Working Paper)*. Geneva, World Health Organization, 2006.

51) Popkin BM et al. Measuring the full economic costs of diet, physical activity and obesity-related chronic diseases. *Obesity Reviews*, 2006, 7:271–293.

52) Vohr BR, Boney CM. Gestational diabetes: the forerunner for the development of maternal and childhood obesity and metabolic syndrome. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 2008, 21:149–157.

53) Hopkinson JM et al. Milk production by mothers of premature infants: influence of cigarette smoking. *Pediatrics*, 1992, 90:934–938.

54) Woodward A, Laugesen M. How many deaths are caused by second-hand cigarette smoke? *Tobacco Control,* 2001, 10:383–388.

55) Lonnroth K et al. Tuberculosis control and elimination 2010--50: cure, care, and social development. *The Lancet*, 2010, 375:1814–1829.

56) Gajalakshmi V et al. Smoking and mortality from tuberculosis and other diseases in India: retrospective study of 43000 adult male deaths and 35000 controls. *The Lancet*, 2003,16:507–515.

57) *Delivering on the Global Partnership for Achieving the Millennium Development Goals*. New York, NY, United Nations, 2008.

Глава 3

Мониторинг НИЗ и их факторов риска: рамочная основа для эпиднадзора

Эпидемиологический надзор за неинфекционными заболеваниями представляет собой постоянный и систематический сбор и анализ данных для обеспечения соответствующей информации о бремени НИЗ в стране, группах населения, подвергающихся риску, оценках заболеваемости, смертности, факторах риска и детерминантах НИЗ, для получения возможности отслеживать во времени результаты в отношении здоровья и тенденции в факторах риска. Эпиднадзор имеет решающее значение для обеспечения информацией, необходимой для разработки политики и программ, а также соответствующего законодательства в целях профилактики НИЗ и борьбы с ними, а также для поддержки мониторинга и оценки прогресса в осуществлении политики и программ.

Точные данные по странам являются чрезвычайно необходимыми для обращения вспять глобальной тенденции к росту числа случаев смерти и инвалидности от НИЗ

Точные данные из стран имеют чрезвычайно важное значение для обращения вспять глобальной тенденции к росту числа случаев смерти и инвалидности от НИЗ. В настоящее время многие страны имеют мало пригодных для использования данных о смертности и слабые системы эпиднадзора за НИЗ (1). Данные о НИЗ часто не интегрированы в национальные системы медико-санитарной информации. Улучшение эпиднадзора и мониторинга на страновом уровне должно стать главным приоритетом в борьбе против НИЗ.

В Плане действий для *Глобальной стратегии по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2008–2013 годы* (2) рекомендуются важные меры для государств-членов по усилению эпиднадзора и стандартизации сбора данных о факторах риска НИЗ, частоте случаев заболевания и смертности от конкретных причин. Этот План также призывает государства-члены предоставлять на регулярной основе данные и информацию о тенденциях в области НИЗ и их факторах риска в разбивке по возрасту, полу и социально-экономическим группам, а также предоставлять информацию о прогрессе в реализации национальных стратегий и планов.

Системы эпиднадзора за НИЗ должны быть интегрированы в существующие национальные системы медико-санитарной информации. Это особенно важно в условиях ограниченных ресурсов. В Таблице 1 представлена схема организации национального эпиднадзора за НИЗ. Тремя основными компонентами этой системы являются: a) мониторинг видов воздействия (факторов риска); b) мониторинг результатов (заболеваемости и смертности по причинам); и c) оценка потенциала и ответных мер системы здравоохранения, включая национальный потенциал для профилактики НИЗ (то есть наличие политики и планов, инфраструктуры, кадровых ресурсов и доступа к основной медико-санитарной помощи, включая лекарственные средства). Организация мониторинга за НИЗ будет далее обсуждена в данной главе. Список основных показателей для возможного рассмотрения и использования для эпиднадзора содержится в Приложении 5.

Три основные компонента системы эпиднадзора за НИЗ: a) мониторинг воздействия (факторов риска); b) мониторинг результатов; и c) оценка потенциала и ответных мер системы здравоохранения.

Таблица 1. Организация национального эпиднадзора за НИЗ

Виды воздействия
Поведенческие факторы риска: употребление табака, недостаточная физическая активность, вредное употребление алкоголя и нездоровое питание.
Физиологические и метаболические факторы риска: повышенное кровяное давление, избыточная масса тела/ожирение, повышенное содержание глюкозы в крови и повышенный уровень холестерина.
Социальные детерминанты: уровень образования, семейный доход и доступ к медико-санитарной помощи.

Результаты

Смертность: смертность от конкретных НИЗ.

Заболеваемость: частота случаев и виды рака.

Потенциал и ответные меры системы здравоохранения

Практические меры и потенциал системы здравоохранения: инфраструктура, политика и планы, доступ к основным медико-санитарным мероприятиям и видам лечения и партнерства.

Источник: (3).

Мониторинг воздействия: эпиднадзор за факторами риска

Мониторинг за факторами риска на уровне всего населения (или в подгруппах населения) в большинстве стран является основой национального эпиднадзора за НИЗ. В соответствии с поэтапным подходом первым шагом в развитии эпиднадзора во многих странах с низким и средним уровнем дохода должно стать обеспечение приоритетных потребностей в информации для разработки, осуществления и оценки политики и программ. Мероприятия по эпиднадзору в местах с низкой обеспеченностью ресурсами должны быть максимально приоритетными и ориентированы на удовлетворение национальных потребностей высокого приоритета и на выполнение основной задачи Плана действий для Глобальной стратегии по профилактике НИЗ и борьбе с ними — сокращение воздействия факторов риска на население.

Источниками данных о поведенческих и метаболических факторах риска обычно являются национальные опросы или обследования состояния здоровья населения, направленные на изучение либо конкретной темы (например, употребление табака), либо множественных факторов. Данные о социальных детерминантах, которые затем могут быть использованы для более глубокого понимания характера факторов риска, также обычно берутся из этих же источников.

В этом контексте поэтапный подход ВОЗ (STEPS) (4) к эпиднадзору за факторами риска НИЗ является хорошим примером комплексного и поэтапного подхода, который был применен и испытан многими странами. Такой подход позволяет странам разработать всесторонние характеристики рисков для групп своего населения. Информация о социально-демографических факторах и поведенческих факторах риска собирается посредством самостоятельного представления данных респондентами. Проводятся измерения роста и веса для расчета индекса массы тела (ИМТ), окружности талии и кровяного давления, также проводятся биохимические исследования для определения уровней сахара в крови натощак и общего холестерина.

Принципы эпиднадзора за факторами риска на основе поэтапного подхода STEPS применяются в перекрестных популяционных обследованиях домашних хозяйств. STEPS пропагандирует идею о том, что системам эпиднадзора необходим стандартизованный сбор данных, но с достаточной степенью гибкости, чтобы применяться с учетом особенностей различных ситуаций и мест проведения в странах.

Хорошим примером тематического специфического исследования факторов риска является Глобальное обследование употребления табака среди взрослых (GATS) (5), в ходе которого получена дополнительная информация о знаниях, позициях и мнениях в отношении последствий для здоровья употребления табака и воздействия рекламы, стимулирования продаж табачных изделий и экономических последствий употребления табака, а также информация о мероприятиях по содействию прекращению употребления табака.

Любое обследование, включающее сбор проб крови, можно также использовать для мониторинга тенденций в распространенности ассоциируемых с раком инфекций, в основном гепатитов B и C и ВИЧ-инфекции.

Во многих странах основные мероприятия по эпиднадзору, связанные с видами воздействия, например обследования, являются лишь одноразовыми мероприятиями, которые могут проводиться различными учреждениями или внешними экспертами без адекватной координации с национальной системой медико-санитарной информации. В таких случаях эпиднадзор не становится официально учрежденной функцией общественного здравоохранения и только в незначительной степени способствует, если вообще способствует устойчивому развитию потенциала страны. Для достижения глобальных целей и приоритетов в области охраны здоровья необходимо значительно ускорить предоставление финансовой и технической поддержки в целях развития систем медико-санитарной информации в странах с низким и средним уровнем дохода.

Мониторинг результатов: смертность и заболеваемость

Точное измерение смертности взрослого населения является наиболее информативным способом оценки масштаба эпидемии НИЗ для планирования и определения целей эффективных программ борьбы против НИЗ. Показатели смертности по всем причинам и смертности по конкретным причинам, особенно данные о преждевременной смертности до достижения возраста 60 или 70 лет, являются ключевыми показателями НИЗ. Высококачественные данные о смертности можно получить только путем долгосрочных инвестиций в системы регистрации актов гражданского состояния (6).

Регистрация каждого случая смерти является основным первым шагом. Точное указание причины смерти в свидетельстве о смерти является сложной задачей даже для стран с высоким уровнем дохода. Регистрация смерти с указанием причины смерти происходит либо неточно, либо недостаточно полно в подавляющем большинстве стран мира. С глобальной точки зрения за последние 50 лет отмечается лишь незначительное улучшение качества регистрации случаев рождения и смерти (7). Установление всех случаев смерти и их причин на страновом уровне является обязательным условием. Только в двух третях стран системы регистрации актов гражданского состояния содержат достаточно качественную информацию об общей смертности населения (6). Хотя данные по общей смертности и предоставляются, во многих странах существуют значительные проблемы, связанные с точностью установления причин и кодировки случаев смерти. Осуществление государственных мер, направленных на усиление систем регистрации актов гражданского состояния и статистики по причинам смерти, должно стать основным приоритетом.

Тем временем, если данные о причинах смертности отсутствуют или являются неадекватными с точки зрения охвата и/или качества, страны должны ввести промежуточные меры, такие как опрос членов семьи или близких людей о причине смерти, до завершения улучшения системы регистрации актов гражданского состояния (8).

Как упоминалось в Главе 1 во многих странах недостаточно достоверных данных о заболеваемости НИЗ. Точная информация о заболеваемости необходима для принятия полити ческих решений и разработки программ. Особенно это важно для планирования программ противораковой борьбы, для чего крайне необходимы данные о распространенности онкологических заболеваний и превалирующих формах рака. Наличие различных форм рака в разных странах указывает на потребность в разработке противораковых мер, учитывающих характер и течение заболевания и наличие доступных ресурсов, принимая во внимание, что разные виды рака с разной степенью успеха поддаются первичной профилактике, раннему выявлению, скринингу и лечению. В местах с ограниченными ресурсами больничные регистры могут стать важным шагом на пути создания популяционных раковых регистров (ПРР), но только популяционные раковые регистры дают объективное описание видов и тенденций в отношении раковых заболеваний в определенных целевых группах населения. Поэтому ПРР являются основным компонентом национальных стратегий и программ борьбы против рака (9). ПРР собирает и классифицирует информацию обо всех новых случаях рака в определенной группе населения, предоставляя статистику по распространенности и выживаемости для оценки и контроля последствий заболевания для местного населения (10, 11). Несмотря на крайнюю потребность, до сих пор ощущается острая нехватка ПРР в Африке, Азии и Латинской Америке, где мониторингом охвачено только около 1%, 4% и 6% населения, соответственно (12).

Мониторинг ответных мер систем здравоохранения и потенциал стран

Всеобъемлющая оценка потенциала отдельных стран и ответных мер систем здравоохранения в области профилактики НИЗ и борьбы с ними и измерение прогресса в достижении поставленных целей и задач являются основными компонентами требований к отчетности, указанных в Цели 6 Плана действий для Глобальной стратегии. Для мониторинга потенциала стран по реагированию на НИЗ ВОЗ во всех-государствах-членах проводила периодические оценки основных компонентов национального потенциала. Оценки были проведены в 2000–2001 гг. после принятия *Глобальной стратегии по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними* (13) и затем в 2009–2010 годах. Следующая оценка запланирована на 2013 год.

В рамках оценок потенциала определялось состояние инфраструктуры общественного здравоохранения для профилактики и лечения НИЗ, состояние осуществления связанных с НИЗ политики, стратегий, планов действия и программ; наличие систем медико-санитарной информации, мероприятий по эпиднадзору и обследований; доступ к базовым медицинским услугам, включая раннее выявление, лечение и помощь при НИЗ; и существование партнерств и сотрудничества в области профилактики и борьбы с НИЗ.

В ряде стран также ведется мониторинг мероприятий по борьбе с факторами риска НИЗ, такими как употребление табака, вредное употребление алкоголя и ожирение. ВОЗ поддерживает этот процесс посредством, например, проведения регулярных обзоров существующих политических мер, направленных на сокращение спроса на табачные изделия (14), и состояния политики и программ, направленных на сокращение вредного употребления алкоголя (15).

Возможности для улучшения

Недостаток достоверной информации и потенциала систем здравоохранения, включающий значительные пробелы в данных эпиднадзора, представляет собой основную сложность в организации профилактики и борьбы с НИЗ во многих странах. Укрепление эпиднадзора, мониторинга и оценки НИЗ, их факторов риска и детерминант является одним из трех основных компонентов *Глобальной стратегии по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними*. Укрепление эпиднадзора является приоритетом для каждой страны. Существует неотложная и острая необходимость в согласованных усилиях с целью повышения охвата и качества данных о смертности, проведения в национальных масштабах регулярных обследований факторов риска со стандартными методами и регулярной оценкой национального потенциала в области профилактики и борьбы с НИЗ.

В настоящей главе описывается организация мониторинга за НИЗ и рассматривается бремя смертности, а также потенциал стран по принятию ответных мер. Хотя ограниченные технические, кадровые и финансовые ресурсы представляют собой основную трудность для некоторых стран, при разумном использовании ограниченных ресурсов и развитии потенциала основа для организации систем эпиднадзора может быть реализована во всех странах. Эта основа необходима для формирования и оценки политических решений и мониторинга тенденций в изменении поведения населения и заболеваемости. Принятие и использование стандартного комплекта основных показателей имеет крайне важное значение для мониторинга тенденций в области НИЗ, как на национальном, так и на глобальном уровнях.

Уже разработаны многочисленные рекомендации по улучшению потенциала стран для разработки и ведения систем медико-санитарной информации, и многие их них четко применимы к НИЗ. Для реализации мероприятий по эпиднадзору за НИЗ необходимо наличие постоянной инфраструктуры. Сбор данных может быть организован различным образом, но для обеспечения устойчивого развития и качества систем эпиднадзора необходимо наличие одного учреждения или сети учреждений с соответствующим опытом. Однако нехватка знаний о том, что необходимо делать, не является единственным препятствием; отсутствие опыта в организации систем медико-санитарной информации и получение необходимых ресурсов также остаются основными проблемами.

Основные положения

- Существующий на сегодняшний день во многих странах потенциал для эпиднадзора за НИЗ является неадекватным и требует неотложного усиления.
- Высококачественный эпиднадзор за факторами риска НИЗ является осуществимым даже в странах и местах с ограниченными ресурсами.
- Важное значение имеет такая организация эпиднадзора, при которой осуществляется мониторинг за видами воздействия (факторами риска и детерминантами), результатами (заболеваемостью и смертностью) и ответными мерами системы здравоохранения (практическими мерами и потенциалом). По каждому из основных компонентов стратегической основы необходим общий комплект базовых показателей.
- Данные о заболеваемости раком имеют важное значение для планирования и мониторинга инициатив по борьбе против рака. Популяционные раковые регистры играют ведущую роль в программах борьбы против рака, поскольку содержащаяся в них информация дает возможность планировать, проводить мониторинг и оценивать воздействие конкретных мероприятий в целевых группах населения.
- Устойчивые системы эпиднадзора за НИЗ должны быть интегрированы в национальные системы медико-санитарной информации и иметь адекватные ресурсы.

Ссылки

1) Alwan A et al. Monitoring and surveillance of noncommunicable diseases: progress and capacity in highburden countries. *The Lancet Chronic Diseases Series*, 2010, 376:1861–1868.
2) *План действий для Глобальной стратегии по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 г. (документ A61/8).
3) *Эпиднадзор за неинфекционными заболеваниями. Доклад совещания ВОЗ.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.
4) *WHO STEPS surveillance manual: the WHO STEPwise approach to chronic disease risk factor surveillance. Geneva*, World Health Organization, 2005.
5) Surveillance and monitoring. Geneva, World Health Organization. Tobacco Free Initiative. (имеется по адресу: http://www.who.int/tobacco/surveillance/en/)
6) Mathers D et al. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83:171–177.
7) Mahapatra P et al. Civil registration systems and vital statistics: successes and missed opportunities. *The Lancet*, 2007, 370:1653–1663.
8) Baiden, F et al. Setting international standards for verbal autopsy. *Bulletin of the World Health Organization*, 2007, 85:570–571.
9) *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines, 2nd ed*. Geneva, World Health Organization, 2000.
10) Armstrong BK. The role of the cancer registry in cancer control. *Cancer Causes and Control*, 1992, 3:569–579. Chapter 3 – Monitoring NCDs and their risk factors: a framework for surveillance 45
11) Jensen OM, Storm HH. Purposes and uses of cancer registration. In: Jensen OM et al., eds. *Cancer registration principles and methods*. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 1991 (IARC Scientific Publication No. 95).
12) Curado M P et al., eds. *Cancer incidence in five continents. Volume. IX. Lyon*, International Agency for Research on Cancer, 2007 (IARC Scientific Publication No. 160).
13) *Глобальная стратегия по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (WHA53/14).* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2000 г.
14) *Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 г.
15) *Глобальный Доклад ВОЗ об алкоголе и здоровье.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011 г.

Глава 4

Сокращение рисков и профилактика болезней: практические меры на уровне всего населения

Рост глобальной эпидемии НИЗ можно остановить и повернуть вспять с помощью незначительных инвестиций в практические мероприятия. Стоимость некоторых эффективных подходов настолько невелика, что уровень дохода страны не является серьезным препятствием для успешной профилактики. Для этого необходимы высокие уровни приверженности, хорошее планирование, мобилизация на местном уровне и активное сосредоточение усилий на небольшом количестве необходимых действий. Если все это имеется в наличии, то очень скоро можно добиться значительных успехов в сокращении основных поведенческих факторов риска: употребления табака, вредного употребления алкоголя, нездорового питания и недостаточной физической активности, наряду с основными факторами риска рака и в особенности некоторых хронических инфекций.

В настоящей главе продемонстрировано, что наилучшая практика существует во многих странах с различными уровнями дохода. В ней также дается обзор доступных приемлемых действий, основанных на фактической информации, которые могут быть предприняты незамедлительно, чтобы спасти жизни и предотвратить заболевание. Подробно рассматриваются также последующие действия, способствующие достижению еще больших успехов.

В данной главе вводятся понятия «наиболее выгодные меры» и «выгодные меры», которые основаны на эффективности затрат и другой информации. Наиболее выгодные меры — это такие меры, которые являются не только исключительно эффективными с точки зрения затрат, но и недорогостоящими, осуществимыми и культурно приемлемыми. Выгодными мерами являются другие мероприятия, которые могут стоить дороже или быть менее результативными с точки зрения улучшения здоровья, но все же быть целесообразными с точки зрения соотношения между затратами и полезностью. Высокоэффективное с точки зрения затрат мероприятие — это такое мероприятие, которое, в среднем, дает дополнительный год здоровой жизни (эквивалент предотвращения одного DALY) по стоимости менее чем средний годовой доход на человека. Например, в Восточной Европе любая мера, которая приносит год здоровой жизни менее чем за 9 972 доллара США (средний ВВП на душу населения), считается высокоэффективной с экономической точки зрения; мера, дающая аналогичный результат за сумму менее чем три ВВП на душу населения, также считается разумным расходованием денег или довольно эффективной с экономической точки зрения мерой. Эти пороговые значения основаны на рекомендациях Комиссии ВОЗ по макроэкономике и здоровью (2001 г.) и работе в рамках проекта ВОЗ по выбору экономически эффективных мероприятий (CHOICE).

Сокращение употребления табака

Существуют убедительные доказательства того, что меры по борьбе против табака являются рентабельными по сравнению с другими мерами по охране здоровья.

Табак является наиболее широкодоступным вредным для здоровья товаром на рынке. Для сокращения наносимого им вреда ВОЗ выступила инициатором переговоров в отношении Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) — своего первого международного договора, имеющего обязательную юридическую силу. Этот договор устанавливает основные положения для руководящих принципов и протоколов по сокращению потребления табака и его поставок с помощью мер, основанных на фактических данных (1).

РКБТ ВОЗ включает меры, касающиеся цен и налогов, воздействия табачного дыма, состава табачных изделий, раскрытия состава, упаковки и маркировки, просвещения, передачи информации, подготовки и информирования населения, рекламы, стимулирования продаж и спонсорства табачных изделий, и табачной зависимости. Она также включает введение запрета на продажу табачных изделий несовершеннолетним и несовершеннолетними, борьбу с незаконной торговлей и поддержку альтернативных экономически выгодных и жизнеспособных видов деятельности. В Конвенции рассматриваются вопросы, связанные с ответственностью, защитой политики общественного здравоохранения от влияния табачной промышленности, вопросы защиты окружающей среды, национальных механизмов координации, международного сотрудничества, отчетности и обмена информацией, а также создания институциональных механизмов (2).

Существуют убедительные доказательства того, что меры по борьбе против табака являются экономически эффективными по сравнению с другими мерами по охране здоровья. Основой РКБТ ВОЗ является база фактических данных о мероприятиях, действенных для сокращения вредного воздействия табака на здоровье (3). В выпущенной в 1998 г. важной публикации Всемирного банка «Сдерживание эпидемии» (4) рассматриваются экономические вопросы, связанные с табаком, и предполагаемое общее воздействие мер по борьбе против табака.

Основные экономически эффективные меры включают увеличение налогов на табак, своевременное информирование о рисках курения для здоровья, ограничение курения в общественных местах и на рабочем месте, всесторонний запрет на рекламу, стимулирование продаж и спонсорство табачных изделий (5). Каждая из этих мер считается «наиболее выгодной мерой» для сокращения потребления табака и профилактики НИЗ. Все они снижают принятие обществом употребления табака, повышая тем самым спрос на лечение зависимости от табака. В этом контексте лечение табачной зависимости как для курильщиков, так и в целом для людей, употребляющих табак, является «выгодной мерой».

Повышение налогов и цен на табачные изделия без сомнения являются «наиболее выгодными мерами» в области борьбы против табака, поскольку эти меры могут значительно сократить употребление табака, снижая количество начавших употреблять табак и повышая количество отказавшихся от употребления табака, особенно среди молодежи и бедного населения (6). Повышение акцизных налогов на табачные изделия повышает цены и сокращает распространенность употребления табака среди взрослого населения. Эффективность налоговой и ценовой политики в борьбе против табака недавно была подробно подтверждена документально (7).

Бездымная среда в общественных местах и на рабочем месте защищает от вторичного дыма (8) и эффективно помогает курильщикам сократить потребление табака или совсем избавиться от этой пагубной привычки, а также сократить случаи начала курения. Политика, направленная за защиту людей от табачного дыма, и запрет на курение в общественных местах и на рабочем месте помогают избавиться от никотиновой зависимости на ранних стадиях ее развития, в частности среди молодежи (9). Более того, законы, направленные на создание бездымной среды, при правильном их осуществлении, получают поддержку населения, свидетельствуя о том, что курение становится социально неприемлемым. По всем этим причинам защита людей от пассивного курения является одной из наиболее выгодных мер.

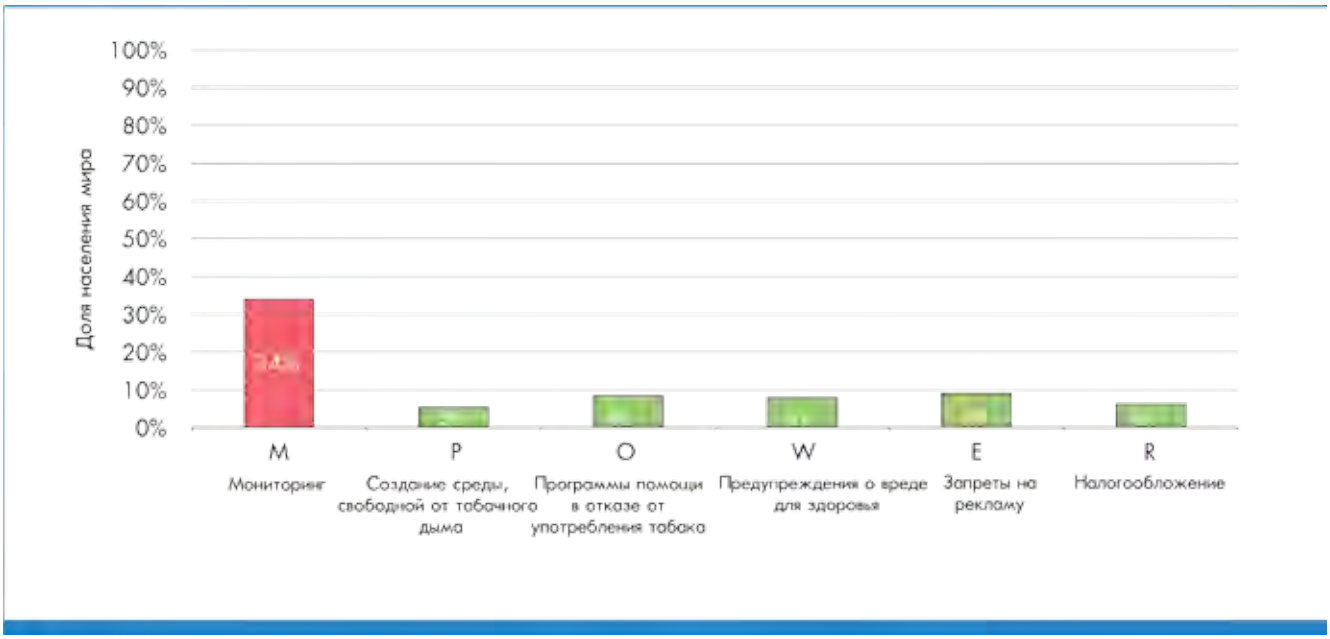
Информирование взрослого населения о табачной зависимости и пагубном воздействии табака на здоровье может сократить потребление табака и является еще одной наиболее выгодной мерой. Использующие творческий подход регулярные кампании в средствах массовой информации и графические предупреждения о вреде для здоровья на упаковке доказали свою эффективность в сокращении спроса на табачные изделия (10, 11). Накопленный в странах опыт показывает, что, несмотря на противодействие табачных компаний и ограниченность ресурсов служб здравоохранения, нанесение предупреждений о вреде для здоровья на упаковку табачных изделий является, как правило, действенной и результативной мерой (12). Полный запрет на рекламу, стимулирование продаж и спонсорство табачных изделий является наиболее выгодной мерой и может сократить потребление табака на 6,3%. Однако ограниченный или частичный запрет на рекламу оказывает незначительное воздействие или не оказывает никакого воздействия (13).

Оказание экономически эффективной помощи в отказе от употребления табака является выгодной мерой. Лечение должно предоставляться службами общественного здравоохранения (включая бесплатные «горячие линии» и информационно-просветительские кампании в средствах массовой информации) и службами первичной медико-санитарной помощи. Наиболее эффективным методом лечения является комбинированная поведенческая и фармакологическая терапия (14).

Фактические данные показывают, что антитабачные меры являются доступными во всех странах. В одном исследовании (15) было предпринято моделирование повышения цен на табачную продукцию, запрета курения на рабочем месте, нанесения предупреждений о вреде для здоровья на упаковку табачных изделий и введения запрета на рекламу табачных изделий в 23 странах. Результаты исследования показали, что можно было бы предотвратить 5,5 миллиона случаев смерти при затратах менее 0,40 доллара США на человека в год в странах с низким уровнем дохода и уровнем дохода ниже среднего, и при затратах 0,5–1,0 доллара США на человека в год

в странах с уровнем дохода выше среднего. Однако в 2008 году менее 10% населения всего мира были полностью защищены какой-либо из мер сокращения спроса на табачные изделия, предусмотренных Рамочной конвенцией ВОЗ по борьбе против табака (16).

Рисунок 1. Доля населения в мире (%), охваченного отдельными мерами борьбы против табака, 2008 г.



Факторы, сдерживающие внедрение экономически эффективных мер могут включать недостаток ресурсного обеспечения и политической воли и конкурирующие приоритеты. Следующие основные подходы необходимы для принятия и внедрения антитабачных мер:

Сотрудничество: практически все страны внедрили успешные программы борьбы против табака (страны из всех регионов и всех групп дохода), организовывая межсекторальное взаимодействие различных секторов, включая сектора финансов, торговли, таможен, сельского хозяйства, промышленности, труда, окружающей среды и образования.

Широкий охват: программы должны быть ориентированы на многочисленные мероприятия (17), включая профилактику начала курения, содействие прекращению употребления, защиту от воздействия вторичного табачного дыма, регулирование табачных изделий и устранение различий между подгруппами населения (18).

Создание возможностей: для осуществления политики необходим национальный план действий и национальная комиссия или руководящий комитет, а также партнерства на высоком уровне; кадровые и финансовые ресурсы; и технические, управленческие и политические процессы.

Эпиднадзор и мониторинг: всесторонний эпиднадзор и мониторинг за употреблением табака и наносимым им вредом формируют реальную картину табачной эпидемии для лиц, принимающих решения, и гражданского общества (19). Мониторинг деятельности табачной промышленности также является важным компонентом программ борьбы против табака (20).

Сокращение распространенности употребления табака четко прослеживается в странах с высоким уровнем дохода, которые регулярно проводят популяционные обследования употребления табака (например, Австрия, Канада, Финляндия, Нидерланды и Соединенное Королевство). Документально зафиксировано снижение распространенности также в некоторых странах с низким и средним уровнем дохода, например, в Мексике, Уругвае и Турции (21).

Рамка 1. Экономически эффективная политика: повышение налогов и цен на табачные изделия

Некоторые страны с низким и средним уровнем дохода (например, Бангладеш, Египет, Пакистан, Турция и Украина) недавно повысили налоги на табачные изделия, получая значительный доход и одновременно спасая жизни. В 2009-2010 годах Турция стала одной из 17 стран в мире, свободных от табачного дыма. Турция повысила налоги на 77%, что на 62% повысило цены на сигареты. В Турции также принят и внедрен всесторонний комплекс антитабачных мер, включая размещение живописных предупреждений о вреде для здоровья на табачных упаковках, всесторонний запрет на рекламу, стимулирование продаж и спонсорство табачных изделий во всех средствах массовой информации, а также комплексный закон, запрещающий курение в общественных местах и на рабочем месте. Египет увеличил налоги на сигареты на 87% и на 100% на табак россыпью. Ожидается, что эти меры приведут к увеличению розничных цен на 44% и к сокращению употребления табака на 21%. Украина повысила налог на сигареты с фильтром на 127%, что привело к увеличению розничных цен на 73% с февраля 2009 г. по май 2010 года.

В заключение следует отметить, что программы борьбы против табака являются неотъемлемой частью повестки дня общественного здравоохранения и доказали свою экономическую эффективность. **Наиболее выгодные меры** в области борьбы против табака включают повышение налогов и цен на табачные изделия; информирование населения об опасностях употребления табачных изделий (размещение предупреждений о вреде для здоровья на упаковке табачных изделий является простой и эффективной с точки зрения затрат мерой); содействие созданию бездымной среды; запрет на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий. **Выгодной мерой** борьбы против табака является лечение табачной зависимости. Межсекторальные действия имеют важное значение, и ключевыми при этом являются национальный координационный механизм и интеграция антитабачных программ в системы здравоохранения. Мероприятия в области борьбы против табака должны быть интегрированы в программы развития и связанные с ними инвестиционные инициативы. РКБТ ВОЗ предлагает детальный план для международного сотрудничества.

Пропаганда физической активности

Существует прямая взаимосвязь между физической активностью и сокращением риска ишемической болезни сердца, инсульта и диабета. Для сердечно-сосудистого заболевания (ССЗ) и диабета существует зависимость «доза-эффект», согласно которой снижение риска регулярно наступает при еженедельной физической нагрузке в течение 150 минут. Данные также показывают, что ежедневная физическая активность в течение 30-60 минут значительно сокращает риск развития рака молочной железы и рака толстой кишки (22, 23).

Существует ряд мер, направленных на стимулирование физической активности, которые считаются **выгодными мерами**. Пропаганда активного образа жизни (в сочетании со здоровым питанием) в средствах массовой информации признана экономически эффективным, недорогостоящим и реально выполнимым вариантом. Экономическая эффективность других потенциальных стратегий находится в процессе оценки.

Пропаганда активного образа жизни и здорового питания в СМИ является экономически эффективной и реально выполнимой мерой

Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью, принятая на Всемирной ассамблее здравоохранения в 2004 г., и *План действий для Глобальной стратегии по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2008-2013* (24, 25) призывают государства-члены осуществить изложенные программы и действия для повышения уровня физической активности своего населения.

Дети и молодежь в возрасте от 5 до 17 лет должны ежедневно аккумулировать по крайней мере 60 минут физической активности от умеренной до высокой интенсивности. Взрослые старше 18 лет, включая людей в возрасте 65 лет и старше, должны заниматься аэробной физической активностью умеренной интенсивности минимум 150 минут в неделю, или 75 минут интенсивной активности или эквивалент обоих вариантов. Люди старше 65 лет с плохой мобильностью должны три и более дней в неделю заниматься физической активностью для улучшения способности сохранять равновесие и предотвращения падений. Если пожилые люди не могут

выполнять эти рекомендации, им следует выполнять такую физическую нагрузку, которую позволяют им возможности и самочувствие (23).

Для пропаганды активного образа жизни необходимо принятие на государственном уровне политики, направленной на обеспечение доступности и безопасности ходьбы, езды на велосипеде, занятий спортом и других видов отдыха и развлечений. Для реализации и руководства политикой и программами необходимо наличие национальных руководств по физической активности. Многие виды общественной политики во всех секторах, которые могут включать транспорт, образование, спорт, городское планирование, помогут стимулировать активный образ

Физическая среда играет важную роль для физической активности, обеспечивая доступность и безопасность ходьбы, езды на велосипеде и других форм активности. Поддерживающая физическая среда может также стимулировать выбор в пользу активных и безопасных способов поездок в школу или на работу; обеспечивать адекватные места для занятий спортом, отдыха и развлечений; а также обеспечивать адекватные и безопасные площадки для активных игр, особенно для детей.

Повышение уровней физической активности требует от стран разработки и внедрения комплексной политики, направленной на информирование, стимулирование и поддержку отдельных людей и общин в направлении активности (26). Многоцелевые подходы, поощряющие выбор передвижения до школы на велосипеде или пешком и создающие более здоровые условия для проведения разнообразных мероприятий показали умеренную эффективность.

Школы: внедрение школьных программ физической активности показывает систематическое улучшение знаний, позиций, поведения, а при тестировании — физических и клинических результатов. Школы должны включать компонент физической активности в благоприятной среде силами опытных преподавателей и с привлечением родителей. Выгоды от этих мероприятий включают улучшение психического здоровья и поведения, а сложившаяся привычка регулярной физической активности может сохраниться в последующие годы. Однако исследования экономической эффективности в этой области практически отсутствуют.

Рабочие места: многокомпонентные программы, стимулирующие физическую активность на рабочем месте, доказали свою эффективность при условии, если:

- имеются места для фитнеса и указатели, стимулирующие пользование лестницами;
- в процессе планирования и осуществления программ участвуют сами работники;
- вовлекаются члены семей посредством программ самообучения, информационных бюллетеней, фестивалей и т.д.;
- предоставляются стратегии изменения индивидуального поведения и самоконтроля.

Местный уровень: самые эффективные меры по физической активности среди местного населения включают: кампании по развитию общин с многосекторальным сотрудничеством, ориентированным на общую цель, например, сокращение риска ССЗ, организация групповых программ или занятий по физической активности для однородных групп.

Мероприятия на уровне общины, в рамках которых даются советы по изменению образа жизни на умеренно активный и по здоровому питанию, показали успешные результаты в профилактике диабета у людей с нарушениями толерантности к глюкозе. Эффект от физических занятий и изменения рациона питания является почти равным эффекту лекарственной терапии (27).

В заключение следует отметить, что меры, направленные на повышение физической активности среди всего населения, являются эффективными и должны быть включены в стратегии профилактики НИЗ и борьбы с ними. Привлечение СМИ для пропаганды активного образа жизни можно считать **наиболее выгодной мерой** (28). Многочисленные стратегии практических мероприятий, включающие физическую активность, показали хорошие результаты в отношении экономической эффективности и появляется все больше фактических данных, показывающих потенциальную экономическую эффективность мероприятий, направленных

только на повышение физической активности, однако эти данные еще не были оценены для возможной глобальной применимости.

Сокращение вредного употребления алкоголя

В связи с вредным употреблением алкоголя эффективные стратегии профилактики некоторых видов рака, цирроза печени и ССЗ должны быть нацелены как на уровни, так и на системы потребления алкоголя. Имеющиеся данные о результативности и экономической эффективности мероприятий по сокращению вредного употребления алкоголя (29–33), включая примеры из таких стран, как Бразилия, Китай, Мексика, Российская Федерация и Вьетнам, поддерживают осуществление следующих эффективных мер:

- Повышение акциза на алкогольные напитки;
- Регулирование наличия алкогольных напитков, включая установление минимального разрешенного законом возраста для приобретения, ограничение количества пунктов розничной продажи и времени продажи и, в случае целесообразности, введение государственной монополии на розничную продажу;
- Ограничение воздействия маркетинга алкогольных напитков с помощью эффективного регулирования маркетинга или полного запрета на рекламу;
- Меры борьбы с управлением транспортным средством в нетрезвом состоянии, включая выборочную проверку водителей на уровень алкоголя в выдыхаемом воздухе и установление пределов содержания алкоголя в крови в размере 0,5 г/л и более низкими пределами или нулевым уровнем для молодых водителей;
- Лечение расстройств, связанных с употреблением алкоголя, и краткие вмешательства для случаев нерегулярного употребления и вредного употребления.

Существующие фактические данные свидетельствуют о неэффективности изолированной просветительской работы в классах, просвещения среди всего населения и кампаний в средствах массовой информации, или нанесения предупреждений о вреде для здоровья на упаковку. Тем не менее, просветительские и информационные кампании, а также вспомогательные мероприятия в поддержку эффективных мер, перечисленных выше, могут повысить уровень их принятия населением.

Экономическая эффективность этих политических мер может зависеть от степени их принятия населением и уровня контроля над их исполнением, в дополнение к степени вредного употребления алкоголя в данном обществе. В странах с низкой распространенностью употребления алкоголя или с высокой долей потребления алкоголя, произведенного неофициально или нелегально, и, следовательно, не подпадающего под налогообложение, экономическая эффективность повышения акцизов на алкогольную продукцию является гораздо менее положительной.

В мае 2010 года Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения приняла резолюцию WHA63.13, которая одобрила *Глобальную стратегию ВОЗ по сокращению вредного употребления алкоголя* (34) и призвала государства-члены принять и осуществить ее. Эта стратегия обеспечивает глобальные политические рамки для деятельности по сокращению вредного употребления алкоголя. Она предоставляет руководящие принципы для разработки и осуществления политики в отношении алкоголя и мер на всех уровнях, устанавливает приоритеты для глобальных действий и призывает использовать ряд политических вариантов для осуществления на национальном уровне. В Стратегии рекомендуются 10 целевых областей действий в странах: лидерство, информированность и приверженность; участие служб здравоохранения посредством консультирования и лечения; участие общин в определении потребностей и выработке решений; политика и контрмеры для борьбы с управлением транспортным средством в нетрезвом виде; сокращение наличия алкоголя; регулирование маркетинга алкогольных напитков; политика ценообразования; снижение негативных последствий употребления спиртных напитков и алкогольного опьянения; сокращение воздействия на здоровье населения незаконно и неофициально произведенного алкоголя; а также мониторинг и эпиднадзор.

Экономически эффективные меры по сокращению вредного употребления алкоголя включают: повышение акциза на алкогольные напитки, регулирование наличия алкогольных напитков, ограничение маркетинга алкогольных напитков, меры борьбы с управлением транспортным средством в нетрезвом состоянии.

В заключение необходимо отметить, что имеющиеся научные данные указывают на необходимость установления приоритетов в выполнении многочисленных экономически эффективных политических мер (32), три из которых являются **наиболее выгодными**, а именно: повышение акцизов на алкогольные напитки, ограничение доступа к алкогольным напиткам в розничной сети и полный запрет на их рекламу, стимулирование продаж и спонсорство (Таблица 1).

Содействие здоровому питанию

Нездоровое питание повышает риск НИЗ, включая ССЗ, некоторые виды рака и диабет. Оптимальный рацион питания (24) включает:

- Достижение баланса между потребляемой с пищей энергией и расходуемой в результате физической активности энергией для поддержания оптимальной для здоровья массы тела;
- Ограничение потребления калорий из общих жиров (не более 30% от общего потребления энергии), и сдвиг в потреблении жиров от насыщенных к ненасыщенным жирам и в направлении ликвидации трансжирных кислот;
- Ограничение потребления свободных сахаров;
- Ограничение потребления натрия из всех источников и обеспечение йодирования соли;
- Увеличение потребления фруктов, овощей, цельных зерен и орехов.

Есть свидетельства того, что стратегии множественных мероприятий могут принести потенциально большую пользу для здоровья по сравнению с индивидуальными мероприятиями, и зачастую с большей экономической эффективностью (35). Однако некоторые мероприятия выделяются как выгодные меры для профилактики НИЗ. Существует достаточно данных в пользу того, что стратегии, направленные на снижение потребления соли, являются наиболее выгодными мерами для профилактики НИЗ (36, 37). Как уже упоминалось, чрезмерное потребление соли связано с повышенным кровяным давлением, которое является основной причиной смерти (22, 38). В Европе и Северной Америке около 75% потребления соли поступает из натрия, добавляемого в обработанные и готовые продукты питания. В некоторых странах Африки и Азии большая часть потребляемого натрия поступает из соли, добавляемой при приготовлении пищи дома, соли из солонки на столе или соли, содержащейся в соусах, таких как соевый соус (39). Было подсчитано, что если уменьшить потребление соли до рекомендованного уровня (40–42), то ежегодно можно было бы предотвращать до 2,5 миллиона случаев смерти (43). В пяти из всех стран, в которых предпринимались инициативы по сокращению потребления соли — Финляндии, Франции, Ирландии, Японии и Соединенном Королевстве, получены некоторые положительные измеримые результаты (44).

Рамка 2. Экономически эффективная политика: программа Соединенного Королевства по снижению потребления соли

Программа Соединенного Королевства по снижению потребления соли, начатая в 2003, включила работу с промышленностью с целью сокращения содержания соли в продуктах питания, повышения информированности потребителей и улучшения маркировки продуктов питания. В 20002001 гг. среднее потребление соли в день составлял 9,5 граммов, что значительно превышало рекомендованный в стране уровень потребления соли для взрослого населения 6 граммов в день.

Были сформулированы задачи по добровольному сокращению потребления соли, и промышленность публично обязалась уменьшить содержание соли в продуктах питания. В период с 2004 г. по 2010 г. были проведены кампании по информированию населения о проблемах здоровья, рекомендуемом уровне потребления соли и другой консультативной помощи потребителям.

Уровни содержания соли в некоторых продуктах питания были снижены на 55%, со значительными сокращениями в тех категориях продуктов, которые были основным источником соли в рационе питания. В 10 раз возросла информированность потребителей о рекомендуемом уровне потребления соли в 6 г. в день, а число людей, заявивших, что предпринимают специальные усилия для сокращения потребления соли, увеличилось в два раза. К 2008 г. средний уровень дневного потребления соли сократился на 0,9 г до 8,6 г в день, что, согласно оценкам, позволило предотвратить более 6 000 случаев преждевременной смерти и сэкономить 1,5 миллиарда фунтов стерлингов в год на здравоохранение и другие расходы, то есть намного больше, чем стоимость осуществления программы по сокращению потребления соли.

Содержащиеся в пищевых продуктах промышленного производства трансжирные кислоты отрицательно влияют на уровень липидов в крови и метаболизм жирных кислот, снижают функцию эндотелия и повышают риск воспаления, что в свою очередь увеличивает риск развития диабета 2-го типа и сердечно-сосудистых заболеваний (45). В докладе проекта по Приоритетам борьбы с болезнями (ПББ) говорится, что замена потребления 2% энергии из трансжиров на потребление из полиненасыщенных жиров приведет к снижению риска ССЗ в диапазоне от 7%-8% до 25%-40%, и что эти расчеты не учитывали дополнительных воздействий на диабет 2-го типа (46). Для снижения содержания трансжиров в производимых промышленным способом продуктах питания, правительственные подходы включают обязательное регулирование стандартов пищевых продуктов, рекомендации по питанию, повышение информированности населения о вредном влиянии трансжиров на здоровье с помощью информации о составе и влиянии на здоровье продуктов питания, добровольную или обязательную маркировку, показывающую содержание трансжиров в продуктах питания, и добровольное изменение рецептуры промышленностью (47, 48). Запреты являются наиболее действенной мерой. В 2003 году в Дании были внедрены обязательные ограничения на содержание трансжирных кислот в жирах и маслах до менее чем 2% от общего содержания жирных кислот. Обследование 2006 г. показало, что содержание трансжирных кислот в промышленно выпускаемых продуктах питания практически сведено к нулю, а население в среднем и группы высокого риска потребляют менее 1 грамма производимых промышленно трансжирных кислот в день. Хотя все же требуются дополнительные доказательства экономической эффективности, осторожные предположения, сделанные в рамках проекта ПББ (46), указывают на высокую вероятность того, что данная мера является очень экономически эффективной, недорогостоящей и реально осуществимой и, следовательно, **наиболее выгодной мерой**.

Обоснованные коммуникационные и информационные стратегии являются **наиболее выгодными мерами** для кампаний по пропаганде здорового питания. Должны быть разработаны и распространены среди потребителей руководящие принципы правильного питания. Однако в большинстве стран в национальных масштабах это еще не делается (49). Необходима также адекватная информации о питательной ценности продукта с помощью маркировки, чтобы помочь потребителям сделать правильный выбор в отношении продуктов (50).

Существуют данные о наличии связи между питанием во время беременности и в раннем детстве и предрасположенностью к НИЗ на более поздних этапах жизни. Дети, получавшие после рождения грудное вскармливание, во взрослом возрасте имеют в среднем более низкое кровяное давление и более низкий уровень общего холестерина, более высокие результаты интеллектуальных тестов и более низкий риск избыточного веса/ожирения и диабета 2-го типа (51). Исключительно грудное вскармливание рекомендуется до 6 месяцев и продолжение грудного вскармливания — до 2 лет и старше (52). Для повышения качества вскармливания детей грудного и раннего возраста требуется принятие комплекса законов, например, по охране материнства на рабочем месте; принятие соответствующих мер в системе здравоохранения и повышение квалификации медицинских работников, а также поддержка семейной и общественной практики через соответствующие каналы в общине, например, группы поддержки грудного вскармливания (53).

Однако существуют и другие дополнительные эффективные мероприятия, которые необходимо учитывать в комплексной стратегии по пропаганде здорового питания.

Замена в рационе питания насыщенных жиров на ненасыщенные приведет к сокращению отношения концентрации холестерина ЛПНП к общему холестерину ЛПВП и сокращению риска ССЗ (54). В докладе проекта по ПББ говорится, что замена части насыщенных жиров полиненасыщенными может предотвратить один DALY по стоимости 1865 долл. США в Южной Азии и 4012 долл. США на Ближнем Востоке и в Северной Африке (46).

Мероприятия, направленные на изменение питания и физической активности, считаются мероприятиями первого ряда для профилактики диабета 2-го типа (55). Сочетание повышения потребления клетчатки (≥ 15 г/1000 ккал), сокращения потребления общих жиров (< 30% от всей потребляемой энергии) и насыщенных жиров (< 10% от всей потребляемой энергии) вместе с умеренной физической активностью (≥ 30 минут в день) и снижением массы тела (5%) могут приблизительно на 50% сократить риск прогрессирования в сторону диабета 2-го типа у лиц с нарушениями регуляции глюкозы (известными также как «преддиабет») (56).

Сокращение маркетинга продуктов питания и безалкогольных напитков с высоким содержанием соли, жиров и сахара для детей также является экономически эффективным для сокращения распространенности НИЗ (57). Маркетинг таких продуктов питания для детей является очень сильным, так как дети легко вовлекаются и воспринимают рекламу и другие рекламные акции (58, 59). Существуют убедительные данные о наличии связи между телевизионной рекламой и знаниями детей о продуктах питания, их предпочтениями, запросами на покупку и структурами потребления. Телевизионная реклама ассоциируется с повышением потребления закусок и напитков с высоким содержанием сахара, с потреблением продуктов с низкой питательной ценностью и высокой калорийностью (60, 61). Результаты недавно проведенного обзора показывают, что с 2003 г. 20 стран разработали или разрабатывают политические меры, включающие законодательные предписания, официальные руководства или одобренные формы саморегулирования (62). В Соединенном Королевстве проведена оценка результатов ограничения воздействия рекламы на детей (63) и выявлено, что дети в возрасте от 4 до 15 лет видели на 32% меньше рекламы продуктов питания, чем до внедрения ограничений. Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA 63.14 настоятельно призывает государства-члены принять необходимые меры по выполнению рекомендаций ВОЗ по ограничению маркетинга пищевых продуктов и безалкогольных напитков для детей (64).

В некоторых странах имеется опыт внедрения фискальных мер, таких как повышение налогов на те продукты питания, которые должны потребляться в меньшем количестве, и снижение налогов, субсидирование цен или внедрение стимулов для производителей тех продуктов питания, потребление которых поощряется. Долгосрочное исследование цен на продукты питания и потребления в Китае показало, что повышение цен на продукты, вредные для здоровья, ассоциируется со снижением потребления таких продуктов (65). В Соединенных Штатах Америки внедрение программ по снижению цен на продукты здорового питания привело к повышению на 78% потребления этих продуктов питания (66). Исследования по моделированию поведения показывают, что одновременное снижение налогов на продукты здорового питания и повышение налогов на вредные для здоровья продукты могут стимулировать потребление продуктов здорового питания, особенно среди населения с более низким уровнем дохода (67).

Сочетание мер на государственном и местном уровнях способствует реализации политических решений в области питания и продуктов питания. На уровне сообщества программы могут эффективно объединять в себе два направления: стимулирование потребления продуктов здорового питания и повышение физической активности, что показало эффективность в контроле роста ожирения среди детей во Франции и Швеции. Такие многоуровневые меры необходимы для усиления поддержки на политическом уровне в направлении улучшений рациона питания и физической активности.

В заключение следует отметить, что, хотя для повышения качества рациона питания и снижения риска НИЗ необходимо проведение комплекса мер, направленных на продовольственное снабжение и информирование населения, отдельные меры выделяются как наиболее экономически эффективные и доступные для внедрения даже в условиях низкого уровня дохода. Эти меры включают проведение кампаний в СМИ, направленных на сокращение потребления соли, и изменение рецептуры компаниями-производителями, замена трансжиров на полиненасыщенные жиры путем принятия соответствующих мер регулирования, инициатив, направленных на информирование населения о здоровом питании, включая предоставление информации в месте принятия решения о покупке.

Конкретные стратегии для профилактики рака

Многие из вышеперечисленных мер, направленных на сокращение потребления табака, борьбу с гиподинамией и вредным для здоровья употреблением алкоголя и изменение практики в отношении нездорового питания также эффективны для сокращения риска развития некоторых видов рака. Комплексная программа мер противораковой борьбы включает первичную профилактику, раннее выявление/скрининг, лечение и паллиативную помощь. Вопросы скрининга освещаются в данной главе, а о раннем выявлении речь пойдет в главе 5. Существуют фактические данные в пользу того, что меры на уровне всего населения более эффективны, чем меры на индивидуальном уровне, с точки зрения охвата, справедливости, обеспечения качества и экономической эффективности (68, 69).

Конкретные стратегии борьбы против рака включают конкретные меры, направленные на профилактику или борьбу с инфекциями канцерогенного риска. Хронический вирусный гепатит В является основной причиной рака печени. Он очень заразен, и передача вируса осуществляется с кровью и другими биологическими жидкостями больного человека. Развитие хронического вирусного гепатита В обратно пропорционально возрасту на момент инфицирования. Таким образом, ВОЗ рекомендует всеобщую иммунизацию детей грудного возраста, включая прививку в момент рождения, с включением прививки от гепатита В в национальные программы иммунизации грудных детей, что является самой экономически эффективной стратегией для профилактики хронической инфекции гепатита В и первичного рака печени. Прививка против вируса гепатита В является наиболее выгодной мерой (70).

Инфекция вируса папилломы человека (ВПЧ) является главной причиной цервикального рака. Существующая на сегодняшний день вакцина против ВПЧ позволяет снизить заболеваемость цервикальным раком на 70%. Рекомендуется включать вакцинацию против ВПЧ в комплексные программы профилактики цервикального рака при необходимости (то есть в странах с высокой распространенностью этого вида рака) и когда это реально выполнимо (71). Основными проблемами внедрения вакцинации против ВПЧ является высокая стоимость самой вакцины и рекомендация по охвату девочек-подростков, но эффективной базы для проведения вакцинации в этой возрастной группе нет. Было подсчитано, что при хорошем охвате девочек-подростков (не менее 70%) и при затратах в размере 10-ти международных долларов на одну девочку-подростка (около 2,00 международных долларов за дозу, плюс удаление отходов, затраты на административную и программную поддержку), вакцинация против ВПЧ будет рентабельной в 72 беднейших странах мира — затраты на предотвращение одного DALY составят менее 200 международных долларов в большинстве из этих стран. Аналогичный анализ для стран с ограниченными ресурсами показал, что вакцинация против ВПЧ будет также (исключительно) экономически эффективной, как и альтернативные стратегии, направленные на скрининг и лечение, если стоимость одной дозы вакцины сократится до 2 или менее долларов США (72). Оба анализа показали также, что сочетание вакцинации девочек-подростков и скрининг взрослых женщин может сократить заболеваемость раком шейки матки быстрее, чем программы, использующие только одну стратегию.

Защита от вредного воздействия факторов риска окружающей среды или профессиональных факторов риска рака включает очень эффективные стратегии профилактики, поскольку обычно существуют недорогие мероприятия. Хотя и не всегда гарантирующие значительное число предотвращенных случаев, такие мероприятия часто приводят к снижению летальности на местном уровне. Примеры таких мероприятий включают: уменьшение воздействия солнечной радиации среди восприимчивых групп населения; улучшение условий хранения питьевой воды в засушливых странах с целью сокращения риска гепатоцеллюлярных видов рака в связи с попаданием афлатоксинов в питьевую воду; введение запретов на использование асбеста с целью сокращения риска мезотелиомы и рака легкого; повышение информированности и введение более строгих правил в отношении производственной гигиены и охраны труда; борьба с загрязнением воздуха внутри помещения, связанным с приготовлением пищи или отоплением при сжигании твердого топлива; борьба с загрязнением питьевой воды и почвы путем более эффективной нормативной базы по защите населения и окружающей среды.

Помимо первичной профилактики рака вторичная профилактика также может быть экономически-эффективной. Популяционный противораковый скрининг эффективен для снижения бремени онкологических заболеваний. Противораковый скрининг включает выполнение доказанных эффективных исследований и осмотров и проведение других процедур, которые можно быстро реализовать на уровне основного населения.

Более чем 50-летний опыт противоракового скрининга, накопленный в странах с высокой обеспеченностью ресурсами, показывает, что организованные на уровне всего населения программы скрининга могут сократить смертность от онкологических заболеваний, являясь при этом экономически-эффективными (68, 69). Неотъемлемым элементом успешно организованного скрининга является принятие информированного решения о начале скрининга приоритетных форм рака в контексте национальной программы противораковой борьбы, и политическая воля продолжать данную активность с поддержкой и финансированием со стороны министерства здравоохранения на основе адекватной инфраструктуры здравоохранения. Необходимо определить и сформировать целевую группу для скрининга, включая разработку перечня приоритетных

видов рака и способов определения целевых групп и их приглашения на скрининг. Наличие системы активного первого и повторного вызова лиц из целевых групп для прохождения скрининга весьма важно для достижения широкого охвата. В странах с высоким уровнем ресурсов такие системы основываются, как правило, на списках жителей и письменных приглашениях; повысить уровень участия в скрининге в странах с низкой обеспеченностью ресурсами можно путем мобилизации общин и вовлечения медико-социальных работников общин (73, 74).

Рак молочной железы диагностируется, как правило, на поздних стадиях. Несмотря на фактические данные, полученные в странах с высоким уровнем дохода, в поддержку того, что скрининг с помощью маммографии сокращает смертность от рака молочной железы, прежде чем начинать такие программы, необходимо обеспечить наличие необходимого потенциала, финансирования и инфраструктуры для проведения лечения. Доступные экономические данные показывают, что лечение рака молочной железы на ранних стадиях заболевания является наиболее экономически эффективным и доступным вариантом. Комплексный маммографический скрининг и программа лечения также экономически эффективны, но менее доступны в условиях ограниченных ресурсов при низком уровне заболеваемости (68).

Цервикальный рак является вторым наиболее распространенным видом рака среди женщин и первым во многих странах с низким уровнем дохода. В слишком многих странах рак шейки матки диагностируется на поздних стадиях заболевания. Существуют фактические данные, указывающие на то, что организованный цитологический скрининг привел к снижению смертности от цервикального рака во многих странах с высоким уровнем дохода (69). Скрининг цервикального рака методом тестирования на ВПЧ и, в меньшей степени, методом визуального осмотра с тестом уксусной кислотой успешно проводился и оценивался в странах с ограниченными ресурсами и может стать основным приоритетом в области профилактики и противораковой борьбы в этих странах (72). Новые недорогие тесты на ВПЧ вместе с вакциной против ВПЧ имеют потенциал улучшить результаты в борьбе против цервикального рака во всем мире, хотя высокая стоимость вакцины делает этот вариант менее доступным в настоящее время (75). Колоректоральный рак является наиболее часто встречаемым видом рака среди некурящего населения во всем мире. Различные варианты скрининга (такие как анализ на наличие скрытой крови в кале, сигмоидоскопия и колоноскопия) признаны действенными и включены в организованные скрининговые программы в странах с высоким уровнем дохода. Программы скрининга колоректорального рака кишок еще не проводились в странах с низким уровнем дохода по причине относительно низкой распространенности этого заболевания и высокой стоимости и сложности оценки предраковых изменений (76). Рак простаты является вторым наиболее часто диагностируемым видом рака у мужчин во всем мире. Однако необходимо проведение дополнительных исследований для изучения целесообразности скрининга всего населения с целью снижения смертности от рака простаты и улучшения качества жизни (77).

Существуют также доступные многообещающие методы раннего выявления и скрининга рака кожи и рака ротовой полости (78).

Увеличение воздействия

За последнее десятилетние наблюдаются конкретные признаки прогресса в разработке эффективных мероприятий, программ и политики для профилактики и борьбы с НИЗ, включая передовой опыт, применимый в странах с низким, средним и высоким уровнем дохода. Внедрение действенных мер поможет добиться быстрых улучшений и повернуть вспять рост заболеваемости и смертности от НИЗ.

Значительные меры, воздействие которых является очевидным, включают повышение налога на табак и введение запрета на курение в общественных местах и на рабочем месте; повышение налога на алкоголь и ограничение его продаж; обязательное и добровольное сокращение потребления соли; улучшение доступа к местам для физической активности, например, для ходьбы.

Следует рассмотреть возможность широкого применения выгодных мер (Таблица 1). Стратегии применения практических мер, приведенные во второй колонке, доказали свою высокую экономическую эффективность в местах с высоким, средним и низким уровнем дохода и ресурсов.

Основные положения

- Большинство неинфекционных заболеваний можно предотвратить с помощью мероприятий и политики, которые сокращают основные факторы риска.
- Большинство профилактических мер являются экономически эффективными, в том числе для стран с низким уровнем дохода.
- Некоторые профилактические действия могут быстро повлиять на бремя болезней на уровне всего населения.
- Лучшие результаты могут быть достигнуты путем объединения подходов, основанных на фактических данных.
- Всесторонние стратегии профилактики должны подчеркивать необходимость в обеспечении устойчивости мероприятий во времени.

Большинство неинфекционных заболеваний можно предотвратить с помощью мероприятий и политики, которые сокращают основные факторы риска.

Таблица 1. Меры, направленные на сокращение влияния факторов риска НИЗ: определение «наиболее выгодных мер»

Фактор риска (потери DALYв миллион. лет; % глобального бремени)[a]	Меры/действия (* основной набор наиболее выгодных мер Остальные — выгодные меры)	Предотвратимое бремя *(предотвратимые потери DALY в миллион. лет)*	Рентабельность[b] (1US$ /1 предотвр. DALY) [Очень высокая = <ВВП/ чел. Средняя = <3хВВП/чел. Низкая = >3хВВП/чел.]	Стоимость внедрения (1 US$/ чел.) [Очень низкая = < 0,50 US$ Достаточно низкая =< 1 US$ Более высокая => 1 US$]	Выполнимость *(ограничения в системе здравоохранения)*
Употребление табака (> 50 миллион. DALY; 3,7% глобального бремени)	**Защита от табачного дыма*** **Информирование о вреде для здоровья*** **Запреты на рекламу*** **Повышение налогов***	Совокупный эффект: 25-30 миллион. лет предотвратимых потерь DALY (> 50% табачного бремени)	Очень высокая	Очень низкая	Легко выполнимы; прочная стратегическая основа (РКБТ)
	Консультирование курильщиков		Средняя	Достаточно низкая	Выполнимо (первичная медико-санитарная сеть)
Вредное употребление алкоголя (> 50 миллион. DALY; 4,5% глобального бремени)	**Ограничения на розничную торговлю*** **Запрет на рекламу*** **Повышение налогов***	Совокупный эффект: 5-10 миллион. лет предотвратимых потерь DALY (10-20% алкогольного бремени)	Очень высокая	Очень низкая	Легко выполнимы
	Запрет на управление ТС в состоянии алкогольного опьянения (содержание алкоголя в выдыхаемом воздухе) Консультирование о вреде пьянства		Средняя	Достаточно низкая	Межсекторальная мера Выполнимы (первичная медико-санитарная сеть)
Нездоровое питание (15-30 миллион. DALY; 1-2% глобального бремени)[c]	**Сокращение потребления соли*** **Замена транс-жиров на полиненасыщенные жиры*** **Санпросвет населения по вопросам питания*** +	Эффект от сокращения потребления соли: 5 миллион. лет предотвратимых потерь DALY Другие меры: глобальная оценка еще не проводилась	Очень высокая	Очень низкая	Легко выполнимы
	Ограничение маркетинга продуктов и напитков для детей Замена насыщенных жиров на ненасыщенные Налогообложение и субсидирование Консультирование в первичном звене Санпросвет на рабочем месте Стимулирование здорового питания в школах		Очень высокая (необходимы дополнительные исследования)	Очень низкая	Легко выполнимы
			Средняя	Более высокая	Выполнимо (первичная медико-санитарная сеть)
			Низкая	Достаточно низкая	Легко выполнимо
Гиподинамия (> 30 миллион.DALY; 2,1% глобального бремени)	**Пропаганда физически-активного образа жизни (СМИ) *+**	Глобальная оценка еще не проводилась	Очень высокая	Очень низкая	Легко выполнимо
	Пропаганда активного образа жизни (местные сообщества) Поддержка стратегий активного передвижения Консультирование в первичной медико-санитарной сети Стимулирование физической активности на рабочем месте Стимулирование физической активности в школах		Глобальная оценка еще не проводилась	Глобальная оценка еще не проводилась	Межсекторальная мера
			Средняя	Более высокая	Легко выполнимо
			Низкая		
Инфекции	Профилактика рака печени методом вакцинации против вирусного гепатита В*	Глобальная оценка еще не проводилась	Очень высокая	Очень низкая	Выполнимо (первичная медико-санитарная сеть)

[a] *DALY s (или годы жизни с поправкой на нетрудоспособность), термин широко применяется для оценки преждевременной смертности и плохого состояния здоровья. Один год потерь DALY — потеря одного года здоровой жизни.*

[b] *Основными источниками данных для расчета применимых в глобальном масштабе оценок экономической эффективности являются Проект «Приоритетные направления в области контроля и профилактики заболеваний» (www.DCP2.org) и Проект ВОЗ «Выбор мероприятий с более высокой затратной эффективностью» (CHOICE) (www.WHO.int/choice)*

[c] *Эта оценка основана на совокупном бремени, обусловленным нездоровым питанием, включая низкий уровень потребления фруктов и овощей, высокий уровень холестерина в крови, избыточный вес/ожирение, высоки уровень глюкозы в крови, высокий уровень артериального давления и гиподинамией*

+ Должны рассматриваться как наиболее выгодные меры при одновременном внедрении обеих мер

Ссылки

1) *Руководящие принципы осуществления Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011 г.

2) *История принятия Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 г.

3) 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.

4) *Сдерживание эпидемии.* Вашингтон, ОК, Всемирный банк, 1998 г.

5) Tobacco Addiction. In: Jamison DT et al., eds. *Disease control priorities in developing countries,* 2nd ed. Washington, DC, The World Bank, 2006.

6) *WHO technical manual on tobacco tax administration.* Geneva, World Health Organization, 2010.

7) *Effectiveness of tax and price policies in tobacco control.* Lyon, International Agency for Research on Cancer (in press; IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 14).

8) *Protection from exposure to second-hand tobacco smoke: policy recommendations.* Geneva, World Health Organization, 2007.

9) *Evaluating the effectiveness of smoke-free policies.* Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2009 (IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 13).

10) *WHO/TFI: consumer information.* Geneva, World Health Organization, 2011.

11) *ITC key findings.* Waterloo, CA, International Tobacco Control Policy Evaluation Project, 2010.

12) 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.

13) Saffer H, Chaloupka F. *Tobacco advertising: economic theory and international evidence.* Cambridge, MA, National Bureau of Economic Research, 1999 (Working Paper No. 6958).

14) *WHO/TFI Smoking cessation.* Geneva, World Health Organization, 2011.

15) Asaria P et al. Chronic disease prevention: health effects and financial costs of strategies to reduce salt intake and control tobacco use. *The Lancet,* 2007, 370:2044–2053.

16) *Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2009 г.: создание бездымной среды.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 г.

17) *Economics of tobacco control international evidence for tobacco control network.* University of Illinois at Chicago, IL, International Tobacco Evidence Network, 2002.

18) *Best practices for comprehensive tobacco control programs.* Atlanta, GA, US Center for Disease Control and Prevention, 2007. The majority of noncommunicable diseases can be averted through interventions and policies that reduce major risk factors Chapter 4 – Reducing risks and preventing disease: population-wide interventions 58

19) *Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2008 г.: пакет MPOWER.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 г.

20) *Tobacco industry interference with tobacco control.* Geneva, World Health Organization, 2008.

21) *Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии: Создание бездымной среды.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 г.

22) *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks.* Geneva, World Health Organization, 2009.

23) *Global recommendations on physical activity for health.* Geneva, World Health Organization, 2010.

24) *Global strategy on diet, physical activity and health.* Geneva, World Health Organization, 2004.

25) *Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases.* Geneva, World Health Organization, 2008.

26) *Interventions on diet and physical activity: what works. Summary report.* Geneva, World Health Organization, 2009.

27) 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.

28) Cecchini M et al. Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost effectiveness. *The Lancet*, 2010, 376:1775–1784.

29) Babor TF et al. *Alcohol: no ordinary commodity,* 1st ed. Oxford, Oxford University Press, 2003.

30) Babor TF et al. *Alcohol: no ordinary commodity,* 2nd ed. Oxford, Oxford University Press, 2010.

31) *Expert committee on problems related to alcohol consumption, second report.* Geneva, World Health Organization, 2007.

32) Anderson P, Chisholm D, Fuhr D. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *The Lancet,* 2009, 373:2234–2246.

33) *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm.* Copenhagen, World Health Organization Regional office for Europe, 2009.

34) *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol.* Geneva, World Health Organization, 2010.

35) Cecchini M et al. Tackling unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and costeffectiveness. *The Lancet,* 2010, 376:1775-1784.

36) Asaria P et al. Chronic disease prevention: health effects and financial costs of strategies to reduce salt intake and control tobacco use. *The Lancet,* 2007, 370:2044–2053.

37) Murray C 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. *The Lancet,* 2003, 361:717–725.

38) *Creating an enabling environment for population-based salt reduction strategies: report of a joint technical meeting held by WHO and the Food Standards Agency, United Kingdom.* Geneva, World health Organization, 2010.

39) Brown IJ et al. Salt intakes around the world: implications for public health. *International Journal of Epidemiology*, 2009, 38:791–813.

40) Law MR, Frost CD, Wald NJ. By how much does dietary salt reduction lower blood pressure? III - Analysis of data from trials of salt reduction. *British Medical Journal*, 1991, 302:819–824.

41) Law MR, Frost CD, Wald NJ. By how much does dietary salt reduction lower blood pressure? I Analysis of observational data among populations. *British Medical Journal*, 1991, 302:811-815.

42) Law MR, Frost CD, Wald NJ. By how much does dietary salt reduction lower blood pressure? II Analysis of observational data within populations. *British Medical Journal*, 1991, 302:815–818.

43) He FJ, MacGregor GA. How far should salt intake be reduced? *Hypertension*, 2003, 42:1093.

44) Webster J et al. Salt reduction initiatives around the world. *Manuscript submitted for publication*, 2010.

45) Hu FB, Willett WC. Optimal Diets for Prevention of Coronary Heart Disease. JAMA, 2002, 288:2569– 2578.

46) Willett WC et al. Prevention of chronic disease by means of diet and lifestyle changes. In: DT Jamison et al., eds. *Disease control priorities in developing countries.* Washington, DC, The World Bank, 2006. Chapter 4 – Reducing risks and preventing disease: population-wide interventions 59

47) Skeaff CM. Feasibility of recommending certain replacement or alternative fats. European Journal of Clinical Nutrition, 2009, 63:S34–S49.

48) L'Abbé MR et al. Approaches to removing trans fats from the food supply in industrialized and developing countries. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2009, 63 (Suppl):S50–S67.

49) *A review of nutrition policies.* Geneva, World Health Organization, 2011.

50) *Nutrition labels and health claims: the global regulatory environment.* Geneva, World Health Organization, 2004.

51) *Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic review and meta-analyses.* Geneva, World Health Organization, 2007.

52) *Глобальная стратегия по питанию детей грудного и раннего возраста.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2003 г.

53) *Planning guide for national implementation of the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding.* Geneva, World Health Organization, 2007

54) *Fats and fatty acids in human nutrition. Report of an expert consultation.* Rome, Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2010.

55) Paulweber B et al. for the Writing Group, on behalf of the IMAGE Study Group. A European Evidence- Based Guideline for the Prevention of Type 2 Diabetes. *Hormone and Metabolic Research,* 2010; 42 (Suppl.1): S3–S36.

56) Greaves CJ et al. for the IMAGE Study Group. Systematic review of reviews of intervention components associated with increased effectiveness in dietary and physical activity interventions. *BioMed Central Public Health,* 2011, 11:119.

57) Cecchini M et al. Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost effectiveness. *The Lancet,* 2010, 376:1775–1784.

58) Hastings G et al. *Review of research on the effects of food promotion to children.* London, Food Standards Agency, 2003.

59) *The extent, nature and effects of food promotion to children: a review of the evidence to December 2008.* Geneva, World Health Organization, 2009.

60) *The extent, nature and effects of food promotion to children: a review of the evidence.* Geneva, World Health Organization, 2006.

61) McGinnis JM, Gootman JA, Kraak VI, eds. *Food marketing to children and youth: threat or opportunity?* Washington, DC, National Academies Press, 2006.

62) Hawkes C, Lobstein T. Regulating the commercial promotion of food to children: a survey of actions worldwide. *International Journal of Pediatric Obesity*, 2010. [Epub ahead of print]

63) *Changes in food and drink advertising and promotion to children. A report outlining the changes in the nature and balance of food and drink advertising and promotion to children, from January 2003 to December 2007.* London, Department of Health UK, 2008.

64) *Marketing of food and non-alcoholic beverages to children.* Resolution WHA63.14 of the Sixty-third World Health Assembly. Geneva, World Health Organization, 2010.

65) Guo X et al. Food price policy can favorably alter macronutrient intake in China. *Journal of Nutrition,* 1999, 129:994–1001.

66) Suhrcke M et al. *Economic consequences of chronic diseases and the economic rationale for public and private intervention*. London, Oxford Health Alliance, 2005.

67) *Economic nutrition policy tools–useful in the challenge to combat obesity and poor nutrition?* Lyngby, Danish Academy of Technical Sciences, 2007.

68) *Breast cancer screening.* Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2002 (IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 7).

69) *Cervix Cancer Screening.* Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2005 (IARC Handbooks of Cancer Prevention, Vol. 10).

70) *Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes module 2.* Geneva, World Health Organization, 2007.

71) *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed.* Geneva, World Health Organization. 2002

72) Ginsberg GM et al. Screening, prevention and treatment of cervical cancer — a global and regional generalized cost-effectiveness analysis. *Vaccine*, 2009; 27:6060–6079. Chapter 4 – Reducing risks and preventing disease: population-wide interventions 60

73) Sankaranarayanan R et al. Effect of visual screening on cervical cancer incidence and mortality in Tamil Nadu, India: a cluster-randomised trial. *The Lancet,* 2007; 370 (9585):398–406.

74) Sankaranarayanan R et al. HPV screening for cervical cancer in rural India. *New England Journal of Medicine,* 2009; 360:1385–1394.

75) Goldie SJ et al. Health and economic outcomes of HPV 16, 18 vaccinations in 72 GAVI-eligible countries. *Vaccine,* 2008; 26:4080–4093.

76) Ginsberg GM et al. Prevention, screening and treatment of colorectal cancer: a global and regional generalized cost effectiveness analysis. *Cost Effectiveness and Resource Allocation,* 2010, 8:2.

77) La Rochelle J, Amling CL. Prostate cancer screening: what we have learned from the PLCO and ERSPC trials. *Current Urology Reports,* 2010, 11:198–201.

78) Sankaranarayanan R et al. Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: a clusterrandomised controlled trial. *The Lancet,* 2005; 365 (9475):1927–1933.

Глава 5

Улучшение медико-санитарной помощи: практические меры на уровне отдельных людей

Для преодоления НИЗ подход к профилактике, основанный на всем населении, изложенный в предыдущей главе, имеет большой потенциал для снижения бремени болезней, но не дает адекватного ответа на необходимость укрепить медицинскую помощь для людей с НИЗ. Бремя болезней может быть значительно уменьшено в короткие сроки и на длительный период, если основанный на всем населении подход будет дополнен медико-санитарными мероприятиями для отдельных людей, которые либо уже имеют НИЗ, либо подвергаются высокому риску таких заболеваний (1–5).

Как указано в *Глобальной стратегии по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними*, лучшим подходом к НИЗ может стать комбинированное осуществление мер первичной профилактики, ориентированных на все население, и мер, ориентированных на отдельных людей, подвергающихся высокому риску, наряду с улучшением доступа к основным мерам медицинской помощи для людей с НИЗ (2).

В настоящее время во многих странах с низким и средним уровнями дохода системы здравоохранения не соответствуют требованиям оказания помощи при хронических состояниях

В данной главе изучаются основные вопросы оказания медицинской помощи и улучшения доступа к основным мероприятиям, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода. Исторически сложилось, что системы здравоохранения во многих странах с низким и средним уровнем дохода основаны на оказании неотложной помощи и не приспособлены к профилактике и борьбе с НИЗ, которые требуют долгосрочной помощи (6). Длительное течение многих НИЗ требует комплексных ответных мер системы здравоохранения, которые объединяют вместе подготовленный и квалифицированный персонал, доступные технологии, надежное снабжение медицинскими препаратами, системы направления к специалистам и развитие навыков самопомощи у пациентов, и все это в течение длительных периодов времени. В настоящее время системы здравоохранения во многих странах с низким и средним уровнем дохода не соответствуют требованиям оказания помощи при хронических состояниях. За последние годы многие из этих стран инвестировали в национальные вертикальные программы борьбы с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией. Были выявлены как положительные, так и отрицательные последствия этих инициатив (7). Положительные включают быстрое увеличение масштабов оказания услуг при ВИЧ/СПИДе, туберкулезе и малярии, большее участие заинтересованных сторон и направление средств в неправительственные структуры, тогда как отрицательные могут включать искажение национальных приоритетов, отвлечение правительственных органов от скоординированных усилий по укреплению систем здравоохранения и возврат к вертикальным системам планирования, управления, мониторинга и оценки (7). Необходимо объединить и использовать накопленный в ходе выполнения таких инициатив опыт и потенциал путем лучшей интеграции инициатив в отношении инфекционных и неинфекционных заболеваний. Для восполнения существующих пробелов в программах и услугах, в рамках согласованного процесса общего укрепления систем здравоохранения, национальные программы охраны здоровья должны основываться на научном анализе ситуации и четком понимании национальных приоритетов в области здравоохранения. Такие подходы особенно актуальны в странах с двойным бременем болезней. Потенциал систем здравоохранения для преодоления НИЗ также рассматривается в Главе 6.

В странах с высоким уровнем дохода смертность от ССЗ значительно сократилась. Сокращение обусловлено внедрением профилактических и лечебных мер.

Фактические данные из стран с высоким уровнем дохода

За последние десятилетия в странах с высоким уровнем дохода показатели смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) значительно снизились (8–12). Существуют убедительные доказательства того, что осуществление мер первичной профилактики на популяционном уровне вкупе с мерами индивидуального характера способствовали формированию этой тенденции по сокращению смертности (11, 12). За десятилетний период работы по проекту ВОЗ Многостранового мониторинга тенденций и детерминант сердечно-сосудистых заболеваний (MONICA) смертность от ишемической болезни сердца и инсульта значительно сократилась во многих из 38 группах населения (11). Сокращение смертности объяснялось снижением заболеваемости и/или улучшением выживаемости после перенесенных сердечно-сосудистых эпизодов благодаря

профилактическим и лечебным мерам. Во всех группах населения с отмеченным снижением смертности от ишемической болезни сердца, снижение сердечно-сосудистого риска обусловило 75% и 66% изменения среди мужчин и женщин соответственно, а оставшаяся доля приходится на оказание эффективной медицинской помощи, что привело к повышению уровня выживаемости в течение первых четырех недель после перенесенного эпизода. В странах, в которых наблюдалось сокращение смертности от инсульта, 33% от общего сокращения ассоциировались со снижением заболеваемости, а 66% — с повышением выживаемости. Эти данные проекта ВОЗ MONICA поддерживают мнение, что первичная профилактика среди всего населения и индивидуальная медико-санитарная помощь вместе сокращают бремя сердечно-сосудистых заболеваний среди населения (11).

В Соединенном Королевстве с 1981 г. по 2000 г. произошло существенное сокращение смертности от ишемической болезни сердца (12). Около 42% от общего снижения объясняется лечением (в том числе 11% — вторичной профилактикой, 13% — лечением сердечной недостаточности, 8% — первоначальным лечением острого инфаркта миокарда, 3% — лечением гипертензии). Около 58% снижения относятся к сокращению факторов риска среди всего населения (12).

В отношении лечения рака в странах с высоким уровнем дохода достигнуты улучшения в исходах лечения некоторых видов рака (13). Прогресс в лечении рака зачастую в сочетании с ранней диагностикой, расширением доступа к помощи и скринингом дал возможность значительной части больных разными видами рака (включая рак молочной железы, цервикальный рак, рак простаты и рак у детей) достичь существенного увеличения длительности выживания после лечения. Однако в странах с низким и средним уровнем дохода выживаемость значительно ниже (14) из-за диагностики на более поздних стадиях заболевания и менее эффективного лечения, качество которого часто связано с социально-экономическим статусом страны.

В Глобальной стратегии подчеркивается, что во всех группах населения всегда будут люди с риском (от среднего до высокого) развития НИЗ, так что меры медицинской помощи на индивидуальном уровне необходимы для раннего выявления, профилактики и лечения (2). Если индивидуальные меры медицинской помощи являются недоступными, то больные будут поступать в учреждения здравоохранения с острыми состояниями (например, с острым инфарктом миокарда, инсультом) или с долгосрочными осложнениями (например, с застойной сердечной недостаточностью, вызванной гипертензией или ишемической болезнью сердца, а также с сердечно-сосудистыми, почечными и офтальмологическими осложнениями из-за диабета) (4, 5).

Оказание медицинской помощи при НИЗ в странах с низким и средним уровнями доходов

Уровни распространенности НИЗ в странах с низким и средним уровнем дохода возрастают. Для того чтобы остановить и обратить вспять эту тенденцию, необходимо изменить существующие подходы к преодолению НИЗ. В настоящее время основной акцент при оказании помощи людям с НИЗ во многих странах с низким и средним уровнем дохода ставится на стационарную помощь. В случае ССЗ значительная доля людей с высоким сердечно-сосудистым риском не диагностируется своевременно (5, 15), а для пациентов с установленным диагнозом доступ к лечению на уровне первичной медико-санитарной помощи является недостаточным (16). Подобно этому, больные диабетом имеют недостаточный доступ к основной медико-санитарной помощи, за исключением случаев, когда учреждения первичной медико-санитарной сети имеют оборудование для оказания такой помощи; учреждения вторичного и третичного уровня помощи могут оказывать помощь лишь небольшой части больных диабетом, а направление в такие учреждения получают, как правило, пациенты с осложнениями или пациенты, состояние которых требует специального ведения и помощи.

Неинфекционные заболевания диагностируются, как правило, на поздней стадии заболевания, когда у пациента уже развиваются симптомы и госпитализация происходит по причине острого состояния или длительных осложнений и нетрудоспособности (17–19). На более поздней стадии заболевания требуется дорогостоящее высокотехнологичное лечение.

Примерами такого дорогостоящего лечения является коронарное шунтирование и другие виды сосудистых хирургических вмешательств при нестабильной стенокардии и цереброваскулярной болезни, лазерная хирургия при диабетической ретинопатии, почечный диализ и трансплантация при терминальной стадии почечной недостаточности, и лучевая терапия для лечения онкологических заболеваний на поздних стадиях.

Во многих странах больные онкологическими заболеваниями лишены доступа или имеют ограниченный доступ к помощи из-за поздней диагностики, отсутствия компетентных онкологов и специализированного сестринского персонала, а также по причине отсутствия средств диагностики, таких как лабораторные службы, специальное оборудование и лекарственные препараты (13, 14, 19). Хирургическое вмешательство остается основным и зачастую единственным способом лечения в странах с низким и средним уровнем дохода, где ощущается нехватка отделений радиотерапии и наблюдаются перебои в поставках препаратов для химиотерапии, которые, в любом случае, больным часто не по карману. В более чем 60% всех отделений радиотерапии в мире помощь оказывается только 15% населения в мире, которое проживает в богатых странах. Отделения радиотерапии в развивающихся странах, в которых проживает 85% населения всего мира, соответствуют менее чем половине минимальных требований, а в 36 странах услуги радиотерапии вообще отсутствуют (20).

Особенное беспокойство вызывает низкая степень доступности паллиативной помощи в странах с низким и средним уровнем дохода. Наличие перорального морфина и специалистов по паллиативному уходу ограничено во многих странах с низким и средним уровнем дохода, несмотря на то, что такие услуги могут быть организованы при минимальных вложениях. Поэтому многие больные онкологическими заболеваниями умирают без надлежащего обезболивания и психологической поддержки (21).

Существуют доступные методы (например, клинические исследования, простые лабораторные анализы и таблицы оценки риска сердечно-сосудистых заболеваний) для раннего выявления людей с основными НИЗ и групп риска (4, 5). Поскольку на ранней стадии большинство НИЗ протекают бессимптомно, такие методы должны активно использоваться для предупреждения позднего диагностирования. Если нет возможности организовать скрининг среди всего населения, целевой скрининг людей в конкретных ситуациях (например, взрослые старше определенного возраста проходят скрининг в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, по месту работы или в местных учреждениях) может стать полезным подходом к обеспечению раннего выявления и диагностики.

Эффективные индивидуальные меры медицинской помощи при основных НИЗ

Как уже говорилось выше, лечение больных на поздних стадиях НИЗ является высокотехнологичным и дорогостоящим. Расширение доступности высокотехнологичной помощи требует значительных дополнительных государственных инвестиций (22). В настоящее время высокотехнологичная помощь приводит к высоким фактическим расходам и катастрофическим затратам пациента (23), доводя многие семьи до состояния бедности. Таким образом, основной стратегической целью в условиях ограниченных ресурсов и недостатков в системах здравоохранения является улучшение доступности экономически эффективных и устойчивых мероприятий, которые сократят медицинское и социально-экономическое бремя НИЗ.

Эффективные индивидуальные меры медицинской помощи делятся на три категории (4, 5, 24, 25). Первая категория относится к острым состояниям, и в идеале такая помощь должна оказываться в медицинских отделениях, специализирующихся на помощи при острой коронарной недостаточности и инсультах, а также на интенсивной терапии. Вторая категория мероприятий медицинских служб относится к лечению осложнений и болезней на поздних стадиях. Обе категории мер требуют наличия квалифицированного персонала, высокотехнологичного оборудования, дорогостоящих методов лечения и материально-технической базы третичного уровня помощи. В отличие от этого, третья категория мероприятий может выполняться на уровне первичного контакта пациента с системой здравоохранения, то есть в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Такие меры на уровне первичной медико-санитарной помощи необходимы

для организации активного раннего выявления; они представляют базовые стандарты помощи для четырех основных групп НИЗ, снижая тем самым потребность в мероприятиях первых двух категорий (25). Повышение доступности высокоэффективных с точки зрения затрат мер на уровне первичной медико-санитарной помощи весьма перспективно для профилактики прогрессирования заболевания, осложнений и снижения уровня госпитализации, стоимости медико-санитарной помощи и наличных расходов пациента.

Сердечно-сосудистые заболевания

Для первичной профилактики ишемической болезни сердца и инсульта индивидуальные медико-санитарные меры могут быть ориентированы на людей с высоким общим риском сердечно-сосудистых заболеваний или людей, у которых риск одного фактора риска выше обычного, например наличие гипертензии и гиперхолестеринемии (4). Первый подход является более экономически эффективным, чем второй, и имеет достаточный потенциал, чтобы значительно сократить число случаев обострения сердечно-сосудистых заболеваний (1, 4, 24, 25). Кроме того, такой подход можно применить на уровне первичной медико-санитарной помощи в условиях ограниченных ресурсов, включая оказание помощи работниками здравоохранения, не являющимся врачами (25, 26). Было подсчитано, что прием аспирина, статина и антигипертензивных препаратов может значительно сократить риск смерти от ССЗ у людей с высоким сердечно-сосудистым риском (людей с 10-летним риском смерти от ССЗ ≥15% и людей с сердечно-сосудистой патологией в анамнезе) (27). Было подсчитано, что обеспечение такой схемы лечения всем подходящим группам в возрасте от 40 до 79 лет позволит избежать каждой пятой смерти от ССЗ в последующие 10 лет, а 56% смертей будут предотвращены среди людей моложе 70 лет (27). При эффективном управлении ежегодные средние затраты на человека по обеспечению такой схемы лечения будут варьироваться в диапазоне от 0,43 до 0,90 доллара США в странах с низким уровнем дохода и от 0,54 до 2,93 доллара США в странах со средним уровнем дохода (27).

Для вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (профилактики рецидивов и осложнений у людей с установленным диагнозом) аспирин, бета-блокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и гиполипидемическая терапия понижают риск рецидивов и обострений сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе у больных диабетом (4, 28). Выгоды от этих мер являются в значительной степени независимыми, поэтому при использовании вместе с отказом от курения можно предотвратить около 75% рецидивов сердечно-сосудистых эпизодов (28). В настоящее время существуют большие пробелы в осуществлении мероприятий вторичной профилактики, которые могут выполняться даже в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (29).

Аспирин, атенолол и стрептокиназа являются медицинским препаратами, значительно сокращающими относительный риск смерти от острого инфаркта миокарда (24, 30, 31). Дополнительные затраты при назначении аспирина вместе с атенололом составят менее 25 долл. США на один предотвращенный DALY во всем мире (24). Аналогичным образом, профилактика ревматической лихорадки бензатин-пенициллиновыми инъекциями для предупреждения рецидивов и ревматической болезни сердца является экономически эффективной мерой, которая может выполняться в условиях первичной медико-санитарной помощи (25, 32).

Рак

Как отмечалось в Главе 4, комплексные меры противораковой борьбы охватывают первичную профилактику, раннее выявление/скрининг, лечение и паллиативную помощь (33). Существуют экономически-эффективные меры в рамках всех четырех подходов к организации профилактики и противораковой борьбы (24, 25, 33–38). Профилактические меры рассматриваются в рамках мероприятий, предназначенных для всего населения. Вопросы ранней диагностики и скрининга также обсуждались в Главе 4 и представляют собой важное дополнение к мерам первичной профилактики. Скрининг среди всего населения для выявления распространенных видов рака также рассматривается в Главе 4.

Ранняя диагностика необходима для снижения заболеваемости и смертности, так как стадия рака на момент установления диагноза является самым важным фактором, определяющим ва-

рианты лечения и выживаемость пациента. Раннее выявление основывается на знаниях первых признаков и симптомов. В странах, где большинство видов рака диагностируется на поздних стадиях заболевания, внедрение программ ранней диагностики является эффективной стратегией сокращения доли поздних стадий и повышения уровня выживаемости при определенных видах рака, которые поддаются эффективному лечению в условиях ограниченных ресурсов (например, цервикальный рак, рак молочной железы, рак ротовой полости и рак кожи) (25, 33–38).

Главными целями программ ранней диагностики и лечения рака являются полное излечение или значительное продление жизни больных с обеспечением максимально возможного качества жизни. Самыми эффективными и результативными программами лечения считаются те, которые: a) осуществляются устойчивым и справедливым образом; b) связаны с мерами раннего выявления; и c) следуют принципам доказательной медицины и многодисциплинарного подхода. Такие программы также обеспечивают соответствующее лечение тех видов рака, которые, хотя и не могут быть выявлены на ранних стадиях, имеют высокий потенциал излечения (например, метастатическая семинома и лимфо-бластическая лейкемия у детей) или большие шансы на значительное пролонгирование выживаемости (например, рак молочной железы и лимфомы на поздних стадиях).

Первым важным шагом в ведении онкологических заболеваний является установление диагноза на основе патолого-анатомического исследования. Для определения размера новообразования необходимо провести комплекс исследований. Определение стадии требует значительных ресурсов, что может стать запредельным требованием в условиях ограниченных ресурсов. По причине позднего диагностирования, что является следствием низкой доступности медицинской помощи, в этих странах онкологические заболевания диагностируются на поздних стадиях (14).

После постановки диагноза и определения, насколько это возможно, степени распространенности опухолевого процесса должно приниматься решение о наиболее эффективном методе лечения с учетом социально-экономического контекста. Это требует тщательного выбора одного или нескольких из основных методов лечения (хирургическое вмешательство, лучевая терапия и системная терапия), который должен основываться на фактических данных о лучшей существующей практике лечения с учетом имеющихся ресурсов. Одно только хирургическое вмешательство и иногда одна химиотерапия являются высокоэффективным методом только в случаях, когда новообразование локализовано и небольшого размера. Одна химиотерапия может быть эффективна при незначительном числе онкологических заболеваний, например при гематологических новообразованиях (лейкемии и лимфомы), которые обычно считаются распространенными уже с момента начала заболевания. Комбинированная терапия требует тесного взаимодействия всей команды специалистов-онкологов.

Паллиативная помощь необходима и эффективна для должного контроля симптомов и особенно купирования боли, особенно, но не только, для пациентов в терминальной стадии. Больные раком и умирающие от рака имеют неотъемлемое право на уважение и комфорт, независимо от своего заболевания или места жительства. К сожалению, доступность помощи, перорального морфина и персонала для паллиативного ухода ограничены во многих странах с низким и средним уровнем дохода, и поэтому большинство больных онкологическими заболеваниями умирают без адекватного облегчения болей.

Доступность помощи к пероральному морфину и персонала для оказания паллиативной помощи является ограниченной во многих странах с низким и средним уровнями дохода, поэтому многие больные раком умирают без необходимого облегчения болей.

Купирование боли должно включать доступность необходимых обезболивающих препаратов. Опыт, полученный в развивающихся странах, подтверждает, что таблетированный морфин является эффективным и безопасным методом обезболивания для больных раком в странах с низким и средним уровнем дохода (21). Недавно проведенный Кокрановский обзор подтвердил, что пероральный морфин является эффективным анальгетиком при умеренной и сильной боли при раке (39).

ВОЗ возглавила работу по внедрению методик обезболивания и паллиативной помощи во многих странах с низким и средним уровнем дохода, предоставляя «лестницу обезболивания» при онкологических заболеваниях и руководство по внедрению эффективной паллиативной помощи (40). Из нескольких моделей паллиативной помощи, испытанных в странах с низким и средним уровнем дохода, успешными оказались модели, которые были основаны на программах в общинах и на помощи на дому (40).

Диабет

Существует несколько основанных на сильной базе фактических данных мер, направленных на профилактику и ведение диабета (Таблица 1). Как минимум, три меры сокращают затраты, улучшая состояние здоровья (24, 25, 41). Этими мерами являются: контроль кровяного давления (если кровяное давление выше 130/80 мм рт. ст.), контроль гликемии (для лиц, у которых показатель гликогемоглобина выше 9%) и гигиена ног для людей с высоким риском образования язв. Контроль кровяного давления у больных диабетом показал высокую эффективность в снижении риска сердечно-сосудистых осложнений, а также ретинопатии и нефропатии. По оценкам, контроль кровяного давления является наиболее реально выполнимой и экономически эффективной мерой для больных диабетом в условиях ограниченных ресурсов.

Таблица 1. Индивидуальные меры для больных диабетом с доказанной эффективностью (24)

Меры с доказанной эффективностью	Выгода
Меры, направленные на изменение образа жизни, для профилактики диабета 2-го типа в группах высокого риска	Уменьшение заболеваемости на 35%-58%
Назначение метформина для профилактики диабета 2-го типа в группах высокого риска	Уменьшение заболеваемости на 25%-31%
Гликемический контроль у людей с уровнем HbA1c выше 9%	Сокращение на 30% риска развития микроваскулярных поражений на каждый процент сокращения уровня HbA1c
Контроль кровяного давления для людей с давлением выше 130/80 мм рт. ст.	Сокращение на 35% риска развития макро- и микроваскулярных поражений при снижении уровня артериального давления на каждые 10 мм рт. ст.
Ежегодное обследование глаз	Сокращение на 60%-70% риска серьезной потери зрения
Гигиена ног для людей с высоким риском развития язв	Сокращение на 50%-60% риска развития серьезных заболеваний ног
Назначение ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента всем больным диабетом	Сокращение на 42% риска развития нефропатии; сокращение на 22% риска развития сердечно-сосудистых заболеваний

Хронические респираторные заболевания

Основными хроническими респираторными заболеваниями являются астма и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Стандартное лечение состоит из ингаляций сальбутамола при интермиттирующей астме и ингаляций сальбутамола и кортикостероидов при персистирующей астме (24, 25). Помимо ингаляций сальбутамола, рекомендуются ингаляции кортикостероидов и ипратропиума бромида для лечения ХОБЛ средней и сильной тяжести (24). В местах с ограниченными ресурсами ингаляции ипратропиума бромида могут оказаться невозможными из-за высокой стоимости.

Во многих странах с низким уровнем дохода ингаляционные препараты, такие как ингаляционные стероиды, до сих пор недоступны. Международный союз по борьбе с туберкулезом и заболеваниями легких недавно разработал механизм снабжения лекарственными средствами при астме (Asthma Drug Facility) (42), для обеспечения ингаляционными препаратами больных астмой. Страны могут изучить возможность закупки ингаляционных препаратов гарантированного качества по доступной стоимости через этот механизм для улучшения доступа к ингаляционным стероидам и сальбутамолу.

В странах с заметным уровнем распространенности туберкулеза многие пациенты обращаются за помощью при респираторных симптомах, связанных с хроническими болезнями органов

дыхания после перенесенного туберкулеза. В рамках стратегии «Остановить туберкулез» ВОЗ разработала «Практический подход к обеспечению здоровья легких» (43), направленный на улучшение качества помощи при респираторных заболеваниях в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Этот подход можно целесообразным образом увязать с комплексным осуществлением пакета основных мер в связи с НИЗ в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (25).

Программы самопомощи

Программы самопомощи считаются чрезвычайно важной формой профилактики среди групп высокого риска и являются эффективными для улучшения исходов при НИЗ. Эти программы также способствовали сокращению спроса на медицинские услуги и, соответственно, привели к сокращению расходов (44). По определению ВОЗ, самопомощь включает «действия, которые предпринимают отдельные люди, семьи и общины с целью улучшения состояния здоровья, профилактики болезней, ограничения последствий заболевания и восстановления здоровья».

Методы и подходы, используемые в программах самопомощи, включают подход «пациент-эксперт», программы под руководством сестринского персонала, методы самоконтроля на дому и использование новых информационных технологий, таких как мобильные телефоны, компьютерные сети, интернет-технологии и телемедицина. В целом, программы самопомощи направлены на повышение интереса и расширение участия людей в оказании самим себе помощи, предоставляя тем самым пациентам возможность управлять своим состоянием. Для улучшения ведения больными своих состояний в программах используются просветительские или практические мероприятия по оказанию самопомощи. Эти мероприятия предназначены для передачи знаний и навыков, чтобы пациенты могли участвовать в процессе принятия решений, мониторинге и контроле заболевания и изменении поведения. Опубликованные материалы показывают, что обучение пациентов навыкам самопомощи может принести пользу в виде знаний, веры в собственные силы и улучшения состояния здоровья (45). Несмотря на незначительное количество научных исследований в отношении прямой связи между повышением медицинской грамотности и улучшением исходов при НИЗ, известно о влиянии медико-санитарного просвещения как важного компонента самопомощи (46), в частности, в отношении мер, направленных на отказ от курения посредством индивидуального и группового консультирования и массового просвещения (47, 48). Эффективность индивидуального просвещения пациентов при диабете также была определена как положительная (49), но качественных данных в поддержку этого пока еще нет (50).

Эффективное осуществление индивидуальных мер медицинской помощи

Как объясняется выше, осложнения, требующие дорогостоящего высокотехнологичного лечения, развиваются на поздних стадиях НИЗ. Таким образом, для повышения эффективности политика систем здравоохранения должна установить приоритетные меры, имеющие важное значение для профилактики развития НИЗ (25). Например, если выбрать в качестве приоритета обеспечение доступа к мерам по оценке и ведению высокого сердечно-сосудистого риска, можно сократить затраты здравоохранения, связанные с сердечными приступами, инсультами и реваскуляризацией (25, 51). Аналогичным образом, ранняя диагностика и лечение диабета поможет избежать развития диабетической ретинопатии и потребности в дорогостоящем диализе почек (24, 25). Такая политика не только сокращает государственные расходы на высокотехнологичную помощь, но и избавляет пациентов от катастрофически высоких личных затрат.

Реализация эффективных мер при НИЗ определяется возможностями систем здравоохранения. Как упоминалось выше, системы здравоохранения во многих странах не в состоянии обеспечить стандарты оказания помощи больным НИЗ, и существуют значительные пробелы в возможностях. Такие недостатки существуют во всех структурных элементах системы здравоохранения: управлении; политике и планах; оказании медицинской помощи; информационных системах; кадрах здравоохранения; и в доступе к основным технологиям и лекарственным средствам. Странам необходимо устранить эти недостатки в ходе укрепления систем здравоохранения и повышения качества помощи при НИЗ. В Главе 6 приводится более подробный обзор существующих на сегодняшний день подходов к преодолению основных таких недостатков.

Недостатки существуют во всех структурных элементах системы здравоохранения: управлении; политике и планах; оказании медицинской помощи; медицинских информационных системах; медицинских кадрах; и доступности необходимых технологий и лекарственных препаратов. Странам необходимо преодолеть эти недостатки.

Эффективное оказание помощи на уровне отдельного пациента также зависит от точности постановки диагноза, охвата населения, соответствия групп населения определенным критериям, соблюдения пациентами режима лечения и от профессиональной практики (52). Для достижения максимальной эффективности необходимо выявлять и преодолевать препятствия для осуществления экономически эффективных мер, особенно в рамках первичной медико-санитарной помощи. Кроме того, формирование партнерств между провайдерами медицинской помощи, пациентами, семьями и общинами, а также сотрудничества между государственным и частным секторами здравоохранения также потенциально важны для повышения непрерывности оказания помощи, необходимой для обеспечения эффективности индивидуальных мер (53).

В нескольких исследованиях (6, 54, 55) документально зафиксированы распространенные случаи неэффективности и неадекватности в работе системы здравоохранения, которые также влияют на осуществление мер борьбы против НИЗ. Во-первых, это частое чрезмерное и неправильное использование технологий, лекарственных препаратов и дорогостоящих инвазивных процедур. Во-вторых, это недостаточное внимание к эффективности. В-третьих, неспособность работать в соответствующем масштабе, например, недостаточное использование учреждений первичной медико-санитарной помощи и сохранение больниц с низкими уровнями заполнения. И наконец, это отсутствие адекватного вознаграждения персонала для стимулирования повышения эффективности работы и обеспечение мотивации к работе в сельской местности и в первичной медико-санитарной помощи.

Определенные уроки можно извлечь из опыта осуществления инициатив в области охраны здоровья матери и ребенка и борьбы с инфекционными заболеваниями по применению эффективных подходов для преодоления ограничений в системе здравоохранения (6). Опыт этих инициатив показывает, что при наличии политической приверженности и благоприятной государственной политики структурные ограничения могут быть уменьшены с помощью незначительных дополнительных ресурсов. Области, в которых, как было показано, добавление новых средств уменьшает ограничения, включают персонал, инфраструктуру, оборудование, медикаменты и расходные материалы, а также укрепление систем планирования и составления бюджетов. Комплексная стратегия в области кадровых ресурсов и децентрализация управленческих полномочий на местные уровни также имеют большое значение. Необходимо, чтобы такая комплексная стратегия в области кадровых ресурсов учитывала требования к профессиональной подготовке и повышению квалификаций, условия труда, мониторинг и контроль производительности, а также создание соответствующей системы карьерного роста.

Стратегические варианты для улучшения доступа к индивидуальным мерам медицинской помощи

Существуют убедительные фактические данные о результативности широкого спектра мер, принимаемых службами здравоохранения для сокращения заболеваемости и смертности людей с основными НИЗ. Большинство мер, упомянутых в предыдущих разделах настоящей главы, являются экономически эффективными и пригодными для широкого применения на различных уровнях систем здравоохранения развитых стран. Однако для стран с низким и средним уровнем дохода спектр мер является более ограниченным в связи с недостаточностью ресурсов и низким потенциалом систем здравоохранения (25). Конкурирующие приоритеты в области здравоохранения еще более усложняют установление приоритетов в мерах по охране здоровья в условиях стран с низким и средним уровнем дохода. Принимая во внимание эти ограничения и неотложную необходимость сдерживания растущей эпидемии НИЗ, странам с низким и средним уровнем дохода необходимо определить приоритеты для инвестирования имеющихся ресурсов в индивидуальные меры медицинской помощи, которые дадут хорошие результаты (**наиболее выгодные меры**); и в очень эффективные с экономической точки зрения индивидуальные меры, которые являются осуществимыми в широких масштабах.

Как упоминалось в Главе 4, мера считается «очень экономически эффективной», если может привести к дополнительному году здоровой жизни или может предотвратить DALY при затратах менее среднего годового дохода на душу населения в конкретных условиях обеспеченности ресурсами. Меры, дающие один год здоровой жизни за большую стоимость, но не более тройного среднего годового дохода на душу населения, продолжают считаться «экономически эффективными» (56). Для того, чтобы считаться **«наиболее выгодной»**, мера должна быть до-

ступной с финансовой точки зрения (например, стоить не более одного доллара США на душу населения в год в странах с низким уровнем дохода), а также целесообразной и выполнимой в расположенных вблизи пациентов неспециализированных медико-санитарных учреждениях.

Как указано в Таблице 2, среди экономически эффективных мер, ориентированных на больных и людей в группе высокого риска, есть ряд **наиболее выгодных мер** (с очень высокой экономической эффективностью, высоким воздействием, доступные и осуществимые) для стран с низким и средним уровнем дохода. Например, консультирование и многолекарственная терапия (включая гликемический контроль при диабете) для людей с 10-летним риском летальных и нелетальных обострений сердечно-сосудистых болезней ≥ 30%, и одновременное лечение аспирином при остром инфаркте миокарда имеют потенциал сократить бремя сердечно-сосудистых заболеваний на 37% и в совокупности представляют собой **наиболее выгодную меру.** Подобно этому, ранняя диагностика и лечение поражений на ранних стадиях цервикального рака являются **наиболее выгодной мерой**, которая сократит бремя рака на 5%.

Определение приоритетов и финансирование основного пакета **наиболее выгодных мер** может стать первым практическим шагом для обеспечения перспективного видения относительно всеобщего охвата (25, 57). Страны должны сделать свой собственный выбор в отношении других важных мер медицинской помощи для преодоления основных НИЗ. Хотя в странах с высоким уровнем дохода всесторонний комплекс экономически эффективных мер может быть реализован (58), в странах с низким и средним уровнем дохода осуществимость таких мер будет зависеть от уровня расходов, выделенных на здравоохранение, конкурирующих приоритетов в здравоохранении и потенциала системы здравоохранения.

Для обеспечения прогресса, на страновом уровне необходимо рассмотреть две ключевые проблемы: a) определить ограничения для принятия мер в отношении НИЗ и варианты их преодоления; b) определить величину общих расходов на расширение охвата **выгодными мерами** и другими основными мерами по борьбе с НИЗ и поддержание этих мер. Глубокое понимание видов, остроты и диапазона ограничений станет ценным достижением для принятия таких стратегических вариантов.

Таблица 2. Меры медицинского характера, направленные на профилактику и борьбу с НИЗ: определение «наиболее выгодных мер»

Заболевание **(потери DALY в миллион. лет; % глобального бремени)**[a]	**Вмешательства/меры** **(* основной набор наиболее выгодных мер)**	**Предотвратимое бремя** *(предотвратимые потери DALY в миллион. лет)*	**Рентабельность**[b] (1US$ / 1 предотвр. DALY) [Очень высокая = <ВВП/чел. Средняя = <3xВВП/чел. Низкая = >3xВВП/чел.]	**Стоимость внедрения** (1 US$/ чел.) [Очень низкая = < 0,50 US$ Достаточно низкая =< 1 US$ Более высокая => 1 US$]	**Выполнимость** *(ограничения в системе здравоохранения)*
Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) и диабет (170 миллион. DALY; 11,3% глобального бремени)	**Консультирование и мультилекарственная терапия (включая контроль гликемии при диабете) для людей (в возрасте 30 лет и старше) с 10 летим риском всех (фатальных и нефатальных) обострений сердечно-сосудистых болезней ≥ 30%*** [c]	60 миллион. лет предотвратимых потерь DALY (35% бремени ССЗ)	Очень высокая	Достаточно низкая	Выполнимы (первичная медико-санитарная сеть)
	Прием аспирина при остром инфаркте миокарда*	4 миллион. лет предотвратимых потерь DALY (2% бремени ССЗ)	Очень высокая	Достаточно низкая	
	Консультирование и мультилекарственная терапия (включая контроль гликемии при диабете) для людей (в возрасте 30 лет и старше) с 10-летним риском (фатальных и нефатальных) обострений сердечно-сосудистых болезней ≥ 20%	70 миллион. лет предотвратимых потерь DALY (40% бремени ССЗ)	Средняя	Более высокая	
Онкологические заболевания (78 миллион. DALY; 5,1% глобального бремени)	**Скрининг на предмет рака шейки матки (тест с уксусной кислотой) и лечение предраковых образований для профилактики развития рака шейки матки***	5 миллион. лет предотвратимых потерь DALY (6% бремени онкологических заболеваний)	Очень высокая	Очень низкая	Выполнима (первичная медико-санитарная сеть) лечение может потребовать госпитализации
	Рак молочной железы — лечение на первой стадии	3 миллион. лет предотврат. потерь DALY (4% бремени онкологических заболеваний)	Средняя	Более высокая	В условиях первичной медико-санитарной сети не возможны
	Рак молочной железы — ранняя диагностика методом маммографического скрининга раз в два года (50-70 лет) и лечение всех стадий болезни	15 миллион. лет предотврат. потерь DALY (19% бремени онкологических заболеваний)	Средняя	Более высокая	
	Скрининг на предмет рака толстой и прямой кишки в возрасте 50 лет и лечение	7 миллион. лет предотврат. потерь DALY (9% бремени онкологических заболеваний)	Средняя	Средняя	
	Рак ротовой полости — ранняя диагностика и лечение	Не установлено в мировом масштабе	Глобальная оценка не проводилась	Оценка не проводилась	
Респираторные заболевания (60 миллион. DALY; 3,9% глобального бремени)	Лечение персистирующей астмы ингаляционными кортикостероидами и бета-2-агонистами	Не установлено в мировом масштабе *(предполагается, что низкое)*	Средняя	Очень низкая	Выполнимо (первичная медико-санитарная сеть)

[a] *DALY s (или годы жизни с поправкой на нетрудоспособность), термин широко применяется для оценки преждевременной смертности и плохого состояния здоровья. Один год потерь DALY — потеря одного года здоровой жизни.*

[b] *Профилактика и борьба с НИЗ: приоритеты для инвестирования. Решение Первой глобальной министерской конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям. Женева. Всемирная организация здравоохранения, 2011 г.*

[c] *Включая профилактику рецидивов васкулярных поражений у людей с диагностированной ИБС и цереброваскулярной болезнью.*

Основные положения

- Широкий диапазон экономически эффективных мер имеет важное значение для активного выявления и эффективного лечения людей с неинфекционными заболеваниями и защиты людей с высоким риском развития НИЗ.

- Объединение экономически эффективных мер медико-санитарной помощи со стратегиями профилактики среди всего населения может оказать серьезное воздействие на глобальную эпидемию НИЗ.

- Для повышения эффективности политика системы здравоохранения должна приоритизировать меры, которые являются важными для предупреждения развития НИЗ. Ограниченные ресурсы и слабые системы здравоохранения в странах с низким и средним уровнем дохода требуют приоритизации пакета основных мер в отношении НИЗ, включающих **наиболее выгодные меры** (меры с высокой степенью воздействия, с высокой экономической эффективностью, доступные по цене и практически осуществимые).

- Финансирование и укрепление систем здравоохранения для осуществления **наиболее выгодных мер** с помощью подхода, основанного на первичной медико-санитарной помощи, является первым практическим шагом в достижении перспективного видения в отношении всеобщего охвата.

Ссылки

1) *Доклад о состоянии здравоохранения в мире: Уменьшение риска, содействие здоровому образу жизни.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2002 г.

2) *Глобальная стратегия по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2000 г.

3) *План действий для Глобальной стратегии по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 г.

4) *Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk.* Geneva, World Health Organization, 2007.

5) *Prevention of recurrent heart attacks and strokes in low and middle income populations: evidencebased recommendations for policy-makers and health professionals.* Geneva, World Health Organization, 2003.

6) Samb B et al. Prevention and management of chronic disease: a litmus test for health-systems strengthening in low-income and middle-income countries. *The Lancet,* 2010; 376 (9754):1785–1797.

7) Borisch B. Global health initiatives and the new dichotomy in health systems. *Journal of Public Health Policy,* 2010; 31:100–109.

8) *Глобальное бремя болезней: обновленная информация 2004 г.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 г.

9) Johnston SC, Mendis S, Mathers CD. Global variation in stroke burden and mortality: estimates from monitoring, surveillance, and modelling. *The Lancet Neurology,* 2009, 8:345–354.

10) Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3:e442.

11) *MONICA monograph and multimedia sourcebook.* Geneva, World Health Organization, 2003.

12) 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.

13) Hollis R, Hooker L. Improving outcomes: update on progress. *Paediatric Nursing*, 2009, 21:14–18.

14) Sankaranarayanan R et al. Cancer survival in Africa, Asia, and Central America: a population-based study. *The Lancet Oncology*, 2010; 11:165–73.

15) Gakidou E et al. Management of diabetes and associate cardiovascular risk factors in seven countries; a comparison of data from national health examination surveys. *Bulletin of the World Health Organization*, 2011, 89:172–183.

16) 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.

17) Deshpande AD, Harris-Hayes M, Schootman M. Epidemiology of diabetes and diabetes-related complications. *Physical Therapy*, 2008, 88:1254–1264.

18) Pramono LA et al. Prevalence and predictors of undiagnosed diabetes mellitus in Indonesia. *Acta Medica Indonesiana*, 2010, 42:216–223.

19) Ashing-Giwa KT et al. Diagnostic and therapeutic delays among a multiethnic sample of breast and cervical cancer survivors. *Cancer*, 2010, 116:3195–3204.

20) *Setting up a radiotherapy programme: clinical, medical physics, radiation protection and safety aspects.* Vienna, International Atomic Energy Agency, 2008.

21) Vijayaram S et al. Continuing care for cancer pain relief with oral morphine solution: one-year experience in a regional cancer center. *Cancer*, 1990, 66:1590–1595.

22) Frenk J, Gómez-Dantés O, Knaul FM. The democratization of health in Mexico: financial innovations for universal coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009; 87:542–548.

23) Mahal A, Karan A, Engalgua M. *The economic implications of noncommunicable disease for India Study.* Washington, DC, The World Bank, 2010 (Health Nutrition and Population Discussion Paper).

24) Jamison DT et al, eds. *Disease control priorities in developing countries, 2nd ed.* New York, NY, Oxford University Press. 2006.

25) *Package of essential noncommunicable disease interventions for primary health care in low-resource settings.* Geneva, World Health Organization, 2010.

26) 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.

27) Lim SS et al. Prevention of cardiovascular disease in high-risk individuals in low-income and middleincome countries: health effects and costs. *The Lancet*, 2007, 370:2054–2062.

28) Yusuf S. Two decades of progress in preventing vascular disease. *The Lancet*, 2002, 360:2–3.

29) Mendis S et al. WHO study on Prevention of Recurrences of Myocardial Infarction and Stroke (WHOPREMISE). *Bulletin of the World Health Organization,* 2005; 83:820–829.

30) ISIS-1 (First International Study of Infarct Survival) Collaborative Group. Randomized trial of intravenous atenolol among 16,027 cases of suspected acute myocardial infarction: ISIS-1. *The Lancet*, 1986, 2:57–66.

31) ISIS-2 (Second International Study of Infarct Survival) Collaborative Group. Randomised trial of intravenous streptokinase, oral aspirin, both, or neither among 17,187 cases of suspected acute myocardial infarction: ISIS-2. *The Lancet*, 1986, 2:349–360.

32) *Rheumatic fever and rheumatic heart disease.* Geneva, World Health Organization, 2001 (WHO Technical Report Series No. 923).

33) *National cancer control programmes, policies, and managerial guidelines, 2nd ed.* Geneva, World Health Organization, 2002.

34) Groot MT et al. Costs and health effects of breast cancer interventions in epidemiologically different regions of Africa, North America, and Asia. *The Breast Journal*, 2006, 12:S81–90.

35) Ginsberg GM et al. Screening, prevention and treatment of cervical cancer - a global and regional generalized cost-effectiveness analysis. *Vaccine*, 2009, 27:6060–6079. Chapter 5 – Improving health care: individual interventions 71

36) Sankaranarayanan R, Budukh AM, Rajkumar R. Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79:954–962.

37) Sauvaget C et al. Accuracy of visual inspection with acetic acid for cervical cancer screening. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2011; 113: 14–24.

38) Farmer P et al. Expansion of cancer care and control in countries of low and middle income: a call to action. *The Lancet*, 2010, 376:1186–1193.

39) Wiffen PJ, McQuay HJ. Oral morphine for cancer pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, Issue 4.

40) Stjernswärd J, Foley KM, Ferris FD. The public health strategy for palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2007, 33:486–493.

41) Li R et al. Cost-effectiveness of interventions to prevent and control diabetes mellitus: a systematic review. *Diabetes Care*, 2010, 33:1872–1894.

42) Ait-Khaled N et al. Access to inhaled corticosteroids is key to improving quality of care for asthma in developing countries. *Allergy*, 2007; 62:230–236.

43) *Approach to lung health (PAL): a primary health care strategy for integrated management of respiratory conditions in people of five years of age and over*. Geneva, World Health Organization, 2005.

44) Bodenheimer T et al. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*, 2002, 288:2469–2475.

45) Barlow C et al. A critical review of self-management and educational interventions in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology Nursing*, 2010, 33:11–18.

46) Glynn LG et al. Self-monitoring and other non-pharmacological interventions to improve the management of hypertension in primary care: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 2010; 60:e476–488.

47) Cahill K, Moher M, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, 4:CD003440.

48) Bala M, Strzeszynski L, Cahill K. Mass media interventions for smoking cessation in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, 1:CD004704

49) Deakin TA et al. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, 2:CD003417.

50) Duke SAS, Colagiuri S, Colagiuri R. Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, 1:CD005268.

51) 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.

52) Ebrahim S, Smeeth L. DINS, PINS, and things: clinical and population perspectives on treatment effects. *BMJ*, 2000, 321:950–953.

53) 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. *The Lancet*, 2003, 361:717–725.

54) Preker AS, Harding A. The economics of hospital reform from hierarchical to market-based incentives. *World Hospitals and Health Services*, 2005, 41:25–29, 39–40, 42.

55) Gilson L, Mills A. Health sector reforms in sub-Saharan Africa: lessons of the last 10 years. *Health Policy*, 1995, 32:215–243.

56) *Macroeconomics and health; investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health.* Geneva World Health Organization, 2001.

57) Evans DB, Etienne C. Health systems financing and the path to universal coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010, 88:402.

58) *Assessing cost-effectiveness in prevention: final report*. Brisbane, University of Queensland, 2010.

Глава 6

Преодоление НИЗ: возможности стран для принятия ответных мер

За последнее десятилетие страны расширили свои возможности в организации ответных мер на эпидемию НИЗ. Достигнут реальный прогресс, хотя и неравномерный. Многие страны разработали стратегии, планы и руководства по борьбе с НИЗ, хотя многие из них пока еще не осуществляются. Некоторые страны создали компоненты инфраструктуры здравоохранения, необходимые для сдерживания распространения НИЗ, но не всегда эффективно обеспечили финансированием или осуществили их. Тем не менее, появление инициатив по борьбе с эпидемией НИЗ во все большем числе стран обеспечивает прочную основу для достижения в ближайшие годы значительного прогресса в области противодействия НИЗ посредством все более активных усилий.

В настоящей главе дается оценка потенциала государств-членов по профилактике НИЗ и борьбе с ними на основе обследований, проведенных ВОЗ в 2000 и 2010 годах. В ней рассматриваются некоторые специфические недостатки и проблемы в организации ответных действий систем здравоохранения в государствах-членах и в заключение приводятся рекомендации по решению этих проблем и созданию потенциала в странах.

В 2000 г. ВОЗ провела глобальное обследование для оценки национального потенциала в области профилактики НИЗ и борьбы с ними. Около 88% государств-членов (167 стран) заполнили вопросники этого обследования. Результаты показали, что основным недостатком в организации мер борьбы с НИЗ было отсутствие в странах соответствующего потенциала систем здравоохранения (1).

В 2009 и 2010 гг. ВОЗ провела следующую оценку национального потенциала в области профилактики НИЗ и борьбы с ними. Для участия были приглашены все государства-члены ВОЗ; полный список государств-членов, которые заполнили вопросники, размещен на веб-сайте Доклада о положении в области НИЗ в мире.[13]

Электронный вопросник, охватывающий инфраструктуру системы здравоохранения; финансирование; политику, планы и стратегии; эпиднадзор; первичную медико-санитарную помощь; а также партнерства и межсекторальное сотрудничество, был направлен координаторам по НИЗ или специально назначенным лицам в министерстве здравоохранения или в национальном институте/агентстве. Вопросник был распространен в 2009 году, с установленным сроком возврата заполненной анкеты в марте 2010 года. Степень получения заполненных вопросников составила 95% (184 страны). Вопросник отразил рекомендации по первичной медико-санитарной помощи (2), приведенные в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире*, 2008 г., в которых предлагаются реформы в отношении всеобщего охвата, государственной политики и лидерства, и шести основных элементов укрепления систем здравоохранения, разработанных ВОЗ: управления, финансирования здравоохранения, кадров здравоохранения, информационных систем, медицинской продукции и технологий, а также оказания услуг (3).

Аналогичный подход был использован при проведении обследования в 2000 г., когда ответы были получены только от 167 государств-членов. Хотя все 184 ответа были включены, в анализ 2010 года, для оценки прогресса достигнутых результатов в период с 2000 по 2010 год были использованы ответы только 157 государств-участников, которые принимали участие в обследованиях как в 2000 г., так и в 2010 году. Общее описание результатов обследования, представленное в следующих разделах настоящей главы, относится к оценке за 2010 год, если специально не указано иное.

[13] http://www.who.int/chp/ncd_global_status_report/en/

Инфраструктура системы здравоохранения

В 2010 году большинство стран сообщили о наличии в министерстве здравоохранения подразделения или отдела или управления, отвечающего за НИЗ (Таблица 1 [14]: Доля стран, в которых существуют подразделения по борьбе с НИЗ в структуре министерства здравоохранения и вспомогательных отделов). В 2000 году только 61% стран сообщили о наличии таких подразделений.

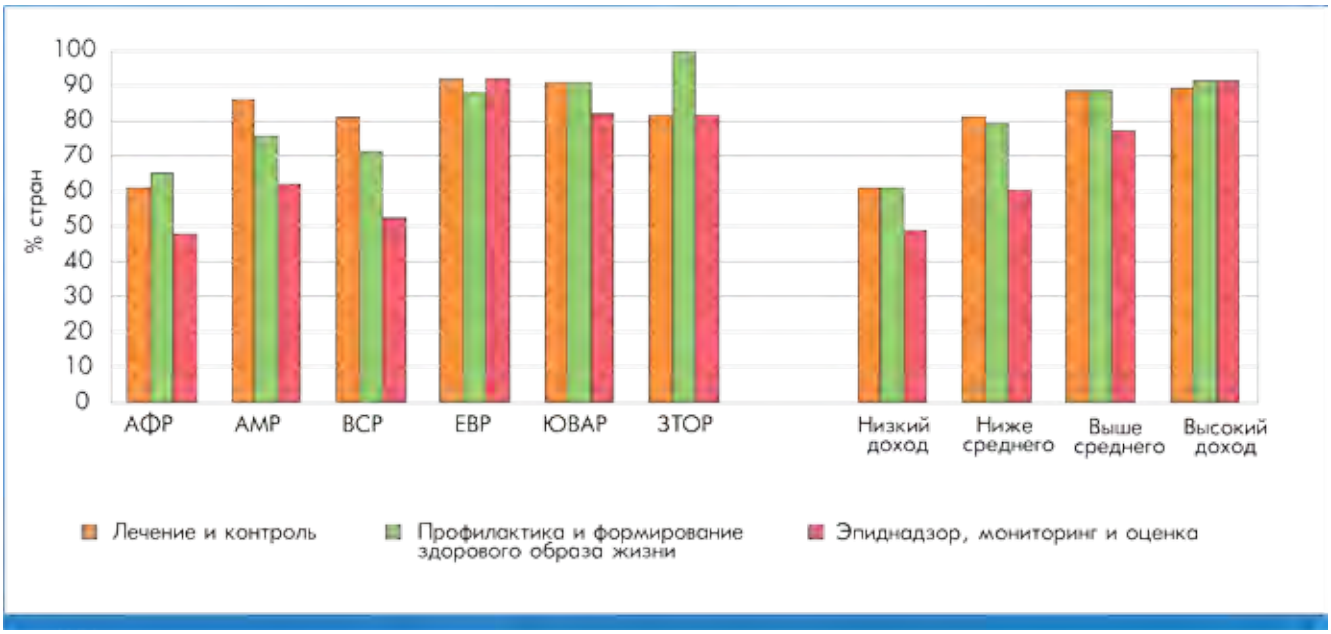
Эта тенденция показывает, что в большинстве стран министерства здравоохранения признают, что НИЗ представляют собой значительную проблему для общественного здоровья и требуют особого внимания, хотя отсутствует точная информация об уровне политической приверженности борьбе с НИЗ или потенциале таких подразделений для осуществления инициатив по профилактике и борьбе.

В большинстве стран также существует по крайней мере одно национальное учреждение, оказывающее содействие профилактике НИЗ и борьбе с ними. Такие учреждения могут выполнять широкий спектр функций, в том числе проведение научных исследований, исследований в области политики, координацию и разработку политики, эпиднадзор за НИЗ и их факторов риска, управление информацией, разработку принципов лечения, а также обучение и укрепление здоровья.

Финансирование

Почти 90% стран сообщили, что на профилактику и борьбу с НИЗ выделяется определенное финансирование. Самый высокий уровень финансирования был отмечен в странах регионов ВОЗ для стран Западной части Тихого океана, Юго-Восточной Азии и Европы (Рисунок 1). Неудивительно, что финансирование было наиболее вероятно в странах с более высоким уровнем дохода.

Рисунок 1. Доля стран с финансированием мероприятий в связи с НИЗ по видам, регионам ВОЗ и группам стран по уровню дохода согласно классификации Всемирного Банка. 2010 г.



Если проводить оценку по целям, на которые выделяется финансирование, то в 80% стран средства выделялись на лечение НИЗ, и такой же процент стран сообщил о финансировании для профилактики НИЗ и укрепления здоровья. В большинстве случаев основным источником финансирования являлось центральное правительство (85%), но фонды медицинского страхования, целевые налоговые поступления и международные доноры также были важными источниками

[14] Таблица 1 в электронном виде размещена на сайте: http://www.who.int/chp/ncd_global_status_report/en/

финансирования борьбы с НИЗ (Таблица 2 [15]: Основные источники финансирования борьбы с НИЗ). В странах с низким уровнем дохода и уровнем дохода ниже среднего международные доноры были названы в качестве источника финансирования деятельности в области НИЗ, хотя это направление не является приоритетом финансовой поддержки агентств по международному развитию.

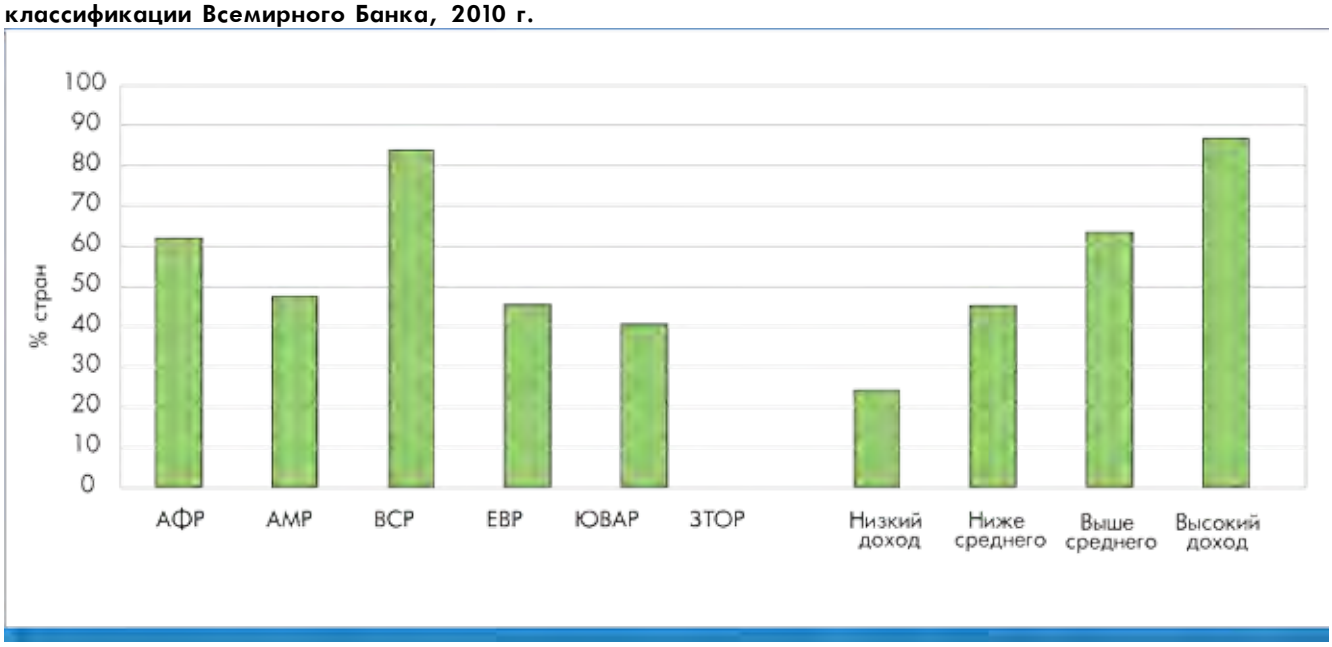
В двадцати странах нет потока финансирования мероприятий в области НИЗ; низкий уровень финансирования отмечался в странах с низким уровнем дохода; в одной трети из них профилактика НИЗ и борьба с ними вообще не имели финансирования. Это является особенно острой проблемой в Африканском регионе.

При сравнении ситуации по странам очевидно, что финансирование из государственных источников получают пропорционально меньше стран с низким уровнем дохода. Около 65% стран с низким уровнем дохода получают средства на борьбу с НИЗ из поступлений в государственный бюджет, по сравнению примерно с 90% стран со средним и высоким уровнем дохода; 12% стран с низким уровнем дохода получают финансирование за счет средств фондов медицинского страхования, по сравнению с 40–50% в других странах; и 7% стран с низким уровнем дохода получают средства из налоговых поступлений, резервируемых для специальных целей, по сравнению с 20–25% в других странах. Кроме того, меньший процент стран с низким уровнем дохода получают дотации по сравнению со странами с уровнем дохода ниже среднего (59% по сравнению с 83%).

В странах с высоким уровнем дохода оказание помощи и лечение НИЗ почти в четыре раза чаще покрываются медицинским страхованием, чем в странах с низким уровнем дохода НИЗ.

Во всех странах мало средств выделяется на борьбу с НИЗ из налоговых поступлений от продажи табака и алкоголя. Только 20% стран сообщили, что они используют целевые средства из налоговых поступлений для финансирования мероприятий по профилактике и борьбе с НИЗ; и оно реже представлено в странах с низким уровнем дохода и уровнем дохода ниже среднего. Налоги на табачные изделия широко собираются во всех регионах ВОЗ и во всех группах стран по уровню дохода и представляют собой потенциальную возможность целенаправленного отчисления в бюджеты здравоохранения на общие цели или конкретно на финансирование мер профилактики и борьбы с НИЗ.

Рисунок 2. Доля стран, в которых оказание помощи и лечение НИЗ, как правило, покрываются медицинским страхованием, по регионам ВОЗ и группам стран по уровню дохода согласно классификации Всемирного Банка, 2010 г.



Во многих странах также осуществляется медицинское страхование, либо социальное либо частное, для покрытия расходов на оказание помощи и лечения НИЗ (Рисунок 2). Доля стран с такими схемами медицинского страхования увеличивается по мере роста уровня дохода страны: в странах с высоким уровнем дохода оказание помощи и лечение НИЗ почти в четыре

[15] Таблица 2 в электронном виде размещена на сайте http://www.who.int/chp/ncd_global_status_report/en/

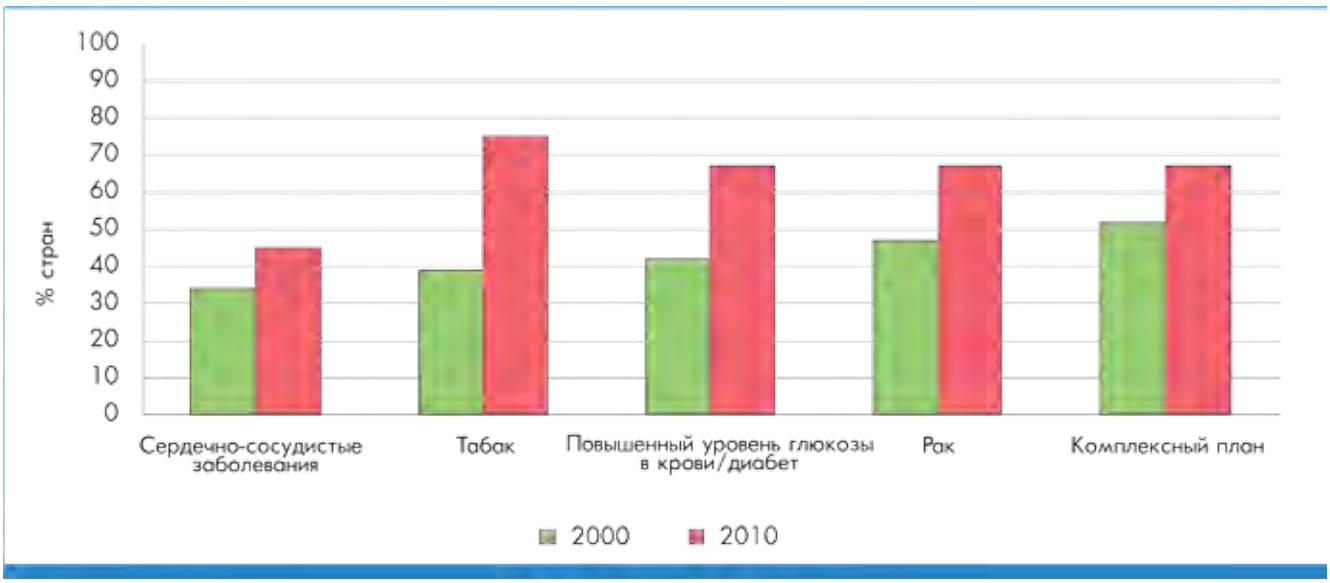
раза чаще покрываются медицинским страхованием, чем в странах с низким уровнем дохода Страны с недостаточным охватом медицинским страхованием вряд ли способны обеспечить всеобщую доступность индивидуальных мер медицинской помощи при НИЗ. Следовательно, любое обращение за помощью при НИЗ сопровождается высокими личными расходами и вероятность катастрофических последствий для пациентов и их семей в случае угрожающего жизни НИЗ очень велика.

Политика, планы и стратегии

В глобальном масштабе количество принятой политики, планов и стратегий в области НИЗ существенно возросло. Около 92% стран разработали по крайней мере одну политику, один план или одну стратегию в отношении НИЗ и/или их факторов риска. Кроме того, доля стран, в которых существуют политика, планы и/или стратегии, значительно возросла с 2000 года (Рисунок 3). Если взять в качестве примера комплексные[16] планы борьбы с НИЗ, то мы увидим, что в период с 2000 г. по 2010 г. доля стран, в которых имеется такой план, возросла с 52% до 67%.

Широкое наличие политики, плана или стратегии является положительным, поскольку они являются основами профилактики НИЗ и борьбы с ними. Они указывают на существование в странах национальных рамок для руководства разработкой и осуществлением мер и свидетельствуют о широком признании необходимости борьбы с НИЗ.

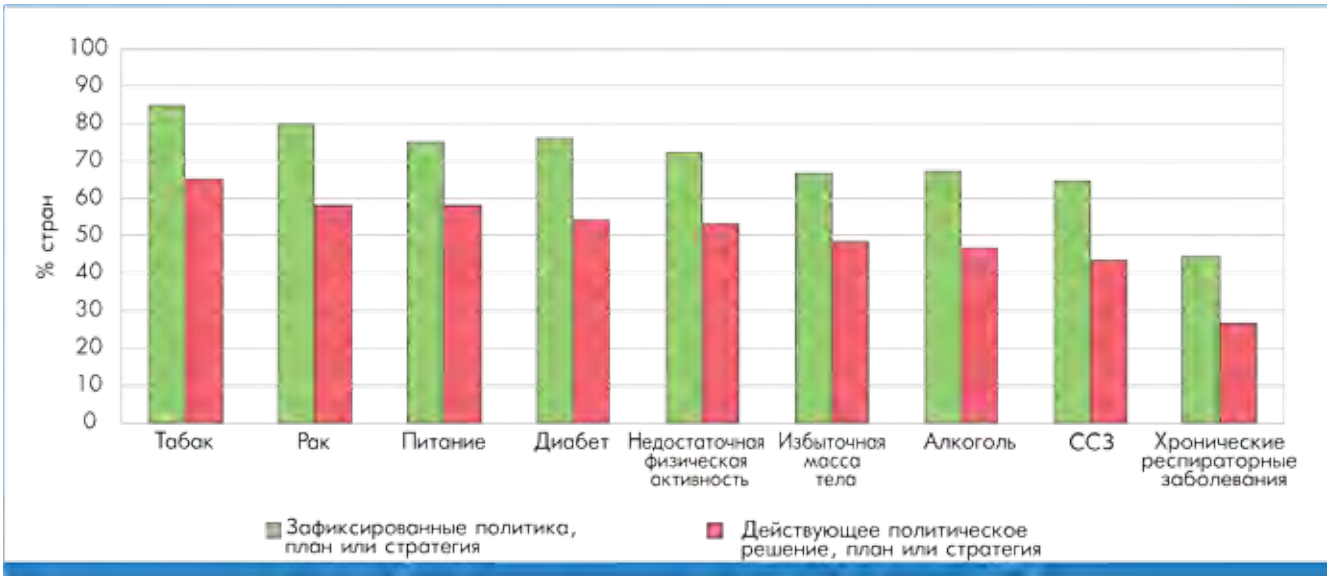
Рисунок 3. Доля стран с конкретной политикой, планами или стратегиями в %, 2000-2010 г.



Несмотря на эту положительную тенденцию, наблюдаются существенные различия в отношении заболеваний и факторов риска. На Рисунке 4 показано, что меньше всего планов для преодоления НИЗ разработано для оказания хронических респираторных заболеваний. Что касается факторов риска, то политика и планы в области борьбы против табака имеются в более чем 80% стран, в области питания и недостаточной физической активности — приблизительно в 75% стран, и меньше всего планов разработано для борьбы с вредным употреблением алкоголя. Хотя приоритеты в области разработки политики и планов должны быть основаны на бремени болезней и распространенности факторов риска, а также на наличии экономически эффективных мер, ситуация, представленная на Рисунке 4, показывает, что это не всегда так.

[16] Термин «комплексные» в данном контексте относится к политике/планам/стратегиям, сосредоточенным на более чем одном из основных хронических заболеваний и/или более чем на одном факторе риска развития НИЗ.

Рисунок 4. Доля стран с политикой, планами или стратегиями, которые являются либо комплексными, либо ориентированными на конкретное заболевание/конкретный фактор риска, по различным заболеваниям и факторам риска в %, 2010 г.



Важно отметить, что наличие политики, плана или стратегии на бумаге не обязательно означает, что они осуществляются или финансируются. Как видно на Рисунке 4, значительная доля политики, планов и стратегий не были указаны респондентами как действующие. Кроме того, страны в среднем сообщили, что только 50% всех видов политики, планов и стратегий имели адекватное финансирование.

И наконец, многие принятые странами политики, планы и стратегии не имеют измеримых целевых заданий и не включают компоненты мониторинга или оценки. В целом, несмотря на существование политики, планов и стратегий, многие из них не выполняются или имеют недостаточное качество.

Эпиднадзор

Эпиднадзор за НИЗ должен охватывать мониторинг факторов риска, результаты в отношении здоровья (заболеваемость и смертность) и потенциал системы. Результаты обследования показали, что более 80% стран предоставляют информацию о смертности от НИЗ в рамках своих медицинских информационных систем. Аналогичный процент стран сообщили, что информация о заболеваемости НИЗ также входит в информационную систему, однако только 21% стран сообщили, что эти данные относятся ко всему населению. Хотя представленные данные указывают на достигнутые за последнее десятилетие улучшения, они не дают информации о полноте и качестве данных о смертности, так как меньше стран в настоящее время регулярно предоставляют ВОЗ достоверную информацию о причинах смерти. Независимо от полноты и достоверности данных, в 16% стран до сих пор вообще отсутствует эпиднадзор за смертностью и заболеваемостью. Примечательно, что гораздо меньше стран сообщили о наличии данных о смертности от НИЗ среди всего населения.

Ведение письменной отчетности о смертности от НИЗ в национальных медицинских информационных системах представляет собой еще одну конкретную проблему: только 61% стран отметили, что за последние три года они подготовили доклад по этим данным (2007 г. или позднее). В целом, недостатки были намного серьезнее в странах с низким уровнем дохода (Рисунок 5 [17]: Государства-члены, в которых данные о смертности от НИЗ включены в национальные медицинские информационные системы, по группам дохода). В странах с высоким уровнем дохода вероятность наличия данных о смертности от НИЗ среди всего населения

[17] Рисунок 5 в электронном виде размещен на сайте http://www.who.int/chp/ncd_global_status_report/en/

в национальных медицинских информационных системах была в 16 раз выше, чем в странах с низким уровнем дохода. Такая же картина наблюдалась в отношении мониторинга заболеваемости среди всего населения; наличие таких данных в системах отчетности стран с высоким уровнем дохода была в три раза выше.

За последние 10 лет достигнут значительный прогресс в области эпиднадзора за факторами риска, включая сбор вспомогательных данных о населении и данных в странах с низким уровнем дохода. Эпиднадзор за употреблением табака в государствах-членах увеличился с 61% до 92%; за недостаточной физической активностью — с 38% до 73%; за уровнем сахара в крови — с 53% до 76%, за питанием — с 59% до 78%; за кровяным давлением — с 49% до 81%, и за избыточной массой тела/ожирением — с 62% до 80%. Анализ показал, что страны с более низким уровнем дохода по своим системам эпиднадзора за факторами риска догоняют, а в некоторых случаях и опережают страны с высоким уровнем дохода. Тем не менее, несмотря на этот прогресс, вероятность включения данных о распространенности факторов риска НИЗ в национальные медицинские информационные системы ниже, чем включение данных о смертности и заболеваемости.

Как описано в Главе 3, из-за ограничений эпиднадзора во многих странах не проводится стандартизованного сбора данных, необходимых для мониторинга за НИЗ и их факторами риска. Применение рамочной основы для национальных систем мониторинга, представленной в Главе 3, и принятие группы основных показателей по каждому из трех ее компонентов обеспечит усиление мониторинга тенденций и оценки прогресса в борьбе с эпидемией НИЗ во многих странах.

Первичная медико-санитарная помощь

Около 80% стран сообщили о том, что их системы здравоохранения включают первичную профилактику, укрепление здоровья, выявление факторов риска и ведение болезней (Рисунок 6 и 7). Однако менее чем в 60% стран существуют системы для поддержки и развития навыков самопомощи и самообслуживания, и менее чем в 50% стран имеется возможность оказания помощи на дому. Еще большей проблемой является то, что только очень низкий процент стран имеют утвержденные на государственном уровне и разработанные на основе фактических данных национальные руководства, протоколы или стандарты оказания помощи при НИЗ: несколько более половины стран (53%) имеют такие руководства, но выполняются они только в 17% стран.

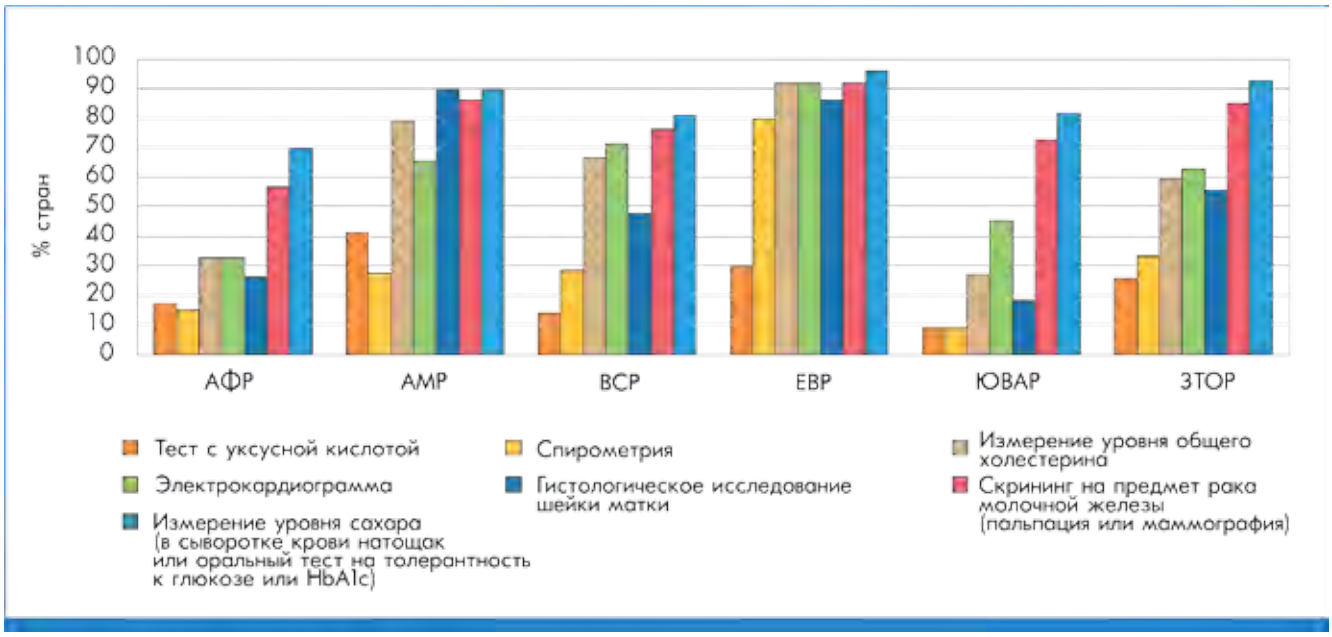
Наличие лечения НИЗ в странах с низким уровнем дохода составляет одну четверть от стран с высоким уровнем дохода. Даже в больницах стран с низким уровнем дохода наличие основных технологий, необходимых для оказания помощи при НИЗ, и реабилитационных услуг является ограниченным. Результаты обследования указывают на низкую доступность базовых технологий и лечения, в частности, для оказания помощи при раке и диабете в рамках первичной медико-санитарной помощи во многих странах с низким уровнем дохода и уровнем дохода ниже среднего; но основные услуги отсутствовали также в 10% стран с высоким уровнем дохода. Это подчеркивает необходимость продолжать пропагандировать всеобщий охват медицинской помощью людей с НИЗ. Как видно на Рисунке 7, в рамках системы здравоохранения почти в двух третях стран в некоторых регионах недоступна базовая помощь при терминальной стадии почечной болезни, химиотерапия и радиотерапия для лечения онкологических заболеваний и фотокоагуляция для профилактики слепоты. Хотя всеобщий охват должен стать долгосрочной целью, расширение пакета мер, имеющихся в рамках первичной медико-санитарной помощи, включая базовый набор мероприятий по ведению сердечно-сосудистых заболеваний, диабета, рака и хронических респираторных заболеваний может стать краткосрочной и среднесрочной задачей во многих странах с низким и средним уровнем дохода.

Наличие лечения НИЗ в странах с низким уровнем дохода составляет одну четверть от стран с высоким уровнем дохода. Даже в больницах в странах с низким уровнем дохода наличие основных технологий, необходимых для оказания помощи при НИЗ, является ограниченным.

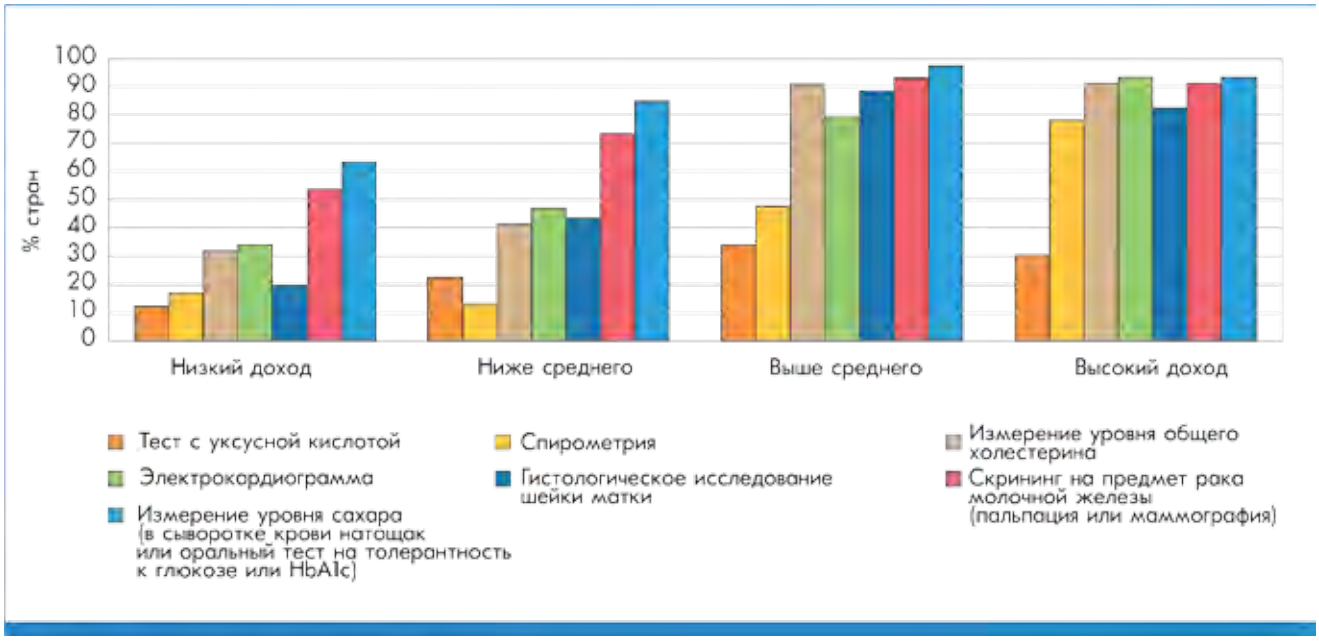
Вышеизложенное также подчеркивает важность профилактики диабета и сердечно-сосудистых осложнений путем ранней диагностики и эффективного лечения в странах, где отсутствует широкое наличие учреждений и опытных кадровых ресурсов для ведения таких осложнений.

Рисунок 6. Наличие лабораторных тестов и базисных технологий в первичной медико-санитарной помощи

6a) по регионам ВОЗ, 2010 г.

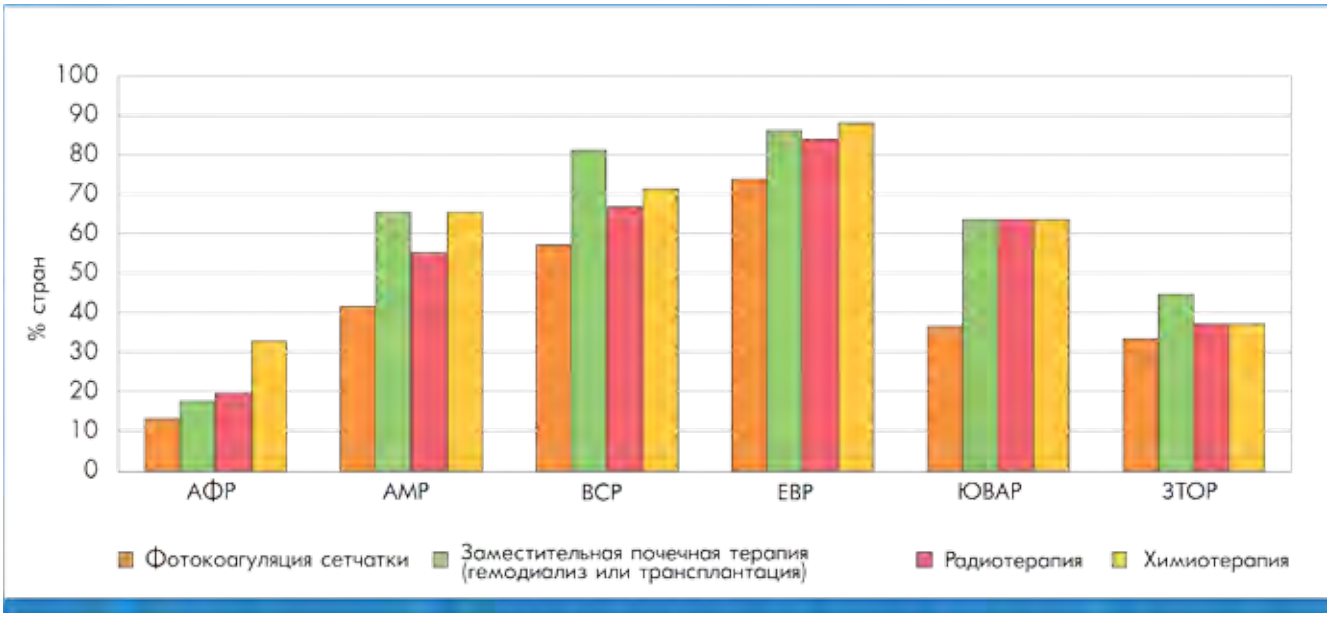


6b) по группам стран по уровню дохода согласно классификации Всемирного Банка, 2010 г.

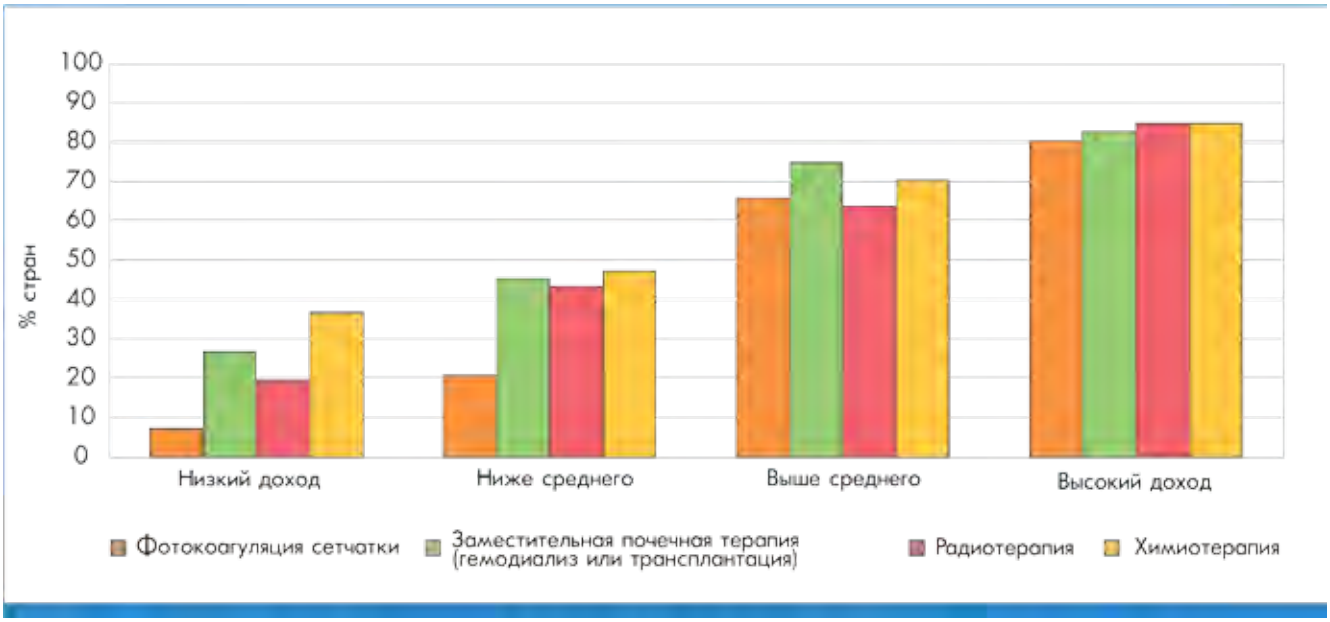


В ходе обследования получена информация о наличии основных лекарственных средств для лечения НИЗ. Более чем 75% стран отметили наличие основных лекарств для ведения диабета и сердечно-сосудистых заболеваний в учреждениях первичной медико-санитарной помощи; однако эти результаты основаны на полученных ответах на вопросник и расходятся с имеющимися фактическими данными, которые свидетельствуют о гораздо более низком наличии основных лекарственных средств для оказания помощи при НИЗ (4, 5). Особенно поразительными результатами этого обследования было выявление низкого наличия статинов, перорального морфина и ингаляционных стероидов в первичной медико-санитарной помощи в странах с низким уровнем дохода и уровнем дохода ниже среднего, а также и отсутствие никотинзамещающей терапии почти в 20% учреждений первичной медико-санитарной помощи в странах с высоким уровнем дохода.

Рисунок 7. Наличие отдельных процедур для лечения НИЗ в рамках системы здравоохранения
7a) по регионам ВОЗ согласно классификации Всемирного Банка, 2010 г.



7b) по группам стран по уровню дохода, 2010 г.



Партнерства и многосекторальное сотрудничество

Партнерства как внутри системы здравоохранения, так и за ее пределами играют ключевую роль в достижении успеха в области профилактики и борьбы с НИЗ. Такие партнерства включают сотрудничество между группами работников здравоохранения, пациентами, семьями, общинами и другими соответствующими партнерами. Почти 90% стран сообщили о существовании партнерств или сотрудничества для реализации основных мероприятий в области борьбы с НИЗ. Наиболее частыми сферами деятельности таких партнерств были употребление табака и диабет (84% и 81%, соответственно).

Существуют определенные механизмы многосекторального сотрудничества в рамках межведомственных комитетов, министерских комиссий, целевых групп, учебных заведений и неправительственных организаций/гражданского общества. Однако в ходе исследования не удалось определить эффективность и воздействие деятельности партнерств на ускорение прогресса в области профилактики НИЗ.

Ограничения обследования, проведенного в 2010 году

Самое последнее обследование неизбежно имеет некоторые ограничения. Информация была представлена координаторами по НИЗ в каждой стране и может быть подвержена субъективному искажению. Например, исследования в отдельных странах с низким и средним уровнем дохода выявили крупные недостатки и значительно более низкие уровни наличия основных лекарственных средств, по сравнению с указанным в этом исследовании (4, 5). По данным этих обследований до двух третей препаратов-генериков отсутствовали в государственном секторе, и почти 50% — в частном секторе. Однако очень полезным оказалось то, что два региона добавили этап проверки информации должностными лицами здравоохранения старшего уровня. Кроме того, независимая проверка была проведена в отношении ряда конкретных ответов. В случае обнаружения расхождений в страну отправлялся запрос для уточнения информации.

Вторым ограничением является то, что глобальное обследование не может учесть конкретную ситуацию и различия в каждой стране. Это особенно касается стран с федеративной или сильно децентрализованной системой оказания помощи при НИЗ. Еще одним ограничением являются возможные языковые барьеры в отношении интерпретации анкет, хотя и вопросник, и инструкции по ее заполнению были переведены с английского языка на некоторые официальные языки ВОЗ (например, на французский, русский и испанский).

И последним ограничением является тот факт, что обследования как 2000 г., так и 2010 г. не дали существенной информации об уровне участия других секторов, помимо здравоохранения, что очень важно для принятия мер в ответ на НИЗ. Это является областью для будущей деятельности ВОЗ.

Практическое выполнение задач: действия по увеличению национального потенциала и преодолению недостатков систем здравоохранения

Проведение эффективных мероприятий в области НИЗ в большей степени определяется возможностями системы здравоохранения. Имеющиеся данные, включая данные обследований, проведенных в 2000 г. и 2010 г., выявили крупные недостатки в потенциале систем здравоохранения во многих странах с низким и средним уровнем дохода. Возможности оказания надлежащей помощи людям с НИЗ в системах первичной медико-санитарной помощи стран с низким и средним уровнем дохода являются гораздо более низкими.

Недостатки в области предоставления основных услуг при НИЗ часто приводят к осложнениям, таким как сердечные приступы, инсульты, болезни почек, слепота, поражение периферических сосудов, и к позднему выявлению рака. Для семей с низкими доходами это может означать катастрофические расходы на медико-санитарную помощь и последующее обнищание.

Системы здравоохранения, которые оказывают помощь при НИЗ

В любой системе здравоохранения, хорошими медицинскими услугами являются те, которые предоставляются эффективно, безопасно, имеют высокое качество, оказываются как на индивидуальной, так и на общей основе в зависимости от потребностей, и с минимальными потерями. Профилактика, лечение и реабилитационные услуги могут оказываться дома, в общине, на работе или в медицинских учреждениях. В разделе ниже более подробно рассматриваются важнейшие компоненты системы здравоохранения (или ее основные элементы).

Управление: политика и планы

Широкое наличие политики или планов в области НИЗ на национальном уровне показывает, что министерства здравоохранения все больше осознают важность деятельности в области профилактики и борьбы с НИЗ. Однако проведенное в 2010 г. обследование показало, что значительная часть политических решений и планов не работает. Недавно проведенный обзор национальных стратегий и планов в области здравоохранения показал, что НИЗ не включены в качестве приоритетов во многих планах. Необходимо усилить эффективное осуществление

политики и планов. С этой целью, в дополнение к увеличению финансирования и кадров, необходимо принять меры (6), направленные на обеспечение того, чтобы:

- Национальная политика и планы разрабатывались на основе тщательного анализа ситуации и выбора приоритетов с конкретными и измеримыми показателями результатов.

- Была разработана стратегия с целью преобразования этой политики в конкретные последствия для финансирования, кадровых ресурсов, фармацевтических препаратов, технологии и инфраструктуры и оказания услуг, наряду с соответстующими планами, мониторингом и оценкой целевых заданий.

- Во многих секторах экономики были созданы коалиции и альянсы на основе единого видения, объединения ресурсов и большего согласования деятельности основных заинтересованных сторон.

- Наилучшая практика в отношении разработки политики и планов была лучше понята, лучше документировась и лучше распространялась.

Финансирование и получение средств

Ограниченное финансирование для основных мер в отношении НИЗ и здравоохранения в целом является основной проблемой потенциала многих стран Финансирование здравоохранения имеет ключевое значение для улучшения состояния здоровья и сокращения несправедливости в отношении здоровья. В *Докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г.* о финансировании систем здравоохранения (7) рекомендуется ряд важных мер для улучшения поддержки практических мероприятий:

- Повышение эффективности получения доходов и придание приоритета профилактике НИЗ и борьбе с ними при распределении бюджетов правительства.

- Улучшение доступа к социальному медицинскому страхованию и включение профилактики НИЗ и борьбы с ними в страхование здоровья.

- Внедрение инновационного финансирования профилактики НИЗ и борьбы с ними, например, повышение налогов на табак и алкоголь или комиссионного сбора на авиабилеты и операции с иностранной валютой.

- Определение профилактики НИЗ и борьбы с ними в качестве приоритета для официальной помощи в целях развития, особенно в странах с низким уровнем дохода.

Медицинские информационные системы

Основными проблемами, требующими немедленного решения, являются недостатки национальных медицинских информационных систем, нехватка стандартизованных данных о НИЗ и их детерминантах, а также отсутствие глобальной и национальных систем мониторинга. В Главе 3 приводится обзор этих недостатков и описывается стратегическая основа для организации системы эпиднадзора за НИЗ на национальном уровне, которая может быть успешно внедрена во всех странах, а также предлагается группа основных показателей для мониторинга тенденций на глобальном и национальном уровнях.

Кадровые ресурсы здравоохранения

Достаточное количество хорошо распределенного, адекватно подготовленного и мотивированного персонала здравоохранения является основой эффективных действий в ответ на НИЗ. Работники здравоохранения, особенно в отдаленных и сельских районах, должны иметь соответствующие навыки и компетенции, приобретаемые в ходе дослужебной подготовки и повышения квалификации. Они также должны иметь доступ к инфраструктуре и основным техническим средствам, а также к возможностям улучшать условия труда, таким как финансовые стимулы, возможности

карьерного роста и легкий доступ к информационным технологиям. Кроме того, профилактика НИЗ и борьба с ними также требуют сотрудничества и координации между секторами. В этих целях необходимо разработать политику и планы в области кадровых ресурсов здравоохранения и интегрировать их в более широкие стратегии здравоохранения. Сильное лидерство имеет важное значение для влияния на других участников трудовых ресурсов и создания среды, в которой эффективная политика может быть разработана и реализована. И наконец, необходимо инвестировать в развитие информационных технологий для улучшения данных о пациентах и ведения регистрационных записей, улучшения коммуникаций между работниками здравоохранения, а также между работниками и получателями их услуг. Рекомендации по развитию кадровых ресурсов здравоохранения разработаны ВОЗ и содержатся в обзорах о профилактике и ведении хронических заболеваний (7–15). Вкратце, эти рекомендации включают:

- Формирование сильного лидерства в национальных масштабах и включение вопросов НИЗ на всех этапах развития и управления, а также политики в области кадров в национальные стратегии в области здравоохранения.

- Пересмотр учебных планов дослужебной подготовки с целью включения получения знаний и навыков, необходимых для оказания основной помощи при НИЗ.

- Укрепление программ подготовки и непрерывного обучения работников здравоохранения, особенно для работы в отдаленных и сельских районах.

- Создание многодисциплинарных групп специалистов для обеспечения непрерывной и скоординированной помощи в отношении профилактики НИЗ и борьбы с ними.

- Создание благоприятной рабочей среды, например, обеспечение наличия необходимых расходных материалов, служб направления к специалистам и поддержки со стороны руководства.

Основные лекарственные средства и технологии

Надлежащее использование основных лекарственных средств и технологий позволяет значительно снизить заболеваемость и смертность от НИЗ (16, 17). Тем не менее, во многих странах с низким и средним уровнем дохода доступ является ограниченым, а цены высокими (4, 5). Был определен ряд мер, направленных на содействие доступу к качественным лекарственным средствам и технологиям в местах с ограниченными ресурсами (6, 7, 17).

Варианты политики, направленной на повышение качества и наличия лекарств и технологий (18) включают:

- Рациональный выбор ограниченного перечня основных лекарственных средств и технологий.

- Разработка, продвижение и распространение независимых клинических руководств, составленных на основе фактических данных.

- Определение приоритетов на основе тщательной оценки медицинских технологий, включая оценку клинической эффективности, а также экономических, социальных и этических последствий использования лекарственных средств и медицинского оборудования.

- Мониторинг качества и безопасности лекарственных средств и устройств медицинского назначения для оказания помощи при НИЗ требует наличия национальных регулирующих органов, обладающих достаточными ресурсами и персоналом для проверки учреждений и продукции медицинского назначения, а также для обеспечения выполнения регулирующих положений.

- Поддержка качества применения лекарственных средств и изделий медицинского назначения работниками здравоохранения и потребителями. Это можно сделать с помощью специального национального органа, уполномоченного вести мониторинг и пропагандировать повышение качества применения медицинских технологий и препаратов; национальных

списков основных технологий и лекарственных средств; лекарственных и терапевтических комитетов во всех крупных больницах и районах; и финансовых стимулов (возмещения расходов или установления цен).

Варианты политики, направленной на поддержку доступных цен на лекарственные средства (7, 18, 19) включают:

- Политику в поддержку генериков и социальный маркетинг основных препаратов-генериков через частный сектор.
- Создание национальных клинических руководств, которые рекомендуют основные лекарственные средства, для которых существуют лекарства-генерики.
- Повышение эффективности государственных закупок; разделение функции прописи лекарств и продажи; контроль оптовых и розничных наценок на основе регрессивных схем.
- Освобождение от налога на импорт и налога на добавленную стоимость основных лекарственных средств и использование гибкости, предоставляемой международными торговыми соглашениями для разрешения продажи лекарств-генериков во время действия патента.

Лекарственные средства и технологии всегда будут составлять значительную часть прямых затрат всех программ по НИЗ. Таким образом, увеличение государственного финансирования основных лекарственных средств и технологий для программ по НИЗ остается исключительно важным для стран и глобальных партнеров. Чтобы избежать катастрофических расходов пациентов, необходимо расширить компенсацию лекарственных средств и технологий в системах медицинского страхования.

Показатели для сообщения о прогрессе

Определение прогресса в создании потенциала требует разработки единого набора показателей возможностей страны для профилактики НИЗ и борьбы с ними, которые можно будет измерять в будущем. Рамочная основа для организации эпиднадзора за НИЗ, изложенная в Главе 3, может быть использована для оценки прогресса в увеличении потенциала в области НИЗ. Для этой цели может быть использован основной набор показателей, содержащийся в Приложении 5.

Основные положения

- За последнее десятилетие достигнуты значительные улучшения в развитии национального потенциала в области профилактики НИЗ и борьбы с ними.
- Хотя во многих странах имеются компоненты необходимой инфраструктуры здравоохранения, зачастую они не получают адекватного финансирования или не являются операционными.
- Усиление политической приверженности и придание более высокого приоритета программам по НИЗ имеют ключевое значение для расширения возможностей системы здравоохранения по преодолению НИЗ.
- Программы и политика в области НИЗ должны быть согласованы с сильными национальными планами, направленными на обеспечение помощи, сосредоточенной на людях, в рамках сильных комплексных систем здравоохранения.
- Руководство по эффективной политике и стратегиям для преодоления недостатков систем здравоохранения в настоящее время существует и его необходимо применять на практике.
- Растущий потенциал стран по борьбе с эпидемией НИЗ указывает на наличие больших возможностей для прогресса в предстоящие годы.

Ссылки

1) Alwan A et al. *Assessment of national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: results of a global survey*. Geneva, World Health Organization, 2001.

2) *Доклад о состоянии здравоохранения в мире — первичная медико-санитарная помощь сегодня актуальнее, чем когда-либо.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 г.

3) *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies.* Geneva, World Health Organization, 2010.

4) 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.

5) Cameron A et al. Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis. *The Lancet*, 2009, 373:240–249.

6) *Governance.* Geneva, World Health Organization, 2010.

7) *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г.: Финансирование систем здравоохранения.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.

8) *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г.: Совместная работа на благо здоровья.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2006 г.

9) *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Global policy recommendations.* Geneva, World Health Organization, 2010.

10) *Global code of practice on the international recruitment of health personnel.* Geneva, World Health Organization, 2010.

11) *Outcome statement of the second global forum on human resources for health.* 2011. Geneva, Global Health Workforce Alliance, 2011.

12) *The Global Health Workforce Alliance: Reviewing progress, renewing commitments: the first progress report on the Kampala declaration and agenda for global action in priority countries.* Geneva, The Global Health Workforce Alliance, 2011.

13) Samb B et al. Prevention and management of chronic disease: a litmus test for health-systems strengthening in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 2010, 376:1785–1797.

14) Weingarten SR et al. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness-which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ*, 2002, 325:925.

15) Renders CM et al. Interventions to improve the management of diabetes in primary care, outpatient, and community settings: a systematic review. *Diabetes Care*, 2001, 24:1821–1833.

16) Lim SS. Prevention of cardiovascular disease in high risk individuals in low-income and middleincome countries: health effects and costs. *The Lancet*, 2007, 370:2054–2062.

17) van Mourik MSM et al. Availability, price and affordability of cardiovascular medicines: a comparison across 36 countries using WHO/HAI data. *BioMed Central Cardiovascular Disorders*, 2010, 10:1–9.

18) *The World Medicines Situation: 2010 Update.* Geneva, World Health Organization, 2010.

19) Billo NE. Asthma drug facility: from concept to reality. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2006, 10:709.

Глава 7

Путь вперед: принятие мер на основе фактических данных и извлеченных уроков

Посредством *Глобальной стратегии по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними* и ее Плана действий на 2008–2013 гг. государства-члены указали на неотложную необходимость для стран и международного сообщества принять конкретные и устойчивые меры для обращения вспять эпидемии НИЗ. Глобальная стратегия и План действий были разработаны при активном участии государств-членов, были ими детально обсуждены и одобрены на Пятьдесят третьей и Шестьдесят первой сессиях Всемирной ассамблеи здравоохранения, соответственно.

Сердечно-сосудистые, онкологические, хронические респираторные заболевания и диабет представляют собой самые крупные угрозы для здоровья во всем мире с бременем, аналогичным бремени инфекционных заболеваний; их влияние отрицательно сказывается на социальном и экономическом развитии на местном, национальном и глобальном уровнях. По мере увеличения в течение последних тридцати лет масштабов этих задач в области здравоохранения во всем мире также существенно улучшались знания в области профилактики и борьбы с НИЗ и их лучшее понимание. Как отмечалось в предыдущих главах, имеющиеся на сегодняшний день фактические данные четко демонстрируют, что эти болезни в значительной степени предотвратимы. Страны могут обратить вспять наступление этих заболеваний и добиться быстрых успехов, если будут приняты надлежащие меры. В настоящей главе представлен обзор извлеченных уроков за последние несколько десятилетий и кратко излагаются приоритетные области для действий на национальном и глобальном уровнях.

Имеющиеся фактические данные четко демонстрируют, что НИЗ в значительной степени предотвратимы.

Извлеченные уроки

Обзор международного опыта и изучение имеющихся знаний и фактических данных дают политикам важную информацию для руководства разработкой политики и принятия программных решений в отношении НИЗ.

Представленное ниже краткое описание практических уроков основывается на обзоре, первоначально проведенном в 2000 г. при подготовке к разработке Глобальной стратегии (1, 2) и впоследствии обновленном после глобальной консультации, организованной ВОЗ в 2010 году.

Комплексный подход к профилактике

- В любой группе населения большинство людей в умеренной степени подвержены воздействию факторов риска НИЗ, и меньшинство подвержены сильному воздействию. Воздействием в данном контексте считается либо влияние внешнего фактора риска, например, употребления табака, либо физиологических отклонений, например, повышенного уровня кровяного давления. В целом же большая по численности группа населения с факторами риска умеренной степени воздействия вносит больший вклад в общее бремя НИЗ, чем меньшая по размерам группа с более высоким риском. Комплексные стратегии профилактики НИЗ должны принимать это во внимание и объединять в себе два типа подходов: превентивные меры, направленные на сокращение факторов риска на уровне всего населения, и индивидуальные меры медицинской помощи, направленные конкретно на отдельных людей, подвергающихся высокому риску.

- Как подходы первичной профилактики НИЗ среди всего населения, так и стратегии оказания индивидуальной медицинской помощи необходимы для сокращения распространенности НИЗ и их воздействия. В странах, добившихся значительного сокращения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, например, сокращение объясняется снижением числа новых случаев НИЗ вместе с повышением выживаемости после перенесенных сердечно-сосудистых состояний, то есть благодаря двойным инициативам по профилактике и лечению.

- В любом возрасте человек может подвергаться воздействию факторов риска, а связанное с риском поведение может быть принято на ранних этапах жизни. В связи с этим комплексные долгосрочные стратегии борьбы против НИЗ должны использовать подход к профилактике факторов риска в течение всей жизни человека, начинающийся на начальных этапах жизни и продолжающийся мерами для взрослых и пожилых людей.

Эпиднадзор и мониторинг

- Мониторинг и оценка НИЗ крайне необходимы для разработки политики и программ. Три основные области требуют мониторинга: воздействие (факторы риска и детерминанты); результаты (заболеваемость и смертность по причинам) и оценка потенциала и ответных действий системы здравоохранения. Для каждой области необходимо разработать основные показатели и использовать их для мониторинга тенденций и прогресса.

- Для обеспечения эффективности системы эпиднадзора необходимо ее интегрировать в национальную медицинскую информационную систему и обеспечить долгосрочное финансирование.

- Высококачественный эпиднадзор за факторами риска можно организовать даже в местах с ограниченными ресурсами. Эпиднадзор за факторами риска является приоритетным компонентом комплексной рамочной основы организации системы эпиднадзора за НИЗ, так как он обеспечивает, как стимулы для текущей деятельности, так и прогнозы тенденций в отношении бремени в будущем.

Многосекторальные действия

- Опыт показывает, что программы профилактики и борьбы с НИЗ на уровне местного населения как информируют, так и и поддерживают действия на национальном уровне по формулированию надлежащей политики, а также законодательные и институциональные изменения. Эффективное проведение мер на местном уровне требует наличия на национальном уровне определенных совокупных компонентов: значимого участия общины, приоритизации и определения политики, межсекторального сотрудничества и активного партнерства между национальными органами, неправительственными организациями, научными кругами и частным сектором.

- Решения, принимаемые за пределами сектора здравоохранения, часто сильно воздействуют на связанные с НИЗ факторы риски. Воздействуя на государственную политику в таких областях, как торговля, производство продуктов питания и фармацевтических препаратов, сельское хозяйство, городское развитие, ценообразование, реклама, информационные и коммуникационные технологии и налоговая политика, можно добиться лучших результатов в области профилактики НИЗ, чем с помощью изменений, ограниченных только политикой и практическими мерами в области здравоохранения.

Системы здравоохранения

- Для удовлетворения долгосрочных потребностей людей с НИЗ необходимо переориентировать существующие в здравоохранении организационные и финансовые схемы. Инициативы, направленные на улучшение работы систем здравоохранения и реформы должны дополнительно включать конкретные ожидаемые результаты в области НИЗ, как части целей всеобщего охвата медицинской помощью.

- Широкие инициативы по обеспечению справедливости финансирования крайне необходимы для сокращения катастрофических расходов на здоровье, включая расходы на оказание помощи при НИЗ. Финансовые риски и несправедливость можно сократить, используя как традиционные, так и инновационные методы финансирования.

Инновационное финансирование относится к ряду нетрадиционных механизмов привлечения дополнительных средств для развития и помощи через «инновационные» проекты, такие как микровзносы, налоги, частно-государственные партнерства и рыночные финансовые операции. Дополнение традиционного финансирования государственного сектора, а в некоторых странах помощи в целях развития инновационными источниками финансирования и /или финансированием негосударственного сектора потенциально может восполнить значительные дефициты в финансировании, которые являются самым крупным камнем преткновения для укрепления мер в отношении НИЗ в первичной медико-санитарной помощи. Есть примеры стран, которые успешно использовали доходы от повышения налогов на табак и алкоголь для финансирования укрепления здоровья и расширения охвата в первичной медико-санитарной помощи. Как уже упоминалось выше, в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г.*: *Финансирование систем здравоохранения — путь к всеобщему охвату* приводятся многочисленные примеры инновационных схем финансирования, которые могут быть рассмотрены для дополнения национальных бюджетов здравоохранения.

В соответствии с рекомендациями, сделанными в 2009 г. Целевой группой высокого уровня по инновационному финансированию, была разработана новая концепция глобального обложения табачных изделий. Солидарное обложение табака считается одной из возможностей привлечения финансовых средств в поддержку профилактики НИЗ и борьбы с ними в странах с низким уровнем дохода.

Дальнейшие шаги

План действий для Глобальной стратегии по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбы с ними на 2008–2013 гг. представляет собой «дорожную карту» для преодоления НИЗ на страновом и глобальном уровнях путем: a) усиления эпиднадзора; b) принятия действий по сокращению факторов риска с акцентом на доступные по средствам и доказавшие свою эффективность меры; и c) преодоления недостатков в системах здравоохранения и повышения доступа к основной медицинской помощи для людей с НИЗ.

Практически 80% всех обусловленных НИЗ случаев смерти приходится на страны с низким и средним уровнем дохода; и в этих же странах значительно выше бремя преждевременной смертности. Эпидемия НИЗ оказывает огромное влияние на развитие человеческого потенциала как в социальном, так и в экономическом плане. Все больше признаются отрицательные последствия НИЗ для национальной экономики; НИЗ являются значительным бременем для системы здравоохранения в связи с растущим спросом на помощь и эскалацией расходов на медико-санитарную помощь. Без согласованных действий рост финансового бремени НИЗ достигнет неуправляемых уровней.

Первичная профилактика вместе с ранней диагностикой и эффективным лечением существующих состояний поможет избежать большей части бремени НИЗ.

Всем странам необходимо пересмотреть свои стратегии и планы в области здравоохранения и развития в целях расширения и мобилизации мер борьбы против эпидемии НИЗ.

Эпиднадзор и мониторинг за НИЗ и их детерминантами

Эпиднадзор имеет крайне важное значение для того, чтобы получить информацию, необходимую для разработки политики и программ в области НИЗ, для поддержки мониторинга и оценки прогресса в их осуществлении, а также принятия соответствующего законодательства в области профилактики НИЗ и борьбы с ними.

Основной проблемой остается отсутствие во многих странах пригодных к использованию данных о смертности, а также слабые системы эпиднадзора за НИЗ, которые часто не интегрированы в национальные медицинские информационные системы.

В Главе 3 подчеркивается необходимость создания систем эпиднадзора во всех странах, в рамках которых обеспечивается мониторинг воздействия (факторы риска и детерминанты), результатов

(заболеваемости и смертности) и ответных действий системы здравоохранения (практических мер и потенциала). Для каждого из компонентов системы эпиднадзора необходим основной комплект измеримых и стандартизованных показателей. Эпиднадзор за НИЗ должен быть усилен в соответствии с этими принципами и интегрирован в национальные информационные системы здравоохранения во всех странах.

Сокращение факторов риска и профилактика НИЗ

Избежать дальнейшего развития эпидемии НИЗ и улучшить результаты лечения можно путем внедрения доказавших свою эффективность мер на уровне всего населения. Приоритет следует отдать осуществлению практических и доступных выгодных мер, таких как налогообложение табака и алкоголя; бездымная среда в общественных и рабочих местах; полный запрет на рекламу, стимулирование продаж и спонсорство табачных изделий; сокращение потребления соли; вакцинация против ВПЧ и использование недорогостоящей многолекарственной терапии для людей, подвергающихся высокому риску.

Другими доступными мерами, которые следует рассмотреть, являются: политические меры, направленные на содействие здоровому питанию, такие как введение запрета на трансжиры; сокращение сбыта вредных для здоровья продуктов питания и безалкогольных напитков для детей; налоги на продукты питания с высоким содержанием сахара, соли и жиров; предоставление субсидий для повышения потребления фруктов и овощей; и меры по повышению физической активности среди всего населения. Для борьбы против рака необходимо рассмотреть возможность внедрения мер, направленных на уменьшение воздействия известных канцерогенных факторов риска в окружающей и профессиональной среде.

Как упомянуто выше, активное вовлечение других отраслей экономики является необходимым предварительным условием осуществления эффективных мер по профилактике НИЗ. Принцип «здоровье во всех направлениях политики» был в центре внимания деятельности общественного здравоохранения, начавшейся еще тогда, когда основными направлениями укрепления здоровья были обеспечение безопасной питьевой водой, гигиены и достойных жилищных условий. Этот же принцип сейчас применим к НИЗ, поскольку многие социальные детерминанты НИЗ находятся за пределами сектора здравоохранения. Конкретная политика, связанная с глобализацией, принятая, например, другими секторами, способствует увеличению распространенности НИЗ и их отрицательному воздействию на экономическое развитие. Лица, формирующие политику в области здравоохранения, признают острую необходимость привлечения всех частей правительства, но часто они борются за эффективные межсекторальные действия. Поэтому чрезвычайно важным для профилактики НИЗ является понимание того, как содействовать привлечению других секторов.

Международный опыт показывает многочисленные примеры успешных межсекторальных действий. Чтобы политические меры и решения, принимаемые в других секторах, помимо здравоохранения, способствовали сокращению распространенности НИЗ и их факторов риска, необходимо создавать и укреплять механизмы привлечения других секторов. На основе извлеченных уроков ВОЗ разработала руководство по содействию межсекторальным действиям, которое, при желании, могут использовать лица, формирующие политику (Приложение 6).

Промышленный и другие частные сектора имеют широкие возможности в борьбе с эпидемий НИЗ, и на них возлагается высокая ответственность. Они должны осознать, какому огромному риску подвергнется человеческое и экономическое развитие, если не воспрепятствовать глобальному росту НИЗ.

Укрепление медико-санитарной помощи для людей с НИЗ

Серьезной проблемой во многих странах является обеспечение выполнения базовых стандартов помощи больным НИЗ. Основные мероприятия, особенно «наиболее выгодные меры», упомянутые в Главе 5, должны быть интегрированы в первичную медико-санитарную помощь. Эффективное ведение конкретных НИЗ требует хорошо функционирующих и справедливых систем здравоохранения, способных оказывать долгосрочную помощь, которая является со-

средоточенной на людях, основанной на общине и устойчивой. Проблемы существуют во всех шести рекомендованных ВОЗ элементах эффективной системы здравоохранения: управлении, финансах, кадровых ресурсах здравоохранения, медицинской информации, медицинской продукции и технологиях и оказании услуг здравоохранения. Поскольку достижение всеобщего охвата услугами первичной медико-санитарной помощи является общей целью для всех, политикам здравоохранения рекомендуется конкретно рассмотреть следующие подходы в связи с НИЗ:

- Обеспечивать, чтобы национальные стратегии и планы в области здравоохранения основывались на точном анализе ситуации и включали профилактику НИЗ и борьбу с ними в качестве части национальных приоритетов в области здравоохранения.

- Усиливать политическую приверженность профилактике НИЗ на всех уровнях управления.

- Интегрировать предоставление основной медицинской помощи по профилактике и ведению НИЗ в системы первичной медико-санитарной помощи.

- Расширить пакет основных связанных с НИЗ мер, имеющихся на уровне первичной медико-санитарной помощи, путем включения реально выполнимого набора мер с высокой степенью воздействия для выявления и лечения основных состояний. Конкретные «выгодные меры» и другие экономически эффективные мероприятия обсуждены в Главах 4 и 5.

- Преодолеть недостатки систем здравоохранения, например, посредством укрепления систем эпиднадзора (Глава 3), укрепления потенциала кадровых ресурсов здравоохранения (Глава 6) и улучшения доступа к основным лекарственным средствам и технологиям (Глава 6).

- Устранить финансовые препятствия для реализации основных мер медицинской помощи, такие как взносы пациента, и сократить наличные выплаты пациентов. Рассмотреть финансовые механизмы, включая налогообложение табака и алкоголя, для увеличения доходов, выделяемых на первичную медико-санитарную помощь.

Исследования в области профилактики и осуществления мер

В настоящем докладе подчеркивается, что существует достаточный объем знаний о НИЗ для создания эффективных и имеющих высокую степень воздействия национальных программ борьбы с НИЗ. Однако, хотя знаний и достаточно для установления причинных связей между НИЗ и факторами риска, с тем чтобы начать осуществление стратегий профилактики, потенциальную ценность для уточнения этих стратегий имеют знания конкретных этиологических механизмов НИЗ. Результаты исследования путей развития заболеваний помогут уточнить стратегии и предоставить новые идеи и инициативы в отношении профилактики.

Цель 4 Плана действий призывает к разработке скоординированной повестки дня научных исследований в области НИЗ для усиления фактологической базы экономически эффективных мер профилактики и борьбы с НИЗ. На основе серии докладов, составленных по поручению ВОЗ, а также на трех глобальных консультациях, проведенных в период с 2008 г. по 2010 г., были определены основные исследовательские приоритеты исследований в четырех широких областях: a) исследования в области мониторинга НИЗ и их влияния на здоровье и социально-экономическое развитие; b) многосекторальные и многодисциплинарные исследования для обеспечения понимания и оказания влияния на социальные детерминанты НИЗ; c) трансляционные исследования и исследования систем здравоохранения с целью более широкого осуществления мер с доказанной экономической эффективностью; и d) исследования с целью обеспечения доступности дорогостоящих, но эффективных технологий в местах с различной обеспеченностью ресурсами. Эти приоритеты научных исследований подробно обсуждены в другой публикации: Приоритизированная повестка дня научных исследований для профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними (3).

Интеграция профилактики НИЗ в национальные программы по устойчивому развитию

Эпидемия НИЗ оказывает существенное негативное влияние на развитие человеческого потенциала. Как указывается в Глобальной стратегии, растущее бремя НИЗ представляет собой самую серьезную угрозу для глобального развития в 21 веке. От НИЗ больше умирает бедных людей, чем богатых; они сокращают производительность труда и приводят к бедности; они также налагают значительное бремя на систему здравоохранения в результате растущих потребностей в помощи и эскалации расходов на здравоохранение. Если не принять серьезных мер, растущее финансовое бремя НИЗ достигнет уровней, справиться с которыми не смогут даже страны с высоким уровнем дохода.

Существующие фактические данные указывают на то, что НИЗ могут препятствовать прогрессу в достижении поставленных ООН целей тысячелетия в области развития (ЦТР). Поэтому профилактика НИЗ должна занимать приоритетное место в национальных инициативах по развитию и связанных с ними решениях по инвестированию средств. В зависимости от конкретной ситуации в стране, усиление мер профилактики и борьбы с НИЗ должно рассматриваться в качестве неотъемлемой части деятельности, направленной на снижение уровня бедности и других программ по оказанию помощи в целях развития.

Техническая поддержка странам с низким уровнем дохода не является приоритетным направлением работы агентств по международному развитию и в настоящее время представляет незначительную часть официальной помощи на развитие. Как было отмечено в выступлении Генерального секретаря ООН на Всемирном экономическом форуме в январе 2011 года, Совещание высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, которое состоится в сентябре 2011 г., представляет собой возможность формирования такого уровня международной поддержки, который обеспечит НИЗ высокое положение в повестке дня в области развития, которое они заслуживают.

Сектор гражданского общества

Обращение вспять эпидемии НИЗ не только является одной из основных обязанностей правительств всех стран, но и требует участия гражданского общества и частно-предпринимательского сектора.

Институты и группы гражданского общества имеют уникальные возможности по мобилизации политического и общественного внимания к проблеме и поддержке усилий по профилактике и борьбе с НИЗ. Они играют ключевую роль в содействии включению вопросов НИЗ в глобальную повестку дня в области развития.

Институты гражданского общества и неправительственные организации содействуют созданию потенциала. Они также являются крупными поставщиками услуг по профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета и респираторных заболеваний, зачастую заполняя пробелы между услугами, предоставляемыми частным и государственным секторами.

На глобальном уровне неправительственные организации объединяются для колективной поддержки и расширения влияния на глобальные усилия по борьбе против табака и, в последнее время, на расширение профилактики НИЗ и борьбы с ними, обеспечивая прочную основу для пропаганды и действий.

Роль и возможности гражданского общества должны получать поддержку и усиливаться на национальном и международном уровнях.

Корпоративный сектор

За исключением табачной промышленности, частный сектор может внести решающий вклад в усилия по решению задач, связанных с профилактикой НИЗ. Частные компании должны работать в тесном сотрудничестве с правительствами для содействия здоровому образу жизни и здоровому питанию посредством: изменения состава продуктов для сокращения содержания

соли, трансжиров и сахара; обеспечения ответственного маркетинга; и содействия расширению доступности и сокращению стоимости основных лекарственных средств для профилактики и лечения НИЗ. Необходимо осуществлять мониторинг таких действий.

Частные компании также должны принимать и усиливать программы для улучшения здоровья и благополучия своих сотрудников с помощью программ укрепления здоровья на рабочем месте и конкретных мер по профилактике НИЗ. Практически все отрасли промышленности могут помочь сократить загрязнение и содействовать здоровому образу жизни.

Частный сектор может внести решающий вклад в усилия по решению задач, связанных с профилактикой НИЗ.

Ссылки

1) *Глобальная стратегия по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (WHA A53/14)*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2000 г.

2) Alwan A, Maclean D. A review of noncommunicable diseases in low- and middle-income countries. *International Health*, 2009, 1:3–9.

3) *A prioritized research agenda for the prevention and control of noncommunicable diseases.* Geneva, World Health Organization, 2010.

Приложение 1

Методы расчета страновых показателей, представленных в Главе 1 и Приложении 4

В целях повышения сопоставимости между странами оценки смертности и факторов риска, представленные в Главе 1 и Приложении 4, рассчитывались с использованием стандартных категорий и методов. По этой причине они не всегда совпадают с данными официальной статистики в государствах-членах.

Смертность

Показатели всех причин смертности, стандартизованные по возрасту и полу, были рассчитаны для 193 государств-членов ВОЗ по состоянию на 2008 год на основе пересмотренных таблиц смертности, опубликованных в «Мировой статистике здравоохранения» 2011 года (1). Общая смертность с распределением по возрасту и полу была рассчитана для каждой страны на основе сопоставления с оценочными демографическими данными, представленными в статистических приложениях к Докладу, подготовленному Отделом народонаселения ООН «Перспективы мирового населения» редакция 2008 года (2).

Для расчета причин смерти в странах с полными или не полными данными регистрации смерти использовались материалы актов гражданских состояний. Данные регистрации смерти с 1980 по 2008 год (при наличии) использовались для прогнозирования последних тенденций изучаемых причин смерти, и эти оценочные тенденции использовались для подготовки расчетных данных распределения причин смерти по состоянию на 2008 год. Поправки на смертность от ВИЧ, смертность от расстройств, связанных с употреблением наркотиков, и смертность в результате военных действий и стихийных бедствий были сделаны на основании других источников информации с использованием аналогичных данных и методов, как и при предыдущих оценках (3).

Для стран, в которых вообще отсутствуют какие-либо репрезентативные данные на страновом уровне, расчет смертности от конкретных причин в возрастной группе детей до 5-ти лет проводился согласно методам, описанным Black et al. (4). Для группы детей 5-ти лет и старше прогноз был сделан на 2008 год на основе оценок распределения смертности от конкретных причин в 2004 году (3), исключая смертность от вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) и в результате военных действий и стихийных бедствий. Подробное пропорциональное распределение причин смерти внутри трех широких групп основано на данных регистрации смерти по каждому региону. Более подробную информацию об этих методах можно получить в ВОЗ (3). Дальнейшая корректировка конкретных причин была проведена на основе эпидемиологических данных из регистров, опросов членов семьи и очевидцев смерти, систем эпиднадзора и анализов технических программ ВОЗ. Оценки смертности от ВИЧ, туберкулеза и малярии за 2008 год были рассчитаны из ранее опубликованных оценок ВОЗ (5–7). Страновые оценки общей материнской смертности и смертности от конкретных причин были основаны на последней оценке за 2008 год и на анализе региональных особенностей причин смерти (8, 9). Оценка причин смерти от онкологических заболеваний взята из онкологической базы данных GLOBOCAN 2008 (10).

Факторы риска и заболеваемость

Оценки факторов риска и заболеваемости диабетом были подготовлены для стандартного 2008 года для всех показателей, представленных в Докладе. Общие стандартизованные оценки, приведенные в Приложении 4, основаны на собранных данных, предоставленных ВОЗ странами, и данных, полученных в ходе обзора опубликованных и не опубликованных литературных источников. Критерии включения для анализа оценок включали данные, полученные в ходе случайной выборки общей популяции с четким указанием методов исследования/ опроса (включая размер выборки) и дефиниций факторов риска. Корректировки были сделаны для следующих факторов с тем, чтобы один и тот же показатель мог быть представлен за стандартный год (в данном случае за 2008 год) во всех странах: единое определение факторов риска;

единое выделение возрастных групп; единый отчетный год; и репрезентативность популяции. Используя регрессионную модель, для каждого показателя были получены общие стандартизованные показатели. Для обеспечения последующей сопоставимости стран были сделаны стандартизованные по возрасту сравнительные показатели путем корректировки общих оценок с учетом стандартной предполагаемой структуры населения, которая отражала бы возрастную и половую структуру большинства стран с низким и средним уровнем дохода. Это нивелирует различия в возрастной и половой структурах в разных странах. Неточности в оценках были проанализированы с поправкой на ошибки выборки и неточности статистического моделирования. Оценки, проведенные для стран, сгруппированных по уровню дохода согласно классификации ВБ и по регионам ВОЗ, являются стандартизованными по возрасту сопоставимыми оценками. Более подробную информацию о методах и источниках данных для расчета этих оценочных показателей можно получить в ВОЗ.

Общее число новых случаев онкологических заболеваний за 2008 год получено из онкологической базы данных GLOBOCAN 2008, онлайнового аналитического инструмента, и базы данных заболеваемости и смертности за 2008 год по большинству видов рака в каждой стране по всему миру (11), составленной Международным агентством по изучению рака. Прогностические оценки на 2030 год основаны на применении оценочных стандартизованных по возрасту показателей за 2008 год к прогнозируемой численности населения в странах в 2030 году (2). Наряду с распределением по странам, число новых случаев в GLOBOCAN представлено с распределением по группам ВБ по уровню дохода. Стандартизация по возрасту необходима при сравнении нескольких популяций с учетом возможных различий в возрастной структуре популяции, а также важного влияния возраста на риск заболевания. Стандартизованные по возрасту показатели основаны на средневзвешенных значениях повозрастных показателей; средние значения взяты для постоянного населения, в данном документе — это постоянное население государств-членов ВОЗ (12).

Ссылки

1) *World health statistics 2011.* Geneva, World Health Organization, 2011.

2) *World population prospects – the 2008 revision.* New York, NY, United Nations Population Division, 2009.

3) *The global burden of disease: 2004 update.* Geneva, World Health Organization, 2008.

4) Black RE et al. Global, regional and national causes of child mortality, 2008. *The Lancet*, 2010, 375:1969–1987.

5) *2008 report on the global AIDS epidemic.* Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2008.

6) *World malaria report 2009*. Geneva, World Health Organization, 2009.

7) *Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing (WHO report 2009).* Geneva, World Health Organization, 2009.

8) *Trends in maternal mortality.* Geneva, World Health Organization, 2010.

9) Khan KS et al. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *The Lancet*, 2006, 367:1066–1074.

10) Ferlay J et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: Globocan 2008. *International Journal of Cancer*, 2010, 127:2893–2917.

11) Ferlay J et al. GLOBOCAN 2008: *Cancer incidence and mortality worldwide: IARC CancerBase No. 10.* Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2008.

12) Ahlad OE et al. *Age standardization of rates: a new WHO standard GPE Discussion Paper Series: No. 31.* Geneva, World Health Organization, 2000.

Приложение 2

Список стран с распределением по регионам ВОЗ

Африканский регион	Американский регион	Восточно-Средиземноморский регион
Алжир	Антигуа и Барбуда	Афганистан
Ангола	Аргентина	Бахрейн
Бенин	Багамские Острова	Джибути
Ботсвана	Барбадос	Египет
Буркина Фасо	Белиз	Йемен
Бурунди	Боливия (Многонациональное Государство)	Иордания
Габон	Бразилия	Ирак
Гамбия	Венесуэла (Боливарианская Республика)	Иран (Исламская Республика)
Гана	Гайана	Катар
Гвинея	Гаити	Кувейт
Гвинея-Бисау	Гватемала	Ливан
Демократическая Республика Конго	Гондурас	Ливийская Арабская Джамахирия
Замбия	Гренада	Марокко
Зимбабве	Доминика	Объединнные Арабские Эмираты
Кабо-Верде	Доминиканская Республика	Оман
Камерун	Канада	Пакистан
Кения	Колумбия	Саудовская Аравия
Коморские Острова	Коста-Рика	Сирийская Арабская Республика
Конго	Куба	Сомали
Кот-дИвуар	Мексика	Судан
Лесото	Никарагуа	Тунис
Либерия	Панама	
Маврикий	Парагвай	
Мавритания	Перу	
Мадагаскар	Сальвадор	
Малави	Сент-Винсент и Гренадины	
Мали	Сент-Китс и Невис	
Мозамбик	Сент-Люсия	
Намибия	Соединнные Штаты Америки	
Нигер	Суринам	
Нигерия	Тринидад и Тобаго	
Объединенная Республика Танзания	Уругвай	
Руанда	Чили	
Сан-Томе и Принсипи	Эквадор	
Свазиленд	Ямайка	
Сейшелы		
Сенегал		
Сьерра-Леоне		
Того		
Уганда		
Центральноафриканская Республика		
Чад		
Экваториальная Гвинея		
Эритрея		
Эфиопия		
Южно-Африканская Республика		

	Европейский регион	Регион Юго-Восточной Азии	Регион западной части Тихого океана
	Албания	Бангладеш	Австралия
	Австрия	Бутан	Бруней-Даруссалам
	Азербайджан	Индия	Вануату
	Андорра	Индонезия	Вьетнам
	Армения	Корейская Народно-Демократическая Республика	Камбоджа
	Беларусь	Мальдивы	Кирибати
	Бельгия	Мьянма	Китай
	Болгария	Непал	Лаосская Народно-Демократическая Республика
	Босния и Герцеговина	Таиланд	Малайзия
	Бывшая югославская Республика Македония	Тимор-Лешти	Маршалловы Острова
	Венгрия	Шри-Ланка	Микронезия (Федеративные Штаты)
	Германия		Монголия
	Греция		Науру
	Грузия		Ниуэ
	Дания		Новая Зеландия
	Израиль		Острова Кука
	Ирландия		Палау
	Исландия		Папуа-Новая Гвинея
	Испания		Республика Корея
	Италия		Самоа
	Казахстан		Сингапур
	Кипр		Соломоновы Острова
	Киргизия		Тонга
	Латвия		Тувалу
	Литва		Фиджи
	Люксембург		Филиппины
	Мальта		Япония
	Монако		
	Нидерланды		
	Норвегия		
	Польша		
	Португалия		
	Республика Молдова		
	Российская Федерация		
	Румыния		
	Сан-Марино		
	Сербия		
	Словакия		
	Словения		
	Соединенное Королевство		
	Таджикистан		
	Туркмения		
	Турция		
	Узбекистан		
	Украина		
	Финляндия		
	Франция		
	Хорватия		
	Черногория		
	Чешская Республика		
	Швейцария		
	Швеция		
	Эстония		

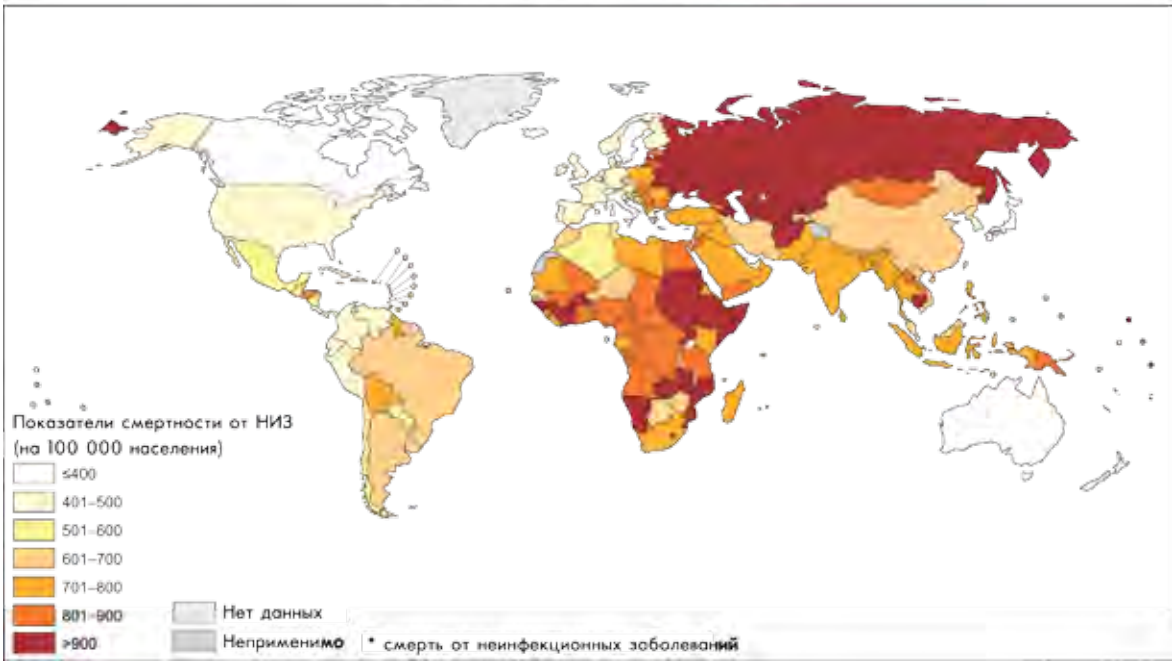
Список стран, сгруппированных по уровню дохода согласно классификации Всемирного Банка, по состоянию на 2008 год

Высокий уровень дохода	Доход выше среднего	Доход ниже среднего	Низкий уровень дохода
Андорра	Алжир	Албания	Афганистан
Австралия	Аргентина	Азербайджан	Бангладеш
Австрия	Беларусь	Ангола	Бенин
Антигуа и Барбуда	Болгария	Армения	Буркина Фасо
Багамские Острова	Босния и Герцеговина	Белиз	Бурунди
Барбадос	Ботсвана	Боливия (Многонациональное Гос-во)	Вьетнам
Бахрейн	Бразилия	Бутан	Гаити
Бельгия	Бывшая югославская Республика Македония	Вануату	Гамбия
Бруней-Даруссалам	Венесуэла (Боливарианская Республика)	Гайана	Гана
Венгрия	Габон	Гватемала	Гвинея
Германия	Гренада	Гондурас	Гвинея-Бисау
Греция	Доминика	Грузия	Демократическая Республика Конго
Дания	Доминиканская Республика	Джибути	Замбия
Израиль	Казахстан	Египет	Зимбабве
Ирландия	Колумбия	Индия	Йемен
Исландия	Коста-Рика	Индонезия	Камбоджа
Испания	Куба	Иордания	Кения
Италия	Латвия	Ирак	Киргизия
Канада	Ливан	Иран (Исламская Республика)	Коморские Острова
Катар	Ливийская Арабская Джамахирия	Кабо-Верде	Корейская Народно-Демократическая Республика
Кипр	Литва	Камерун	Лаосская Народно-Демократическая Республика
Кувейт	Маврикий	Кирибати	Либерия
Люксембург	Малайзия	Китай	Мавритания
Мальта	Мексика	Конго	Мадагаскар
Монако	Намибия	Кот-дИвуар	Малави
Нидерланды	Науру	Лесото	Мали
Новая Зеландия	Ниуэ	Мальдивы	Мозамбик
Норвегия	Острова Кука	Марокко	Мьянма
Объединнные Арабские Эмираты	Палау	Маршалловы Острова	Непал
Оман	Панама	Микронезия (Федеративные Штаты)	Нигер
Португалия	Перу	Монголия	Объединенная Республика Танзания
Республика Корея	Польша	Нигерия	Руанда
Сан-Марино	Российская Федерация	Никарагуа	Сенегал
Саудовская Аравия	Румыния	Пакистан	Сомали
Сингапур	Сейшелы	Папуа-Новая Гвинея	Сьерра-Леоне
Словакия	Сент-Винсент и Гренадины	Парагвай	Таджикистан
Словения	Сент-Китс и Невис	Республика Молдова	Того
Соединенное Королевство	Сент-Люсия	Сальвадор	Уганда
Соединнные Штаты Америки	Сербия	Самоа	Узбекистан
Тринидад и Тобаго	Суринам	Сан-Томе и Принсипи	Центральноафриканская Республика
Финляндия	Турция	Свазиленд	Чад
Франция	Уругвай	Сирийская Арабская Республика	Эритрея
Хорватия	Фиджи	Соломоновы Острова	Эфиопия
Чешская Республика	Черногория	Судан	
Швейцария	Чили	Таиланд	
Швеция	Южно-Африканская Республика	Тимор-Лешти	
Экваториальная Гвинея	Ямайка	Тонга	
Эстония		Тувалу	
Япония		Тунис	
		Туркмения	
		Украина	
		Филиппины	
		Шри-Ланка	
		Эквадор	

Приложение 3

Карты, показывающие глобальное распределение оценок смертности от НИЗ и отдельных факторов риска

Стандартизованные по возрасту общие показатели* смертности от НИЗ среди мужского населения, 2008 г.

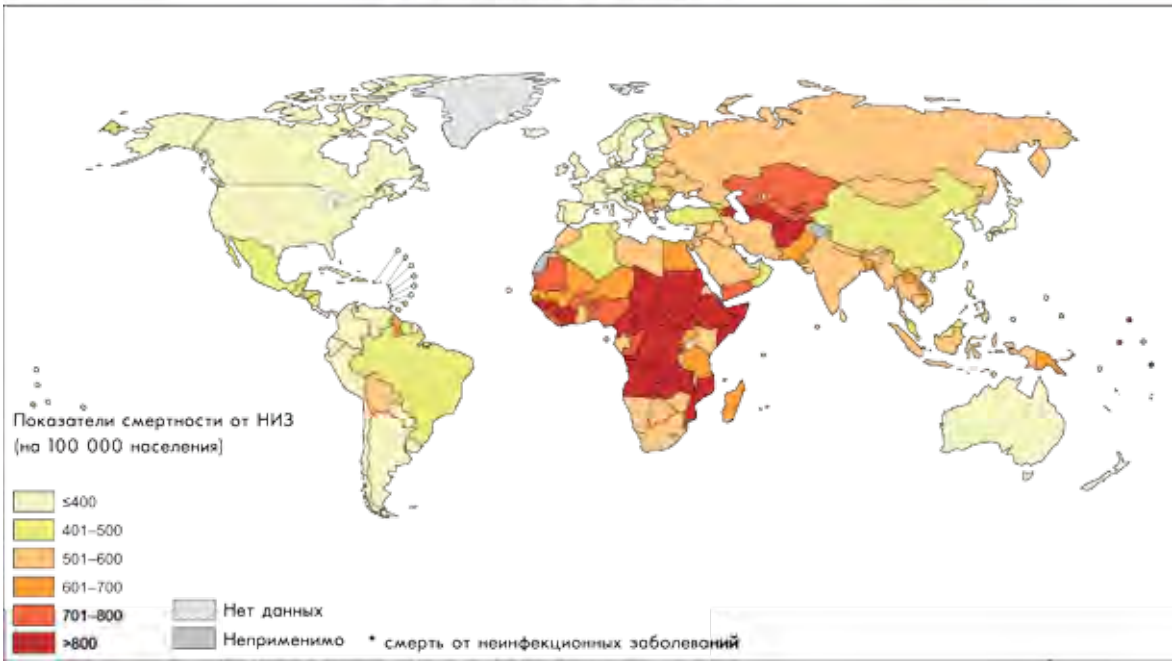


Границы, названия и обозначения, используемые в данной карте, не означают выражения какого-либо мнения со стороны Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, подконтрольной ей территории, города, района или области, или относительно определения ее границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают ориентировочные границы, относительно которых пока нет полного согласия.

Источник данных: Всемирная организации здравоохранения
Создание карты: Медико-санитарные и географические информационные системы (GIS), ВОЗ.

Всемирная организация здравоохранения
© ВОЗ 2011.
Все права защищены.

Стандартизованные по возрасту общие показатели* смертности от НИЗ среди женского населения, 2008 г.

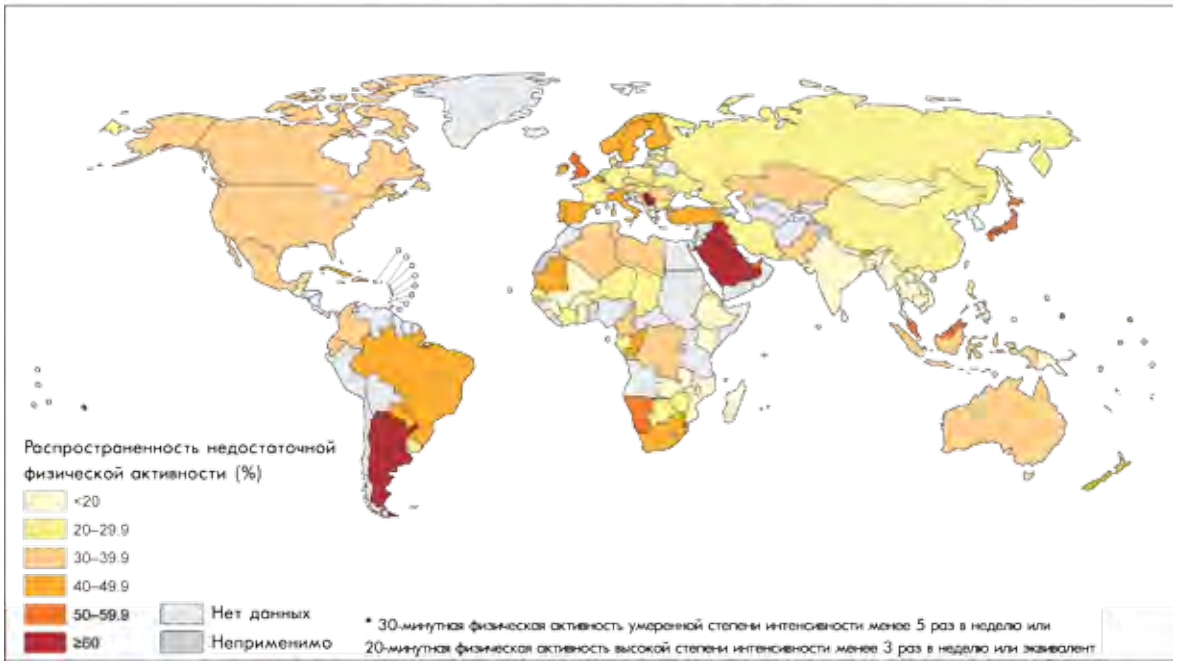


Границы, названия и обозначения, используемые в данной карте, не означают выражения какого-либо мнения со стороны Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, подконтрольной ей территории, города, района или области, или относительно определения ее границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают ориентировочные границы, относительно которых пока нет полного согласия.

Источник данных: Всемирная организации здравоохранения
Создание карты: Медико-санитарные и географические информационные системы (GIS), ВОЗ.

Всемирная организация здравоохранения
© ВОЗ 2011.
Все права защищены.

Стандартизованная по возрасту распространенность недостаточной физической активности* среди мужского населения 15 лет и старше, 2008 г.



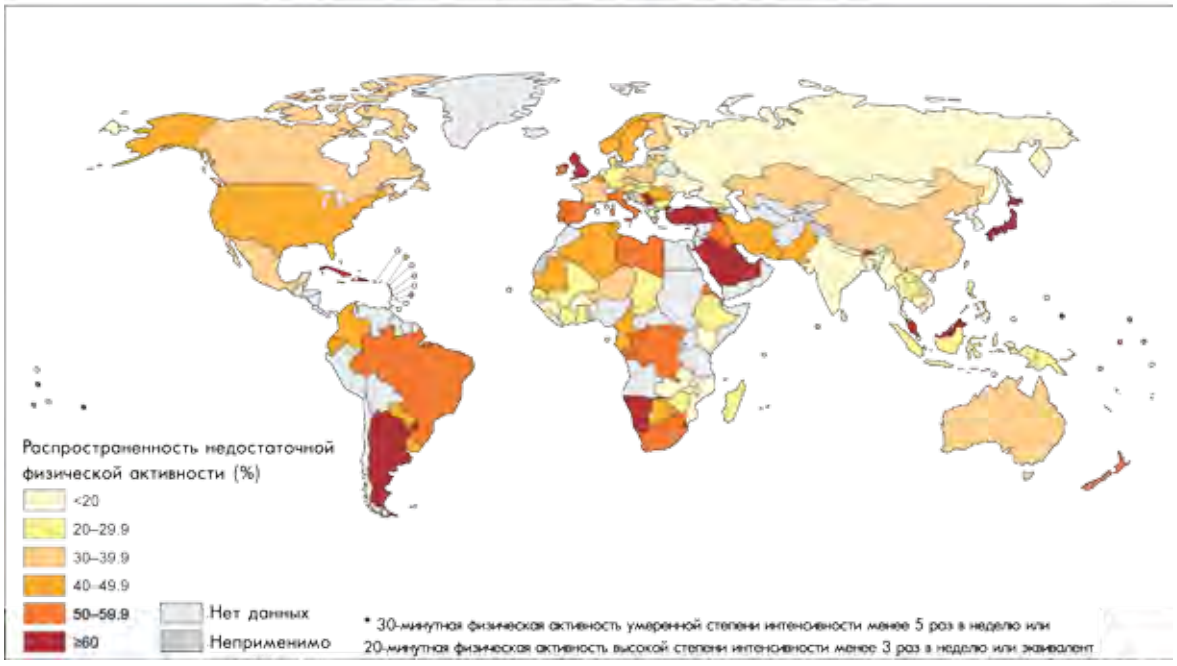
Границы, названия и обозначения, используемые в данной карте, не означают выражения какого-либо мнения со стороны Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, подконтрольной ей территории, города, района или области, или относительно определения ее границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают ориентировочные границы, относительно которых пока нет полного согласия.

Источник данных: Всемирная организации здравоохранения
Создание карты: Медико-санитарные и географические информационные системы (GIS), ВОЗ.

Всемирная организация здравоохранения

© ВОЗ 2011.
Все права защищены.

Стандартизованная по возрасту распространенность недостаточной физической активности* среди женского населения 15 лет и старше, 2008 г.



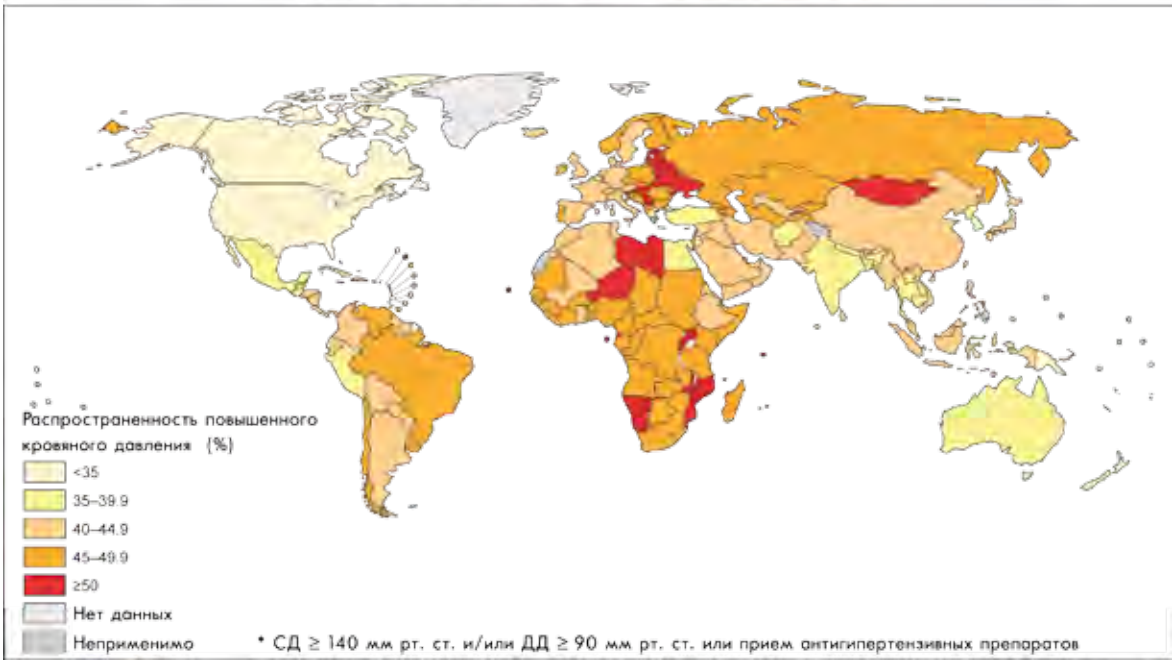
Границы, названия и обозначения, используемые в данной карте, не означают выражения какого-либо мнения со стороны Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, подконтрольной ей территории, города, района или области, или относительно определения ее границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают ориентировочные границы, относительно которых пока нет полного согласия.

Источник данных: Всемирная организации здравоохранения
Создание карты: Медико-санитарные и географические информационные системы (GIS), ВОЗ.

Всемирная организация здравоохранения

© ВОЗ 2011.
Все права защищены.

Стандартизованная по возрасту распространенность повышенного кровяного давления* среди мужского населения 25 лет и старше, 2008 г.

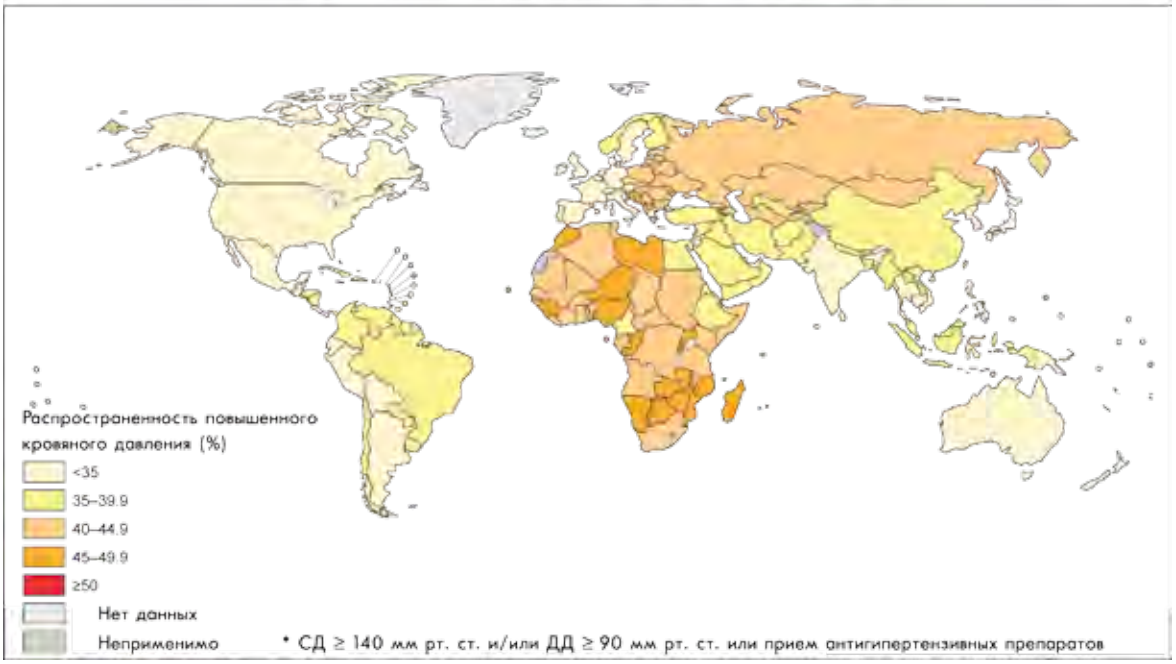


Границы, названия и обозначения, используемые в данной карте, не означают выражения какого-либо мнения со стороны Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, подконтрольной ей территории, города, района или области, или относительно определения ее границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают ориентировочные границы, относительно которых пока нет полного согласия.

Источник данных: Всемирная организации здравоохранения
Создание карты: Медико-санитарные и географические информационные системы (GIS), ВОЗ.

Всемирная организация здравоохранения
© ВОЗ 2011.
Все права защищены.

Стандартизованная по возрасту распространенность повышенного кровяного давления* среди женского населения 25 лет и старше, 2008г.

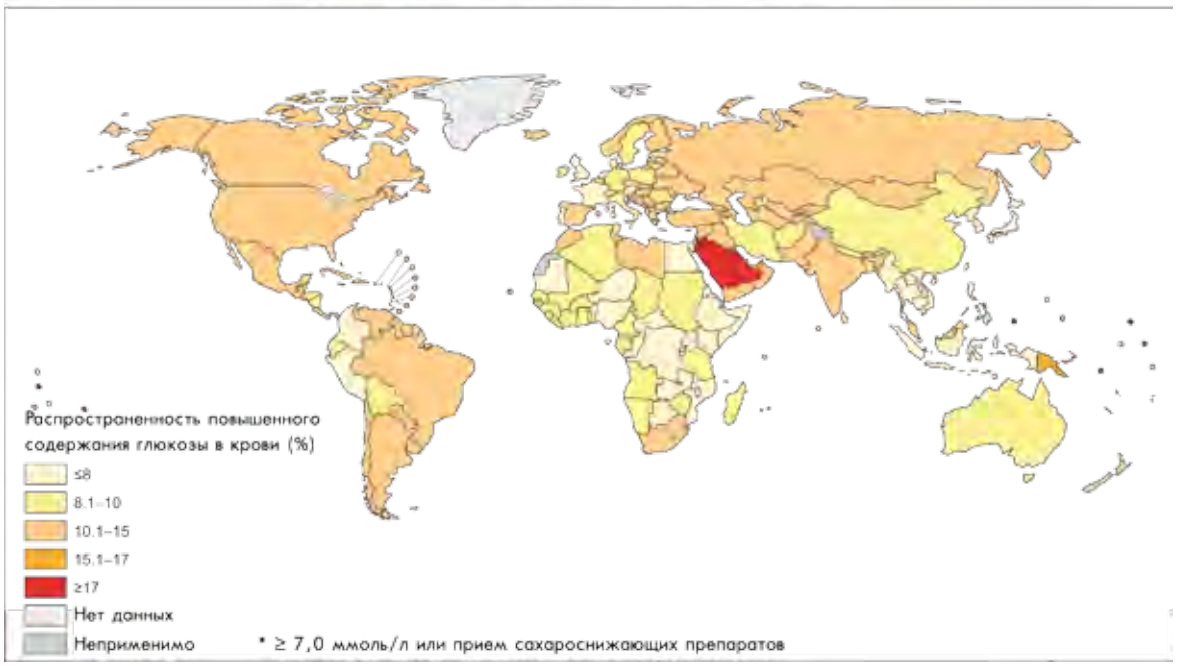


Границы, названия и обозначения, используемые в данной карте, не означают выражения какого-либо мнения со стороны Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, подконтрольной ей территории, города, района или области, или относительно определения ее границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают ориентировочные границы, относительно которых пока нет полного согласия.

Источник данных: Всемирная организации здравоохранения
Создание карты: Медико-санитарные и географические информационные системы (GIS), ВОЗ.

Всемирная организация здравоохранения
© ВОЗ 2011.
Все права защищены.

Стандартизованная по возрасту распространенность повышенного содержания глюкозы в крови* среди мужского населения 25 лет и старше, 2008 г.



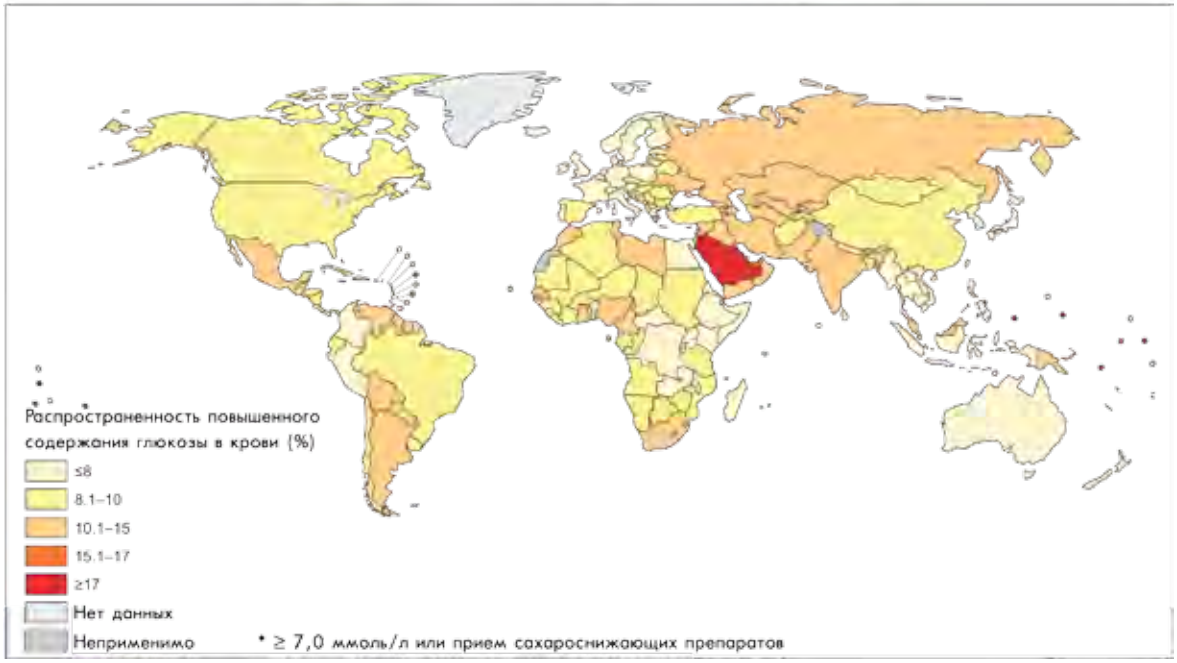
Границы, названия и обозначения, используемые в данной карте, не означают выражения какого-либо мнения со стороны Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, подконтрольной ей территории, города, района или области, или относительно определения ее границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают ориентировочные границы, относительно которых пока нет полного согласия.

Источник данных: Всемирная организация здравоохранения
Создание карты: Медико-санитарные и географические информационные системы (GIS), ВОЗ.

Всемирная организация здравоохранения

© ВОЗ 2011.
Все права защищены.

Стандартизованная по возрасту распространенность повышенного содержания глюкозы в крови* среди женского населения 25 лет и старше, 2008 г.



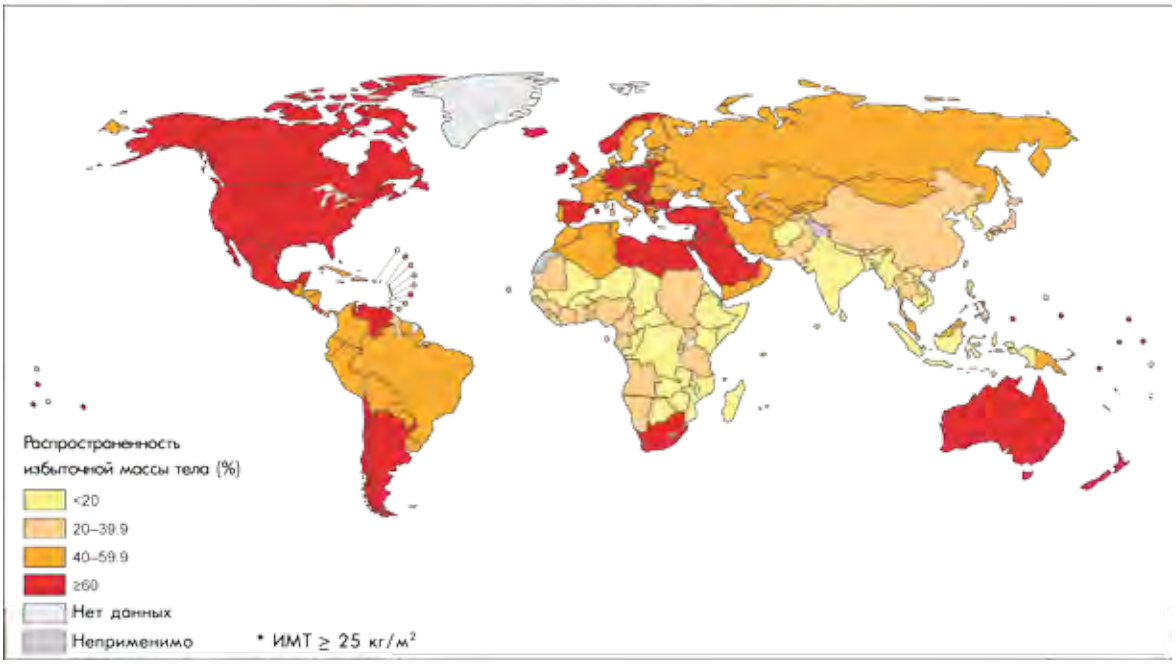
Границы, названия и обозначения, используемые в данной карте, не означают выражения какого-либо мнения со стороны Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, подконтрольной ей территории, города, района или области, или относительно определения ее границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают ориентировочные границы, относительно которых пока нет полного согласия.

Источник данных: Всемирная организация здравоохранения
Создание карты: Медико-санитарные и географические информационные системы (GIS), ВОЗ.

Всемирная организация здравоохранения

© ВОЗ 2011.
Все права защищены.

Стандартизованная по возрасту распространенность избыточной массы тела* среди мужского населения 20 лет и старше, 2008 г.



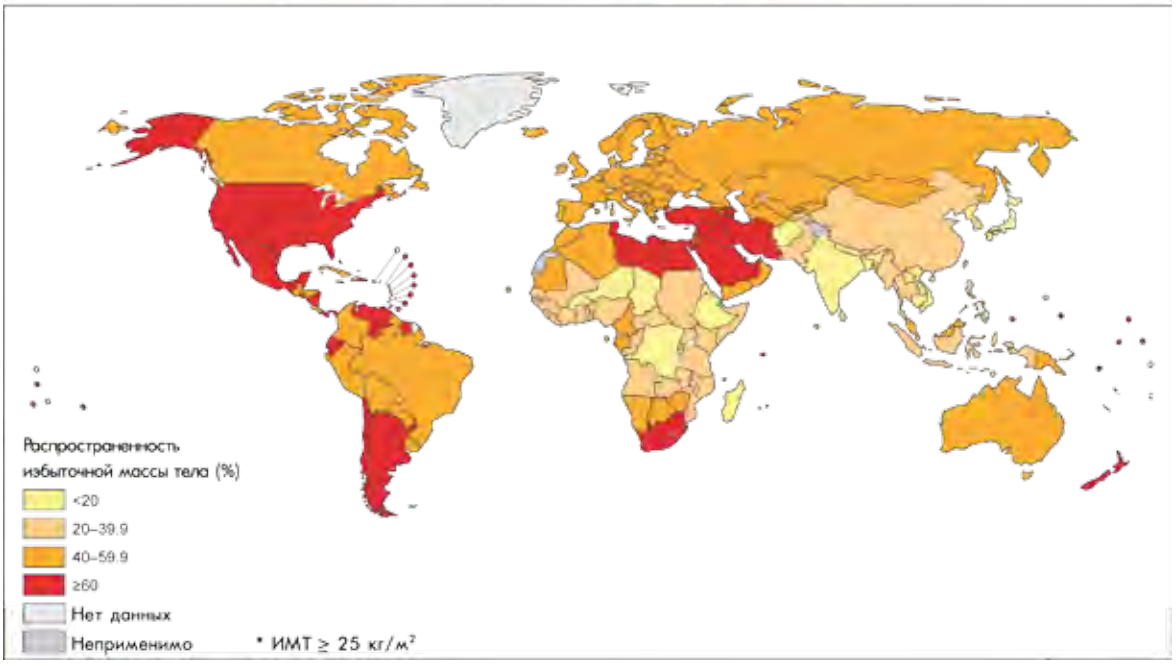
Границы, названия и обозначения, используемые в данной карте, не означают выражения какого-либо мнения со стороны Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, подконтрольной ей территории, города, района или области, или относительно определения ее границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают ориентировочные границы, относительно которых пока нет полного согласия.

Источник данных: Всемирная организации здравоохранения
Создание карты: Медико-санитарные и географические информационные системы (GIS), ВОЗ.

Всемирная организация здравоохранения

© ВОЗ 2011.
Все права защищены.

Стандартизованная по возрасту распространенность избыточной массы тела* среди женского населения 20 лет и старше, 2008 г.



Границы, названия и обозначения, используемые в данной карте, не означают выражения какого-либо мнения со стороны Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, подконтрольной ей территории, города, района или области, или относительно определения ее границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают ориентировочные границы, относительно которых пока нет полного согласия.

Источник данных: Всемирная организации здравоохранения
Создание карты: Медико-санитарные и географические информационные системы (GIS), ВОЗ.

Всемирная организация здравоохранения

© ВОЗ 2011.
Все права защищены.

Приложение 4

Страновые оценки смертности от НИЗ и отдельных факторов риска, 2008 г.

СМЕРТНОСТЬ ОТ НИЗ

СОПОСТАВИМЫЕ ОЦЕНКИ СМЕРТНОСТИ ОТ НИЗ, 2008 г. (общее число случаев смерти от НИЗ в тысячах; процент случаев смерти от НИЗ в возрасте до 70 лет; и стандартизованный по возрасту показатель смертности от НИЗ на 100 000 человек)

Примечание: Данные в странах с цифрами без выделения жирным шрифтом являются в высокой степени недостоверными, поскольку не основаны на каких-либо национальных данных смертности от НИЗ. Оценки для этих стран проводились на основе таблиц смертности, модели оценки причин смерти, региональных особенностей причин смерти и оценок некоторых основных причин смерти (не включая НИЗ), проведенных в рамках программ ВОЗ и ЮНЭЙДС.

Страна	Регион	Общая смертность от НИЗ (тысяч человек)		Смертность от НИЗ до 70 лет (% от общей смертности)		Стандартизованный по смертности	
		Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Все НИЗ	Рак
Австралия	ЗТОР	**63.4**	**63.2**	**28.8**	**18.6**	**364.8**	**140.8**
Австрия	ЕВР	**30.9**	**36.7**	**33.2**	**15.6**	**437.2**	**153.5**
Азербайджан	ЕВР	**30.3**	**36.0**	**51.9**	**34.4**	**998.7**	**154.9**
Албания	ЕВР	**11.2**	**13.7**	**37.6**	**22.3**	**755.0**	**171.6**
Алжир	АФР	53.5	55.5	52.4	44.1	556.0	97.7
Ангола	АФР	29.1	31.1	71.4	66.7	892.3	88.2
Андорра	ЕВР	0.3	0.3	27.6	13.9	414.2	143.8
Антигуа и Барбуда	АМР	**0.2**	**0.2**	**47.5**	**45.3**	**544.1**	**123.0**
Аргентина	АМР	**128.7**	**130.0**	**41.9**	**25.4**	**612.7**	**167.7**
Армения	ЕВР	**18.6**	**19.2**	**35.6**	**21.7**	**1156.1**	**231.5**
Афганистан	ВСР	75.8	50.8	81.0	72.2	1285.0	108.4
Багамские Острова	АМР	**0.7**	**0.6**	**60.3**	**47.5**	**530.1**	**130.5**
Бангладеш	ЮВАР	313.3	285.5	60.7	60.4	747.7	104.7
Барбадос	АМР	**0.8**	**0.8**	**40.5**	**31.2**	**633.2**	**193.9**
Бахрейн	ВСР	**1.1**	**0.7**	**62.4**	**49.7**	**641.9**	**98.4**
Беларусь	ЕВР	**55.8**	**58.5**	**51.8**	**23.1**	**1066.5**	**206.4**
Белиз	АМР	**0.4**	**0.4**	**52.0**	**46.8**	**507.4**	**110.9**
Бельгия	ЕВР	**42.3**	**42.8**	**30.2**	**17.1**	**439.1**	**163.3**
Бенин	АФР	15.8	16.1	69.2	56.8	885.5	84.4
Болгария	ЕВР	**53.2**	**50.6**	**40.0**	**21.0**	**849.2**	**179.1**
Боливия (Многонациональное Государство)	АМР	19.0	18.2	52.2	42.9	710.8	77.4
Босния и Герцеговина	ЕВР	**15.9**	**17.6**	**42.1**	**21.8**	**644.8**	**145.7**
Ботсвана	АФР	2.9	3.2	63.8	57.5	676.4	68.6
Бразилия	АМР	**474.0**	**419.9**	**52.3**	**42.2**	**614.0**	**136.3**
Бруней-Даруссалам	ЗТОР	**0.5**	**0.5**	**59.1**	**46.4**	**534.3**	**97.0**
Буркина Фасо	АФР	23.6	19.6	79.8	66.8	956.2	100.0
Бурунди	АФР	12.2	17.2	65.7	61.2	837.3	105.3
Бутан	ЮВАР	1.7	1.4	55.9	51.1	793.2	131.2
Бывшая югославская Республика Македония	ЕВР	**9.1**	**9.7**	**41.2**	**24.8**	**755.8**	**165.1**
Вануату	ЗТОР	0.5	0.3	60.3	62.2	767.8	94.7
Венгрия	ЕВР	**59.8**	**58.7**	**48.1**	**25.7**	**844.6**	**254.8**
Венесуэла (Боливарианская Республика)	АМР	**45.7**	**42.4**	**53.0**	**44.5**	**468.7**	**102.5**
Вьетнам	ЗТОР	**208.0**	**222.0**	**42.7**	**32.4**	**687.2**	**137.3**
Габон	АФР	3.0	2.6	54.2	43.6	734.8	78.5
Гаити	АМР	20.0	17.5	54.5	49.1	796.9	119.0
Гайана	АМР	**2.3**	**2.0**	**60.1**	**54.8**	**735.0**	**85.1**
Гамбия	АФР	2.5	2.7	73.9	71.3	779.6	112.3
Гана	АФР	49.8	36.4	68.8	58.5	816.9	89.9
Гватемала	АМР	**19.6**	**18.6**	**58.3**	**54.0**	**503.0**	**110.3**
Гвинея	АФР	23.0	21.2	74.2	65.9	1035.5	98.1
Гвинея-Бисау	АФР	3.5	3.8	67.5	63.8	944.6	90.4
Германия	ЕВР	**351.6**	**409.0**	**33.7**	**16.0**	**459.8**	**155.7**
Гондурас	АМР	16.6	14.4	47.2	37.2	811.6	137.4

возрасту показатель на 100 000 (мужчины)		Стандартизованный по возрасту показатель смертности на 100 000 (женщины)				Последний год с наличием данных
Хронические респираторные заболевания	ССЗ и диабет	Все НИЗ	Рак	Хронические респираторные заболевания	ССЗ и диабет	
25.6	**136.3**	**246.3**	**92.9**	**15.5**	**88.6**	2006
22.0	**188.2**	**273.3**	**94.8**	**9.4**	**124.1**	2008
40.1	**655.3**	**846.9**	**120.9**	**30.8**	**582.9**	2007
29.0	**468.6**	**623.2**	**126.3**	**17.6**	**417.2**	2004
74.7	278.6	472.4	79.2	38.9	275.0	нет данных
133.2	476.7	800.6	83.4	75.1	488.5	нет данных
46.2	145.9	226.2	70.0	15.2	86.7	нет данных
19.3	**301.4**	**510.9**	**134.3**	**14.3**	**283.1**	2008
73.0	**263.0**	**365.5**	**107.0**	**41.0**	**152.8**	2008
76.7	**709.3**	**693.0**	**130.6**	**53.7**	**387.8**	2008
88.5	765.2	952.7	96.8	54.7	578.2	нет данных
27.5	**274.4**	**372.6**	**94.9**	**12.4**	**205.6**	2005
91.5	446.9	648.1	106.7	73.1	387.5	нет данных
34.6	**293.2**	**363.1**	**100.4**	**10.1**	**173.9**	2006
60.9	**357.0**	**551.8**	**85.2**	**36.4**	**311.3**	2008
58.2	**701.0**	**517.7**	**87.5**	**10.5**	**370.6**	2007
42.4	**248.9**	**455.4**	**90.9**	**14.4**	**262.8**	2008
42.6	**161.3**	**266.4**	**93.2**	**16.9**	**102.0**	2005
130.7	472.4	731.3	94.7	65.3	437.1	нет данных
26.3	**566.6**	**513.9**	**100.6**	**10.8**	**367.7**	2008
69.0	316.6	563.0	93.4	44.1	264.0	нет данных
20.8	**425.1**	**491.2**	**73.3**	**12.7**	**372.7**	1999
100.8	361.0	545.9	54.1	50.9	330.8	нет данных
53.6	**304.2**	**428.1**	**94.7**	**32.4**	**226.4**	2008
69.0	**292.7**	**488.7**	**98.1**	**44.0**	**275.4**	2008
141.3	499.8	712.8	100.9	61.4	425.7	нет данных
119.9	437.5	828.1	108.8	75.7	488.5	нет данных
92.8	465.0	654.6	118.4	71.8	381.3	нет данных
30.9	**500.7**	**578.9**	**96.2**	**21.1**	**429.3**	2003
79.5	462.4	576.8	94.3	44.8	333.4	нет данных
43.4	**415.8**	**457.2**	**133.7**	**17.1**	**241.4**	2008
25.0	**265.7**	**370.8**	**92.1**	**19.7**	**207.2**	2007
76.6	**381.5**	**508.2**	**94.3**	**45.5**	**298.2**	2008
108.9	396.3	561.2	71.9	48.4	343.5	нет данных
44.8	428.3	593.8	87.0	22.4	394.5	нет данных
26.9	**475.2**	**602.4**	**80.4**	**14.4**	**427.8**	2006
110.0	400.6	720.1	87.0	65.9	433.3	нет данных
126.5	426.6	595.3	99.0	54.5	343.5	нет данных
23.3	**188.6**	**420.9**	**118.6**	**17.6**	**189.9**	2008
153.9	543.6	841.8	106.3	79.1	494.9	нет данных
139.8	502.4	874.0	97.8	83.0	523.3	нет данных
24.2	**206.6**	**290.3**	**99.1**	**10.9**	**133.7**	2006
47.1	410.3	594.8	131.2	29.6	342.3	нет данных

СМЕРТНОСТЬ ОТ НИЗ

СОПОСТАВИМЫЕ ОЦЕНКИ СМЕРТНОСТИ ОТ НИЗ, 2008 г. (общее число случаев смерти от НИЗ в тысячах; процент случаев смерти от НИЗ в возрасте до 70 лет; и стандартизованный по возрасту показатель смертности от НИЗ на 100 000 человек)

Примечание: Данные в странах с цифрами без выделения жирным шрифтом являются в высокой степени недостоверными, поскольку не основаны на каких-либо национальных данных смертности от НИЗ. Оценки для этих стран проводились на основе таблиц смертности, модели оценки причин смерти, региональных особенностей причин смерти и оценок некоторых основных причин смерти (не включая НИЗ), проведенных в рамках программ ВОЗ и ЮНЭЙДС.

Страна	Регион	Общая смертность от НИЗ (тысяч человек)		Смертность от НИЗ до 70 лет (% от общей смертности)		Стандартизованный по смертности	
		Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Все НИЗ	Рак
Гренада	АМР	**0.3**	**0.3**	**58.5**	**38.2**	**722.1**	**214.6**
Греция	ЕВР	**47.3**	**41.3**	**28.4**	**15.8**	**444.5**	**164.5**
Грузия	ЕВР	**23.0**	**22.0**	**47.4**	**26.0**	**858.4**	**116.3**
Дания	ЕВР	**23.6**	**24.5**	**34.6**	**22.3**	**493.8**	**177.1**
Демократическая Республика Конго	АФР	101.5	115.1	68.1	61.8	865.7	89.2
Джибути	ВСР	1.6	1.6	67.7	62.8	878.1	95.1
Доминика	АМР	**0.2**	**0.2**	**42.0**	**30.6**	**681.9**	**190.9**
Доминиканская Республика	АМР	**21.7**	**22.4**	**40.8**	**37.4**	**545.6**	**108.9**
Египет	ВСР	**198.9**	**172.2**	**61.8**	**48.8**	**829.7**	**107.3**
Замбия	АФР	28.2	24.3	70.3	63.1	1075.2	105.3
Зимбабве	АФР	19.0	19.1	45.9	43.0	697.8	111.7
Израиль	ЕВР	**15.6**	**16.6**	**32.2**	**20.6**	**376.5**	**131.5**
Индия	ЮВАР	**2967.6**	**2273.8**	**61.8**	**55.0**	**781.7**	**78.8**
Индонезия	ЮВАР	582.3	481.7	57.6	47.0	757.0	135.9
Иордания	ВСР	**12.9**	**9.2**	**56.0**	**47.7**	**817.8**	**109.8**
Ирак	ВСР	45.5	48.8	66.8	44.1	779.5	120.6
Иран (Исламская Республика)	ВСР	**163.5**	**118.2**	**40.7**	**39.3**	**661.2**	**112.7**
Ирландия	ЕВР	**12.3**	**12.3**	**33.5**	**22.5**	**435.7**	**153.4**
Исландия	ЕВР	**0.9**	**0.8**	**24.8**	**18.3**	**364.3**	**131.1**
Испания	ЕВР	**176.2**	**167.3**	**27.6**	**13.4**	**429.0**	**168.2**
Италия	ЕВР	**256.1**	**280.8**	**23.8**	**13.0**	**399.8**	**158.0**
Йемен	ВСР	36.2	31.4	67.8	59.4	886.8	87.1
Кабо-Верде	АФР	0.7	0.8	55.9	42.3	650.0	91.4
Казахстан	ЕВР	**67.5**	**72.7**	**67.6**	**38.4**	**1270.0**	**199.2**
Камбоджа	ЗТОР	31.1	25.5	77.1	56.6	957.9	144.9
Камерун	АФР	39.7	46.1	63.1	62.6	881.9	83.7
Канада	АМР	**103.1**	**105.1**	**32.7**	**22.1**	**386.5**	**142.2**
Катар	ВСР	**0.9**	**0.4**	**74.9**	**53.1**	**367.5**	**101.1**
Кения	АФР	56.5	46.6	58.7	51.5	779.6	118.8
Кипр	ЕВР	**2.6**	**2.5**	**29.7**	**18.4**	**416.6**	**100.7**
Киргизия	ЕВР	**17.3**	**17.7**	**58.8**	**36.3**	**1088.4**	**128.8**
Кирибати	ЗТОР	**0.3**	**0.2**	**77.7**	**66.5**	**832.4**	**39.0**
Китай	ЗТОР	**4323.3**	**3675.5**	**43.9**	**32.0**	**665.2**	**182.3**
Колумбия	АМР	**66.3**	**68.2**	**49.4**	**43.3**	**437.6**	**112.9**
Коморские Острова	АФР	1.1	1.3	65.1	60.9	798.4	87.9
Конго	АФР	7.8	7.1	59.8	51.4	891.5	82.6
Корейская Народно-Демократическая Республика	ЮВАР	61.5	71.4	64.0	38.0	652.2	122.8
Коста-Рика	АМР	**8.2**	**7.6**	**41.0**	**34.2**	**431.0**	**120.1**
Кот-дИвуар	АФР	56.4	44.8	68.1	66.6	1013.4	80.4
Куба	АМР	**39.1**	**35.1**	**36.8**	**31.6**	**492.6**	**160.3**
Кувейт	ВСР	**2.3**	**1.6**	**68.5**	**58.4**	**395.0**	**61.9**
Лаосская Народно-Демократическая Республика	ЗТОР	12.1	11.7	60.3	53.0	849.4	145.4
Латвия	ЕВР	**13.1**	**14.8**	**48.7**	**21.8**	**921.2**	**233.6**
Лесото	АФР	4.8	4.5	57.5	47.9	953.5	79.2
Либерия	АФР	5.8	6.5	62.2	56.9	790.5	91.6
Ливан	ВСР	12.5	9.1	45.0	38.7	717.4	151.2
Ливийская Арабская Джамахирия	ВСР	13.5	9.6	59.5	45.4	743.5	114.3
Литва	ЕВР	**18.2**	**19.0**	**48.5**	**23.2**	**875.5**	**219.9**
Люксембург	ЕВР	**1.5**	**1.6**	**35.4**	**20.3**	**435.2**	**156.1**

возрасту показатель на 100 000 (мужчины)		Стандартизованный по возрасту показатель смертности на 100 000 (женщины)				Последний год с наличием данных
Хронические респираторные заболевания	ССЗ и диабет	Все НИЗ	Рак	Хронические респираторные заболевания	ССЗ и диабет	
28.9	**345.7**	**441.6**	**111.3**	**9.4**	**253.3**	2008
26.7	**215.0**	**289.4**	**87.3**	**16.4**	**158.0**	2008
14.7	**650.0**	**490.8**	**77.8**	**8.4**	**376.4**	2001
33.7	**179.6**	**338.3**	**133.5**	**27.5**	**107.4**	2006
126.6	461.8	806.1	86.2	74.0	492.2	нет данных
56.4	525.6	748.9	80.4	43.8	452.8	нет данных
53.7	**314.8**	**518.7**	**116.4**	**24.1**	**300.8**	2008
36.0	**312.3**	**530.5**	**96.4**	**36.0**	**328.7**	2004
33.2	**427.3**	**660.0**	**76.1**	**24.3**	**384.0**	2008
159.4	562.8	808.2	108.3	74.6	472.5	нет данных
96.2	357.3	533.4	115.1	41.2	291.0	нет данных
24.8	**138.9**	**267.9**	**101.4**	**15.2**	**93.8**	2008
178.4	**386.3**	**571.0**	**71.8**	**125.5**	**283.0**	2003
102.3	400.2	537.9	108.9	52.4	300.3	нет данных
45.7	**550.4**	**568.4**	**89.2**	**17.5**	**379.8**	2008
50.6	470.7	592.9	81.7	33.0	376.1	нет данных
41.8	**420.8**	**506.7**	**69.8**	**28.8**	**348.0**	2006
33.7	**179.4**	**296.3**	**118.9**	**21.0**	**103.6**	2008
18.7	**156.4**	**257.1**	**105.0**	**16.4**	**86.0**	2008
43.7	**139.7**	**235.1**	**78.2**	**16.0**	**86.3**	2008
24.6	**156.3**	**244.9**	**90.7**	**9.4**	**102.0**	2007
62.8	541.8	721.3	80.6	42.5	445.7	нет данных
92.2	341.1	455.1	91.5	36.0	260.3	нет данных
68.3	**858.9**	**772.4**	**123.2**	**22.3**	**545.9**	2008
129.0	480.4	592.2	90.0	60.4	338.7	нет данных
131.3	472.1	861.3	76.7	85.3	523.0	нет данных
26.9	**151.6**	**265.0**	**106.6**	**16.0**	**90.1**	2004
26.2	**179.8**	**433.7**	**84.3**	**30.6**	**239.3**	2008
109.2	401.1	575.0	113.0	44.8	326.4	нет данных
25.8	**224.5**	**282.0**	**65.3**	**14.5**	**149.7**	2008
101.4	**696.6**	**757.5**	**104.5**	**48.9**	**515.6**	2008
61.8	**425.9**	**548.3**	**64.2**	**19.1**	**223.8**	2002
118.4	**311.5**	**495.2**	**105.0**	**88.7**	**259.6**	2007
43.0	**205.9**	**351.3**	**92.1**	**29.9**	**166.7**	2007
116.0	433.3	767.7	93.2	71.5	467.8	нет данных
133.3	482.0	714.7	76.2	63.6	443.9	нет данных
78.7	345.5	467.1	97.6	47.5	261.6	нет данных
33.5	**181.4**	**333.3**	**92.9**	**22.0**	**137.4**	2008
154.5	547.6	859.1	78.7	83.9	524.4	нет данных
23.2	**236.0**	**382.1**	**114.5**	**17.9**	**194.1**	2008
7.8	**281.8**	**393.6**	**69.6**	**12.1**	**263.4**	2008
122.8	467.9	689.0	111.1	103.4	392.8	нет данных
21.1	**566.8**	**458.9**	**107.9**	**4.0**	**295.0**	2008
144.4	513.1	628.8	59.3	57.7	393.4	нет данных
113.8	419.8	747.3	94.7	65.9	454.2	нет данных
43.9	404.4	465.0	113.2	22.8	262.7	нет данных
41.1	458.8	525.9	79.6	25.7	330.1	нет данных
32.1	**503.2**	**438.0**	**110.1**	**5.9**	**263.7**	2008
27.4	**183.9**	**268.7**	**93.5**	**13.3**	**115.5**	2007

СМЕРТНОСТЬ ОТ НИЗ

СОПОСТАВИМЫЕ ОЦЕНКИ СМЕРТНОСТИ ОТ НИЗ, 2008 г. (общее число случаев смерти от НИЗ в тысячах; процент случаев смерти от НИЗ в возрасте до 70 лет; и стандартизованный по возрасту показатель смертности от НИЗ на 100 000 человек)

Примечание: Данные в странах с цифрами без выделения жирным шрифтом являются в высокой степени недостоверными, поскольку не основаны на каких-либо национальных данных смертности от НИЗ. Оценки для этих стран проводились на основе таблиц смертности, модели оценки причин смерти, региональных особенностей причин смерти и оценок некоторых основных причин смерти (не включая НИЗ), проведенных в рамках программ ВОЗ и ЮНЭЙДС.

Страна	Регион	Общая смертность от НИЗ (тысяч человек)		Смертность от НИЗ до 70 лет (% от общей смертности)		Стандартизованный по смертности	
		Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Все НИЗ	Рак
Маврикий	АФР	**4.2**	**3.6**	**61.1**	**41.2**	**816.0**	**103.1**
Мавритания	АФР	4.7	5.3	74.3	66.9	787.6	102.7
Мадагаскар	АФР	30.3	27.8	56.9	54.9	750.7	141.9
Малави	АФР	39.7	28.1	73.5	61.4	1208.2	83.5
Малайзия	ЗТОР	**50.4**	**39.1**	**58.4**	**46.0**	**605.7**	**118.8**
Мали	АФР	18.2	15.7	72.2	66.6	814.4	105.9
Мальдивы	ЮВАР	**0.5**	**0.4**	**44.7**	**43.0**	**612.7**	**295.6**
Мальта	ЕВР	**1.4**	**1.5**	**33.0**	**19.4**	**441.0**	**136.5**
Марокко	ВСР	66.2	59.0	48.5	39.8	665.2	90.5
Маршалловы Острова	ЗТОР	0.3	0.3	80.3	70.6	1280.1	100.7
Мексика	АМР	**227.1**	**210.7**	**50.0**	**40.2**	**542.6**	**87.3**
Микронезия (Федеративные Штаты)	ЗТОР	0.2	0.2	55.8	51.2	753.7	79.3
Мозамбик	АФР	48.6	47.8	69.5	61.6	1029.5	90.9
Монако	ЕВР	0.1	0.1	31.7	15.8	399.9	165.6
Монголия	ЗТОР	6.1	4.8	69.2	54.7	867.7	259.5
Мьянма	ЮВАР	125.8	116.6	51.8	43.2	737.4	123.5
Намибия	АФР	5.4	3.3	71.2	55.2	1073.2	63.9
Науру	ЗТОР	**0.0**	**0.0**	**72.5**	**69.9**	**1367.4**	**114.7**
Непал	ЮВАР	48.8	42.8	60.0	53.6	705.5	113.9
Нигер	АФР	14.2	14.8	71.4	64.8	648.5	74.5
Нигерия	АФР	254.6	285.2	64.0	62.0	818.2	89.4
Нидерланды	ЕВР	**57.3**	**61.5**	**31.8**	**21.1**	**424.9**	**173.5**
Никарагуа	АМР	**9.2**	**8.0**	**59.2**	**52.9**	**558.8**	**90.6**
Ниуэ	ЗТОР	**0.0**	**0.0**	**64.0**	**36.6**	**790.3**	**79.7**
Новая Зеландия	ЗТОР	**13.1**	**12.8**	**29.9**	**22.1**	**410.7**	**149.1**
Норвегия	ЕВР	**17.0**	**18.7**	**28.0**	**16.8**	**405.0**	**150.6**
Объединенная Республика Танзания	АФР	75.7	58.8	64.0	49.2	874.0	79.0
Объединнные Арабские Эмираты	ВСР	3.2	1.4	74.5	58.5	448.0	63.4
Оман	ВСР	5.0	2.7	67.0	50.1	757.8	81.1
Острова Кука	ЗТОР	**0.0**	**0.0**	**61.0**	**52.5**	**592.0**	**58.6**
Пакистан	ВСР	379.8	301.2	55.0	56.0	746.9	94.6
Палау	ЗТОР	0.0	0.0	64.2	66.8	777.3	91.4
Панама	АМР	**6.1**	**5.0**	**45.6**	**41.5**	**433.5**	**111.5**
Папуа-Новая Гвинея	ЗТОР	11.1	9.1	72.2	69.0	836.9	151.8
Парагвай	АМР	**10.5**	**9.2**	**49.9**	**43.9**	**517.0**	**133.3**
Перу	АМР	**41.4**	**41.2**	**44.7**	**43.8**	**407.6**	**109.5**
Польша	ЕВР	**176.3**	**164.5**	**46.4**	**23.7**	**713.6**	**229.2**
Португалия	ЕВР	**45.4**	**43.4**	**31.0**	**16.6**	**483.4**	**182.1**
Республика Корея	ЗТОР	**112.3**	**96.7**	**45.1**	**23.5**	**465.0**	**190.5**
Республика Молдова	ЕВР	**19.0**	**20.3**	**54.2**	**33.8**	**1005.9**	**171.0**
Российская Федерация	ЕВР	**827.9**	**890.4**	**55.0**	**25.4**	**1108.6**	**193.7**
Руанда	АФР	12.4	15.8	64.6	56.2	781.2	109.8
Румыния	ЕВР	**117.3**	**109.2**	**42.7**	**24.4**	**788.7**	**188.9**
Сальвадор	АМР	**13.5**	**15.0**	**46.4**	**36.6**	**539.3**	**78.5**
Самоа	ЗТОР	0.4	0.4	55.6	43.7	772.1	68.5
Сан-Марино	ЕВР	**0.1**	**0.2**	**20.5**	**11.5**	**308.5**	**162.5**
Сан-Томе и Принсипи	АФР	0.2	0.3	42.8	37.9	649.2	174.6
Саудовская Аравия	ВСР	46.0	26.6	63.3	51.4	753.1	79.2
Свазиленд	АФР	2.5	2.4	69.0	65.0	1038.1	92.5
Сейшелы	АФР	**0.3**	**0.2**	**58.0**	**43.1**	**773.6**	**226.6**
Сенегал	АФР	13.9	14.7	70.3	68.0	698.4	105.2

возрасту показатель на 100 000 (мужчины)		Стандартизованный по возрасту показатель смертности на 100 000 (женщины)				Последний год с наличием данных
Хронические респираторные заболевания	ССЗ и диабет	Все НИЗ	Рак	Хронические респираторные заболевания	ССЗ и диабет	
53.8	**545.0**	**497.6**	**75.4**	**26.2**	**344.9**	2008
113.1	407.1	734.2	100.1	64.7	436.7	нет данных
99.5	367.0	647.5	96.0	55.8	384.4	нет данных
144.7	674.1	811.5	105.5	57.7	500.0	нет данных
74.7	**318.7**	**436.5**	**89.9**	**42.1**	**236.5**	2006
117.1	418.8	684.3	123.6	54.7	393.1	нет данных
53.1	**184.3**	**570.7**	**234.6**	**34.2**	**220.7**	2008
31.6	**202.0**	**303.1**	**92.2**	**9.4**	**148.2**	2008
45.8	391.8	523.6	74.5	29.8	319.0	нет данных
135.1	818.5	1316.0	129.0	107.1	831.4	нет данных
44.5	**257.8**	**411.7**	**74.9**	**27.1**	**216.8**	2008
80.2	459.4	622.8	90.1	50.8	363.1	нет данных
154.4	548.7	801.1	95.0	74.7	478.0	нет данных
21.2	138.6	211.2	78.1	9.7	75.8	нет данных
33.6	456.4	569.0	166.4	22.7	303.6	нет данных
89.1	411.5	570.5	114.9	60.1	326.8	нет данных
111.0	632.5	556.6	49.6	34.7	361.0	нет данных
86.3	**922.3**	**845.5**	**190.6**	**72.3**	**473.0**	1996
86.4	400.2	536.3	118.9	54.9	301.3	нет данных
94.7	350.7	669.1	88.9	56.4	412.0	нет данных
119.0	435.9	792.6	98.8	71.6	475.7	нет данных
31.2	**151.0**	**290.5**	**120.1**	**16.6**	**93.3**	2008
37.9	**248.0**	**423.6**	**101.5**	**23.8**	**221.2**	2006
81.1	**486.3**	**314.6**	**80.5**	**24.2**	**160.4**	2000
30.1	**171.2**	**285.1**	**110.8**	**20.5**	**106.1**	2007
30.7	**158.4**	**270.6**	**107.8**	**19.5**	**90.6**	2008
130.5	472.7	614.3	73.6	52.1	381.9	нет данных
11.6	308.9	340.0	64.4	23.1	203.9	нет данных
31.5	545.7	494.2	71.8	19.1	333.3	нет данных
61.3	**350.7**	**326.3**	**57.4**	**26.3**	**180.0**	2001
89.2	454.6	637.8	94.2	71.2	387.6	нет данных
78.7	469.6	413.7	105.3	27.9	214.8	нет данных
29.2	**201.9**	**323.9**	**97.6**	**20.6**	**144.9**	2008
99.9	459.8	664.7	106.9	74.1	395.4	нет данных
24.2	**269.3**	**395.3**	**98.1**	**10.1**	**227.9**	2008
32.7	**148.2**	**338.8**	**118.9**	**20.3**	**120.8**	2007
28.9	**366.4**	**377.8**	**120.9**	**8.4**	**204.5**	2008
34.8	**184.5**	**276.4**	**89.3**	**15.1**	**125.3**	2008
36.1	**167.9**	**246.8**	**77.1**	**12.1**	**115.2**	2006
54.9	**614.0**	**671.6**	**98.4**	**18.9**	**445.4**	2008
40.9	**771.7**	**561.8**	**89.5**	**8.8**	**414.3**	2006
110.4	404.5	706.2	114.8	59.8	410.2	нет данных
30.1	**476.9**	**483.0**	**100.1**	**10.2**	**322.5**	2008
29.0	**201.0**	**449.4**	**113.2**	**27.0**	**203.6**	2008
83.3	477.4	583.2	40.2	50.2	373.6	нет данных
3.0	**135.7**	**247.7**	**69.7**	**3.3**	**168.9**	2004
85.0	301.7	553.4	131.3	47.2	312.5	нет данных
31.0	540.6	510.0	66.2	20.3	347.6	нет данных
158.9	558.2	729.8	70.9	71.3	441.9	нет данных
53.2	**322.7**	**416.9**	**95.7**	**20.6**	**229.6**	2008
97.7	357.1	660.1	101.3	56.5	387.7	нет данных

СМЕРТНОСТЬ ОТ НИЗ

СОПОСТАВИМЫЕ ОЦЕНКИ СМЕРТНОСТИ ОТ НИЗ, 2008 г. (общее число случаев смерти от НИЗ в тысячах; процент случаев смерти от НИЗ в возрасте до 70 лет; и стандартизованный по возрасту показатель смертности от НИЗ на 100 000 человек)

Примечание: Данные в странах с цифрами без выделения жирным шрифтом являются в высокой степени недостоверными, поскольку не основаны на каких-либо национальных данных смертности от НИЗ. Оценки для этих стран проводились на основе таблиц смертности, модели оценки причин смерти, региональных особенностей причин смерти и оценок некоторых основных причин смерти (не включая НИЗ), проведенных в рамках программ ВОЗ и ЮНЭЙДС.

Страна	Регион	Общая смертность от НИЗ (тысяч человек)		Смертность от НИЗ до 70 лет (% от общей смертности)		Стандартизованный по смертности		
		Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Все НИЗ	Рак	
Сент-Винсент и Гренадины	АМР	**0.3**	**0.3**	**46.3**	**35.4**	**648.9**	**134.6**	
Сент-Китс и Невис	АМР	**0.2**	**0.2**	**40.7**	**22.8**	**620.9**	**160.5**	
Сент-Люсия	АМР	**0.4**	**0.4**	**43.6**	**38.0**	**596.9**	**155.3**	
Сербия	ЕВР	**59.1**	**58.6**	**37.2**	**21.7**	**804.2**	**211.2**	
Сингапур	ЗТОР	**10.1**	**7.8**	**46.0**	**34.9**	**372.1**	**141.6**	
Сирийская Арабская Республика	ВСР	33.7	26.1	59.1	49.2	730.4	65.7	
Словакия	ЕВР	**24.2**	**23.5**	**46.7**	**23.7**	**767.9**	**218.9**	
Словения	ЕВР	**7.6**	**8.2**	**39.9**	**18.1**	**517.3**	**207.3**	
Соединенное Королевство	ЕВР	**244.3**	**274.1**	**29.4**	**18.1**	**440.6**	**154.8**	
Соединнные Штаты Америки	АМР	**1055.0**	**1150.5**	**36.5**	**23.6**	**458.2**	**141.4**	
Соломоновы Острова	ЗТОР	0.8	0.6	61.1	58.1	709.7	85.9	
Сомали	ВСР	18.4	19.3	70.7	65.8	996.6	105.3	
Судан	ВСР	89.0	95.1	61.5	58.7	920.3	78.8	
Суринам	АМР	**1.3**	**1.1**	**52.5**	**45.2**	**696.4**	**107.1**	
Сьерра-Леоне	АФР	7.2	7.6	80.0	81.5	808.0	101.1	
Таджикистан	ЕВР	**10.1**	**14.8**	**48.5**	**40.5**	**678.1**	**83.6**	
Таиланд	ЮВАР	**227.1**	**191.3**	**51.7**	**42.2**	**791.7**	**114.6**	
Тимор-Лешти	ЮВАР	1.4	1.0	64.5	55.4	651.2	122.2	
Того	АФР	10.3	11.4	59.6	54.1	754.6	86.4	
Тонга	ЗТОР	**0.2**	**0.3**	**45.9**	**53.0**	**649.3**	**67.4**	
Тринидад и Тобаго	АМР	**4.1**	**3.7**	**54.2**	**44.9**	**895.6**	**157.5**	
Тувалу	ЗТОР	**0.0**	**0.0**	**63.1**	**56.3**	**992.3**	**106.9**	
Тунис	ВСР	20.5	18.1	40.2	31.5	505.4	122.6	
Туркмения	ЕВР	**16.1**	**15.7**	**68.0**	**48.4**	**1181.7**	**120.6**	
Турция	ЕВР	**177.1**	**136.7**	**51.3**	**39.7**	**707.6**	**158.0**	
Уганда	АФР	64.1	42.3	69.6	53.1	1094.7	126.5	
Узбекистан	ЕВР	**68.2**	**72.1**	**54.0**	**39.1**	**937.8**	**76.6**	
Украина	ЕВР	**310.9**	**338.0**	**52.0**	**24.4**	**1121.9**	**159.3**	
Уругвай	АМР	**14.4**	**14.6**	**36.2**	**21.4**	**650.5**	**217.0**	
Фиджи	ЗТОР	**2.4**	**1.8**	**71.5**	**61.1**	**928.4**	**106.2**	
Филиппины	ЗТОР	**175.7**	**133.9**	**67.6**	**55.0**	**711.6**	**98.6**	
Финляндия	ЕВР	**20.4**	**22.0**	**36.6**	**16.9**	**452.4**	**126.7**	
Франция	ЕВР	**233.4**	**221.0**	**32.3**	**17.0**	**419.0**	**183.4**	
Хорватия	ЕВР	**23.6**	**25.2**	**38.3**	**17.3**	**696.6**	**225.0**	
Центральноафриканская Республика	АФР	9.0	10.9	61.5	59.8	881.5	83.1	
Чад	АФР	18.7	21.3	68.2	63.9	894.2	81.5	
Черногория	ЕВР	**2.8**	**2.9**	**41.1**	**24.5**	**711.8**	**165.7**	
Чешская Республика	ЕВР	**45.4**	**47.3**	**43.2**	**21.5**	**603.7**	**202.4**	
Чили	АМР	**41.7**	**37.6**	**40.2**	**30.2**	**500.6**	**143.9**	
Швейцария	ЕВР	**26.3**	**29.4**	**26.9**	**15.0**	**362.2**	**136.8**	
Швеция	ЕВР	**38.5**	**41.9**	**24.5**	**15.4**	**389.7**	**127.7**	
Шри-Ланка	ЮВАР	**66.8**	**51.1**	**46.9**	**32.8**	**746.2**	**90.0**	
Эквадор	АМР	**23.9**	**21.1**	**47.4**	**43.4**	**434.0**	**122.4**	
Экваториальная Гвинея	АФР	1.3	1.4	66.5	63.2	889.7	85.0	
Эритрея	АФР	5.6	6.3	70.0	57.7	759.3	92.2	
Эстония	ЕВР	**7.2**	**7.8**	**44.9**	**20.0**	**823.9**	**219.9**	
Эфиопия	АФР	161.4	176.9	66.5	65.0	922.7	97.5	
Южно-Африканская Республика	АФР	**92.4**	**98.1**	**69.0**	**53.7**	**733.7**	**207.2**	
Ямайка	АМР	6.3	8.0	37.9	29.0	497.7	125.8	
Япония	ЗТОР	**473.2**	**435.5**	**29.3**	**15.7**	**336.7**	**150.5**	

возрасту показатель на 100 000 (мужчины)		Стандартизованный по возрасту показатель смертности на 100 000 (женщины)				Последний год с наличием данных
Хронические респираторные заболевания	ССЗ и диабет	Все НИЗ	Рак	Хронические респираторные заболевания	ССЗ и диабет	
30.5	**354.7**	**508.6**	**100.3**	**10.5**	**323.6**	2008
16.8	**307.0**	**552.5**	**123.2**	**10.2**	**331.3**	2008
46.9	**311.9**	**405.2**	**83.9**	**16.7**	**245.8**	2005
36.6	**463.5**	**577.7**	**129.1**	**15.6**	**380.8**	2008
22.6	**171.2**	**238.8**	**90.9**	**7.2**	**108.9**	2008
46.5	471.7	503.5	47.2	28.8	326.1	нет данных
22.3	**430.8**	**425.2**	**110.3**	**7.6**	**259.4**	2008
22.1	**209.9**	**287.2**	**112.7**	**7.1**	**127.8**	2008
38.7	**165.7**	**309.3**	**114.5**	**26.5**	**101.7**	2008
38.0	**190.5**	**325.7**	**103.7**	**27.8**	**122.0**	2007
74.5	425.0	524.3	85.9	41.4	303.7	нет данных
88.4	570.7	932.9	97.1	57.8	573.4	нет данных
84.6	549.5	859.8	67.6	55.0	545.6	нет данных
28.3	**426.2**	**450.1**	**80.8**	**13.6**	**275.6**	2005
117.1	421.0	769.9	100.8	69.5	458.6	нет данных
32.9	**483.3**	**759.0**	**81.4**	**42.8**	**562.4**	2005
114.4	**343.0**	**540.6**	**95.9**	**29.7**	**280.0**	2006
78.1	358.7	474.9	95.6	49.7	275.8	нет данных
109.4	402.4	676.5	90.8	59.7	404.5	нет данных
68.8	**395.9**	**672.6**	**93.9**	**53.2**	**395.0**	1998
37.1	**545.3**	**505.7**	**89.2**	**12.2**	**316.4**	2006
98.4	**605.8**	**991.9**	**153.8**	**77.3**	**568.0**	2000
30.1	267.8	404.2	71.7	21.5	245.4	нет данных
49.3	**880.8**	**872.8**	**92.1**	**32.0**	**667.7**	1998
94.7	**402.5**	**474.8**	**78.0**	**37.6**	**321.5**	2008
159.3	561.6	684.9	140.3	53.4	383.7	нет данных
33.1	**718.4**	**733.9**	**66.5**	**22.4**	**563.7**	2005
43.3	**772.1**	**582.5**	**79.2**	**8.4**	**440.9**	2008
59.5	**264.1**	**377.5**	**118.3**	**20.3**	**160.6**	2004
91.1	**579.9**	**590.9**	**121.6**	**44.2**	**328.2**	2000
80.7	**394.8**	**482.8**	**74.6**	**32.5**	**295.3**	2003
19.9	**210.5**	**264.8**	**85.3**	**7.0**	**106.3**	2008
18.8	**128.3**	**224.8**	**93.7**	**7.4**	**69.2**	2008
25.6	**352.3**	**408.7**	**115.0**	**8.4**	**239.7**	2008
131.6	476.1	846.8	75.6	82.2	519.5	нет данных
133.9	483.5	843.3	83.7	80.0	517.1	нет данных
35.5	**461.1**	**529.0**	**91.9**	**24.5**	**378.8**	2008
21.4	**315.1**	**366.2**	**116.3**	**9.1**	**203.1**	2008
39.0	**196.3**	**313.1**	**98.4**	**20.6**	**117.4**	2007
18.5	**143.0**	**233.6**	**87.8**	**7.9**	**85.7**	2007
17.3	**179.2**	**266.5**	**100.6**	**12.5**	**102.8**	2008
101.5	**384.9**	**460.9**	**77.8**	**57.5**	**240.8**	2003
23.4	**190.3**	**335.7**	**116.4**	**14.1**	**143.4**	2008
132.3	476.4	810.0	80.6	77.1	491.5	нет данных
109.9	402.7	599.8	80.0	52.2	363.1	нет данных
27.8	**469.4**	**391.0**	**103.1**	**5.7**	**233.4**	2008
135.3	486.1	875.8	87.4	85.3	530.3	нет данных
86.6	**327.9**	**555.2**	**123.9**	**44.5**	**315.2**	2007
51.4	245.8	479.3	120.4	42.2	248.7	нет данных
22.5	**118.1**	**178.1**	**76.6**	**8.0**	**65.0**	2008

ТАБАК
СОПОСТАВИМЫЕ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КУРЕНИЯ ТАБАКА И СИГАРЕТ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В ДЕНЬ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ 15 ЛЕТ И СТАРШЕ, 2008

Примечание: - нет данных о размере выборки
... нет данных

Страна	Регион	Распространенность курения табака в день						Распространенность курения табака в день				
		Общие оценки						Стандартизованные по возрасту оценки				
		Муж.	95% ДИ	Жен.	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	Муж.	95% ДИ	Жен.	95% ДИ	Оба пола
Австралия	ЗТОР	18.3	17.6-19.0	15.4	14.8-16.0	16.8	16.3-17.3	18.8	18.2-19.8	16.1	15.4-16.6	17.5
Австрия	ЕВР	40.6	38.5-42.7	39.2	37.2-41.1	39.8	38.4-41.2	42.1	40.0-44.2	43.6	41.6-45.5	42.8
Азербайджан	ЕВР	...	...	0.4	0.0-3.5	...	...	...	...	0.4	0.0-2.4	...
Албания	ЕВР	37.7	28.3-47.1	2.5	0.0-7.6	19.6	14.3-24.9	39.1	29.9-48.2	2.6	0.0-6.0	20.8
Алжир	АФР	24.8	20.5-29.0	0.2	0.0-0.5	12.5	10.3-14.7	24.2	20.0-28.5	0.2	0.0-0.6	12.2
Ангола	АФР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	
Андорра	ЕВР	29.9	20.0-39.7	20.1	9.5-30.7	24.9	17.6-32.2	30.5	20.6-40.4	24.8	14.1-35.5	27.6
Антигуа и Барбуда	АМР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	
Аргентина	АМР	26.4	-	21.0	-	23.6	-	26.6	-	21.8	-	24.2
Армения	ЕВР	53.8	41.3-66.3	1.9	0.6-3.2	25.2	19.5-30.9	55.1	42.6-67.6	1.9	0.6-3.2	28.5
Афганистан	ВСР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	
Багамские Острова	АМР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	
Бангладеш	ЮВАР	40.0	30.7-49.2	2.1	0.3-3.9	21.2	16.4-26.0	42.4	33.2-51.7	2.8	1.0-4.6	22.6
Барбадос	АМР	9.1	6.8-11.5	0.9	0.2-1.6	4.9	3.7-6.1	9.4	7.0-11.8	1.0	0.3-1.7	5.2
Бахрейн	ВСР	31.4	28.3-34.5	6.2	4.6-7.8	21.2	19.2-23.2	30.2	27.2-33.3	7.4	5.7-9.1	18.8
Беларусь	ЕВР	58.7	55.3-62.1	13.6	11.6-15.5	34.2	32.3-36.1	58.6	55.2-62.0	16.8	14.6-18.9	37.7
Белиз	АМР	7.2	0.9-13.6	0.4	0.0-1.2	3.9	0.7-7.1	7.7	1.4-14.1	0.5	0.0-1.3	4.1
Бельгия	ЕВР	21.2	18.8-23.6	18.5	12.6-24.4	19.8	17.8-21.9	22.4	19.9-24.9	20.1	18.2-22.0	21.2
Бенин	АФР	11.7	6.7-16.8	0.7	0.0-1.8	6.2	3.6-8.8	12.4	7.3-17.5	1.0	0.0-2.1	6.7
Болгария	ЕВР	41.9	-	27.2	-	34.3	-	42.3	-	32.1	-	37.2
Боливия (Многонациональное Государство)	АМР	33.4	30.5-36.3	26.6	25.9-27.2	29.9	28.4-31.4	30.5	27.7-33.3	26.7	26.1-27.4	28.6
Босния и Герцеговина	ЕВР	42.8	36.7-48.9	29.5	24.3-34.7	35.8	30.2-41.5	43.5	37.3-49.7	31.7	26.1-37.3	37.6
Ботсвана	АФР	19.5	17.3-21.7	0.8	0.5-1.1	10.1	9.0-11.2	17.5	15.4-19.6	1.0	0.6-1.4	9.3
Бразилия	АМР	17.3	16.8-17.8	11.0	10.7-11.3	14.1	13.8-14.4	16.5	16.0-17.0	10.6	10.3-10.9	13.6
Бруней-Даруссалам	ЗТОР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	
Буркина Фасо	АФР	13.3	11.5-15.0	5.8	4.6-7.0	9.5	8.1-10.9	16.4	14.6-18.2	8.3	6.9-9.7	12.4
Бурунди	АФР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Бутан	ЮВАР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	
Бывшая югославская Республика Македония	ЕВР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Вануату	ЗТОР	21.3	18.1-24.5	3.1	1.9-4.3	12.3	10.6-14.0	19.6	16.5-22.7	2.3	1.3-3.3	11.0
Венгрия	ЕВР	37.5	26.0-49.0	27.1	15.2-38.9	32.0	23.7-40.3	38.6	27.1-50.1	30.3	18.3-42.2	34.4
Венесуэла (Боливарианская Республика)	АМР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Вьетнам	ЗТОР	40.4	-	1.0	-	20.1	-	41.3	-	1.0	-	21.1
Габон	АФР	16.3	9.2-23.4	2.3	0.0-7.5	9.3	4.9-13.7	16.4	9.3-23.5	2.4	0.0-7.6	9.4
Гаити	АМР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Гайана	АМР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Гамбия	АФР	31.1	28.9-33.2	2.8	2.2-3.5	16.7	15.6-17.8	29.4	27.3-31.5	2.2	1.6-2.8	15.8
Гана	АФР	7.0	5.9-8.0	1.7	1.3-2.2	4.4	3.8-5.0	8.3	6.6-10.0	2.2	1.5-2.8	5.2
Гватемала	АМР	7.3	5.6-9.0	0.8	0.4-1.2	3.9	2.9-4.9	7.5	5.8-9.2	0.9	0.5-1.3	4.2
Гвинея	АФР	22.7	20.2-25.1	1.4	0.8-2.0	12.1	10.8-13.4	23.3	20.9-25.8	1.4	0.8-2.0	12.4
Гвинея-Бисау	АФР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Германия	ЕВР	28.3	26.2-30.4	18.6	17.4-19.8	23.3	21.7-25.0	30.2	28.0-32.4	21.8	20.4-23.2	26.0
Гондурас	АМР	...	...	0.6	0.0-1.3		...	...	...	0.6	0.0-1.3	
Гренада	АМР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Греция	ЕВР	59.0	57.9-60.1	30.1	29.3-30.8	44.3	43.6-45.0	60.4	59.2-61.5	37.3	36.5-38.1	48.8
Грузия	ЕВР	49.4	37.3-61.4	3.7	1.1-6.4	24.7	19.0-30.4	50.9	38.8-62.9	4.0	1.4-6.7	27.5
Дания	ЕВР	26.9	25.0-28.8	22.4	20.7-24.1	24.6	22.8-26.5	26.6	24.7-28.5	22.3	20.5-24.1	24.4
Демократическая Республика Конго	АФР	8.3	3.5-13.1	0.9	0.0-2.3	4.5	2.0-7.0	8.5	3.7-13.3	1.5	0.0-2.9	5.0
Джибути	ВСР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Доминика	АМР	7.0	4.7-9.3	2.9	1.5-4.2	4.9	3.6-6.2	7.1	4.8-9.4	2.8	1.5-4.2	5.0
Доминиканская Республика	АМР	13.6	9.7-17.5	10.2	7.3-13.1	11.9	9.5-14.3	15.1	11.2-19.1	11.5	8.5-14.4	13.3

		Распространенность курения сигарет в день						Распространенность курения сигарет в день						Последний год с наличием страновых данных
		Общие оценки						Стандартизованные по возрасту оценки						
	95% ДИ	Муж.	95% ДИ	Жен.	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	Муж.	95% ДИ	Жен.	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	
	17.0-18.0	18.8	17.8-19.4	15.4	15.3-16.5	17.1	16.3-17.3	18.6	18.2-19.8	15.9	15.4-16.6	17.3	16.8-17.8	2007
	41.4-44.2	40.6	38.5-42.7	39.2	37.2-41.1	39.8	38.4-41.2	42.1	40.0-44.2	43.6	41.6-45.5	42.8	41.4-44.2	2004
	...	...	...	0.4	0.0-3.5	...	...	...	...	0.4	0.0-2.4	...	...	2001
	15.9-25.7	37.7	28.3-47.1	2.5	0.0-7.6	19.6	14.3-24.9	39.1	29.9-48.2	2.6	0.0-6.0	20.8	15.9-25.7	2002
	10.1-14.3	22.3	18.0-26.5	0.1	0.0-0.5	11.2	9.1-13.3	21.1	16.9-25.3	0.1	0.0-0.5	10.6	8.5-12.7	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	20.3-34.9	29.9	20.0-39.7	20.1	9.5-30.7	24.9	17.6-32.2	30.5	20.6-40.4	24.8	14.1-35.5	27.6	20.3-34.9	1997
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	-	25.4	-	17.9	-	21.6	-	25.6	-	18.8	-	22.2	-	2005
	22.2-34.8	53.8	41.3-66.3	1.9	0.6-3.2	25.2	19.5-30.9	55.1	42.6-67.6	1.9	0.6-3.2	28.5	22.2-34.8	2005
		...	...	...	...	...	...	...	...	...	...		...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	17.9-27.3	36.2	27.0-45.5	0.4	0.0-2.2	18.5	13.8-23.2	37.9	28.7-47.2	0.5	0.0-2.3	19.2	14.5-23.9	2004
	3.9-6.5	8.8	6.5-11.1	0.8	0.1-1.4	4.6	3.4-5.8	9.0	6.7-11.4	0.8	0.2-1.5	4.9	3.7-6.1	2007
	17.0-20.6	23.3	20.5-26.1	4.8	3.4-6.2	15.9	14.1-17.7	22.5	19.7-25.2	6.2	4.6-7.8	14.3	12.7-15.9	2007
	35.7-39.7	58.7	55.3-62.1	13.6	11.6-15.5	34.2	32.3-36.1	58.6	55.2-62.0	16.8	14.6-18.9	37.7	35.7-39.7	2001
	0.9-7.3	7.2	0.9-13.6	0.4	0.0-1.2	3.9	0.7-7.1	7.7	1.4-14.1	0.5	0.0-1.3	4.1	0.9-7.3	2006
	19.0-23.4	21.2	18.8-23.6	18.5	16.8-20.2	19.8	17.8-21.9	22.4	19.9-24.9	20.1	18.2-22.0	21.2	19.0-23.4	2001
	4.1-9.3	8.4	3.4-13.5	0.2	0.0-1.3	4.3	1.7-6.9	8.1	3.1-13.1	0.3	0.0-1.4	4.2	1.6-6.8	2008
	-	41.9	-	27.2	-	34.3	-	42.3	-	32.1	-	37.2	-	2007
	27.2-30.0	32.9	30.0-35.8	23.7	23.1-24.4	28.2	26.8-29.6	29.8	27.0-32.6	23.2	22.6-23.9	26.5	25.1-27.9	2008
	31.7-43.5	42.8	26.7-48.9	29.5	24.3-34.7	35.8	30.2-41.5	43.5	37.3-49.7	31.7	26.1-37.3	37.6	31.7-43.5	2002
	8.2-10.4	17.9	15.8-20.0	0.7	0.4-1.0	9.2	8.1-10.3	15.9	13.9-17.9	0.8	0.5-1.2	8.4	7.4-9.4	2007
	13.3-13.9	17.1	16.6-17.6	10.8	10.5-11.1	13.9	13.6-14.2	16.3	15.8-16.8	10.5	10.2-10.8	13.4	13.1-13.7	2008
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	10.8-14.0	9.2	7.7-10.6	0.4	0.2-0.7	4.7	3.9-5.5	8.9	7.5-10.3	0.5	0.2-0.8	4.7	3.9-5.6	2003
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	9.4-12.6	20.9	17.7-24.1	2.6	1.5-3.7	11.9	10.2-13.6	19.2	16.1-22.3	2.0	1.0-3.0	10.6	9.0-12.2	1998
	26.1-42.7	37.5	26.0-49.0	27.1	15.2-38.9	32.0	23.7-40.3	38.6	27.1-50.1	30.3	18.3-42.2	34.4	26.1-42.7	2003
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	-	36.9	-	0.8	-	18.4	-	37.4	-	0.9	-	19.1	-	2006
	5.0-13.8	11.9	4.9-18.9	1.3	0.0-6.4	6.5	2.2-10.8	12.0	4.9-19.0	1.1	0.0-6.2	6.5	2.1-10.9	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	14.7-16.9	25.5	23.4-27.5	0.6	0.3-0.9	12.8	11.8-13.8	22.4	20.5-24.4	0.5	0.2-0.8	11.5	10.5-12.5	2010
	4.3-6.1	4.5	3.5-5.4	0.4	0.1-0.7	2.5	2.0-3.0	5.1	3.5-6.7	0.4	0.0-0.9	2.8	2.0-3.6	2008
	3.2-5.3	7.3	5.6-9.0	0.8	0.4-1.2	3.9	2.9-4.9	7.5	5.8-9.2	0.9	0.5-1.3	4.2	3.2-5.3	2003
	11.1-13.7	17.3	15.1-19.5	0.4	0.1-0.7	8.9	7.8-10.0	17.0	14.8-19.1	0.4	0.1-0.7	8.7	7.6-9.8	2009
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	24.2-27.8	28.3	26.2-30.4	18.6	17.4-19.8	23.3	21.7-25.0	30.2	28.0-32.4	21.8	20.4-23.2	26.0	24.2-27.8	2005
	...	...	...	0.6	0.0-1.3		...	...	...	0.6	0.0-1.3	...	-	2006
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	48.1-49.5	59.0	57.9-60.1	30.1	29.3-30.8	44.3	43.6-45.0	60.4	59.2-61.5	37.3	36.5-38.1	48.8	48.1-49.5	1999
	21.3-33.7	49.4	37.3-61.4	3.7	1.1-6.4	24.7	19.0-30.4	50.9	38.8-62.9	4.0	1.4-6.7	27.5	21.3-33.7	2003
	22.6-26.3	26.9	25.0-28.8	22.4	20.7-24.1	24.6	22.8-26.5	26.6	24.7-28.5	22.3	20.5-24.1	24.4	22.6-26.3	2004
	2.5-7.5	6.1	1.4-10.8	0.2	0.0-1.5	3.1	0.7-5.5	6.2	1.5-10.9	0.3	0.0-1.6	3.3	0.9-5.7	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	3.7-6.3	6.6	4.4-8.9	2.8	1.4-4.1	4.7	3.4-6.0	6.7	4.5-9.0	2.8	1.4-4.1	4.7	3.4-6.0	2007
	10.8-15.8	12.0	8.1-15.9	8.4	5.6-11.2	10.2	7.8-12.6	13.2	9.3-17.2	9.2	6.4-12.1	11.2	8.8-13.6	2003

ТАБАК
СОПОСТАВИМЫЕ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КУРЕНИЯ ТАБАКА И СИГАРЕТ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В ДЕНЬ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ 15 ЛЕТ И СТАРШЕ, 2008

Примечание: - нет данных о размере выборки
... нет данных

Страна	Регион	Распространенность курения табака в день						Распространенность курения табака в день				
		Общие оценки						Стандартизованные по возрасту оценки				
		Муж.	95% ДИ	Жен.	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	Муж.	95% ДИ	Жен.	95% ДИ	Оба пола
Египет	ВСР	35.1	31.3-38.9	0.5	0.0-1.1	17.8	15.9-19.7	37.2	33.4-41.0	0.6	0.0-1.1	18.9
Замбия	АФР	18.3	16.9-19.7	2.1	1.6-2.6	10.1	9.4-10.8	20.1	18.2-22.0	3.2	2.0-4.3	11.6
Зимбабве	АФР	18.0	16.7-19.4	2.1	1.6-2.6	9.6	8.9-10.3	25.0	23.1-27.0	3.1	2.0-4.3	14.1
Израиль	ЕВР	23.9	22.1-25.8	14.9	13.6-16.2	19.3	18.2-20.4	24.2	22.3-26.0	15.1	13.8-16.5	19.6
Индия	ЮВАР	25.1	23.4-26.8	2.0	1.2-2.9	13.9	12.9-14.9	27.2	25.1-29.3	2.3	1.3-3.3	14.8
Индонезия	ЮВАР	53.4	-	3.4	-	28.2	-	53.5	-	3.9	-	28.7
Иордания	ВСР	48.8	46.6-51.0	4.1	3.2-5.0	27.1	25.9-28.3	47.6	45.3-49.8	4.9	3.9-6.0	26.3
Ирак	ВСР	25.3	-	2.1	0.1-4.1	13.7	12.7-14.7	26.6	-	2.9	0.9-4.9	14.8
Иран (Исламская Республика)	ВСР	19.4	18.8-20.1	1.1	0.9-1.2	10.4	10.1-10.7	20.8	20.1-21.4	1.3	1.1-1.5	11.0
Ирландия	ЕВР	24.1	21.7-26.5	19.7	17.4-22.0	21.9	19.5-24.3	24.5	21.9-27.1	20.0	17.5-22.5	22.3
Исландия	ЕВР	20.0	-	14.5	-	17.3	-	20.1	-	14.9	-	17.5
Испания	ЕВР	30.5	-	21.6	-	25.9	-	30.7	-	24.7	-	27.7
Италия	ЕВР	26.3	24.3-28.3	13.5	12.5-14.5	19.6	18.1-21.1	27.9	25.8-30.0	15.5	14.3-16.7	21.7
Йемен	ВСР	28.5	-	7.6	1.9-13.4	18.1	-	29.3	-	8.0	2.2-13.7	18.6
Кабо-Верде	АФР	9.9	-	2.3	-	5.9	-	10.9	-	2.8	-	6.9
Казахстан	ЕВР	37.0	24.9-49.1	6.6	2.6-10.6	20.8	14.8-26.8	36.1	24.0-48.3	6.7	2.7-10.7	21.4
Камбоджа	ЗТОР	45.6	43.4-47.8	3.7	3.1-4.3	23.7	22.6-24.8	48.3	46.1-50.6	4.2	3.5-4.9	26.3
Камерун	АФР	10.5	9.5-11.5	1.1	0.8-1.4	5.8	5.3-6.3	11.7	10.7-12.8	1.2	0.9-1.4	6.4
Канада	АМР	15.4	14.0-16.8	11.6	10.5-12.6	13.5	12.6-14.3	15.5	14.8-16.2	11.7	11.1-12.3	13.6
Катар	ВСР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Кения	АФР	18.0	16.7-19.3	0.7	0.0-2.8	9.3	8.0-10.6	20.6	19.2-21.9	1.0	0.0-3.2	10.8
Кипр	ЕВР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Киргизия	ЕВР	38.2	26.4-50.0	1.3	0.3-2.4	19.2	13.4-25.0	40.3	28.5-52.1	1.4	0.3-2.4	20.8
Кирибати	ЗТОР	73.3	70.2-76.4	61.7	58.6-64.8	67.4	65.2-69.6	73.5	70.4-76.6	62.0	58.9-65.1	67.8
Китай	ЗТОР	49.3	48.7-50.0	2.1	1.9-2.3	26.3	26.0-26.6	48.8	48.2-49.5	2.1	1.9-2.2	25.4
Колумбия	АМР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Коморские Острова	АФР	15.6	6.7-24.5	6.8	0.0-18.1	11.2	4.0-18.4	20.1	11.1-29.1	8.9	0.0-20.2	14.5
Конго	АФР	7.1	2.7-11.5	0.4	0.0-1.4	3.7	1.4-6.0	7.2	2.8-11.7	0.5	0.0-1.5	3.9
Корейская Народно-Демократическая Республика	ЮВАР	56.9	33.6-80.3	...	...	...	...	55.9	32.6-79.3	...	...	...
Коста-Рика	АМР	9.5	7.6-11.3	2.4	1.7-3.2	6.0	4.7-7.3	9.3	7.4-11.2	2.4	1.6-3.2	5.9
Кот-дИвуар	АФР	14.3	12.8-15.9	2.7	2.1-3.3	8.7	7.8-9.6	15.0	13.4-16.6	3.2	2.5-3.9	9.1
Куба	АМР	43.5	-	27.5	-	35.5	-	41.7	-	25.9	-	33.8
Кувейт	ВСР	34.6	22.4-46.9	2.6	0.4-4.7	22.6	14.9-30.3	31.2	19.0-43.4	2.8	0.6-5.0	17.0
Лаосская Народно-Демократическая Республика	ЗТОР	41.4	39.0-43.8	2.5	1.9-3.1	21.6	20.4-22.8	44.2	41.8-46.6	2.9	2.2-3.6	23.6
Латвия	ЕВР	44.6	29.8-59.5	14.0	5.7-22.2	27.8	19.7-35.9	45.4	30.6-60.2	17.4	9.1-25.7	31.4
Лесото	АФР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Либерия	АФР	11.3	10.2-12.4	...	...	...	...	12.2	10.5-13.9	...	...	...
Ливан	ВСР	44.1	40.8-47.4	30.0	27.3-32.7	36.8	34.7-38.9	44.6	41.3-47.9	30.7	28.0-33.4	37.6
Ливийская Арабская Джамахирия	ВСР	45.5	40.8-50.3	0.2	0.0-0.8	23.8	21.3-26.3	45.2	40.4-49.9	0.2	0.0-0.8	22.7
Литва	ЕВР	41.7	27.1-56.3	13.0	5.9-20.1	26.2	18.5-33.9	42.0	27.4-56.7	14.8	7.7-22.0	28.4
Люксембург	ЕВР	30.4	-	25.5	-	27.9	-	33.0	-	28.1	-	30.6
Маврикий	АФР	25.0	-	1.3	-	13.0	-	24.6	-	1.3	-	13.0
Мавритания	АФР	29.8	27.5-32.0	4.0	3.2-4.7	16.9	15.4-18.4	28.4	26.1-30.7	3.6	2.9-4.3	16.0
Мадагаскар	АФР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Малави	АФР	20.1	18.2-22.0	2.1	1.6-2.5	10.9	9.9-11.9	22.3	20.3-24.2	3.1	2.5-3.6	12.7
Малайзия	ЗТОР	40.9	28.9-52.8	1.6	0.2-3.0	21.5	15.4-27.6	39.8	27.9-51.8	1.7	0.3-3.1	20.8
Мали	АФР	26.5	23.8-29.1	1.3	0.7-1.8	13.5	12.2-14.8	27.1	24.4-29.8	1.8	1.1-2.4	14.4
Мальдивы	ЮВАР	38.1	30.8-45.4	7.3	4.8-9.9	22.8	17.9-27.7	38.1	30.8-45.4	9.4	6.2-12.6	23.8
Мальта	ЕВР	26.2	-	16.2	-	21.2	-	26.5	-	17.5	-	22.0
Марокко	ВСР	28.7	25.2-32.3	0.2	0.0-0.6	14.0	12.3-15.7	28.9	25.3-32.4	0.2	0.0-0.6	14.5

	Распространенность курения сигарет в день						Распространенность курения сигарет в день						Последний год с наличием страновых данных
	Общие оценки						Стандартизованные по возрасту оценки						
95% ДИ	Муж.	95% ДИ	Жен.	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	Муж.	95% ДИ	Жен.	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	
17.0-20.8	31.5	27.7-35.3	0.3	0.0-0.8	15.9	14.0-17.8	32.7	28.9-36.5	0.3	0.0-0.9	16.5	14.6-18.4	2009
10.5-12.7	16.6	15.3-18.0	0.8	0.3-1.2	8.6	7.9-9.3	17.6	15.7-19.5	1.1	0.0-2.3	9.4	8.3-10.5	2007
13.0-15.2	15.3	14.0-16.6	0.8	0.3-1.2	7.6	6.9-8.3	19.7	17.8-21.6	1.1	0.0-2.3	10.4	9.3-11.5	2006
18.5-20.7	23.9	22.1-25.8	14.9	13.6-16.2	19.3	18.2-20.4	24.2	22.3-26.0	15.1	13.8-16.5	19.6	18.5-20.7	2004
13.6-16.0	20.1	18.4-21.8	0.3	0.0-1.2	10.5	9.5-11.5	21.5	19.5-23.6	0.4	0.0-1.4	10.9	9.7-12.1	2006
-	49.1	-	2.9	-	25.8	-	48.9	-	3.2	-	26.1	-	2007
25.1-27.5	37.2	35.0-39.3	2.7	1.9-3.5	20.4	19.2-21.6	36.2	34.0-38.3	3.2	2.4-4.0	19.7	18.6-20.8	2007
-	24.8	-	1.4	0.0-3.4	13.1	12.1-14.1	25.6	-	2.1	0.1-4.1	13.8	12.8-14.8	2007
10.7-11.3	15.6	15.0-16.2	0.4	0.3-0.5	8.1	7.8-8.4	16.5	15.9-17.1	0.4	0.3-0.6	8.5	8.2-8.8	2009
19.8-24.9	24.1	21.7-26.5	19.7	17.4-22.0	21.9	19.5-24.3	24.5	21.9-27.1	20.0	17.5-22.5	22.3	19.8-24.9	2007
-	20.0	-	14.5	-	17.3	-	20.1	-	14.9	-	17.5	-	2008
-	30.5	-	21.6	-	25.9	-	30.7	-	24.7	-	27.7	-	2006
20.1-23.4	26.3	24.3-28.3	13.5	12.5-14.5	19.6	18.1-21.1	27.9	25.8-30.0	15.5	14.3-16.7	21.7	20.1-23.4	2008
-	28.2	-	7.6	1.9-13.3	18.0	-	28.4	-	7.9	2.2-13.6	18.2	-	2003
-	7.1	-	0.4	-	3.5	-	7.1	-	0.4	-	3.8	-	2007
15.0-27.8	37.0	24.9-49.1	6.6	2.6-10.6	20.8	14.8-26.8	36.1	24.0-48.3	6.7	2.7-10.7	21.4	15.0-27.8	2003
25.1-27.5	42.7	40.5-44.9	3.3	2.7-3.9	22.2	21.1-23.3	44.5	42.3-46.7	3.7	3.1-4.3	24.1	23.0-25.2	2010
5.9-6.9	8.0	7.1-8.9	0.6	0.4-0.8	4.3	3.9-4.7	8.9	8.0-9.9	0.6	0.4-0.8	4.8	4.3-5.3	2000
13.1-14.1	15.2	14.7-16.1	11.4	10.8-12.0	13.3	12.9-13.8	15.4	14.7-16.1	11.6	11.0-12.2	13.5	13.0-14.0	2008
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
9.5-12.1	16.1	14.9-17.3	0.3	0.0-2.5	8.2	7.0-9.4	17.6	16.3-18.8	0.4	0.0-2.6	9.0	7.8-10.2	2009
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
14.9-26.7	38.2	26.4-50.0	1.3	0.3-2.4	19.2	13.4-25.0	40.3	28.5-52.1	1.4	0.3-2.4	20.8	14.9-26.7	2005
65.6-70.0	0.0	0.0-0.0	0.0	0.0-0.0	0.0	0.0-0.0	0.0	0.0-0.0	0.0	0.0-0.0	0.0	0.0-0.0	2006
25.1-25.7	49.3	48.7-50.0	2.1	1.9-2.3	26.3	26.0-26.6	48.8	48.2-49.5	2.1	1.9-2.2	25.4	25.1-25.7	2007
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
7.3-21.7	12.9	4.0-21.7	2.1	0.0-13.3	7.4	0.3-14.5	15.1	6.1-24.0	2.6	0.0-13.8	8.8	1.6-16.0	2003
1.6-6.2	5.2	0.9-9.6	0.2	0.0-1.1	2.7	0.5-4.9	5.4	1.0-9.7	0.2	0.0-1.2	2.8	0.6-5.0	2003
...	56.9	33.6-80.3	...	...	...	...	55.9	32.6-79.3	...	...	...	...	нет страновых данных
4.6-7.3	9.5	7.6-11.3	2.4	1.7-3.2	6.0	4.7-7.3	9.3	7.4-11.2	2.4	1.6-3.2	5.9	4.6-7.3	2001
8.2-10.0	10.7	9.3-12.0	0.5	0.2-0.7	5.7	5.0-6.4	10.2	8.8-11.5	0.5	0.2-0.8	5.3	4.6-6.0	2003
-	35.2	-	25.4	-	30.3	-	34.4	-	24.2	-	29.3	-	2003
10.8-23.2	34.0	21.7-46.2	1.4	0.0-3.5	21.7	14.0-29.4	29.8	17.5-42.0	1.3	0.0-3.4	15.5	9.3-21.7	2006
22.4-24.8	38.7	36.3-41.0	2.2	1.6-2.8	20.1	18.9-21.3	40.6	38.2-42.9	2.6	1.9-3.2	21.6	20.4-22.8	2008
22.9-39.9	44.6	29.8-59.5	14.0	5.7-22.2	27.8	19.7-35.9	45.4	30.6-60.2	17.4	9.1-25.7	31.4	22.9-39.9	2006
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
...	7.5	6.5-8.5	...	...	...	...	7.8	6.2-9.4	...	...	...	...	2007
35.5-39.7	43.5	40.2-46.8	30.0	27.3-32.7	36.5	34.4-38.6	43.7	40.4-47.0	30.7	28.0-33.4	37.2	35.1-39.3	2009
20.3-25.1	41.9	37.1-46.6	0.2	0.0-0.7	21.9	19.4-24.4	40.6	35.9-45.4	0.1	0.0-0.7	20.4	18.0-22.8	2009
20.3-36.5	41.7	27.1-56.3	13.0	5.9-20.1	26.2	18.5-33.9	42.0	27.4-56.7	14.8	7.7-22.0	28.4	20.3-36.5	2006
-	30.4	-	25.5	-	27.9	-	33.0	-	28.1	-	30.6	-	2004
-	25.0	-	1.3	-	13.0	-	24.6	-	1.3	-	13.0	-	2004
14.5-17.5	22.2	20.3-24.2	0.5	0.2-0.8	11.4	10.3-12.5	19.3	17.4-21.2	0.5	0.2-0.8	9.9	8.8-11.0	2006
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
11.7-13.7	18.1	16.2-19.9	0.8	0.5-1.1	9.3	8.4-10.2	19.0	17.1-20.8	1.2	0.8-1.6	10.1	9.1-11.1	2009
14.8-26.8	37.5	25.6-49.5	1.4	0.0-2.8	19.7	13.6-25.8	36.3	24.3-48.2	1.5	0.1-2.9	18.9	12.9-24.9	2006
13.0-15.8	21.3	18.9-23.8	0.4	0.1-0.7	10.5	9.3-11.7	19.5	17.1-21.9	0.4	0.1-0.7	10.0	8.8-11.2	2007
18.6-29.1	34.1	27.5-40.6	5.4	3.5-7.3	19.8	15.6-24.0	33.0	26.7-39.3	6.8	4.4-9.2	19.9	15.6-24.3	2001
-	26.2	-	16.2	-	21.2	-	26.5	-	17.5	-	22.0	-	2008
12.7-16.3	25.7	22.2-29.2	0.2	0.0-0.6	12.5	10.8-14.2	25.4	21.9-29.0	0.2	0.0-0.5	12.8	11.0-14.6	2006

ТАБАК
СОПОСТАВИМЫЕ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КУРЕНИЯ ТАБАКА И СИГАРЕТ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В ДЕНЬ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ 15 ЛЕТ И СТАРШЕ, 2008

Примечание: - нет данных о размере выборки
... нет данных

Страна	Регион	Распространенность курения табака в день						Распространенность курения табака в день				
		Общие оценки						Стандартизованные по возрасту оценки				
		Муж.	95% ДИ	Жен.	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	Муж.	95% ДИ	Жен.	95% ДИ	Оба пола
Маршалловы Острова	ЗТОР	31.6	16.4-46.7	3.8	0.0-7.7	17.3	9.7-24.9	30.2	15.0-45.3	3.7	0.0-7.5	16.9
Мексика	АМР	21.0	-	6.2	-	13.4	-	20.7	-	6.2	-	13.5
Микронезия (Федеративные Штаты)	ЗТОР	22.4	6.8-38.1	12.4	0.0-26.4	17.5	7.0-28.0	24.9	9.2-40.6	13.2	0.0-27.2	19.0
Мозамбик	АФР	13.1	11.4-14.8	1.5	0.9-2.1	7.0	5.9-8.1	13.9	12.1-15.7	1.6	1.0-2.2	7.8
Монако	ЕВР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Монголия	ЗТОР	43.0	40.9-45.0	5.2	4.4-5.9	23.7	22.6-24.8	42.7	40.7-44.8	5.2	4.4-5.9	24.0
Мьянма	ЮВАР	31.6	19.1-44.0	10.1	3.5-16.7	20.5	13.6-27.4	33.9	21.4-46.3	11.3	4.7-17.8	22.6
Намибия	АФР	21.6	18.2-25.0	6.9	6.4-7.5	14.1	12.4-15.8	21.3	15.5-27.0	7.6	7.1-8.2	14.5
Науру	ЗТОР	44.3	26.4-62.2	50.5	28.3-72.7	47.5	33.2-61.8	43.6	25.7-61.6	49.9	27.7-72.1	46.8
Непал	ЮВАР	25.4	23.3-27.6	21.3	20.2-22.5	23.3	22.1-24.5	29.9	27.4-32.4	25.4	24.1-26.7	27.7
Нигер	АФР	7.1	4.3-9.9	0.3	0.0-0.7	3.6	2.2-5.0	6.5	3.7-9.3	0.4	0.0-0.7	3.4
Нигерия	АФР	7.6	6.7-8.4	1.7	1.4-2.0	4.6	4.1-5.1	8.2	6.6-9.7	2.2	1.7-2.7	5.2
Нидерланды	ЕВР	24.6	-	23.6	-	24.1	-	25.8	-	24.2	-	25.0
Никарагуа	АМР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Ниуэ	ЗТОР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Новая Зеландия	ЗТОР	21.4	19.4-23.4	20.1	18.2-22.0	20.7	19.4-22.1	21.5	19.8-23.2	19.5	18.1-21.0	20.5
Норвегия	ЕВР	22.7	-	21.8	-	22.2	-	22.5	-	22.2	-	22.4
Объединенная Республика Танзания	АФР	14.1	13.0-15.2	1.8	0.0-11.3	7.9	3.1-12.7	17.7	16.5-19.0	2.5	0.0-12.1	10.1
Объединнные Арабские Эмираты	ВСР	15.4	6.7-24.0	1.2	0.0-3.3	11.3	5.1-17.5	13.1	4.6-21.7	1.2	0.0-3.4	7.2
Оман	ВСР	6.6	1.1-12.2	0.2	0.0-0.6	4.0	0.7-7.3	6.4	0.9-11.9	0.3	0.0-0.8	3.4
Острова Кука	ЗТОР	38.9	21.3-56.4	29.7	10.1-49.4	34.4	21.3-47.5	37.4	19.9-55.0	28.5	8.8-48.1	32.9
Пакистан	ВСР	25.4	16.3-34.5	3.8	0.0-7.6	15.0	10.0-20.0	28.9	19.8-38.0	5.0	1.1-8.8	16.9
Палау	ЗТОР	33.0	-	7.1	-	19.7	-	32.9	-	7.3	-	20.1
Панама	АМР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Папуа-Новая Гвинея	ЗТОР	56.9	54.3-59.5	24.8	22.6-27.0	40.9	39.2-42.6	54.8	52.2-57.4	26.3	24.0-28.5	40.5
Парагвай	АМР	21.6	18.8-24.4	6.8	5.6-8.1	14.3	12.3-16.3	22.9	20.0-25.8	7.4	6.1-8.7	15.1
Перу	АМР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Польша	ЕВР	33.2	-	23.2	-	28.0	-	32.1	-	22.7	-	27.4
Португалия	ЕВР	27.0	-	10.7	-	18.5	-	28.3	-	12.7	-	20.5
Республика Корея	ЗТОР	50.4	16.8-84.0	4.9	0.0-10.8	27.2	10.5-43.9	50.2	16.6-83.9	4.8	0.0-10.8	27.5
Республика Молдова	ЕВР	37.0	25.0-49.1	3.4	0.0-7.8	19.1	13.0-25.2	38.1	26.1-50.1	4.0	0.1-7.8	21.0
Российская Федерация	ЕВР	65.5	62.2-68.7	19.7	17.4-21.9	40.5	38.6-42.4	65.5	62.2-68.7	22.9	20.5-25.3	44.2
Руанда	АФР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Румыния	ЕВР	38.6	32.1-45.1	17.7	11.9-23.5	27.8	21.7-34.0	38.9	33.1-44.7	19.2	13.3-25.1	29.1
Сальвадор	АМР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Самоа	ЗТОР	53.6	35.9-71.3	17.1	2.2-32.1	36.2	24.5-47.9	55.3	37.7-73.0	17.7	2.8-32.6	36.5
Сан-Марино	ЕВР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Сан-Томе и Принсипи	АФР	4.8	3.5-6.1	0.9	0.4-1.4	2.8	2.1-3.5	6.6	5.1-8.1	1.0	0.5-1.6	3.8
Саудовская Аравия	ВСР	8.5	6.6-10.5	2.7	1.5-3.8	6.0	4.4-7.6	8.5	6.4-10.6	3.4	1.9-4.9	6.0
Свазиленд	АФР	10.8	7.9-13.7	0.8	0.2-1.4	5.6	4.2-7.0	11.6	8.6-14.6	0.8	0.2-1.4	6.2
Сейшелы	АФР	21.3	17.9-24.7	3.7	2.3-5.2	12.4	10.6-14.2	21.1	17.7-24.5	3.7	2.3-5.1	12.4
Сенегал	АФР	12.9	7.2-18.6	0.5	0.0-2.0	6.6	3.7-9.5	13.5	7.8-19.2	0.7	0.0-2.1	7.1
Сент-Винсент и Гренадины	АМР	16.0	11.4-20.6	4.8	2.5-7.2	10.5	7.9-13.1	16.8	12.1-21.5	5.1	2.7-7.5	11.0
Сент-Китс и Невис	АМР	8.3	5.9-10.6	1.8	0.9-2.7	5.0	3.8-6.2	8.3	6.0-10.7	1.8	0.9-2.6	5.1
Сент-Люсия	АМР	25.8	20.9-30.7	9.4	0.0-24.4	17.4	9.3-25.5	26.8	21.9-31.7	10.5	0.0-25.5	18.6
Сербия	ЕВР	33.1	-	21.9	-	27.4	-	34.1	-	23.5	-	28.8
Сингапур	ЗТОР	25.1	23.7-26.5	4.0	3.4-4.6	14.5	13.7-15.3	24.9	23.5-26.3	4.3	3.7-5.0	14.6
Сирийская Арабская Республика	ВСР	36.8	29.7-43.9	...	...	...	-	38.9	31.4-46.4	...	-	...
Словакия	ЕВР	34.2	23.9-44.5	14.4	6.8-22.1	23.9	17.6-30.2	34.4	24.1-44.7	15.8	8.2-23.5	25.1
Словения	ЕВР	24.1	15.7-32.5	17.2	8.1-26.3	20.5	14.3-26.7	26.6	18.1-35.1	18.3	9.2-27.5	22.5
Соединенное Королевство	ЕВР	18.5	17.4-19.6	16.2	15.3-17.1	17.3	16.3-18.4	19.4	18.3-20.5	16.9	15.9-17.9	18.1

	Распространенность курения сигарет в день						Распространенность курения сигарет в день						Последний год с наличием страновых данных
	Общие оценки						Стандартизованные по возрасту оценки						
95% ДИ	Муж.	95% ДИ	Жен.	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	Муж.	95% ДИ	Жен.	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	
9.1-24.7	31.6	16.4-46.7	3.8	0.0-7.7	17.3	9.7-24.9	30.2	15.0-45.3	3.7	0.0-7.5	16.9	9.1-24.7	2002
-	21.0	-	6.2	-	13.4	-	20.7	-	6.2	-	13.5	-	2006
8.5-29.5	22.4	6.8-38.1	12.4	0.0-26.4	17.5	7.0-28.0	24.9	9.2-40.6	13.2	0.0-27.2	19.0	8.5-29.5	нет страновых данных
6.6-9.0	12.0	10.4-13.6	0.6	0.3-0.9	6.0	5.0-7.0	12.3	10.6-14.0	0.6	0.3-0.9	6.5	5.5-7.5	нет страновых данных
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
22.9-25.1	43.0	40.9-45.0	5.2	4.4-5.9	23.7	22.6-24.8	42.7	40.7-44.8	5.2	4.4-5.9	24.0	22.9-25.1	2009
15.6-29.6	28.7	16.2-41.1	8.6	2.0-15.1	18.3	11.4-25.2	30.4	18.0-42.9	9.5	2.9-16.0	20.0	13.0-27.0	2007
11.6-17.4	19.8	16.4-23.2	5.5	5.0-6.0	12.4	10.7-14.1	19.3	13.6-25.0	6.0	5.5-6.5	12.7	9.8-15.6	2007
32.5-61.1	44.3	26.4-62.2	50.5	28.3-72.7	47.5	33.2-61.8	43.6	25.7-61.6	49.9	27.7-72.1	46.8	32.5-61.1	2004
26.3-29.1	20.7	18.6-22.7	21.1	20.0-22.2	20.9	19.7-22.1	24.2	21.8-26.6	25.3	24.0-26.6	24.7	23.3-26.1	2006
2.0-4.8	5.7	2.9-8.5	0.2	0.0-0.6	2.9	1.5-4.3	5.2	2.4-7.9	0.2	0.0-0.6	2.7	1.3-4.1	2007
4.4-6.0	5.4	4.6-6.2	0.4	0.1-0.7	2.9	2.5-3.3	5.6	4.1-7.1	0.4	0.0-0.9	3.0	2.2-3.8	2008
-	24.6	-	23.6	-	24.1	-	25.8	-	24.2	-	25.0	-	2005
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
19.4-21.6	21.4	19.4-23.4	20.1	18.2-22.0	20.7	19.4-22.1	21.5	19.8-23.2	19.5	18.0-21.0	20.5	19.4-21.6	2008
-	22.7	-	21.8	-	22.2	-	22.5	-	22.2	-	22.4	-	2006
5.3-14.9	11.8	10.7-12.8	0.6	0.0-10.1	6.1	1.3-10.9	13.5	12.4-14.6	0.8	0.0-10.3	7.2	2.4-12.0	нет страновых данных
2.8-11.6	14.2	5.6-22.8	0.3	0.0-2.4	10.2	4.0-16.4	11.5	3.0-20.0	0.3	0.0-2.3	5.9	1.5-10.3	2003
0.6-6.2	5.2	0.0-10.7	0.0	0.0-0.4	3.1	0.0-6.4	4.8	0.0-10.3	0.0	0.0-0.4	2.4	0.0-5.2	2000
19.7-46.1	38.9	21.3-56.4	29.7	10.1-49.4	34.4	21.3-47.5	37.4	19.9-55.0	28.5	8.8-48.1	32.9	19.7-46.1	2004
12.0-21.8	20.4	11.3-29.5	1.4	0.0-5.1	11.2	6.2-16.2	23.1	14.0-32.2	1.7	0.0-5.5	12.4	7.5-17.3	2003
-	33.0	-	7.1	-	19.7	-	32.9	-	7.3	-	20.1	-	1991
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
38.8-42.2	56.9	54.3-59.5	24.8	22.6-27.0	40.9	39.2-42.6	54.8	52.2-57.4	26.3	24.0-28.5	40.5	38.8-42.2	2007
13.0-17.2	20.7	18.0-23.4	5.9	4.8-7.0	13.3	11.4-15.2	21.7	18.9-24.5	6.1	5.0-7.2	13.9	12.0-15.9	2003
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
-	33.2	-	23.2	-	28.0	-	32.1	-	22.7	-	27.4	-	2007
-	27.0	-	10.7	-	18.5	-	28.3	-	12.7	-	20.5	-	2006
10.4-44.6	50.4	16.8-84.0	4.9	0.0-10.8	27.2	10.5-43.9	50.2	16.6-83.9	4.8	0.0-10.8	27.5	10.4-44.6	2005
14.7-27.3	37.0	25.0-49.1	3.4	0.0-7.8	19.1	13.0-25.2	38.1	26.1-50.1	4.0	0.1-7.8	21.0	14.7-27.3	2005
42.2-46.2	65.5	62.2-68.7	19.7	17.4-21.9	40.5	38.6-42.4	65.5	62.2-68.7	22.9	20.5-25.3	44.2	42.2-46.2	2001
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
23.3-35.0	38.6	32.1-45.1	17.7	11.9-23.5	27.8	21.7-34.0	38.9	33.1-44.7	19.2	13.3-25.1	29.1	23.3-35.0	2005
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
24.9-48.1	53.6	35.9-71.3	17.1	2.2-32.1	36.2	24.5-47.9	55.3	37.7-73.0	17.7	2.8-32.6	36.5	24.9-48.1	2002
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
3.0-4.6	4.2	3.0-5.4	0.6	0.2-1.0	2.3	1.7-2.9	5.6	4.2-7.0	0.6	0.2-1.0	3.1	2.4-3.8	2009
4.2-7.8	6.9	5.1-8.7	2.1	1.1-3.2	4.9	3.5-6.3	6.6	4.8-8.4	2.8	1.5-4.1	4.7	3.2-6.3	2000
4.7-7.7	9.5	6.8-12.3	0.7	0.2-1.3	4.9	3.6-6.2	9.9	7.1-12.7	0.7	0.2-1.3	5.3	3.9-6.7	2007
10.6-14.2	18.0	14.8-21.2	1.3	0.5-2.2	9.5	7.9-11.1	17.7	14.5-20.8	1.3	0.4-2.1	9.5	7.9-11.1	2004
4.2-10.0	9.5	3.8-15.2	0.2	0.0-1.6	4.7	1.8-7.6	8.9	3.3-14.6	0.2	0.0-1.6	4.6	1.7-7.5	2003
8.3-13.7	16.0	11.4-20.6	4.8	2.5-7.2	10.5	7.9-13.1	16.8	12.1-21.5	5.1	2.7-7.5	11.0	8.3-13.7	1991
3.8-6.4	7.8	5.5-10.1	1.7	0.9-2.6	4.7	3.5-5.9	7.9	5.6-10.2	1.7	0.8-2.5	4.8	3.6-6.0	нет страновых данных
10.7-26.5	22.6	17.8-27.4	7.0	0.0-22.0	14.6	6.5-22.7	22.9	18.1-27.8	7.8	0.0-22.8	15.4	7.5-23.3	2006
-	33.1	-	21.9	-	27.4	-	34.1	-	23.5	-	28.8	-	2006
13.8-15.4	22.9	21.5-24.3	3.5	2.9-4.1	13.2	12.5-13.9	23.0	21.6-24.3	3.8	3.2-4.5	13.4	12.6-14.2	2007
-	36.5	29.5-43.4	...	...	...	-	38.3	31.0-45.6	...	-	...	-	2002
18.7-31.5	34.2	23.9-44.5	14.4	6.8-22.1	23.9	17.6-30.2	34.4	24.1-44.7	15.8	8.2-23.5	25.1	18.7-31.5	2003
16.3-28.7	24.1	15.7-32.5	17.2	8.1-26.3	20.5	14.3-26.7	26.6	18.1-35.1	18.3	9.2-27.5	22.5	16.3-28.7	2003
17.1-19.2	18.5	17.5-19.5	16.2	15.3-17.1	17.3	16.3-18.4	19.4	18.3-20.5	16.9	15.9-17.9	18.1	17.1-19.2	2007

ТАБАК
СОПОСТАВИМЫЕ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КУРЕНИЯ ТАБАКА И СИГАРЕТ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В ДЕНЬ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ 15 ЛЕТ И СТАРШЕ, 2008

Примечание: - нет данных о размере выборки
... нет данных

Страна	Регион	Распространенность курения табака в день						Распространенность курения табака в день				
		Общие оценки						Стандартизованные по возрасту оценки				
		Муж.	95% ДИ	Жен.	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	Муж.	95% ДИ	Жен.	95% ДИ	Оба пола
Соединнные Штаты Америки	АМР	18.6	-	12.7	-	15.6	-	18.7	-	12.9	-	15.8
Соломоновы Острова	ЗТОР	42.4	39.6-45.1	14.4	12.7-16.1	28.8	27.1-30.5	41.0	38.2-43.7	14.2	12.5-15.9	27.6
Сомали	ВСР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Судан	ВСР	24.5	-	2.0	-	13.2	-	23.1	-	2.2	-	12.7
Суринам	АМР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Сьерра-Леоне	АФР	38.0	27.1-48.9	9.5	3.0-15.9	23.1	16.9-29.3	37.9	27.1-48.8	8.1	1.7-14.5	23.0
Таджикистан	ЕВР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Таиланд	ЮВАР	36.2	-	1.6	-	18.4	-	35.6	-	1.5	-	18.5
Тимор-Лешти	ЮВАР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Того	АФР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Тонга	ЗТОР	36.6	36.0-37.1	7.5	7.2-7.8	22.0	21.7-22.3	38.0	37.5-38.6	7.6	7.3-7.9	22.8
Тринидад и Тобаго	АМР	19.0	15.0-23.0	7.7	0.0-16.8	13.1	8.0-18.2	20.1	16.1-24.1	7.8	0.0-16.9	14.0
Тувалу	ЗТОР	47.8	31.7-63.9	15.5	1.4-29.7	32.0	21.3-42.7	49.7	33.6-65.8	16.5	2.3-30.6	33.1
Тунис	ВСР	56.5	51.9-61.1	6.8	4.3-9.3	31.6	29.0-34.2	55.6	51.0-60.3	6.6	4.1-9.0	31.1
Туркмения	ЕВР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Турция	ЕВР	45.9	34.3-57.6	17.3	11.2-23.5	31.6	25.0-38.2	44.7	33.1-56.4	16.3	10.2-22.4	30.5
Уганда	АФР	12.3	10.6-13.9	1.5	1.0-1.9	6.8	6.0-7.6	12.8	10.7-14.9	2.3	1.2-3.5	7.6
Узбекистан	ЕВР	16.8	13.1-20.5	2.7	2.4-3.0	9.6	7.6-11.6	18.6	14.8-22.4	2.4	2.1-2.7	10.5
Украина	ЕВР	58.8	46.1-71.5	18.3	10.7-26.0	36.7	29.6-43.8	59.0	46.3-71.7	21.4	13.7-29.2	40.2
Уругвай	АМР	35.2	31.0-39.5	25.6	22.1-29.2	30.2	26.3-34.1	35.4	31.1-39.7	27.2	23.3-31.1	31.3
Фиджи	ЗТОР	15.0	13.7-16.4	1.7	1.3-2.1	8.4	7.7-9.1	14.9	13.5-16.2	1.7	1.3-2.2	8.3
Филиппины	ЗТОР	34.7	33.3-36.1	7.7	7.0-8.5	21.2	20.4-22.0	35.9	34.5-37.3	8.3	7.6-9.0	22.1
Финляндия	ЕВР	24.4	22.2-26.6	15.8	14.1-17.5	20.0	18.1-22.0	25.2	23.0-27.4	16.5	14.7-18.3	20.9
Франция	ЕВР	27.4	26.7-28.1	20.1	19.5-20.7	23.6	22.9-24.3	29.9	29.2-30.6	23.8	23.1-24.5	26.9
Хорватия	ЕВР	31.7	30.0-33.4	22.3	21.3-23.3	26.7	25.4-28.1	33.1	31.3-34.9	25.6	24.5-26.7	29.4
Центральноафриканская Республика	АФР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Чад	АФР	20.1	17.6-22.6	2.1	1.1-3.0	11.0	9.7-12.3	20.5	18.0-23.0	2.0	1.1-3.0	11.3
Черногория	ЕВР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Чешская Республика	ЕВР	27.3	-	19.6	-	23.4	-	27.9	-	21.6	-	24.7
Чили	АМР	38.4	36.6-40.2	32.7	31.1-34.3	35.5	34.3-36.7	38.1	36.3-39.8	33.3	31.7-34.9	35.7
Швейцария	ЕВР	22.9	20.9-24.9	16.7	15.2-18.2	19.7	18.0-21.5	23.8	21.7-25.9	17.7	16.1-19.3	20.7
Швеция	ЕВР	11.9	-	16.1	-	14.0	-	11.3	-	16.0	-	13.7
Шри-Ланка	ЮВАР	21.4	20.4-22.5	0.3	0.2-0.4	10.6	10.1-11.1	21.3	20.3-22.3	0.3	0.2-0.4	10.8
Эквадор	АМР	5.7	4.4-6.9	1.3	0.8-1.9	3.5	2.6-4.4	6.1	4.7-7.5	1.5	1.0-2.0	3.8
Экваториальная Гвинея	АФР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Эритрея	АФР	9.7	8.0-11.4	0.4	0.0-0.8	4.9	4.1-5.7	10.3	8.5-12.0	0.4	0.1-0.8	5.4
Эстония	ЕВР	39.2	36.5-41.9	17.3	15.3-19.3	27.2	24.9-29.6	39.9	37.2-42.6	18.6	16.6-20.6	29.3
Эфиопия	АФР	4.5	3.7-5.4	0.2	0.0-0.4	2.4	1.9-2.9	5.5	4.5-6.5	0.3	0.0-0.6	2.9
Южно-Африканская Республика	АФР	21.2	18.3-24.2	7.0	5.4-8.6	14.0	11.7-16.3	21.5	18.5-24.5	7.3	5.8-8.8	14.4
Ямайка	АМР	17.4	13.4-21.4	7.6	4.9-10.3	12.3	9.9-14.7	18.4	14.1-22.6	7.8	4.8-10.8	13.1
Япония	ЗТОР	36.6	27.0-46.0	8.7	1.5-16.0	22.2	7.8-36.6	37.8	9.0-66.6	10.3	3.1-17.5	24.1

		Распространенность курения сигарет в день						Распространенность курения сигарет в день						Последний год с наличием страновых данных
		Общие оценки						Стандартизованные по возрасту оценки						
	95% ДИ	Муж.	95% ДИ	Жен.	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	Муж.	95% ДИ	Жен.	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	
	-	18.6	-	12.7	-	15.6	...	18.7	-	12.9	-	15.8	-	2007
	26.0-29.2	42.4	39.6-45.1	14.4	12.7-16.1	28.8	27.1-30.5	41.0	38.2-43.7	14.2	12.5-15.9	27.6	26.0-29.2	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	-	22.2	-	1.5	-	11.8	-	20.2	-	1.5	-	10.9	-	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	16.7-29.3	28.2	17.3-39.0	0.8	0.0-7.2	13.9	7.8-20.0	24.5	13.7-35.3	0.8	0.0-7.1	12.6	6.3-18.9	2009
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	-	32.7	-	1.4	-	16.6	-	32.1	-	1.3	-	16.7	-	2007
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	22.5-23.1	36.6	36.0-37.1	7.5	7.2-7.8	22.0	21.7-22.3	38.0	37.5-38.6	7.6	7.3-7.9	22.8	22.5-23.1	2006
	9.0-19.0	17.2	13.3-21.1	6.0	0.0-15.1	11.4	6.3-16.5	17.7	13.8-21.7	6.0	0.0-15.1	11.9	7.0-16.8	2007
	22.4-43.8	47.8	31.7-63.9	15.5	1.4-29.7	32.0	21.3-42.7	49.7	33.6-65.8	16.5	2.3-30.6	33.1	22.4-43.8	2002
	28.5-33.7	52.6	48.0-57.3	5.9	3.4-8.4	29.2	26.6-31.8	51.1	46.5-55.8	5.5	3.1-7.9	28.3	25.7-30.9	2003
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	23.9-37.1	45.9	34.3-57.6	17.3	11.2-23.5	31.6	25.0-38.2	44.7	33.1-56.4	16.3	10.2-22.4	30.5	23.9-37.1	2003
	6.4-8.8	11.4	9.8-13.0	0.6	0.2-1.0	6.0	5.2-6.8	11.6	9.5-13.7	0.9	0.0-2.0	6.2	5.0-7.4	2006
	8.5-12.6	16.8	13.1-20.5	2.7	2.4-3.0	9.6	7.6-11.6	18.6	14.8-22.4	2.4	2.1-2.7	10.5	8.5-12.6	2006
	32.8-47.6	58.8	46.1-71.5	18.3	10.7-26.0	36.7	29.6-43.8	59.0	46.3-71.7	21.4	13.7-29.2	40.2	32.8-47.6	2005
	27.2-35.4	35.2	31.0-39.5	25.6	22.1-29.2	30.2	26.3-34.1	35.4	31.1-39.7	27.2	23.3-31.1	31.3	27.2-35.4	2006
	7.6-9.0	15.0	13.7-16.4	1.7	1.3-2.1	8.4	7.7-9.1	14.9	13.5-16.2	1.7	1.3-2.2	8.3	7.6-9.0	2002
	21.3-22.9	31.8	30.4-33.1	6.7	6.1-7.4	19.3	18.5-20.1	32.4	31.1-33.8	7.1	6.4-7.8	19.8	19.0-20.6	2003
	18.9-22.9	24.4	22.2-26.6	15.8	14.1-17.5	20.0	18.1-22.0	25.2	23.0-27.4	16.5	14.7-18.3	20.9	18.9-22.9	2007
	26.2-27.6	27.4	26.7-28.1	20.1	19.5-20.7	23.6	22.9-24.3	29.9	29.2-30.6	23.8	23.1-24.5	26.9	26.2-27.6	2005
	28.0-30.9	31.7	30.0-33.4	22.3	21.3-23.3	26.7	25.3-28.1	33.1	31.3-34.9	25.6	24.5-26.7	29.4	28.0-30.9	2003
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	10.0-12.6	15.1	12.8-17.3	1.0	0.4-1.7	7.9	6.8-9.0	15.3	13.1-17.5	1.0	0.4-1.7	8.2	7.0-9.4	2003
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	-	27.3	-	19.6	-	23.4	-	27.9	-	21.6	-	24.7	-	2008
	34.5-36.9	37.7	35.9-39.4	28.9	27.4-30.5	33.2	32.0-34.4	37.4	35.6-39.1	29.7	28.1-31.3	33.5	32.3-34.7	2006
	18.9-22.6	22.9	20.9-24.9	16.7	15.2-18.2	19.7	18.0-21.5	23.8	21.7-25.9	17.7	16.1-19.3	20.7	18.9-22.6	2007
	-	11.9	-	16.1	-	14.0	-	11.3	-	16.0	-	13.7	-	2007
	10.3-11.3	16.4	15.5-17.3	0.1	0.0-0.2	8.0	7.5-8.5	16.3	15.3-17.2	0.1	0.0-0.2	8.2	7.7-8.7	2006
	2.9-4.8	5.4	4.2-6.6	1.2	0.8-1.7	3.3	2.5-4.1	5.8	4.5-7.1	1.4	0.9-1.9	3.6	2.7-4.5	2003
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	4.5-6.3	9.0	7.4-10.7	0.2	0.0-0.5	4.5	3.7-5.3	9.3	7.6-11.0	0.2	0.0-0.5	4.8	4.0-5.6	2004
	27.0-31.7	39.2	36.5-41.9	17.3	15.3-19.3	27.2	24.9-29.6	39.9	37.2-42.6	18.6	16.6-20.6	29.3	27.0-31.7	2006
	2.3-3.6	4.2	3.4-4.9	0.1	0.0-0.3	2.1	1.6-2.6	5.1	4.2-6.0	0.2	0.0-0.4	2.6	2.1-3.2	2005
	12.2-16.7	19.0	16.2-21.9	5.5	4.2-6.8	12.1	10.0-14.2	19.1	16.3-21.9	5.7	4.3-7.1	12.4	10.3-14.5	2004
	10.5-15.7	15.4	11.6-19.3	6.3	3.7-8.9	10.7	8.4-13.0	16.2	12.1-20.4	6.4	3.5-9.3	11.3	8.8-13.8	2000
	9.3-38.9	36.6	7.8-65.4	8.7	1.5-16.0	22.2	7.8-36.6	37.8	9.0-66.6	10.3	3.1-17.5	24.1	9.3-38.9	2006

НЕДОСТАТОЧНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ
СОПОСТАВИМЫЕ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НЕДОСТАТОЧНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ 15 ЛЕТ И СТАРШЕ, 2008

Примечание: ... нет данных

Страна	Регион	Недостаточно физически активны				
		Общие оценки				
		Мужчины	95% ДИ	Женщины	95% ДИ	Оба пола
Австралия	ЗТОР	38.0	16.6-70.3	42.5	18.5-74.2	40.3
Австрия	ЕВР	32.1	12.8-66.0	40.3	17.0-74.0	36.3
Азербайджан	ЕВР	...	...	...	...	...
Албания	ЕВР	...	...	...	...	...
Алжир	АФР	30.8	28.5-33.3	47.6	45.5-49.6	39.2
Ангола	АФР	...	...	...	...	...
Андорра	ЕВР	...	...	...	...	...
Антигуа и Барбуда	АМР	...	...	...	...	...
Аргентина	АМР	65.6	31.7-86.5	72.0	37.2-89.3	68.9
Армения	ЕВР	...	...	...	...	...
Афганистан	ВСР	...	...	...	...	...
Багамские Острова	АМР	...	...	...	...	...
Бангладеш	ЮВАР	2.9	2.4-3.4	6.5	5.9-7.3	4.7
Барбадос	АМР	38.3	34.5-42.1	57.1	52.8-61.5	48.1
Бахрейн	ВСР	...	...	...	...	...
Беларусь	ЕВР	...	...	...	...	...
Белиз	АМР	...	...	...	...	...
Бельгия	ЕВР	43.6	19.9-75.4	49.4	27.3-82.3	46.6
Бенин	АФР	6.1	5.4-7.0	9.9	8.9-11.0	8.0
Болгария	ЕВР	24.6	9.1-58.7	31.8	12.7-65.8	28.4
Боливия (Многонациональное Государство)	АМР	...	...	...	...	...
Босния и Герцеговина	ЕВР	31.5	11.5-61.8	39.2	16.3-72.6	35.5
Ботсвана	АФР	21.7	19.7-23.8	43.4	40.6-46.2	32.6
Бразилия	АМР	46.0	19.5-76.4	51.1	22.3-79.7	48.6
Бруней-Даруссалам	ЗТОР	...	...	...	...	...
Буркина Фасо	АФР	11.5	3.3-31.0	12.7	3.9-33.1	12.1
Бурунди	АФР	...	...	...	...	...
Бутан	ЮВАР	41.2	12.0-64.2	63.5	30.1-85.0	51.5
Бывшая югославская Республика Македония	ЕВР	...	...	...	...	...
Вануату	ЗТОР	...	...	...	...	...
Венгрия	ЕВР	27.6	11.4-61.8	29.5	13.6-63.3	28.6
Венесуэла (Боливарианская Республика)	АМР	...	...	...	...	...
Вьетнам	ЗТОР	14.2	4.2-38.3	15.6	5.0-41.2	14.9
Габон	АФР	23.3	5.0-37.8	44.2	13.6-66.0	33.9
Гаити	АМР	...	...	...	...	...
Гайана	АМР	...	...	...	...	...
Гамбия	АФР	17.2	15.4-19.1	26.0	24.2-27.9	21.7
Гана	АФР	13.0	11.6-14.4	19.3	17.7-21.0	16.1
Гватемала	АМР	14.6	4.6-40.9	16.4	5.4-45.0	15.6
Гвинея	АФР	4.0	1.5-15.6	15.7	4.6-34.3	9.8
Гвинея-Бисау	АФР	...	...	...	...	...
Германия	ЕВР	29.7	11.4-63.3	31.1	12.2-65.2	30.4
Гондурас	АМР	...	...	...	...	...
Гренада	АМР	...	...	...	...	...
Греция	ЕВР	20.2	6.8-44.3	15.5	5.4-45.2	17.8
Грузия	ЕВР	21.3	19.5-23.2	24.2	23.0-25.5	22.9
Дания	ЕВР	35.8	14.3-69.7	37.3	15.6-71.6	36.6
Демократическая Республика Конго	АФР	35.1	31.7-38.6	49.7	46.8-52.6	42.5
Джибути	ВСР	...	...	...	...	...
Доминика	АМР	14.9	11.0-18.9	36.2	33.1-39.7	25.5
Доминиканская Республика	АМР	56.1	25.9-82.7	62.1	29.1-85.1	59.1
Египет	ВСР	...	...	...	...	...
Замбия	АФР	13.3	4.0-36.4	17.7	5.7-44.9	15.5
Зимбабве	АФР	18.2	6.0-45.3	24.8	9.0-57.7	21.7

	Недостаточно физически активны						Последний год с наличием страновых данных
	Стандартизованные по возрасту оценки						
95% ДИ	Мужчины	95% ДИ	Женщины	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	
16.3-72.1	35.9	14.9-68.5	39.9	16.6-72.2	37.9	14.9-70.5	2003
16.5-72.0	30.3	11.7-63.8	39.2	15.9-72.5	34.8	14.4-69.7	2005
...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
37.6-40.7	31.9	29.5-34.3	49.2	47.2-51.2	40.5	39.0-42.1	нет страновых данных
...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
31.3-87.3	65.8	31.8-86.6	70.9	36.3-89.0	68.3	31.0-87.1	2010
...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
4.3-5.1	2.7	2.3-3.3	6.6	5.9-7.3	4.7	4.3-5.1	2009
45.2-51.0	38.3	34.4-42.0	55.6	51.2-60.0	46.9	44.0-49.8	2007
...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
20.6-77.0	40.4	17.4-72.4	45.0	21.4-76.9	42.7	17.7-73.9	2005
7.4-8.7	7.1	6.3-8.0	11.2	10.2-12.3	9.1	8.5-9.8	2008
10.7-63.3	24.7	9.0-58.5	28.8	11.1-62.4	26.8	10.0-61.7	2005
...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
13.4-66.9	30.3	10.8-60.3	37.0	15.1-70.4	33.6	12.4-65.2	2003
31.0-34.3	26.3	24.2-28.4	44.1	41.3-46.9	35.2	33.5-36.8	2007
77.8-77.7	47.2	20.4-77.1	51.6	22.6-79.9	49.4	78.2-78.0	2003
...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
3.9-36.2	14.6	4.6-37.9	16.3	5.4-40.5	15.5	5.6-42.9	2003
...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
18.7-73.2	40.9	13.4-66.0	63.6	30.6-85.2	52.3	19.7-74.1	нет страновых данных
...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
10.6-62.2	26.4	10.7-60.5	25.6	10.4-58.7	26.0	9.7-60.2	2003
...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
5.3-43.6	14.6	4.5-39.5	15.9	5.2-41.8	15.3	5.6-44.4	2003
9.0-52.7	26.8	6.1-42.3	46.4	15.0-68.2	36.6	10.1-55.5	нет страновых данных
...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
20.4-23.0	20.4	18.5-22.3	28.7	26.8-30.6	24.5	23.2-25.9	2010
15.0-17.2	14.4	13.0-15.8	20.8	19.1-22.5	17.6	16.5-18.7	2009
5.4-46.8	15.3	5.0-42.9	17.0	5.7-46.4	16.2	5.7-48.0	2003
2.6-22.4	6.1	1.9-18.6	18.1	5.6-37.5	12.1	3.3-25.5	нет страновых данных
...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
11.0-64.0	27.5	10.3-60.6	28.5	10.7-62.3	28.0	10.2-62.0	2005
...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
7.1-49.8	16.7	5.4-37.8	14.5	4.7-41.4	15.6	5.5-43.9	2005
21.9-23.9	21.1	19.3-23.0	23.5	22.3-24.7	22.3	21.3-23.3	2010
14.7-70.9	34.8	13.6-68.5	35.4	14.1-69.3	35.1	13.6-69.1	2005
40.3-44.8	38.4	35.0-41.9	52.0	49.1-54.9	45.2	43.0-47.4	нет страновых данных
...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
23.0-28.2	14.3	10.5-18.4	34.4	31.3-37.9	24.4	21.8-27.1	2007
25.5-83.3	57.0	26.7-83.2	62.9	30.0-85.5	60.0	26.0-83.6	2003
...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
5.2-44.6	15.1	4.8-40.8	19.3	6.6-48.2	17.2	5.9-47.7	2003
7.9-55.7	21.8	7.9-51.8	25.8	9.5-58.9	23.8	8.9-58.2	2003

НЕДОСТАТОЧНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ
СОПОСТАВИМЫЕ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НЕДОСТАТОЧНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ 15 ЛЕТ И СТАРШЕ, 2008

Примечание: ... нет данных

Страна	Регион	Недостаточно физически активны				
		Общие оценки				
		Мужчины	95% ДИ	Женщины	95% ДИ	Оба пола
Израиль	ЕВР	...	...	...	...	...
Индия	ЮВАР	10.8	9.9-11.8	17.3	16.4-18.2	14.0
Индонезия	ЮВАР	31.9	28.7-35.1	27.9	25.2-30.7	29.9
Иордания	ВСР	...	...	...	...	...
Ирак	ВСР	59.1	56.9-61.3	51.3	49.3-53.2	55.2
Иран (Исламская Республика)	ВСР	25.2	24.6-25.9	46.5	45.7-47.3	35.7
Ирландия	ЕВР	48.3	21.1-78.7	59.9	28.3-84.1	54.1
Исландия	ЕВР	...	...	...	...	...
Испания	ЕВР	47.7	20.5-78.4	56.3	26.1-82.4	52.1
Италия	ЕВР	51.0	23.4-81.0	61.8	30.9-86.3	56.6
Йемен	ВСР	...	...	...	...	...
Кабо-Верде	АФР	9.9	7.3-12.6	29.0	26.6-31.8	20.2
Казахстан	ЕВР	30.9	12.0-64.8	31.2	12.8-65.9	31.0
Камбоджа	ЗТОР	10.8	9.9-11.9	10.9	9.5-12.4	10.9
Камерун	АФР	30.5	8.0-51.2	47.6	17.7-72.9	39.1
Канада	АМР	34.0	13.7-67.8	37.4	15.6-71.3	35.7
Катар	ВСР	...	...	...	...	...
Кения	АФР	13.7	4.0-37.0	17.0	5.3-44.1	15.4
Кипр	ЕВР	49.3	21.8-78.8	63.8	30.2-85.9	56.9
Киргизия	ЕВР	...	...	...	...	...
Кирибати	ЗТОР	42.4	38.8-46.1	57.1	53.9-60.4	49.8
Китай	ЗТОР	29.3	28.2-30.4	32.0	30.9-33.0	30.6
Колумбия	АМР	38.1	14.2-70.5	47.1	18.0-76.4	42.7
Коморские Острова	АФР	4.8	1.2-14.4	9.1	2.7-26.5	6.9
Конго	АФР	40.7	15.8-71.8	50.3	22.4-79.5	45.5
Корейская Народно-Демократическая Республика	ЮВАР	...	...	...	...	...
Коста-Рика	АМР	...	...	...	...	...
Кот-дИвуар	АФР	27.3	10.5-61.1	37.4	15.5-71.9	32.2
Куба	АМР	...	...	...	...	...
Кувейт	ВСР	58.0	55.6-60.4	71.3	68.0-74.5	63.0
Лаосская Народно-Демократическая Республика	ЗТОР	15.6	4.8-41.6	19.5	6.5-48.7	17.6
Латвия	ЕВР	29.2	11.5-62.2	36.5	14.4-70.3	33.2
Лесото	АФР	...	...	...	...	...
Либерия	АФР	...	...	...	...	...
Ливан	ВСР	52.4	49.0-55.7	42.0	39.1-45.0	47.0
Ливийская Арабская Джамахирия	ВСР	35.4	33.1-37.8	53.6	51.4-56.0	44.2
Литва	ЕВР	20.9	17.5-24.7	24.8	21.2-28.6	23.0
Люксембург	ЕВР	49.9	21.3-81.2	44.3	18.0-77.1	47.1
Маврикий	АФР	37.1	14.6-69.5	39.1	15.7-70.8	38.1
Мавритания	АФР	38.5	17.5-76.1	46.2	27.0-85.0	42.3
Мадагаскар	АФР	16.5	14.8-18.2	26.6	24.8-28.6	21.6
Малави	АФР	6.8	5.5-8.1	12.6	11.4-14.0	9.8
Малайзия	ЗТОР	56.0	52.9-59.0	65.0	62.6-67.4	60.5
Мали	АФР	16.7	5.0-42.8	21.8	7.3-52.1	19.3
Мальдивы	ЮВАР	36.6	10.3-59.9	41.3	14.7-69.0	38.9
Мальта	ЕВР	70.7	32.1-88.5	74.2	37.8-89.8	72.5
Марокко	ВСР	...	...	...	...	...
Маршалловы Острова	ЗТОР	46.3	43.5-49.2	57.1	54.7-59.4	51.7
Мексика	АМР	36.0	14.2-69.1	37.9	15.1-71.2	37.0
Микронезия (Федеративные Штаты)	ЗТОР	56.4	53.4-59.3	74.3	70.1-78.4	65.2
Мозамбик	АФР	6.3	5.0-7.8	6.8	5.7-8.1	6.6
Монако	ЕВР	...	...	...	...	...
Монголия	ЗТОР	7.9	6.9-9.1	8.4	7.4-9.3	8.2
Мьянма	ЮВАР	9.8	8.7-11.0	14.4	13.4-15.4	12.2
Намибия	АФР	49.5	21.0-78.7	62.8	29.6-85.4	56.3

		Недостаточно физически активны						Последний год с наличием страновых данных
		Стандартизованные по возрасту оценки						
	95% ДИ	Мужчины	95% ДИ	Женщины	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	13.3-14.6	12.7	11.8-13.7	18.4	17.5-19.3	15.6	14.9-16.2	нет страновых данных
	27.8-32.0	31.5	28.4-34.8	28.1	25.4-30.9	29.8	27.7-31.9	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	53.7-56.7	62.8	60.6-64.9	54.0	52.0-55.9	58.4	56.9-59.8	2006
	35.1-36.2	27.1	26.4-27.8	47.0	46.2-47.8	37.0	36.5-37.6	2007
	23.9-81.4	47.8	20.7-78.3	58.5	27.0-83.4	53.2	23.0-80.8	2005
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	21.3-79.6	47.4	20.1-78.1	53.1	23.6-81.0	50.2	20.4-78.9	2003
	23.4-81.7	49.6	21.9-79.6	59.8	28.3-84.8	54.7	22.5-81.0	2005
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	18.3-22.1	12.1	9.4-14.8	29.4	26.9-32.1	20.7	18.9-22.7	2007
	11.9-65.7	32.0	12.8-66.3	31.0	12.7-65.7	31.5	12.1-66.0	2003
	10.1-11.7	11.4	10.4-12.5	11.1	9.7-12.5	11.2	10.4-12.1	2010
	13.8-64.7	33.0	9.2-54.4	48.3	18.7-73.8	40.7	15.8-67.0	нет страновых данных
	13.8-69.2	32.3	12.7-65.9	35.4	14.2-69.2	33.9	12.9-67.6	2003
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	5.1-44.6	15.1	4.6-40.4	18.0	6.1-46.8	16.5	5.6-46.9	2004
	23.9-82.0	48.1	20.9-78.0	62.6	29.5-85.6	55.4	23.3-81.6	2005
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	47.3-52.2	38.4	34.8-42.1	54.9	51.7-58.2	46.7	44.2-49.1	2004
	29.8-31.4	29.7	28.6-30.8	32.3	31.2-33.3	31.0	30.2-31.8	нет страновых данных
	14.9-74.4	39.7	15.2-72.0	48.0	18.5-77.0	43.9	15.4-75.0	нет страновых данных
	2.3-25.6	6.1	1.5-17.6	10.6	3.4-30.0	8.3	2.9-29.2	нет страновых данных
	18.1-76.1	44.4	17.5-74.5	52.9	24.8-81.5	48.6	19.3-77.4	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	12.4-66.7	28.8	12.0-63.8	36.9	15.6-71.8	32.8	13.1-67.7	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	61.0-65.0	56.9	54.4-59.2	72.1	68.8-75.3	64.5	62.5-66.4	2006
	6.1-48.9	16.7	5.3-43.5	21.0	7.3-51.0	18.8	6.6-50.6	2003
	12.7-67.7	28.1	10.9-60.9	35.9	14.0-69.7	32.0	12.1-66.5	2005
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	44.8-49.2	51.9	48.5-55.2	41.7	38.8-44.7	46.8	44.6-49.0	2008
	42.5-45.9	37.3	34.9-39.7	54.4	52.1-56.7	45.8	44.2-47.5	2009
	20.5-25.7	20.3	16.9-24.1	24.9	21.4-28.8	22.6	20.1-25.3	2010
	18.9-77.3	49.9	21.3-81.2	45.5	18.4-77.6	47.7	18.4-76.6	2005
	14.8-70.4	38.2	15.0-70.0	39.1	15.5-70.6	38.6	15.1-70.7	2003
	20.7-82.0	40.0	19.1-77.6	47.6	29.6-86.3	43.8	22.5-83.1	2003
	20.3-22.9	18.3	16.6-20.1	28.3	26.4-30.3	23.3	22.0-24.6	нет страновых данных
	8.9-10.7	7.3	6.0-8.6	13.2	11.9-14.6	10.2	9.3-11.2	2009
	58.5-62.4	57.3	54.3-60.4	65.6	63.1-67.9	61.4	59.5-63.3	2005
	6.9-52.0	17.9	5.6-45.7	23.8	8.8-56.7	20.9	8.0-55.5	2003
	13.1-63.9	36.6	10.3-59.9	41.3	14.7-69.0	39.0	13.1-63.9	нет страновых данных
	31.7-87.5	70.7	32.1-88.5	73.1	36.7-89.4	71.9	31.0-87.2	2005
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	49.9-53.5	43.5	40.6-46.3	55.7	53.3-58.1	49.6	47.7-51.4	2002
	14.1-70.0	37.1	14.8-70.0	38.4	15.5-71.7	37.7	14.4-70.5	2003
	62.7-67.7	58.2	55.2-61.1	74.4	70.2-78.6	66.3	63.8-68.8	нет страновых данных
	5.7-7.5	6.7	5.4-8.2	7.4	6.3-8.7	7.1	6.2-8.0	2005
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	7.5-8.9	9.3	8.3-10.5	9.5	8.6-10.4	9.4	8.7-10.1	2009
	11.4-13.0	10.4	9.3-11.6	14.9	13.9-15.9	12.7	11.9-13.4	2009
	23.7-82.0	51.9	22.7-80.2	65.1	31.7-86.4	58.5	25.3-83.1	2003

НЕДОСТАТОЧНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ
СОПОСТАВИМЫЕ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НЕДОСТАТОЧНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ 15 ЛЕТ И СТАРШЕ, 2008

Примечание: ... нет данных

Страна	Регион	Недостаточно физически активны				
		Общие оценки				
		Мужчины	95% ДИ	Женщины	95% ДИ	Оба пола
Науру	ЗТОР	47.7	44.7-50.7	51.2	48.1-54.3	49.4
Непал	ЮВАР	12.6	3.9-36.0	15.7	5.1-42.1	14.2
Нигер	АФР	21.6	19.3-24.0	31.2	28.6-33.9	26.5
Нигерия	АФР	...	...	...	...	...
Нидерланды	ЕВР	23.7	9.6-56.7	16.4	5.9-47.0	20.0
Никарагуа	АМР	...	...	...	...	...
Ниуэ	ЗТОР	...	...	...	...	...
Новая Зеландия	ЗТОР	45.9	44.6-47.3	50.2	49.0-51.4	48.1
Норвегия	ЕВР	45.1	20.1-77.1	45.9	20.0-77.7	45.5
Объединенная Республика Танзания	АФР	...	...	...	...	...
Объединнные Арабские Эмираты	ВСР	54.6	24.2-81.8	67.5	33.4-88.0	58.3
Оман	ВСР	...	...	...	...	...
Острова Кука	ЗТОР	71.6	68.7-74.3	73.0	69.8-76.1	72.3
Пакистан	ВСР	30.6	11.5-63.7	46.6	18.9-76.3	38.4
Палау	ЗТОР	...	...	...	...	...
Панама	АМР	...	...	...	...	...
Папуа-Новая Гвинея	ЗТОР	14.1	12.1-16.3	18.1	16.3-20.0	16.1
Парагвай	АМР	39.5	15.7-71.9	41.0	16.4-73.1	40.3
Перу	АМР	...	...	...	...	...
Польша	ЕВР	24.0	9.0-57.8	32.5	13.1-67.6	28.5
Португалия	ЕВР	50.0	26.1-82.1	57.5	26.6-83.0	53.9
Республика Корея	ЗТОР	...	...	...	...	...
Республика Молдова	ЕВР	...	...	...	...	...
Российская Федерация	ЕВР	22.9	8.2-55.1	22.4	8.4-50.6	22.6
Руанда	АФР	...	...	...	...	...
Румыния	ЕВР	31.2	12.0-65.6	47.9	19.2-77.5	39.9
Сальвадор	АМР	...	...	...	...	...
Самоа	ЗТОР	35.1	32.6-37.6	65.6	62.9-68.4	49.7
Сан-Марино	ЕВР	...	...	...	...	...
Сан-Томе и Принсипи	АФР	10.0	7.7-12.5	23.8	21.9-25.9	17.1
Саудовская Аравия	ВСР	60.7	58.6-62.7	74.9	73.1-76.7	66.8
Свазиленд	АФР	62.9	29.6-85.7	69.7	34.1-88.0	66.5
Сейшелы	АФР	23.9	20.9-27.1	22.9	19.5-26.5	23.4
Сенегал	АФР	19.1	6.1-48.0	23.7	8.0-55.0	21.4
Сент-Винсент и Гренадины	АМР	...	...	...	...	...
Сент-Китс и Невис	АМР	32.2	28.2-36.3	49.0	45.7-52.3	40.6
Сент-Люсия	АМР	...	...	...	...	...
Сербия	ЕВР	65.3	32.5-86.3	76.3	40.8-90.3	70.9
Сингапур	ЗТОР	...	...	...	...	...
Сирийская Арабская Республика	ВСР	...	...	...	...	...
Словакия	ЕВР	23.1	8.1-55.4	22.0	8.0-54.7	22.5
Словения	ЕВР	27.8	10.2-61.9	34.4	14.0-69.5	31.2
Соединенное Королевство	ЕВР	61.1	60.0-62.3	71.6	70.6-72.5	66.5
Соединнные Штаты Америки	АМР	35.5	33.9-37.2	50.6	48.9-52.3	43.2
Соломоновы Острова	ЗТОР	36.8	34.1-39.7	48.6	46.1-51.1	42.6
Сомали	ВСР	...	...	...	...	...
Судан	ВСР	...	...	...	...	...
Суринам	АМР	...	...	...	...	...
Сьерра-Леоне	АФР	12.1	10.0-14.4	19.8	17.9-21.9	16.1
Таджикистан	ЕВР	...	...	...	...	...
Таиланд	ЮВАР	16.5	15.7-17.3	20.7	19.9-21.5	18.7
Тимор-Лешти	ЮВАР	...	...	...	...	...
Того	АФР	...	...	...	...	...
Тонга	ЗТОР	30.6	26.0-35.5	52.1	47.8-56.4	41.4
Тринидад и Тобаго	АМР	...	...	...	...	...
Тувалу	ЗТОР	...	...	...	...	...
Тунис	ВСР	30.0	11.6-62.5	39.1	16.3-71.3	34.6

		Недостаточно физически активны						Последний год с наличием страновых данных
		Стандартизованные по возрасту оценки						
	95% ДИ	Мужчины	95% ДИ	Женщины	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	
	47.3-51.6	43.0	40.0-46.0	50.0	46.9-53.1	46.5	44.3-48.7	2004
	4.7-41.8	13.9	4.5-38.3	17.0	5.9-44.1	15.5	5.4-44.0	2003
	24.8-28.3	24.4	22.1-26.8	34.2	31.6-36.9	29.3	27.6-31.1	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	8.2-55.4	21.3	8.2-52.5	15.2	5.2-43.6	18.2	7.2-52.5	2005
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	47.2-49.0	45.0	43.6-46.3	50.4	49.2-51.6	47.7	46.8-48.6	2006
	17.4-75.2	43.4	18.7-75.5	45.0	18.9-76.6	44.2	16.9-74.7	2003
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	24.9-83.4	56.1	25.8-82.9	68.9	34.6-88.3	62.5	25.5-83.6	2003
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	70.2-74.3	70.9	68.0-73.6	73.2	70.0-76.3	72.0	69.9-74.1	2003
	15.1-71.8	32.7	12.7-65.7	48.1	20.1-77.5	40.4	16.1-72.8	2003
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	14.7-17.5	17.2	15.2-19.3	21.5	19.7-23.4	19.3	18.0-20.8	нет страновых данных
	15.7-72.7	40.7	16.6-72.9	42.0	17.2-73.9	41.3	16.3-73.3	2003
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	11.2-64.1	23.5	8.7-56.8	31.6	12.3-66.1	27.6	10.6-62.9	2005
	22.3-80.3	47.5	23.1-79.3	54.4	24.3-81.5	51.0	20.9-79.1	2005
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	8.1-53.9	22.7	8.2-54.7	18.8	6.7-46.1	20.8	7.4-52.1	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	15.0-71.9	31.2	11.9-65.5	46.2	18.5-76.4	38.7	14.7-71.4	2005
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	47.8-51.6	36.8	34.3-39.3	65.4	62.7-68.1	51.1	49.2-53.0	2002
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	15.5-18.7	11.6	9.3-14.1	26.3	24.5-28.4	19.0	17.5-20.6	2009
	65.4-68.1	61.5	59.4-63.5	76.2	74.3-77.9	68.8	67.4-70.2	2005
	29.2-86.4	65.9	32.1-86.9	72.1	36.8-89.0	69.0	31.0-87.2	2003
	21.1-25.7	22.4	19.5-25.6	22.4	19.1-26.1	22.4	20.2-24.8	2004
	7.9-55.7	20.4	6.9-51.1	25.8	9.3-58.5	23.1	9.3-59.2	2003
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	38.0-43.2	28.7	24.8-32.8	47.9	44.5-51.2	38.3	35.7-40.9	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	32.8-87.6	63.2	30.7-85.5	73.3	37.5-89.4	68.3	31.0-86.9	2006
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	9.4-59.8	23.3	8.2-55.6	21.2	7.5-53.1	22.2	9.1-59.0	2003
	11.6-65.6	26.5	9.6-59.9	33.6	13.2-68.0	30.0	11.1-64.5	2003
	65.7-67.3	58.0	56.8-59.1	68.6	67.6-69.6	63.3	62.5-64.1	2008
	42.0-44.4	33.5	31.9-35.2	47.4	45.7-49.1	40.5	39.3-41.7	2007
	40.7-44.4	38.0	35.3-40.8	49.5	47.0-52.0	43.7	41.9-45.6	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	14.7-17.6	16.2	14.1-18.5	23.6	21.6-25.7	19.9	18.4-21.4	2009
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	18.1-19.2	17.1	16.3-17.8	21.4	20.6-22.1	19.2	18.7-19.8	2008
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	38.2-44.7	31.8	27.1-36.7	51.9	47.6-56.2	41.8	38.6-45.1	2004
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	13.3-67.6	31.5	12.4-63.8	40.3	17.0-72.1	35.9	13.9-68.4	2003

НЕДОСТАТОЧНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ
СОПОСТАВИМЫЕ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НЕДОСТАТОЧНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ 15 ЛЕТ И СТАРШЕ, 2008

Примечание: ... нет данных

Страна	Регион	Недостаточно физически активны					
		Общие оценки					
		Мужчины	95% ДИ	Женщины	95% ДИ	Оба пола	
Туркмения	ЕВР	...	...	...	...	...	
Турция	ЕВР	48.1	20.6-77.9	61.2	28.6-84.4	54.6	
Уганда	АФР	...	...	...	...	...	
Узбекистан	ЕВР	...	...	...	...	...	
Украина	ЕВР	20.7	7.4-52.6	19.1	8.2-49.6	19.8	
Уругвай	АМР	28.7	25.2-32.3	42.0	39.3-44.8	35.7	
Фиджи	ЗТОР	...	...	...	...	...	
Филиппины	ЗТОР	20.0	7.1-52.4	25.7	9.4-59.9	22.9	
Финляндия	ЕВР	43.3	18.5-75.1	38.5	16.4-71.8	40.8	
Франция	ЕВР	29.1	26.9-31.4	36.5	34.3-38.7	33.0	
Хорватия	ЕВР	27.8	10.9-62.0	25.6	11.0-58.3	26.7	
Центральноафриканская Республика	АФР	...	...	...	...	...	
Чад	АФР	20.9	7.0-51.1	24.7	8.7-57.0	22.8	
Черногория	ЕВР	...	...	...	...	...	
Чешская Республика	ЕВР	30.7	12.2-59.5	27.6	11.0-55.6	29.1	
Чили	АМР	...	...	...	...	...	
Швейцария	ЕВР	...	...	...	...	...	
Швеция	ЕВР	46.0	20.5-77.7	48.1	22.6-79.2	47.1	
Шри-Ланка	ЮВАР	18.4	17.4-19.4	33.3	32.1-34.5	26.0	
Эквадор	АМР	36.8	14.5-70.6	47.8	20.0-77.8	42.3	
Экваториальная Гвинея	АФР	...	...	...	...	...	
Эритрея	АФР	23.9	20.9-27.2	52.1	48.8-55.4	38.5	
Эстония	ЕВР	16.6	6.5-45.9	22.1	9.2-54.4	19.6	
Эфиопия	АФР	15.4	4.7-40.9	20.4	6.8-50.0	17.9	
Южно-Африканская Республика	АФР	46.4	43.9-48.8	55.7	53.6-57.7	51.1	
Ямайка	АМР	43.6	18.5-75.2	51.5	23.2-80.1	47.7	
Япония	ЗТОР	64.4	26.5-83.2	66.1	27.5-84.9	65.3	

		Недостаточно физически активны						Последний год с наличием страновых данных
		Стандартизованные по возрасту оценки						
	95% ДИ	Мужчины	95% ДИ	Женщины	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	22.8-80.8	49.5	21.6-78.8	62.5	29.7-84.9	56.0	23.8-81.4	2003
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	7.3-52.2	20.4	7.2-52.4	16.3	6.2-44.6	18.4	6.6-50.3	2003
	33.5-37.9	28.0	24.5-31.6	40.2	37.5-42.9	34.1	31.9-36.3	2006
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	8.2-56.8	21.2	7.6-53.6	26.2	9.8-60.4	23.7	8.6-57.6	2003
	16.2-72.9	40.8	16.9-73.1	34.9	14.0-68.3	37.8	14.7-70.8	2005
	31.4-34.6	27.7	25.5-30.1	37.2	35.1-39.5	32.5	30.9-34.1	2008
	10.3-60.4	26.2	9.9-59.7	21.0	8.1-50.2	23.6	8.7-56.5	2003
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	8.2-57.1	22.8	8.1-54.6	26.2	9.8-59.7	24.5	9.1-59.6	2003
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	11.4-61.8	27.6	10.8-56.2	22.3	8.2-49.3	25.0	9.8-58.3	2003
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	19.8-77.4	44.1	18.9-75.9	44.3	19.3-75.8	44.2	17.9-75.3	2005
	25.3-26.8	18.5	17.5-19.5	33.3	32.2-34.5	25.9	25.1-26.7	2006
	17.0-74.6	37.0	14.7-70.9	48.3	20.3-78.1	42.6	17.3-74.9	2003
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	36.2-40.9	26.0	23.0-29.2	54.8	51.4-58.0	40.4	38.0-42.8	2004
	7.6-52.4	15.7	6.1-44.4	18.8	7.0-49.3	17.2	6.4-49.4	2003
	6.4-49.6	16.5	5.2-43.0	22.1	7.5-52.4	19.3	7.2-51.8	2003
	49.6-52.7	48.4	46.0-50.9	56.5	54.4-58.5	52.4	50.9-54.0	2009
	19.5-77.8	43.9	18.6-75.4	51.6	23.1-80.2	47.8	19.4-77.8	2007
	26.4-83.9	58.9	24.6-81.1	61.6	26.3-83.7	60.2	24.8-82.5	нет страновых данных

АЛКОГОЛЬ
СОПОСТАВИМЫЕ ПРОГНОЗИРУЕМЫЕ ОЦЕНКИ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ В ПЕРЕСЧЕТЕ НА ЧИСТЫЙ СПИРТ В ЛИТРАХ НА ДУШУ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ, 2008

Примечание: ... нет данных

Страна	Регион	Потребление алкоголя в пересчете на чистый спирт (в литрах) на душу взрослого населения
		Общие оценки
		Оба пола
Австралия	ЗТОР	10.21
Австрия	ЕВР	12.40
Азербайджан	ЕВР	13.34
Албания	ЕВР	7.29
Алжир	АФР	0.69
Ангола	АФР	5.57
Андорра	ЕВР	10.17
Антигуа и Барбуда	АМР	8.17
Аргентина	АМР	9.35
Армения	ЕВР	13.66
Афганистан	ВСР	0.03
Багамские Острова	АМР	8.65
Бангладеш	ЮВАР	0.17
Барбадос	АМР	6.42
Бахрейн	ВСР	4.19
Беларусь	ЕВР	18.85
Белиз	АМР	5.92
Бельгия	ЕВР	10.41
Бенин	АФР	2.08
Болгария	ЕВР	11.40
Боливия (Многонациональное Государство)	АМР	5.78
Босния и Герцеговина	ЕВР	9.60
Ботсвана	АФР	6.97
Бразилия	АМР	10.08
Бруней-Даруссалам	ЗТОР	1.86
Буркина Фасо	АФР	7.32
Бурунди	АФР	9.65
Бутан	ЮВАР	0.54
Бывшая югославская Республика Македония	ЕВР	8.94
Вануату	ЗТОР	0.96
Венгрия	ЕВР	16.12
Венесуэла (Боливарианская Республика)	АМР	7.60
Вьетнам	ЗТОР	3.91
Габон	АФР	9.46
Гаити	АМР	5.92
Гайана	АМР	8.70
Гамбия	АФР	3.58
Гана	АФР	3.11
Гватемала	АМР	7.10
Гвинея	АФР	0.79
Гвинея-Бисау	АФР	3.90
Германия	ЕВР	12.14
Гондурас	АМР	4.43
Гренада	АМР	10.71
Греция	ЕВР	11.01
Грузия	ЕВР	6.66
Дания	ЕВР	12.02
Демократическая Республика Конго	АФР	3.39
Джибути	ВСР	1.87
Доминика	АМР	8.68
Доминиканская Республика	АМР	6.28
Египет	ВСР	0.32
Замбия	АФР	3.56
Зимбабве	АФР	4.96
Израиль	ЕВР	2.52
Индия	ЮВАР	2.69

АЛКОГОЛЬ
СОПОСТАВИМЫЕ ПРОГНОЗИРУЕМЫЕ ОЦЕНКИ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ В ПЕРЕСЧЕТЕ НА ЧИСТЫЙ СПИРТ В ЛИТРАХ НА ДУШУ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ, 2008

Примечание: ... нет данных

Страна	Регион	Потребление алкоголя в пересчете на чистый спирт (в литрах) на душу взрослого населения
		Общие оценки
		Оба пола
Индонезия	ЮВАР	0.56
Иордания	ВСР	0.65
Ирак	ВСР	0.47
Иран (Исламская Республика)	ВСР	1.03
Ирландия	ЕВР	14.92
Исландия	ЕВР	7.38
Испания	ЕВР	11.83
Италия	ЕВР	9.72
Йемен	ВСР	0.20
Кабо-Верде	АФР	4.98
Казахстан	ЕВР	11.10
Камбоджа	ЗТОР	4.71
Камерун	АФР	7.90
Канада	АМР	10.20
Катар	ВСР	1.29
Кения	АФР	3.88
Кипр	ЕВР	8.84
Киргизия	ЕВР	4.72
Кирибати	ЗТОР	2.70
Китай	ЗТОР	5.56
Колумбия	АМР	6.59
Коморские Острова	АФР	0.28
Конго	АФР	4.46
Корейская Народно-Демократическая Республика	ЮВАР	4.34
Коста-Рика	АМР	5.81
Кот-дИвуар	АФР	6.47
Куба	АМР	5.12
Кувейт	ВСР	0.10
Лаосская Народно-Демократическая Республика	ЗТОР	6.99
Латвия	ЕВР	13.45
Лесото	АФР	5.56
Либерия	АФР	5.07
Ливан	ВСР	2.30
Ливийская Арабская Джамахирия	ВСР	0.10
Литва	ЕВР	16.30
Люксембург	ЕВР	12.84
Маврикий	АФР	3.53
Мавритания	АФР	0.11
Мадагаскар	АФР	1.32
Малави	АФР	1.44
Малайзия	ЗТОР	0.87
Мали	АФР	0.99
Мальдивы	ЮВАР	...
Мальта	ЕВР	4.10
Марокко	ВСР	1.24
Маршалловы Острова	ЗТОР	...
Мексика	АМР	8.55
Микронезия (Федеративные Штаты)	ЗТОР	5.25
Мозамбик	АФР	2.27
Монако	ЕВР	...
Монголия	ЗТОР	3.41
Мьянма	ЮВАР	0.58
Намибия	АФР	11.46
Науру	ЗТОР	4.81
Непал	ЮВАР	2.42
Нигер	АФР	0.34

АЛКОГОЛЬ
СОПОСТАВИМЫЕ ПРОГНОЗИРУЕМЫЕ ОЦЕНКИ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ В ПЕРЕСЧЕТЕ НА ЧИСТЫЙ СПИРТ В ЛИТРАХ НА ДУШУ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ, 2008

Примечание: ... нет данных

Страна	Регион	Потребление алкоголя в пересчете на чистый спирт (в литрах) на душу взрослого населения
		Общие оценки
		Оба пола
Нигерия	АФР	12.72
Нидерланды	ЕВР	9.75
Никарагуа	АМР	5.21
Ниуэ	ЗТОР	8.69
Новая Зеландия	ЗТОР	9.99
Норвегия	ЕВР	8.35
Объединенная Республика Танзания	АФР	7.86
Объединнные Арабские Эмираты	ВСР	0.52
Оман	ВСР	0.92
Острова Кука	ЗТОР	3.23
Пакистан	ВСР	0.05
Палау	ЗТОР	9.86
Панама	АМР	7.30
Папуа-Новая Гвинея	ЗТОР	3.64
Парагвай	АМР	7.91
Перу	АМР	6.53
Польша	ЕВР	14.43
Португалия	ЕВР	13.89
Республика Корея	ЗТОР	14.81
Республика Молдова	ЕВР	23.01
Российская Федерация	ЕВР	16.23
Руанда	АФР	9.99
Румыния	ЕВР	16.15
Сальвадор	АМР	3.99
Самоа	ЗТОР	4.51
Сан-Марино	ЕВР	...
Сан-Томе и Принсипи	АФР	8.45
Саудовская Аравия	ВСР	0.34
Свазиленд	АФР	5.05
Сейшелы	АФР	12.11
Сенегал	АФР	0.51
Сент-Винсент и Гренадины	АМР	4.99
Сент-Китс и Невис	АМР	10.62
Сент-Люсия	АМР	12.05
Сербия	ЕВР	12.21
Сингапур	ЗТОР	1.54
Сирийская Арабская Республика	ВСР	1.49
Словакия	ЕВР	13.31
Словения	ЕВР	14.94
Соединенное Королевство	ЕВР	13.24
Соединнные Штаты Америки	АМР	9.70
Соломоновы Острова	ЗТОР	1.37
Сомали	ВСР	0.50
Судан	ВСР	2.56
Суринам	АМР	6.56
Сьерра-Леоне	АФР	9.48
Таджикистан	ЕВР	3.39
Таиланд	ЮВАР	7.08
Тимор-Лешти	ЮВАР	0.74
Того	АФР	1.92
Тонга	ЗТОР	3.92
Тринидад и Тобаго	АМР	6.16
Тувалу	ЗТОР	2.14
Тунис	ВСР	1.05
Туркмения	ЕВР	5.00
Турция	ЕВР	3.02

АЛКОГОЛЬ
СОПОСТАВИМЫЕ ПРОГНОЗИРУЕМЫЕ ОЦЕНКИ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ В ПЕРЕСЧЕТЕ НА ЧИСТЫЙ СПИРТ В ЛИТРАХ НА ДУШУ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ, 2008

Примечание: ... нет данных

Страна	Регион	Потребление алкоголя в пересчете на чистый спирт (в литрах) на душу взрослого населения
		Общие оценки
		Оба пола
Уганда	АФР	16.40
Узбекистан	ЕВР	3.61
Украина	ЕВР	17.47
Уругвай	АМР	8.99
Фиджи	ЗТОР	2.76
Филиппины	ЗТОР	6.08
Финляндия	ЕВР	13.10
Франция	ЕВР	12.48
Хорватия	ЕВР	15.00
Центральноафриканская Республика	АФР	3.17
Чад	АФР	4.39
Черногория	ЕВР	...
Чешская Республика	ЕВР	16.47
Чили	АМР	8.81
Швейцария	ЕВР	11.41
Швеция	ЕВР	9.98
Шри-Ланка	ЮВАР	0.81
Эквадор	АМР	9.43
Экваториальная Гвинея	АФР	6.12
Эритрея	АФР	1.64
Эстония	ЕВР	17.24
Эфиопия	АФР	4.10
Южно-Африканская Республика	АФР	10.16
Ямайка	АМР	5.17
Япония	ЗТОР	7.79

ПОВЫШЕННОЕ КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ
СОПОСТАВИМЫЕ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОВЫШЕННОГО КРОВЯНОГО ДАВЛЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ 25 ЛЕТ И СТАРШЕ, 2008

Примечание: ... нет данных

Страна	Регион	Повышенный уровень кровяного давления (СД ≥ 140 мм рт. ст. и/или ДД ≥ 90 мм рт. ст. или прием антигипертензивных препаратов)				
		Общие оценки				
		Мужчины	95% ДИ	Женщины	95% ДИ	Оба пола
Австралия	ЗТОР	41.1	32.8-48.9	32.0	24.4-39.8	36.4
Австрия	ЕВР	46.2	36.0-56.9	41.4	30.0-52.5	43.8
Азербайджан	ЕВР	43.7	36.6-51.0	39.8	32.5-47.2	41.6
Албания	ЕВР	49.3	39.0-59.1	43.5	33.0-54.1	46.3
Алжир	АФР	38.3	30.6-46.4	37.6	29.1-46.1	38.0
Ангола	АФР	...	...	...	...	...
Андорра	ЕВР	...	...	...	...	...
Антигуа и Барбуда	АМР	...	...	...	...	...
Аргентина	АМР	41.8	31.7-52.1	32.0	21.3-43.7	36.7
Армения	ЕВР	51.5	43.6-59.2	50.1	42.5-57.6	50.7
Афганистан	ВСР	...	...	...	...	...
Багамские Острова	АМР	...	...	...	...	...
Бангладеш	ЮВАР	...	...	...	...	...
Барбадос	АМР	44.5	35.2-53.5	42.0	32.8-51.3	43.2
Бахрейн	ВСР	38.3	29.8-47.4	35.3	26.3-44.7	37.1
Беларусь	ЕВР	52.0	42.1-62.1	49.5	37.2-61.1	50.6
Белиз	АМР	35.9	28.6-43.5	27.4	20.9-34.2	31.7
Бельгия	ЕВР	43.9	34.7-53.5	38.8	28.4-49.8	41.2
Бенин	АФР	40.4	34.4-46.4	37.0	31.3-42.9	38.7
Болгария	ЕВР	52.6	43.6-61.2	50.3	39.1-60.4	51.4
Боливия (Многонациональное Государство)	АМР	...	...	...	...	...
Босния и Герцеговина	ЕВР	49.9	41.0-58.4	53.4	44.6-61.7	51.7
Ботсвана	АФР	41.0	34.8-47.6	40.6	34.3-46.8	40.8
Бразилия	АМР	45.0	38.9-51.2	35.5	29.7-41.1	40.0
Бруней-Даруссалам	ЗТОР	...	...	...	...	...
Буркина Фасо	АФР	...	...	...	...	...
Бурунди	АФР	...	...	...	...	...
Бутан	ЮВАР	35.6	27.2-44.2	33.3	24.9-41.9	34.6
Бывшая югославская Республика Македония	ЕВР	...	...	...	...	...
Вануату	ЗТОР	44.5	36.5-52.9	39.1	31.0-47.3	41.8
Венгрия	ЕВР	52.6	44.5-60.3	49.6	39.7-59.0	51.0
Венесуэла (Боливарианская Республика)	АМР	43.3	33.9-52.5	32.8	24.1-41.7	38.0
Вьетнам	ЗТОР	36.0	28.9-42.9	30.0	23.5-36.6	33.0
Габон	АФР	43.9	36.6-51.5	38.7	31.0-46.5	41.3
Гаити	АМР	...	...	...	...	...
Гайана	АМР	...	...	...	...	...
Гамбия	АФР	43.6	35.0-52.1	38.7	30.3-46.8	41.1
Гана	АФР	37.6	32.3-43.0	35.2	30.1-40.1	36.4
Гватемала	АМР	36.7	28.6-44.8	28.5	21.1-35.5	32.3
Гвинея	АФР	...	...	...	...	...
Гвинея-Бисау	АФР	...	...	...	...	...
Германия	ЕВР	49.8	41.9-58.0	44.8	36.4-52.5	47.2
Гондурас	АМР	37.5	28.7-46.7	30.1	21.9-38.5	33.7
Гренада	АМР	...	...	...	...	...
Греция	ЕВР	43.8	35.0-53.0	41.4	32.6-50.3	42.6
Грузия	ЕВР	52.8	42.6-62.7	50.3	39.3-60.7	51.4
Дания	ЕВР	45.6	37.0-54.3	36.7	27.3-46.4	41.0
Демократическая Республика Конго	АФР	39.4	30.8-48.1	35.8	26.9-44.9	37.6
Джибути	ВСР	...	...	...	...	...
Доминика	АМР	49.1	42.2-56.4	44.7	37.8-51.4	46.8
Доминиканская Республика	АМР	41.9	33.1-50.9	36.0	27.0-44.9	39.0
Египет	ВСР	35.5	28.7-42.1	34.5	28.1-41.0	35.0

		Повышенный уровень кровяного давления (СД ≥ 140 мм рт. ст. и/или ДД ≥ 90 мм рт. ст. или прием антигипертензивных препаратов)						Последний год с наличием страновых данных
		Стандартизованные по возрасту оценки						
	95% ДИ	Мужчины	95% ДИ	Женщины	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	
	30.6-42.5	37.4	29.5-45.1	26.2	19.4-33.3	31.8	26.3-37.5	2005
	35.7-52.0	42.6	32.9-52.9	33.4	23.6-43.7	38.0	30.9-45.7	нет страновых данных
	36.5-46.9	46.0	38.7-53.4	41.1	33.6-48.5	43.4	38.2-48.8	2006
	39.0-53.7	48.0	38.0-57.7	42.0	31.7-52.5	44.9	37.7-52.2	нет страновых данных
	32.1-43.8	43.8	35.6-52.3	43.0	33.7-52.1	43.5	37.2-49.6	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	29.1-44.4	41.8	31.5-52.1	29.2	19.3-40.3	35.2	27.8-42.8	нет страновых данных
	45.0-56.3	49.8	42.1-57.6	46.0	38.7-53.4	47.8	42.2-53.3	2005
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	36.7-49.7	44.8	35.7-53.7	38.8	30.1-47.9	41.8	35.5-48.2	2000
	30.9-43.8	44.3	35.2-53.4	42.5	32.8-52.0	43.7	37.1-50.4	1996
	42.1-58.5	51.2	41.4-61.3	42.3	30.8-53.6	46.6	38.5-54.4	нет страновых данных
	26.9-36.6	41.0	33.2-49.1	33.0	25.4-40.7	37.0	31.6-42.5	2004
	33.9-48.4	39.3	30.7-48.5	30.4	21.6-40.4	34.8	28.2-41.5	1995
	34.4-43.0	47.0	40.7-53.2	43.3	37.1-49.5	45.3	40.8-49.8	2008
	43.9-58.2	48.1	39.4-56.8	40.9	30.7-50.6	44.5	37.5-51.2	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	45.4-57.9	47.2	38.7-55.6	46.6	38.2-55.0	47.1	41.0-53.1	2002
	36.2-45.5	47.9	41.3-54.7	46.6	39.9-53.1	47.5	42.6-52.3	2007
	35.9-44.2	47.8	41.7-54.1	37.1	31.2-42.9	42.3	38.0-46.5	2005
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	28.6-40.6	40.4	31.1-49.3	37.4	28.3-46.7	39.1	32.7-45.5	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	36.1-47.9	48.9	40.3-57.4	45.6	36.9-54.1	47.2	41.1-53.5	1998
	44.4-57.0	50.0	42.0-57.6	41.0	31.9-50.2	45.5	39.3-51.3	1987
	31.7-44.5	46.3	36.6-55.7	35.6	26.4-44.8	41.0	34.4-47.7	нет страновых данных
	28.1-38.0	40.0	32.5-47.3	33.7	26.5-40.8	36.8	31.7-42.2	2002
	36.0-46.8	48.2	40.7-56.0	42.9	34.6-51.0	45.6	40.0-51.3	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	35.2-47.1	48.0	39.1-56.6	43.3	34.4-51.7	45.7	39.5-51.9	1997
	32.5-40.1	43.0	37.3-48.5	41.1	35.5-46.4	42.1	38.0-46.0	2009
	26.7-37.8	39.9	31.3-48.3	32.7	24.3-40.6	36.0	29.8-41.9	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	41.2-53.2	44.8	37.3-52.8	34.3	27.0-41.5	39.7	34.1-45.5	1998
	27.6-39.9	41.7	32.1-51.2	35.2	25.8-44.5	38.4	31.8-45.1	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	35.9-49.3	39.4	31.0-48.3	32.7	24.9-41.1	36.1	30.0-42.6	нет страновых данных
	43.8-58.7	49.9	39.8-59.8	43.5	33.2-53.9	46.5	39.2-53.8	нет страновых данных
	34.3-47.9	40.6	32.4-48.8	28.4	20.6-37.2	34.5	28.5-40.8	нет страновых данных
	31.5-44.0	46.9	37.7-55.9	42.7	32.7-52.4	44.8	38.0-51.6	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	41.9-51.9	49.6	42.7-56.9	44.2	37.3-51.0	46.9	41.9-52.0	2007
	32.7-45.2	44.7	35.6-53.8	39.2	29.7-48.4	41.9	35.4-48.3	1997
	30.3-39.6	38.8	31.7-45.5	37.4	30.7-44.1	38.1	33.2-43.0	2002

ПОВЫШЕННОЕ КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ
СОПОСТАВИМЫЕ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОВЫШЕННОГО КРОВЯНОГО ДАВЛЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ 25 ЛЕТ И СТАРШЕ, 2008

Примечание: ... нет данных

Страна	Регион	Повышенный уровень кровяного давления (СД ≥ 140 мм рт. ст. и/или ДД ≥ 90 мм рт. ст. или прием антигипертензивных препаратов)				
		Общие оценки				
		Мужчины	95% ДИ	Женщины	95% ДИ	Оба пола
Замбия	АФР	41.3	33.7-49.3	39.0	31.9-46.3	40.1
Зимбабве	АФР	38.2	29.9-46.9	39.9	30.4-49.4	39.0
Израиль	ЕВР	38.3	31.0-45.8	33.5	25.8-41.2	35.8
Индия	ЮВАР	33.2	27.2-38.7	31.7	26.4-37.1	32.5
Индонезия	ЮВАР	38.9	31.8-46.0	36.0	29.6-42.5	37.4
Иордания	ВСР	31.4	25.5-37.5	25.9	20.5-31.6	28.8
Ирак	ВСР	...	...	...	...	...
Иран (Исламская Республика)	ВСР	35.8	30.6-41.1	31.7	26.8-36.5	33.7
Ирландия	ЕВР	47.8	40.6-55.3	37.1	30.5-43.7	42.4
Исландия	ЕВР	42.9	34.2-51.5	31.7	23.2-40.6	37.2
Испания	ЕВР	44.5	37.7-51.6	39.0	32.6-45.8	41.7
Италия	ЕВР	47.9	41.3-54.5	44.4	37.5-51.0	46.1
Йемен	ВСР	...	...	...	...	...
Кабо-Верде	АФР	46.8	40.1-53.8	41.9	35.6-48.4	44.1
Казахстан	ЕВР	...	...	...	...	...
Камбоджа	ЗТОР	30.5	24.4-36.4	25.1	19.1-31.4	27.6
Камерун	АФР	39.6	32.0-47.3	34.2	27.4-41.8	36.9
Канада	АМР	35.8	27.3-44.2	31.6	22.4-40.9	33.6
Катар	ВСР	36.1	29.7-42.7	27.6	21.8-33.6	33.8
Кения	АФР	38.9	30.9-47.0	35.1	26.7-44.1	37.0
Кипр	ЕВР	45.2	35.1-55.7	36.2	25.5-47.3	40.5
Киргизия	ЕВР	...	...	...	...	...
Кирибати	ЗТОР	39.1	30.4-47.7	28.7	21.3-36.7	33.7
Китай	ЗТОР	40.1	35.4-44.5	36.2	31.7-40.7	38.2
Колумбия	АМР	40.4	34.2-46.6	33.8	28.0-39.7	37.0
Коморские Острова	АФР	...	...	...	...	...
Конго	АФР	41.4	32.6-50.7	38.6	29.8-47.7	40.0
Корейская Народно-Демократическая Республика	ЮВАР	...	...	...	...	...
Коста-Рика	АМР	40.1	30.7-49.2	30.9	22.6-39.5	35.6
Кот-дИвуар	АФР	44.1	36.0-52.6	38.6	30.3-47.1	41.5
Куба	АМР	...	...	...	...	...
Кувейт	ВСР	31.5	25.0-38.0	24.7	19.1-30.5	29.1
Лаосская Народно-Демократическая Республика	ЗТОР	34.4	27.0-42.1	30.0	22.3-37.8	32.1
Латвия	ЕВР	...	...	...	...	...
Лесото	АФР	...	...	...	...	...
Либерия	АФР	...	...	...	...	...
Ливан	ВСР	42.9	36.5-49.2	35.6	29.1-41.9	39
Ливийская Арабская Джамахирия	ВСР	45.9	39.6-52.0	39.1	33.4-45.0	42.6
Литва	ЕВР	54.3	45.6-63.4	52.6	42.4-62.0	53.4
Люксембург	ЕВР	...	...	...	...	...
Маврикий	АФР	...	...	...	...	...
Мавритания	АФР	...	...	...	...	...
Мадагаскар	АФР	43.2	35.1-51.4	40.4	32.2-48.8	41.8
Малави	АФР	45.6	39.4-52.0	41.4	35.5-47.4	43.4
Малайзия	ЗТОР	36.9	29.4-44.4	32.4	25.3-39.5	34.7
Мали	АФР	34.0	26.2-41.2	35.3	27.4-43.2	34.7
Мальдивы	ЮВАР	...	...	...	...	...
Мальта	ЕВР	46.6	36.9-56.8	40.7	28.9-51.6	43.6
Марокко	ВСР	40.7	32.1-49.2	41.7	33.2-50.3	41.2
Маршалловы Острова	ЗТОР	37.4	28.6-46.4	28.4	20.8-36.8	32.7
Мексика	АМР	37.2	30.1-44.1	30.9	24.3-37.4	33.9
Микронезия (Федеративные Штаты)	ЗТОР	42.7	33.9-51.9	34.1	25.4-43.1	38.3
Мозамбик	АФР	46.7	39.2-54.9	43.3	36.0-50.9	44.9

		Повышенный уровень кровяного давления (СД ≥ 140 мм рт. ст. и/или ДД ≥ 90 мм рт. ст. или прием антигипертензивных препаратов)						Последний год с наличием страновых данных
		Стандартизованные по возрасту оценки						
	95% ДИ	Мужчины	95% ДИ	Женщины	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	
	34.9-45.6	48.9	40.6-57.1	46.1	38.2-53.8	47.7	42.0-53.3	нет страновых данных
	32.6-45.7	45.9	36.6-55.2	45.7	35.2-55.8	45.9	38.7-53.1	нет страновых данных
	30.1-41.5	37.4	30.1-44.9	29.9	22.6-37.3	33.6	28.0-39.3	2002
	28.4-36.3	36.0	29.7-41.8	34.2	28.6-39.9	35.2	30.9-39.2	2007
	32.5-42.1	42.7	35.3-49.9	39.2	32.5-46.0	41.0	35.9-45.8	2001
	24.7-33.0	38.0	31.4-44.5	32.0	25.5-38.6	35.1	30.4-39.9	2007
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	30.1-37.3	41.4	35.9-46.8	37.3	31.9-42.5	39.4	35.5-43.1	2007
	37.1-47.9	47.0	39.8-54.5	34.2	27.7-40.7	40.6	35.4-46.2	2007
	30.9-43.8	40.2	32.0-48.8	27.3	19.6-35.6	33.8	27.8-40.0	нет страновых данных
	36.5-47.1	41.5	34.8-48.5	31.7	25.8-38.2	36.7	31.6-42.1	2005
	40.9-51.3	42.2	35.9-48.8	33.6	27.4-39.8	37.9	33.0-43.0	2001
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	39.3-49.2	53.8	46.9-60.7	47.1	40.3-53.8	50.4	45.3-55.5	2007
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	23.1-32.1	35.5	28.5-41.9	28.1	21.5-35.0	31.5	26.5-36.5	2010
	31.7-42.2	45.2	37.1-53.3	39.8	32.1-48.0	42.6	36.8-48.2	нет страновых данных
	27.0-40.2	33.1	25.1-41.1	26.3	18.3-34.6	29.7	23.8-35.8	1989
	28.8-39.1	44.4	37.5-51.0	38.1	31.0-44.9	42.7	37.3-48.0	2006
	31.0-43.2	46.2	37.7-54.8	42.7	33.1-52.4	44.5	37.9-51.2	нет страновых данных
	32.7-48.4	42.4	32.7-52.8	32.0	22.3-42.4	37.0	29.7-44.7	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	28.0-39.7	42.2	33.1-50.9	32.8	24.4-41.4	37.4	31.2-43.6	2004
	34.9-41.5	40.8	36.2-45.2	36.3	31.8-40.7	38.6	35.4-41.9	2009
	32.6-41.2	43.9	37.5-50.3	36.6	30.4-42.6	40.1	35.6-44.5	2007
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	33.5-46.3	48.3	38.8-57.8	45.0	35.2-54.6	46.7	39.7-53.3	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	29.2-41.9	42.5	32.7-51.8	32.9	24.1-41.9	37.8	31.1-44.3	нет страновых данных
	35.5-47.6	49.3	40.7-57.8	44.8	35.8-53.8	47.1	40.8-53.4	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	24.3-33.7	40.3	32.9-47.3	34.7	27.4-41.7	38.4	32.9-43.5	2006
	26.7-37.6	39.7	31.6-47.9	35.1	26.2-43.7	37.3	31.2-43.4	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	34.5-43.7	44.3	37.7-50.6	36.8	30.3-43.4	40.4	35.7-45.1	2009
	38.3-47.1	51.7	45.4-58.0	47.4	41.1-53.5	49.6	45.0-54.1	2009
	46.3-60.0	52.1	43.5-61.2	43.4	33.7-52.7	47.7	41.0-54.3	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	35.8-47.6	48.7	40.3-57.1	46.4	37.6-55.1	47.6	41.3-53.6	нет страновых данных
	38.9-48.1	51.5	45.0-58.0	47.8	41.4-54.0	49.7	45.1-54.5	2009
	29.4-40.1	40.3	32.4-47.8	35.7	28.1-43.2	38.0	32.5-43.6	2004
	29.4-40.3	41.0	32.0-48.8	41.0	32.1-49.6	41.1	34.9-47.2	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	35.8-51.8	43.3	34.0-53.2	33.8	23.7-43.9	38.6	31.5-46.3	нет страновых данных
	35.2-47.3	43.9	35.0-52.6	46	37.2-54.8	45	38.8-51.2	2000
	26.9-38.9	40.7	31.5-49.9	33.1	24.5-42.3	36.8	30.6-43.3	2002
	29.0-38.7	39.4	32.1-46.5	33.1	26.0-40.0	36.1	30.9-41.2	2006
	32.1-44.8	46.2	37.1-55.6	37.5	28.2-47.0	41.8	35.2-48.4	нет страновых данных
	39.5-50.6	52.6	44.9-60.8	49.3	41.5-57.0	50.9	45.3-56.6	2005

ПОВЫШЕННОЕ КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ
СОПОСТАВИМЫЕ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОВЫШЕННОГО КРОВЯНОГО ДАВЛЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ 25 ЛЕТ И СТАРШЕ, 2008

Примечание: ... нет данных

Страна	Регион	Повышенный уровень кровяного давления (СД ≥ 140 мм рт. ст. и/или ДД ≥ 90 мм рт. ст. или прием антигипертензивных препаратов)				
		Общие оценки				
		Мужчины	95% ДИ	Женщины	95% ДИ	Оба пола
Монако	ЕВР	...	...	...	...	...
Монголия	ЗТОР	44.6	39.4-50.1	36.4	31.1-41.5	40.4
Мьянма	ЮВАР	40.7	34.4-46.8	36.7	30.4-43.2	38.6
Намибия	АФР	45.1	37.5-53.3	41.8	34.4-49.7	43.4
Науру	ЗТОР	45.0	36.6-53.4	34.6	26.8-42.4	39.6
Непал	ЮВАР	...	...	...	...	...
Нигер	АФР	52.5	45.3-60.1	42.8	35.6-49.8	47.8
Нигерия	АФР	41.5	33.9-49.4	44.0	36.0-52.6	42.8
Нидерланды	ЕВР	46.8	38.4-55.6	38.2	29.7-47.0	42.4
Никарагуа	АМР	38.4	29.8-47.7	30.4	21.7-39.4	34.3
Ниуэ	ЗТОР	...	...	...	...	...
Новая Зеландия	ЗТОР	40.8	31.0-50.3	33.0	22.9-43.4	36.8
Норвегия	ЕВР	50.4	41.8-59.2	43.4	34.9-52.0	46.8
Объединенная Республика Танзания	АФР	40.0	31.5-48.9	38.3	29.7-47.3	39.2
Объединнные Арабские Эмираты	ВСР	29.9	22.7-37.6	20.7	14.7-27.1	27.5
Оман	ВСР	36.6	28.9-44.7	31.3	23.4-39.5	34.5
Острова Кука	ЗТОР	46.0	37.0-55.2	36.8	28.3-45.6	41.5
Пакистан	ВСР	36.1	27.7-44.9	34.5	25.9-43.3	35.3
Палау	ЗТОР	...	...	...	...	...
Панама	АМР	...	...	...	...	...
Папуа-Новая Гвинея	ЗТОР	29.4	22.4-36.4	24.6	18.2-31.8	27.0
Парагвай	АМР	...	...	...	...	...
Перу	АМР	35.3	27.6-42.5	28.3	21.2-35.4	31.7
Польша	ЕВР	51.2	44.6-58.1	49.5	42.5-56.2	50.3
Португалия	ЕВР	50.4	42.5-58.8	45.7	37.6-53.9	47.9
Республика Корея	ЗТОР	33.3	25.7-40.7	28.0	21.3-34.6	30.6
Республика Молдова	ЕВР	...	...	...	...	...
Российская Федерация	ЕВР	46.6	40.1-53.0	48.4	41.1-55.3	47.6
Руанда	АФР	...	...	...	...	...
Румыния	ЕВР	49.5	40.1-59.0	48.8	38.8-58.1	49.1
Сальвадор	АМР	35.6	26.6-44.3	28.6	20.2-37.1	31.9
Самоа	ЗТОР	43.5	34.1-53.1	36.2	27.7-44.6	40.0
Сан-Марино	ЕВР	...	...	...	...	...
Сан-Томе и Принсипи	АФР	46.0	39.4-52.8	43.2	36.9-49.4	44.5
Саудовская Аравия	ВСР	35.2	28.7-41.7	30.0	24.1-35.8	33.1
Свазиленд	АФР	...	...	...	...	...
Сейшелы	АФР	46.6	38.7-54.5	41.8	34.3-49.1	44.2
Сенегал	АФР	...	...	...	...	...
Сент-Винсент и Гренадины	АМР	...	...	...	...	...
Сент-Китс и Невис	АМР	49.9	42.3-57.6	42.7	34.4-50.9	46.2
Сент-Люсия	АМР	...	...	...	...	...
Сербия	ЕВР	53.4	46.6-60.1	50.1	43.4-56.6	51.7
Сингапур	ЗТОР	39.7	32.9-46.9	33.9	27.4-40.6	36.8
Сирийская Арабская Республика	ВСР	...	...	...	...	...
Словакия	ЕВР	...	...	...	...	...
Словения	ЕВР	...	...	...	...	...
Соединенное Королевство	ЕВР	46.4	40.2-52.9	40.8	34.3-47.4	43.5
Соединнные Штаты Америки	АМР	34.8	28.6-41.1	32.8	27.2-38.5	33.8
Соломоновы Острова	ЗТОР	32.7	24.8-40.1	28.9	21.3-36.4	30.8
Сомали	ВСР	...	...	...	...	...
Судан	ВСР	...	...	...	...	...
Суринам	АМР	...	...	...	...	...
Сьерра-Леоне	АФР	44.1	38.5-49.8	43.9	38.3-50.0	44.0
Таджикистан	ЕВР	...	...	...	...	...

		Повышенный уровень кровяного давления (СД ≥ 140 мм рт. ст. и/или ДД ≥ 90 мм рт. ст. или прием антигипертензивных препаратов)						Последний год с наличием страновых данных
		Стандартизованные по возрасту оценки						
	95% ДИ	Мужчины	95% ДИ	Женщины	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	36.6-44.3	51.4	46.0-56.8	42.7	37.0-48.1	47.0	42.9-51.1	2009
	34.0-43.2	44.3	37.7-50.5	39.8	33.1-46.5	42	37.2-46.8	2009
	38.1-49.2	51.0	43.0-59.2	46.9	39.1-54.9	49.1	43.3-54.9	2005
	33.8-45.4	48.4	39.8-56.7	39.7	31.2-47.8	43.9	37.8-49.8	2004
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	42.6-53.3	55.5	48.3-63.0	49.3	41.6-56.3	52.3	47.0-57.9	2007
	37.2-48.7	47.3	39.5-55.4	49.7	41.4-58.3	48.6	42.9-54.5	нет страновых данных
	36.0-49.0	42.4	34.5-50.8	30.8	23.4-38.9	36.6	30.7-42.8	2000
	28.0-40.8	42.6	33.4-52.2	35.5	25.5-45.4	39.0	32.0-46.0	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	29.5-44.2	37.5	28.2-46.6	28.0	19.0-37.5	32.6	25.9-39.7	нет страновых данных
	40.4-53.7	46.3	37.9-55.1	35.2	27.3-43.5	40.9	34.8-47.7	нет страновых данных
	33.1-45.6	45.9	36.7-55.2	44.0	34.4-53.5	45.0	38.3-51.8	нет страновых данных
	22.0-33.5	41.3	32.7-49.8	32.5	23.4-41.4	38.9	32.2-45.6	2000
	28.7-40.5	43.2	34.7-51.9	38.6	29.3-47.9	41.4	34.8-47.8	2000
	35.1-47.6	48.4	39.3-57.6	38.5	29.8-47.4	43.6	37.1-49.8	2003
	29.2-41.5	40.1	31.1-49.3	38.8	29.3-48.2	39.5	32.9-46.0	1992
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	22.0-31.9	34.4	26.4-42.0	29.8	22.1-38.2	32.1	26.3-37.8	2007
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	26.5-37.0	38.1	30.0-45.7	30.6	22.9-38.1	34.3	28.7-39.9	нет страновых данных
	45.4-55.2	49.3	42.8-56.1	42.4	35.8-49.0	46.0	41.2-50.8	2005
	41.8-54.2	46.5	38.8-54.9	37.4	29.9-45.4	41.9	36.1-48.1	2003
	25.1-35.9	33.5	25.9-40.9	25.8	19.5-32.1	29.8	24.4-35.0	2005
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	42.6-52.6	46.2	39.8-52.5	41.3	34.4-47.9	43.8	39.0-48.7	1994
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	42.1-56.2	47.1	37.9-56.7	41.7	32.3-51.0	44.5	37.8-51.5	нет страновых данных
	25.7-38.1	39.4	29.7-48.7	31.4	22.1-40.8	35.2	28.5-41.9	нет страновых данных
	33.5-46.4	46.5	36.8-56.0	38.5	29.6-47.3	42.7	35.9-49.3	2002
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	39.8-49.4	52.6	45.7-59.4	49.9	43.2-56.3	51.3	46.4-56.3	2009
	28.6-37.6	43.1	36.0-50.0	38.9	32.0-45.6	41.4	36.4-46.4	2005
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	38.8-49.7	50.3	42.3-58.1	41.5	33.8-48.9	46.1	40.5-51.6	2004
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	40.4-51.8	50.4	42.9-58.1	42.3	33.9-50.5	46.3	40.4-51.9	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	46.8-56.4	50.1	43.4-56.8	43.0	36.5-49.4	46.6	41.9-51.2	2006
	31.7-42.1	38.2	31.6-44.9	30.9	25.1-37.0	34.6	29.9-39.5	2006
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	38.5-48.9	42.2	36.3-48.7	32.8	27.0-39.0	37.5	32.7-42.7	нет страновых данных
	29.1-38.5	32.6	26.7-38.7	27.1	22.1-32.4	29.9	25.5-34.5	2008
	25.4-36.1	38.5	29.6-46.8	36.2	27.2-44.6	37.4	31.2-43.2	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	39.9-48.6	49.4	43.7-55.1	48.7	42.9-54.9	49.1	44.9-53.6	2009
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных

ПОВЫШЕННОЕ КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ
СОПОСТАВИМЫЕ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОВЫШЕННОГО КРОВЯНОГО ДАВЛЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ 25 ЛЕТ И СТАРШЕ, 2008

Примечание: ... нет данных

Страна	Регион	Повышенный уровень кровяного давления (СД ≥ 140 мм рт. ст. и/или ДД ≥ 90 мм рт. ст. или прием антигипертензивных препаратов)				
		Общие оценки				
		Мужчины	95% ДИ	Женщины	95% ДИ	Оба пола
Таиланд	ЮВАР	36.4	30.7-41.9	32.4	26.7-38.0	34.3
Тимор-Лешти	ЮВАР	...	...	...	...	...
Того	АФР	...	...	...	...	...
Тонга	ЗТОР	42.1	33.7-50.6	38.0	29.6-46.4	40.1
Тринидад и Тобаго	АМР	41.7	32.3-51.4	36.3	26.2-46.0	38.9
Тувалу	ЗТОР	...	...	...	...	...
Тунис	ВСР	39.0	31.3-47.0	38.1	29.9-46.2	38.5
Туркмения	ЕВР	...	...	...	...	...
Турция	ЕВР	32.5	26.9-38.0	33.0	27.9-37.9	32.8
Уганда	АФР	...	...	...	...	...
Узбекистан	ЕВР	36.7	28.3-45.4	32.1	24.6-40.1	34.4
Украина	ЕВР	54.2	47.1-61.2	53.1	45.9-60.2	53.6
Уругвай	АМР	48.8	40.9-56.7	42.9	34.1-50.9	45.7
Фиджи	ЗТОР	40.1	31.0-49.3	37.5	28.7-46.6	38.8
Филиппины	ЗТОР	35.4	28.2-42.3	30.0	23.0-36.8	32.7
Финляндия	ЕВР	52.3	44.2-60.8	46.3	38.2-54.3	49.2
Франция	ЕВР	47.5	40.4-54.5	38.4	31.0-45.2	42.7
Хорватия	ЕВР	54.2	45.1-62.7	53.3	43.3-62.4	53.7
Центральноафриканская Республика	АФР	...	...	...	...	...
Чад	АФР	39.2	31.1-47.1	34.6	26.4-42.8	36.8
Черногория	ЕВР	...	...	...	...	...
Чешская Республика	ЕВР	50.7	44.3-56.8	45.6	39.0-51.8	48.1
Чили	АМР	47.3	38.6-56.2	39.3	31.2-47.6	43.2
Швейцария	ЕВР	45.8	37.3-54.6	35.6	26.4-44.8	40.4
Швеция	ЕВР	49.3	41.8-57.5	42.7	35.1-50.4	46.0
Шри-Ланка	ЮВАР	41.4	33.5-49.2	37.1	29.3-44.8	39.2
Эквадор	АМР	...	...	...	...	...
Экваториальная Гвинея	АФР	...	...	...	...	...
Эритрея	АФР	33.9	26.4-41.6	29.8	22.7-37.1	31.7
Эстония	ЕВР	56.0	47.3-64.7	52.7	42.6-61.8	54.1
Эфиопия	АФР	37.3	30.4-44.1	33.2	26.0-40.6	35.2
Южно-Африканская Республика	АФР	43.1	37.8-48.7	41.4	36.2-46.9	42.2
Ямайка	АМР	42.1	35.5-48.1	38	31.6-44.4	39.9
Япония	ЗТОР	47.1	40.5-53.8	41.0	34.9-47.2	43.9

		Повышенный уровень кровяного давления (СД ≥ 140 мм рт. ст. и/или ДД ≥ 90 мм рт. ст. или прием антигипертензивных препаратов)						Последний год с наличием страновых данных
		Стандартизованные по возрасту оценки						
	95% ДИ	Мужчины	95% ДИ	Женщины	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	
	30.1-38.2	37.0	31.3-42.5	31.6	26.0-37.1	34.2	30.0-38.1	2009
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	33.9-46.1	44.3	35.5-53.1	37.7	29.2-46.3	41.1	34.8-47.4	2004
	32.1-45.8	44.4	34.6-54.0	37.6	27.2-47.3	40.9	33.9-47.9	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	32.8-44.2	42.6	34.5-50.9	41.2	32.6-49.6	42.0	36.0-47.8	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	28.8-36.6	36.2	30.1-41.8	35.8	30.4-41.0	36.1	31.8-40.1	2008
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	28.7-40.2	41.5	32.4-50.6	36.5	28.1-45.0	39.1	32.8-45.2	2002
	48.5-58.8	52.2	45.2-59.2	44.6	37.9-51.5	48.3	43.3-53.5	2007
	39.5-51.4	46.3	38.5-54.2	36.0	28.1-43.7	41.0	35.2-46.7	2006
	32.3-45.2	43.2	33.7-52.5	39.7	30.8-48.8	41.6	34.9-48.1	2002
	27.6-37.6	40.0	32.4-47.2	34.4	26.7-41.8	37.2	31.6-42.6	2004
	43.1-55.4	47.4	39.6-55.7	36.3	28.9-43.7	41.9	36.2-47.8	2001
	37.3-48.2	42.3	35.6-49.2	29.3	23.0-35.4	35.7	30.7-40.9	2007
	47.0-60.3	49.8	41.1-58.4	43.4	34.1-52.4	46.7	40.2-53.2	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	31.1-42.5	45.1	36.5-53.3	40.8	31.7-49.5	43.0	36.7-49.1	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	43.5-52.5	47.6	41.4-53.6	37.6	31.6-43.4	42.7	38.3-46.9	2005
	37.2-49.2	47.6	39.0-56.5	37.4	29.4-45.6	42.5	36.6-48.4	2003
	33.8-47.1	41.6	33.6-50.3	28.2	20.5-36.4	34.8	28.8-40.9	нет страновых данных
	40.1-51.9	43.1	35.9-50.9	32.5	25.8-39.5	37.9	32.4-43.6	нет страновых данных
	33.5-44.6	41.9	34.0-49.6	37.0	29.4-44.6	39.4	33.8-44.8	2006
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	26.5-37.2	42.7	34.2-51.2	38.2	29.6-46.7	40.5	34.3-46.8	2004
	47.2-60.5	52.9	44.3-61.7	42.2	32.7-51.1	47.3	40.6-53.6	нет страновых данных
	30.1-40.3	43.2	35.8-50.4	39.0	30.9-47.0	41.1	35.4-46.6	нет страновых данных
	38.4-46.2	48.3	42.8-53.9	44.4	39.0-49.9	46.4	42.5-50.4	2009
	35.3-44.5	42.7	36.1-48.8	38.6	32.1-45.1	40.6	35.8-45.2	2008
	38.9-49.2	41.3	35.0-47.9	30.7	25.4-36.2	36.0	31.3-41.0	2007

ПОВЫШЕННОЕ СОДЕРЖАНИЕ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ
СОПОСТАВИМЫЕ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОВЫШЕННОГО СОДЕРЖАНИЯ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ 25 ЛЕТ И СТАРШЕ, 2008

Примечание: ... нет данных

Страна	Регион	Повышенный уровень глюкозы в крови (уровень глюкозы в крови натощак ≥ 7,0 ммоль/л или прием сахароснижающих препаратов)				
		Общие оценки				
		Мужчины	95% ДИ	Женщины	95% ДИ	Оба пола
Австралия	ЗТОР	10.8	5.0-18.8	8.0	3.6-14.3	9.4
Австрия	ЕВР	8.1	3.0-16.1	6.1	2.4-12.0	7.1
Азербайджан	ЕВР	...	...	...	...	...
Албания	ЕВР	...	...	...	...	...
Алжир	АФР	7.9	4.1-12.8	8.2	4.5-13.1	8.0
Ангола	АФР	...	...	...	...	...
Андорра	ЕВР	...	...	...	...	...
Антигуа и Барбуда	АМР	...	...	...	...	...
Аргентина	АМР	11.0	5.3-18.6	11.1	5.7-18.4	11.1
Армения	ЕВР	...	...	...	...	...
Афганистан	ВСР	...	...	...	...	...
Багамские Острова	АМР	...	...	...	...	...
Бангладеш	ЮВАР	8.0	4.2-13.0	8.7	4.7-14.0	8.4
Барбадос	АМР	12.8	5.6-22.1	16.3	8.1-27.1	14.6
Бахрейн	ВСР	11.6	5.5-20.2	10.2	4.8-17.7	11.0
Беларусь	ЕВР	...	...	...	...	...
Белиз	АМР	7.4	4.3-11.5	10.8	6.7-15.7	9.1
Бельгия	ЕВР	...	...	...	...	...
Бенин	АФР	5.5	3.6-8.0	5.6	3.6-8.0	5.6
Болгария	ЕВР	...	...	...	...	...
Боливия (Многонациональное Государство)	АМР	...	...	...	...	...
Босния и Герцеговина	ЕВР	...	...	...	...	...
Ботсвана	АФР	...	...	...	...	...
Бразилия	АМР	9.7	5.5-15.4	9.6	5.5-14.6	9.7
Бруней-Даруссалам	ЗТОР	...	...	...	...	...
Буркина Фасо	АФР	...	...	...	...	...
Бурунди	АФР	...	...	...	...	...
Бутан	ЮВАР	10.6	6.5-15.7	11.6	7.3-16.9	11.1
Бывшая югославская Республика Македония	ЕВР	...	...	...	...	...
Вануату	ЗТОР	8.1	3.2-15.4	8.0	3.3-15.5	8.0
Венгрия	ЕВР	...	...	...	...	...
Венесуэла (Боливарианская Республика)	АМР	10.1	5.2-16.6	10.0	5.0-16.6	10.0
Вьетнам	ЗТОР	6.6	3.1-11.9	7.2	3.4-12.8	6.9
Габон	АФР	...	...	...	...	...
Гаити	АМР	...	...	...	...	...
Гайана	АМР	...	...	...	...	...
Гамбия	АФР	8.8	4.0-15.9	10.3	4.8-17.8	9.6
Гана	АФР	8.6	3.7-15.9	9.0	4.0-15.9	8.8
Гватемала	АМР	10.7	6.3-16.4	12.6	7.6-18.7	11.7
Гвинея	АФР	...	...	...	...	...
Гвинея-Бисау	АФР	...	...	...	...	...
Германия	ЕВР	11.9	5.5-20.8	9.5	4.7-16.1	10.6
Гондурас	АМР	7.5	4.0-12.5	7.4	3.9-12.0	7.5
Гренада	АМР	...	...	...	...	...
Греция	ЕВР	11.2	4.2-21.8	10.5	4.2-20.5	10.8
Грузия	ЕВР	...	...	...	...	...
Дания	ЕВР	...	...	...	...	...
Демократическая Республика Конго	АФР	...	...	...	...	...
Джибути	ВСР	...	...	...	...	...
Доминика	АМР	15.4	9.5-22.5	20.9	13.4-29.5	18.2
Доминиканская Республика	АМР	7.4	3.0-13.6	8.3	3.7-15.2	7.8
Египет	ВСР	6.2	3.6-9.6	6.9	4.0-10.3	6.5
Замбия	АФР	5.7	3.3-9.0	6.4	3.8-9.8	6.1

		Повышенный уровень глюкозы в крови (уровень глюкозы в крови натощак ≥ 7,0 ммоль/л или прием сахароснижающих препаратов)						Последний год с наличием страновых данных
		Стандартизованные по возрасту оценки						
	95% ДИ	Мужчины	95% ДИ	Женщины	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	
	5.5-14.1	9.6	4.4-16.9	6.7	2.9-12.2	8.1	4.7-12.4	2005
	3.6-11.8	7.1	2.6-14.2	4.6	1.6-9.5	5.8	2.9-9.9	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	5.2-11.5	9.0	4.8-14.4	9.3	5.1-14.6	9.2	6.0-13.0	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	6.9-16.2	11.0	5.3-18.5	10.3	5.0-17.3	10.6	6.5-15.7	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	5.5-12.0	9.2	4.9-14.8	9.9	5.5-15.6	9.5	6.4-13.5	нет страновых данных
	8.9-21.5	12.8	5.6-22.0	15.2	7.5-25.5	14.1	8.6-20.8	1990
	6.6-16.9	13.5	6.7-22.9	12.1	6.0-20.4	13.0	8.0-19.3	1996
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	6.4-12.3	8.7	5.1-13.4	12.7	8.1-18.3	10.7	7.6-14.3	2005
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	4.1-7.3	6.7	4.3-9.7	6.5	4.2-9.2	6.6	4.9-8.6	2008
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	6.6-13.4	10.4	5.9-16.4	10.0	5.8-15.2	10.2	7.0-14.1	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	8.0-14.6	12.0	7.4-17.5	12.6	8.0-18.2	12.2	8.9-16.0	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	4.3-12.9	9.2	3.8-17.1	9.6	4.2-17.9	9.4	5.2-14.8	1998
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	6.4-14.4	11.1	5.8-18.1	10.9	5.6-17.9	11.0	7.1-15.6	нет страновых данных
	4.1-10.6	7.5	3.5-13.4	7.9	3.7-13.8	7.7	4.6-11.7	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	5.7-14.5	9.9	4.6-17.6	11.3	5.4-19.3	10.6	6.4-15.9	нет страновых данных
	5.0-13.5	9.9	4.4-17.8	10.3	4.6-18.0	10.1	5.9-15.3	нет страновых данных
	8.2-15.9	11.5	6.7-17.6	14.0	8.5-20.6	12.8	9.1-17.3	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	6.4-16.1	9.8	4.5-17.5	6.3	2.8-11.4	8.0	4.6-12.4	1998
	4.8-10.7	8.6	4.6-14.1	8.4	4.4-13.5	8.5	5.5-12.1	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	5.9-17.7	9.5	3.5-19.0	7.9	2.9-16.2	8.7	4.5-14.5	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	13.4-23.9	15.6	9.7-22.7	20.7	13.3-29.4	18.3	13.4-24.0	2007
	4.6-12.3	8.0	3.3-14.6	9.0	4.1-16.3	8.5	5.0-13.3	1997
	4.5-8.9	7.0	4.1-10.7	7.4	4.4-11.1	7.2	5.0-9.7	нет страновых данных
	4.2-8.3	7.2	4.2-11.1	7.5	4.5-11.3	7.4	5.1-10.0	нет страновых данных

ПОВЫШЕННОЕ СОДЕРЖАНИЕ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ
СОПОСТАВИМЫЕ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОВЫШЕННОГО СОДЕРЖАНИЯ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ 25 ЛЕТ И СТАРШЕ, 2008

Примечание: ... нет данных

Страна	Регион	Повышенный уровень глюкозы в крови (уровень глюкозы в крови натощак ≥ 7,0 ммоль/л или прием сахароснижающих препаратов)				
		Общие оценки				
		Мужчины	95% ДИ	Женщины	95% ДИ	Оба пола
Зимбабве	АФР	...	...	...	...	...
Израиль	ЕВР	10.4	3.5-21.9	9.6	3.3-20.6	10.0
Индия	ЮВАР	10.0	7.2-13.1	10.0	7.3-13.1	10.0
Индонезия	ЮВАР	6.0	3.2-9.5	6.5	3.8-10.2	6.3
Иордания	ВСР	14.2	9.4-19.8	14.7	10.2-20.3	14.4
Ирак	ВСР	10.7	6.2-16.5	10.6	6.0-16.4	10.6
Иран (Исламская Республика)	ВСР	7.8	5.4-10.6	8.9	6.4-11.8	8.3
Ирландия	ЕВР	8.6	4.3-14.9	6.3	3.1-11.0	7.4
Исландия	ЕВР	...	...	...	...	...
Испания	ЕВР	12.0	6.5-19.9	10.6	5.7-17.8	11.3
Италия	ЕВР	10.6	6.0-17.0	7.6	4.3-12.0	9.1
Йемен	ВСР	...	...	...	...	...
Кабо-Верде	АФР	12.9	8.5-18.1	13.1	8.9-18.0	13.0
Казахстан	ЕВР	...	...	...	...	...
Камбоджа	ЗТОР	3.9	2.3-5.9	4.5	2.8-6.6	4.2
Камерун	АФР	8.2	5.1-12.1	9.3	5.8-13.8	8.8
Канада	АМР	...	...	...	...	...
Катар	ВСР	9.9	6.1-14.5	8.3	4.9-12.6	9.5
Кения	АФР	...	...	...	...	...
Кипр	ЕВР	...	...	...	...	...
Киргизия	ЕВР	...	...	...	...	...
Кирибати	ЗТОР	22.0	14.4-30.9	22.8	15.4-31.8	22.4
Китай	ЗТОР	9.5	7.2-12.2	9.3	7.1-12.0	9.4
Колумбия	АМР	6.0	3.7-8.9	5.7	3.5-8.5	5.9
Коморские Острова	АФР	...	...	...	...	...
Конго	АФР	...	...	...	...	...
Корейская Народно-Демократическая Республика	ЮВАР	...	...	...	...	...
Коста-Рика	АМР	9.4	5.9-13.6	9.7	6.3-14.1	9.5
Кот-дИвуар	АФР	...	...	...	...	...
Куба	АМР	11.8	5.5-20.2	13.0	6.2-22.0	12.4
Кувейт	ВСР	12.7	8.4-17.7	10.4	6.9-14.6	11.9
Лаосская Народно-Демократическая Республика	ЗТОР	...	...	...	...	...
Латвия	ЕВР	...	...	...	...	...
Лесото	АФР	...	...	...	...	...
Либерия	АФР	...	...	...	...	...
Ливан	ВСР	12.5	6.0-21.4	10.6	4.9-18.4	11.5
Ливийская Арабская Джамахирия	ВСР	12.1	8.6-16.2	11.3	8.2-15.0	11.8
Литва	ЕВР	...	...	...	...	...
Люксембург	ЕВР	...	...	...	...	...
Маврикий	АФР	11.1	6.5-16.9	9.8	5.6-14.9	10.4
Мавритания	АФР	6.3	3.4-10.1	7.3	4.0-11.4	6.8
Мадагаскар	АФР	...	...	...	...	...
Малави	АФР	5.5	3.4-8.1	5.4	3.4-7.8	5.4
Малайзия	ЗТОР	10.6	6.2-16.0	10.3	6.2-15.6	10.5
Мали	АФР	...	...	...	...	...
Мальдивы	ЮВАР	6.3	3.2-10.3	6.2	3.1-10.3	6.2
Мальта	ЕВР	13.0	3.5-29.6	11.0	3.1-24.9	12.0
Марокко	ВСР	9.8	4.9-15.9	10.0	5.2-16.6	9.9
Маршалловы Острова	ЗТОР	23.8	14.5-35.3	29.0	18.5-41.1	26.5
Мексика	АМР	12.3	7.9-17.6	13.7	9.4-18.9	13.1
Микронезия (Федеративные Штаты)	ЗТОР	12.8	7.1-19.9	18.3	11.1-27.0	15.6
Мозамбик	АФР	...	...	...	...	...
Монако	ЕВР	...	...	...	...	...
Монголия	ЗТОР	9.7	6.9-12.9	7.8	5.6-10.5	8.7

		Повышенный уровень глюкозы в крови (уровень глюкозы в крови натощак ≥ 7,0 ммоль/л или прием сахароснижающих препаратов)						Последний год с наличием страновых данных
		Стандартизованные по возрасту оценки						
	95% ДИ	Мужчины	95% ДИ	Женщины	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	4.9-17.6	10.2	3.3-21.7	8.7	2.8-19.4	9.4	4.4-16.9	нет страновых данных
	8.0-12.2	11.1	8.1-14.4	10.8	7.9-14.1	10.9	8.8-13.2	нет страновых данных
	4.2-8.8	6.6	3.6-10.3	7.1	4.1-10.9	6.9	4.7-9.5	нет страновых данных
	11.0-18.3	17.2	11.6-23.6	18.1	12.7-24.5	17.7	13.7-22.0	2007
	7.3-14.6	12.7	7.5-19.3	12.5	7.3-19.0	12.6	8.8-17.1	2006
	6.6-10.3	9.3	6.5-12.5	10.5	7.6-13.7	9.9	7.8-12.2	2007
	4.5-11.1	8.4	4.1-14.5	5.6	2.6-10.0	7.0	4.2-10.5	2007
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	7.3-16.3	11.0	5.9-18.5	8.8	4.5-15.2	9.9	6.3-14.5	2005
	6.2-12.7	8.8	4.9-14.4	5.4	2.9-8.8	7.1	4.7-10.1	2001
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	9.9-16.6	15.6	10.4-21.6	14.7	10.0-20.1	15.2	11.6-19.2	2007
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	3.0-5.7	4.7	2.8-7.1	5.2	3.3-7.6	5.1	3.6-6.8	2010
	6.3-11.7	9.5	5.9-13.7	10.4	6.5-15.3	9.9	7.2-13.2	2007
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	6.5-13.0	12.4	7.8-17.8	11.0	6.8-16.0	12.0	8.4-16.1	2008
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	17.0-28.6	23.6	15.7-32.6	24.9	17.1-34.3	24.2	18.5-30.5	2004
	7.8-11.3	9.6	7.3-12.4	9.4	7.1-12.0	9.5	7.8-11.4	2008
	4.2-7.8	6.7	4.2-10.0	6.1	3.8-9.1	6.4	4.6-8.5	2007
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	7.0-12.5	10.1	6.4-14.5	10.2	6.6-14.7	10.2	7.5-13.2	2005
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	7.5-18.2	11.3	5.2-19.5	12.0	5.6-20.5	11.7	7.0-17.3	нет страновых данных
	8.8-15.5	17.0	11.6-23.2	14.8	10.2-20.1	16.2	12.4-20.5	2006
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	7.0-17.2	13.0	6.4-22.1	11.0	5.1-18.9	11.9	7.3-17.8	нет страновых данных
	9.3-14.5	14.5	10.4-19.2	14.4	10.4-18.9	14.4	11.5-17.7	2009
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	7.2-14.2	11.6	6.9-17.6	9.9	5.7-15.0	10.7	7.4-14.6	2004
	4.5-9.5	7.5	4.1-12.0	8.3	4.7-12.8	8.0	5.3-11.1	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	3.9-7.1	6.4	4.1-9.5	6.2	4.0-9.0	6.3	4.6-8.3	2009
	7.4-14.2	11.6	6.9-17.3	11.2	6.8-16.6	11.4	8.1-15.3	2004
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	4.0-9.1	7.8	4.0-12.7	7.5	3.8-12.2	7.6	4.9-11.1	нет страновых данных
	5.4-22.3	11.8	3.1-27.2	8.9	2.3-21.0	10.4	4.6-19.7	нет страновых данных
	6.4-14.2	10.6	5.4-17.0	10.9	5.8-17.9	10.8	7.0-15.3	2000
	19.2-34.8	25.5	15.8-37.3	31.9	20.7-44.4	28.7	21.1-37.3	2002
	9.9-16.6	13.2	8.6-18.8	14.9	10.2-20.4	14.1	10.8-17.8	2006
	10.9-21.0	14.0	7.9-21.5	19.8	12.1-28.8	17.0	11.9-22.8	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	6.9-10.8	10.9	7.7-14.5	8.9	6.4-11.9	9.9	7.8-12.2	2009

ПОВЫШЕННОЕ СОДЕРЖАНИЕ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ
СОПОСТАВИМЫЕ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОВЫШЕННОГО СОДЕРЖАНИЯ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ 25 ЛЕТ И СТАРШЕ, 2008

Примечание: ... нет данных

Страна	Регион	Повышенный уровень глюкозы в крови (уровень глюкозы в крови натощак ≥ 7,0 ммоль/л или прием сахароснижающих препаратов)					
		Общие оценки					
		Мужчины	95% ДИ	Женщины	95% ДИ	Оба пола	
Мьянма	ЮВАР	5.4	2.9-8.5	6.5	3.7-10.2	6.0	
Намибия	АФР	...	...	...	...	...	
Науру	ЗТОР	11.6	6.5-18.2	13.3	8.1-19.7	12.5	
Непал	ЮВАР	8.4	4.3-14.1	8.3	4.2-14.0	8.4	
Нигер	АФР	...	...	...	...	...	
Нигерия	АФР	6.9	2.9-12.4	10.0	4.6-17.6	8.5	
Нидерланды	ЕВР	7.2	2.1-15.9	5.5	1.6-12.0	6.3	
Никарагуа	АМР	7.6	3.9-12.3	7.8	4.2-12.5	7.7	
Ниуэ	ЗТОР	...	...	...	...	...	
Новая Зеландия	ЗТОР	...	...	...	...	...	
Норвегия	ЕВР	12.2	3.5-26.4	10.0	2.7-22.5	11.1	
Объединенная Республика Танзания	АФР	6.9	2.9-12.4	7.5	3.3-13.2	7.2	
Объединнные Арабские Эмираты	ВСР	10.2	6.1-15.0	10.4	6.1-15.4	10.2	
Оман	ВСР	9.9	5.1-16.1	9.6	5.1-15.4	9.7	
Острова Кука	ЗТОР	19.5	9.9-31.4	20.5	10.7-32.5	20.0	
Пакистан	ВСР	10.6	6.1-16.2	12.9	7.7-19.5	11.7	
Палау	ЗТОР	...	...	...	...	...	
Панама	АМР	...	...	...	...	...	
Папуа-Новая Гвинея	ЗТОР	13.4	8.9-19.0	13.2	8.7-18.4	13.3	
Парагвай	АМР	9.8	4.0-18.2	9.4	3.7-17.5	9.6	
Перу	АМР	5.3	3.3-7.7	5.7	3.7-8.2	5.5	
Польша	ЕВР	8.7	5.1-13.3	8.5	5.1-12.6	8.6	
Португалия	ЕВР	8.3	2.5-18.1	7.5	2.3-15.8	7.9	
Республика Корея	ЗТОР	6.8	3.6-11.3	5.7	3.0-9.3	6.3	
Республика Молдова	ЕВР	...	...	...	...	...	
Российская Федерация	ЕВР	...	...	...	...	...	
Руанда	АФР	...	...	...	...	...	
Румыния	ЕВР	...	...	...	...	...	
Сальвадор	АМР	10.0	5.6-16.0	9.9	5.7-15.1	9.9	
Самоа	ЗТОР	19.7	12.0-29.2	22.5	14.4-32.5	21.1	
Сан-Марино	ЕВР	...	...	...	...	...	
Сан-Томе и Принсипи	АФР	...	...	...	...	...	
Саудовская Аравия	ВСР	18.1	11.8-25.6	17.7	11.6-25.0	17.9	
Свазиленд	АФР	...	...	...	...	...	
Сейшелы	АФР	12.4	7.5-18.5	13.4	8.4-19.3	12.9	
Сенегал	АФР	...	...	...	...	...	
Сент-Винсент и Гренадины	АМР	...	...	...	...	...	
Сент-Китс и Невис	АМР	...	...	...	...	...	
Сент-Люсия	АМР	...	...	...	...	...	
Сербия	ЕВР	...	...	...	...	...	
Сингапур	ЗТОР	8.0	3.7-13.4	5.9	2.8-10.3	6.9	
Сирийская Арабская Республика	ВСР	...	...	...	...	...	
Словакия	ЕВР	...	...	...	...	...	
Словения	ЕВР	...	...	...	...	...	
Соединенное Королевство	ЕВР	9.2	4.6-15.6	7.6	3.9-12.8	8.3	
Соединнные Штаты Америки	АМР	13.8	8.9-19.7	10.9	7.1-15.7	12.3	
Соломоновы Острова	ЗТОР	14.3	8.9-21.1	15.4	10.0-22.5	14.9	
Сомали	ВСР	...	...	...	...	...	
Судан	ВСР	...	...	...	...	...	
Суринам	АМР	...	...	...	...	...	
Сьерра-Леоне	АФР	...	...	...	...	...	
Таджикистан	ЕВР	...	...	...	...	...	
Таиланд	ЮВАР	7.2	5.0-9.8	7.3	5.2-9.8	7.3	
Тимор-Лешти	ЮВАР	...	...	...	...	...	

		Повышенный уровень глюкозы в крови (уровень глюкозы в крови натощак ≥ 7,0 ммоль/л или прием сахароснижающих препаратов)						Последний год с наличием страновых данных
		Стандартизованные по возрасту оценки						
	95% ДИ	Мужчины	95% ДИ	Женщины	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	
	4.0-8.3	6.1	3.3-9.6	7.1	4.1-11.1	6.6	4.5-9.2	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	8.7-17.0	12.8	7.3-19.8	15.2	9.4-22.1	14.0	9.9-18.9	2004
	5.3-12.2	9.8	5.2-16.1	9.3	4.8-15.3	9.5	6.2-13.8	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	4.9-13.1	7.9	3.3-14.0	12.0	5.7-20.6	10.1	5.9-15.3	нет страновых данных
	2.8-11.7	6.1	1.8-13.8	4.1	1.1-9.3	5.1	2.2-9.6	2001
	5.1-11.0	8.6	4.5-13.9	9.4	5.1-14.7	9.0	6.0-12.8	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	4.9-20.1	10.6	2.9-23.2	7.7	1.9-18.5	9.1	3.9-17.0	нет страновых данных
	4.2-11.0	8.3	3.6-14.6	8.5	3.8-14.8	8.4	5.0-12.7	нет страновых данных
	7.0-14.0	15.3	9.8-21.6	15.8	9.8-22.4	15.5	11.1-20.4	2000
	6.3-13.8	12.0	6.4-19.1	12.3	6.8-19.2	12.2	8.1-16.9	2000
	13.0-28.1	20.5	10.6-32.5	21.1	11.2-33.2	20.8	13.6-29.0	нет страновых данных
	8.1-16.0	11.7	6.9-17.8	14.1	8.5-21.1	12.9	9.0-17.4	1996
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	10.0-17.0	15.2	10.3-21.1	14.7	9.9-20.4	15.0	11.4-19.0	2007
	5.2-15.3	10.6	4.4-19.6	10.1	4.1-18.7	10.3	5.7-16.4	нет страновых данных
	4.0-7.2	5.8	3.6-8.4	6.1	3.9-8.8	6.0	4.4-7.8	нет страновых данных
	6.0-11.7	8.2	4.8-12.6	6.9	4.0-10.6	7.6	5.3-10.4	2005
	3.6-14.1	7.5	2.2-16.4	5.7	1.6-12.7	6.6	2.9-12.0	нет страновых данных
	4.0-9.0	6.8	3.6-11.2	5.3	2.7-8.7	6.1	3.9-8.7	2007
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	6.7-13.8	11.3	6.4-17.8	10.7	6.2-16.4	11.0	7.4-15.2	нет страновых данных
	15.2-27.7	21.2	13.0-31.0	23.7	15.3-33.8	22.4	16.3-29.3	2002
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	13.5-23.2	22.0	14.8-30.2	21.7	14.6-29.9	21.8	16.8-27.6	2005
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	9.2-17.2	13.7	8.3-20.2	13.2	8.2-19.2	13.5	9.7-18.0	2004
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	4.1-10.4	7.5	3.5-12.6	5.4	2.5-9.3	6.4	3.9-9.6	2006
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	5.2-12.3	7.8	3.8-13.4	5.7	2.7-10.1	6.7	4.1-10.1	нет страновых данных
	9.1-16.0	12.6	8.1-18.1	9.1	5.7-13.3	10.8	7.9-14.2	2008
	10.8-19.5	17.1	10.7-24.7	18.3	12.1-26.0	17.7	13.0-23.0	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	5.7-9.0	7.3	5.1-9.9	7.1	5.1-9.6	7.2	5.6-8.9	2009
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных

ПОВЫШЕННОЕ СОДЕРЖАНИЕ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ
СОПОСТАВИМЫЕ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОВЫШЕННОГО СОДЕРЖАНИЯ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ 25 ЛЕТ И СТАРШЕ, 2008

Примечание: ... нет данных

Страна	Регион	Повышенный уровень глюкозы в крови (уровень глюкозы в крови натощак ≥ 7,0 ммоль/л или прием сахароснижающих препаратов)					
		Общие оценки					
		Мужчины	95% ДИ	Женщины	95% ДИ	Оба пола	
Того	АФР	...	...	...	...	...	
Тонга	ЗТОР	15.8	9.9-23.2	19.1	12.5-27.7	17.5	
Тринидад и Тобаго	АМР	...	...	...	...	...	
Тувалу	ЗТОР	...	...	...	...	...	
Тунис	ВСР	11.0	5.7-18.0	11.9	6.2-19.3	11.4	
Туркмения	ЕВР	...	...	...	...	...	
Турция	ЕВР	9.0	6.3-12.1	9.1	6.3-12.3	9.0	
Уганда	АФР	...	...	...	...	...	
Узбекистан	ЕВР	11.2	6.1-17.9	9.9	5.2-16.1	10.5	
Украина	ЕВР	...	...	...	...	...	
Уругвай	АМР	11.3	4.7-20.6	11.7	5.1-20.7	11.5	
Фиджи	ЗТОР	12.0	6.9-19.0	15.6	9.5-23.0	13.8	
Филиппины	ЗТОР	5.7	3.0-9.4	5.9	3.2-9.1	5.8	
Финляндия	ЕВР	12.4	5.8-21.5	8.3	3.7-15.1	10.3	
Франция	ЕВР	8.2	3.8-14.3	5.5	2.6-9.5	6.8	
Хорватия	ЕВР	...	...	...	...	...	
Центральноафриканская Республика	АФР	...	...	...	...	...	
Чад	АФР	...	...	...	...	...	
Черногория	ЕВР	...	...	...	...	...	
Чешская Республика	ЕВР	12.5	8.4-17.4	11.2	7.6-15.6	11.8	
Чили	АМР	11.1	6.3-17.2	10.0	5.5-15.8	10.6	
Швейцария	ЕВР	10.7	4.2-20.3	6.7	2.5-13.9	8.6	
Швеция	ЕВР	9.6	3.0-20.0	8.1	2.4-17.5	8.8	
Шри-Ланка	ЮВАР	9.1	5.5-13.7	8.5	5.2-12.7	8.8	
Эквадор	АМР	...	...	...	...	...	
Экваториальная Гвинея	АФР	...	...	...	...	...	
Эритрея	АФР	...	...	...	...	...	
Эстония	ЕВР	9.7	3.9-17.7	9.8	4.1-18.2	9.7	
Эфиопия	АФР	...	...	...	...	...	
Южно-Африканская Республика	АФР	10.3	5.5-16.5	11.0	6.0-17.1	10.6	
Ямайка	АМР	10.0	6.0-15.1	12.7	8.1-18.3	11.4	
Япония	ЗТОР	8.9	5.7-12.8	6.7	4.2-9.5	7.7	

		Повышенный уровень глюкозы в крови (уровень глюкозы в крови натощак ≥ 7,0 ммоль/л или прием сахароснижающих препаратов)						Последний год с наличием страновых данных
		Стандартизованные по возрасту оценки						
	95% ДИ	Мужчины	95% ДИ	Женщины	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	12.8-23.1	17.0	10.7-25.0	19.3	12.5-28.1	18.2	13.3-24.0	2004
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	7.4-16.4	12.0	6.4-19.5	12.7	6.7-20.5	12.4	8.1-17.6	1997
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	7.0-11.3	10.1	7.1-13.5	9.8	6.8-13.2	10.0	7.8-12.4	2008
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	6.9-14.8	12.6	7.0-20.0	10.9	5.8-17.6	11.7	7.8-16.4	2002
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	6.5-17.7	10.7	4.4-19.6	10.0	4.1-18.4	10.4	5.7-16.3	1992
	9.6-18.8	13.2	7.6-20.5	16.4	10.1-23.9	14.8	10.4-20.0	2002
	3.8-8.1	6.5	3.4-10.4	6.6	3.7-10.2	6.6	4.4-9.1	2004
	6.1-15.8	10.3	4.8-18.0	6.3	2.8-11.9	8.1	4.7-12.9	нет страновых данных
	4.0-10.2	7.2	3.3-12.6	4.3	1.9-7.8	5.7	3.4-8.7	2007
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	9.0-15.0	11.5	7.7-16.1	9.1	6.0-12.9	10.3	7.8-13.1	нет страновых данных
	7.1-14.7	11.2	6.4-17.3	9.5	5.2-15.1	10.3	7.0-14.4	2003
	4.5-14.2	9.3	3.7-17.7	5.3	1.9-11.3	7.2	3.6-12.1	нет страновых данных
	4.0-15.7	8.1	2.5-17.0	6.0	1.6-13.6	7.0	3.1-12.8	нет страновых данных
	6.3-11.9	9.3	5.7-13.8	8.6	5.3-12.6	8.9	6.4-11.9	2006
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	5.4-15.6	9.0	3.6-16.6	7.8	3.0-15.2	8.4	4.5-13.5	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	7.0-14.8	11.9	6.5-18.7	11.7	6.5-18.0	11.7	7.9-16.2	нет страновых данных
	8.3-15.1	10.2	6.1-15.4	12.9	8.2-18.7	11.6	8.4-15.4	2008
	5.7-10.1	7.2	4.5-10.4	4.7	2.9-7.0	5.9	4.2-7.8	2007

ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕ
СОПОСТАВИМЫЕ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ 20 ЛЕТ И СТАРШЕ, 2008

Примечание: ... нет данных

Страна	Регион	Избыточная масса (ИМТ ≥ 25 кг/м²)						Избыточная масса (ИМТ ≥ 25 кг/м²)				
		Общие оценки						Стандартизованные по возрасту оценки				
		Муж.	95% ДИ	Жен.	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	Муж.	95% ДИ	Жен.	95% ДИ	Оба пола
Австралия	ЗТОР	68.2	64.5-71.8	59.3	54.4-64.0	63.7	60.5-66.7	66.5	62.6-70.3	56.2	51.3-60.9	61.3
Австрия	ЕВР	60.1	43.2-72.7	48.5	28.3-65.4	54.1	41.5-65.2	56.9	40.5-69.9	42.1	23.5-58.7	49.6
Азербайджан	ЕВР	50.6	43.3-57.4	61.0	54.5-66.9	56.1	51.0-60.8	52.0	44.5-59.0	61.9	55.3-67.8	57.4
Албания	ЕВР	60.5	45.1-72.5	48.5	31.4-63.2	54.4	43.1-64.3	60.5	45.1-72.6	48.2	31.0-63.1	54.2
Алжир	АФР	39.1	29.0-49.8	51.8	40.8-62.0	45.5	37.9-52.8	41.8	31.5-53.0	54.5	42.9-64.7	48.2
Ангола	АФР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Андорра	ЕВР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Антигуа и Барбуда	АМР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Аргентина	АМР	66.3	57.7-74.1	62.2	52.4-71.0	64.2	57.7-70.1	66.8	58.3-74.5	61.1	51.2-70.1	64.0
Армения	ЕВР	48.6	39.7-56.8	60.9	53.9-67.5	55.5	49.9-60.9	49.2	40.2-57.3	59.3	52.7-65.8	55.1
Афганистан	ВСР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Багамские Острова	АМР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Бангладеш	ЮВАР	7.4	2.8-15.1	7.8	5.2-11.4	7.6	4.8-11.7	7.6	2.8-15.7	7.8	5.1-11.5	7.7
Барбадос	АМР	62.1	46.4-73.8	76.7	65.0-85.7	69.7	60.2-77.3	60.8	45.1-72.7	75.1	63.1-84.5	68.3
Бахрейн	ВСР	70.9	62.2-77.8	70.3	61.6-78.4	70.6	64.5-76.0	70.2	61.3-77.4	70.5	61.6-78.4	70.3
Беларусь	ЕВР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Белиз	АМР	64.3	56.4-71.0	75.3	69.4-80.5	69.8	64.7-74.2	65.4	57.7-71.6	76.6	71.0-81.6	71.0
Бельгия	ЕВР	63.4	53.4-71.3	49.9	36.0-61.2	56.4	47.9-63.6	59.8	49.8-68.2	43.1	30.0-54.4	51.5
Бенин	АФР	19.0	13.9-24.5	29.9	24.5-35.6	24.5	20.8-28.4	20.4	14.9-26.3	31.7	25.7-38.1	26.1
Болгария	ЕВР	63.1	54.5-69.9	53.2	42.6-62.1	57.9	51.2-63.8	61.2	52.6-68.3	47.1	36.8-56.3	54.3
Боливия (Многонациональное Гос-во)	АМР	39.3	24.4-55.2	57.3	51.1-62.3	48.5	40.7-56.6	40.4	25.1-56.7	58.9	52.3-64.4	50.0
Босния и Герцеговина	ЕВР	63.7	54.5-71.2	58.0	48.6-66.2	60.7	54.3-66.5	61.9	52.7-69.7	53.1	43.7-61.4	57.6
Ботсвана	АФР	16.0	11.2-21.6	47.0	39.6-54.3	31.7	27.3-36.3	18.3	12.7-24.7	52.3	44.6-59.2	36.2
Бразилия	АМР	52.4	46.0-58.7	51.0	45.4-56.2	51.7	47.4-55.7	53.5	47.1-59.9	52.0	46.4-57.2	52.8
Бруней-Даруссалам	ЗТОР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Буркина Фасо	АФР	10.8	4.1-21.4	14.1	8.3-21.4	12.5	7.8-18.8	11.9	4.5-23.6	14.2	8.0-22.2	13.0
Бурунди	АФР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Бутан	ЮВАР	23.0	11.8-35.7	24.0	10.7-38.0	23.4	14.6-33.1	24.5	12.5-37.7	24.4	10.7-39.1	24.4
Бывшая югославская Республика Македония	ЕВР	60.5	39.0-77.0	47.8	28.3-63.2	54.0	39.8-65.9	59.6	38.1-76.2	46.0	27.9-61.2	52.8
Вануату	ЗТОР	59.2	50.2-66.5	65.7	57.9-72.7	62.4	56.4-67.7	62.4	53.0-69.7	68.5	60.6-75.7	65.4
Венгрия	ЕВР	67.8	55.9-77.7	56.1	38.7-70.5	61.5	51.0-70.9	65.8	53.9-76.1	49.4	32.1-64.5	57.7
Венесуэла (Боливарианская Республика)	АМР	67.8	57.2-75.7	66.0	56.1-74.8	66.9	59.7-73.0	67.9	57.2-75.8	67.0	57.2-75.8	67.5
Вьетнам	ЗТОР	9.5	5.9-14.2	10.9	6.6-16.8	10.2	7.2-13.9	9.4	5.8-14.2	10.8	6.4-16.9	10.1
Габон	АФР	34.4	25.7-43.4	49.1	40.9-57.0	41.8	35.8-47.7	36.5	27.3-46.2	51.6	42.7-59.8	44.1
Гаити	АМР	32.7	12.5-55.2	28.7	21.0-36.4	30.6	20.1-42.2	35.0	13.4-57.7	29.4	21.0-38.0	32.0
Гайана	АМР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Гамбия	АФР	13.8	6.3-24.2	39.3	25.3-55.2	26.7	18.6-35.7	14.9	6.8-26.2	40.9	26.3-57.2	28.0
Гана	АФР	23.1	17.9-28.4	34.9	30.6-39.8	28.9	25.5-32.6	24.2	18.8-29.6	36.7	32.2-42.0	30.4
Гватемала	АМР	46.4	34.8-58.1	56.0	46.6-63.7	51.5	44.3-58.6	48.6	36.3-60.7	58.6	48.7-66.3	53.9
Гвинея	АФР	20.8	5.9-40.3	20.0	12.7-28.3	20.4	11.8-31.1	22.2	6.4-42.1	20.8	12.7-30.0	21.5
Гвинея-Бисау	АФР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Германия	ЕВР	66.8	61.1-72.0	54.5	47.0-61.3	60.5	55.9-64.8	62.8	56.7-68.3	46.6	39.0-53.6	54.8
Гондурас	АМР	44.7	30.4-59.5	55.1	47.5-61.3	50.1	42.3-58.1	46.7	31.8-62.1	57.8	50.0-64.1	52.4
Гренада	АМР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Греция	ЕВР	59.7	50.2-68.0	47.9	36.5-57.9	53.7	46.2-60.3	56.6	47.1-65.4	41.3	30.3-51.8	49.1
Грузия	ЕВР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Дания	ЕВР	57.8	45.5-67.7	46.2	29.8-60.9	51.9	41.7-61.2	54.6	42.7-64.5	42.1	26.9-56.2	48.4
Демократическая Республика Конго	АФР	5.3	1.7-11.7	13.4	8.6-19.8	9.4	6.1-13.7	6.1	1.9-14.0	14.5	9.0-21.8	10.5
Джибути	ВСР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Доминика	АМР	41.2	33.8-49.5	71.0	64.3-76.8	56.5	51.5-61.6	41.4	34.0-49.7	71.2	64.5-76.9	56.7
Доминиканская Республика	АМР	48.8	35.6-61.8	59.8	47.9-70.0	54.3	45.8-62.7	49.6	36.3-62.9	61.1	49.0-71.2	55.4
Египет	ВСР	60.4	51.1-68.1	75.3	72.5-78.0	67.9	63.2-72.0	62.4	53.5-69.5	76.9	74.1-79.6	69.8
Замбия	АФР	7.7	3.6-13.7	23.6	17.8-29.5	15.7	12.1-20.0	9.1	4.2-16.4	26.0	19.5-32.4	17.8

		Ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²)						Ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²)						Последний год с наличием страновых данных
		Общие оценки						Стандартизованные по возрасту оценки						
	95% ДИ	Муж.	95% ДИ	Жен.	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	Муж.	95% ДИ	Жен.	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	
	58.1-64.3	26.4	23.2-29.7	27.1	22.9-31.3	26.8	24.1-29.4	25.2	22.1-28.4	24.9	21.0-28.9	25.1	22.5-27.6	2007-2008
	37.7-60.5	21.0	10.7-31.2	20.9	8.0-34.8	20.9	12.5-29.7	19.2	9.8-28.9	17.1	6.5-29.2	18.3	11.0-26.1	нет страновых данных
	52.3-62.2	15.1	11.1-19.5	31.4	25.3-37.4	23.8	19.9-27.6	15.8	11.5-20.4	32.1	25.8-38.3	24.7	20.5-28.8	2006
	42.8-64.3	21.8	11.9-31.6	20.8	9.8-32.6	21.3	13.7-28.9	21.7	11.9-31.5	20.5	9.6-32.3	21.1	13.5-28.8	нет страновых данных
	40.3-55.7	9.6	6.0-14.7	22.4	14.6-30.6	16.0	11.5-20.7	10.7	6.5-16.4	24.3	15.6-33.0	17.5	12.5-22.6	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	57.5-70.0	27.1	20.1-34.6	32.0	23.3-40.8	29.7	24.0-35.5	27.4	20.4-35.0	31.0	22.5-39.8	29.4	23.9-35.1	нет страновых данных
	49.6-60.3	14.3	9.6-19.5	31.7	24.8-38.9	24.0	19.5-28.7	14.4	9.8-19.6	30.2	24.0-36.8	23.4	19.3-27.9	2005
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	4.8-12.0	0.9	0.3-2.2	1.3	0.8-2.1	1.1	0.7-1.9	1.0	0.3-2.4	1.3	0.8-2.2	1.1	0.6-1.9	2007
	58.7-76.0	22.5	12.2-32.5	45.9	32.4-59.1	34.7	26.1-43.0	21.6	11.7-31.5	44.2	30.9-57.0	33.4	25.1-41.6	1988-1992
	64.2-75.6	29.5	22.0-37.0	38.0	29.2-47.3	32.9	27.2-38.6	28.9	21.3-36.4	38.2	29.1-47.5	32.6	26.8-38.3	1998-1999
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	66.1-75.2	23.7	17.8-29.2	43.8	37.1-50.5	33.7	29.3-38.2	24.4	18.5-29.8	45.4	38.6-52.2	34.9	30.2-39.3	2004-2005
	43.4-58.8	23.3	16.0-30.1	21.0	11.8-30.2	22.1	16.3-27.9	21.2	14.4-27.6	16.9	9.2-24.8	19.1	14.0-24.3	1979-1984
	22.0-30.6	3.2	2.1-4.6	8.8	6.5-11.5	6.0	4.7-7.5	3.5	2.2-5.0	9.5	6.9-12.6	6.5	5.0-8.3	2008
	47.6-60.3	23.1	16.8-28.8	24.3	16.2-32.0	23.7	18.5-28.7	22.0	16.0-27.6	20.4	13.3-27.5	21.4	16.7-26.0	2004
	41.9-58.4	9.6	4.5-17.2	25.9	20.8-30.5	17.9	14.2-22.2	10.0	4.6-17.9	27.1	21.6-32.3	18.9	14.8-23.5	2008
	51.2-63.4	23.8	17.1-30.2	28.9	20.7-37.1	26.5	21.2-31.7	22.7	16.2-29.0	25.3	18.0-32.7	24.2	19.3-29.1	2002
	31.3-40.8	2.6	1.5-3.9	19.6	14.7-24.5	11.2	8.6-13.8	3.0	1.8-4.7	22.8	17.0-28.3	13.5	10.4-16.6	2007
	48.5-56.9	16.0	12.3-20.1	21.4	17.2-25.5	18.8	16.0-21.6	16.5	12.7-20.8	22.1	17.8-26.3	19.5	16.5-22.4	2006-2007
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	8.0-19.8	1.5	0.4-3.8	3.0	1.4-5.2	2.3	1.2-3.8	1.7	0.5-4.2	3.0	1.4-5.5	2.4	1.2-4.0	2003
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	15.0-34.5	4.3	1.6-8.1	6.4	2.0-12.5	5.3	2.6-8.7	4.7	1.7-8.7	6.6	2.0-12.9	5.5	2.7-9.1	нет страновых данных
	38.8-64.8	22.2	9.2-36.7	20.0	8.1-33.3	21.1	11.7-30.9	21.6	8.9-36.0	18.9	7.8-30.8	20.3	11.4-29.8	1999
	59.1-70.7	21.0	14.8-26.7	34.2	26.8-41.8	27.5	22.6-32.3	22.9	16.2-29.2	36.8	28.8-45.0	29.8	24.3-34.9	1998
	47.1-67.2	27.6	18.1-37.9	27.6	14.1-41.4	27.6	19.3-36.6	26.2	17.0-36.3	22.9	11.1-35.6	24.8	17.2-33.2	1985-1988
	60.4-73.7	26.6	18.2-34.4	33.9	24.7-43.5	30.3	24.1-36.5	26.6	18.2-34.5	34.8	25.4-44.5	30.8	24.5-37.1	нет страновых данных
	7.1-13.9	1.2	0.7-2.1	2.1	1.1-3.7	1.7	1.0-2.5	1.2	0.7-2.1	2.0	1.0-3.7	1.6	1.0-2.5	2002
	37.7-50.4	7.7	4.9-11.4	20.0	14.3-26.0	13.9	10.6-17.3	8.4	5.3-12.5	21.5	15.3-28.1	15.0	11.4-18.8	2000
	20.9-43.9	7.7	1.8-17.4	8.1	5.1-11.6	7.9	4.5-12.9	8.4	1.9-19.1	8.4	5.1-12.3	8.4	4.7-13.9	2005-2006
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	19.6-37.7	2.1	0.7-4.6	13.6	6.7-24.0	7.9	4.3-13.1	2.3	0.8-5.0	14.4	7.0-25.5	8.5	4.6-14.1	1996-1997
	26.9-34.2	4.1	2.9-5.6	10.9	8.9-13.5	7.5	6.3-8.9	4.4	3.0-5.9	11.7	9.4-14.5	8.0	6.7-9.6	2008-2009
	46.4-61.2	12.8	7.7-19.4	24.8	17.5-31.4	19.2	14.5-23.9	13.8	8.2-21.1	26.7	18.7-33.8	20.7	15.6-25.8	2002
	12.2-32.5	3.9	0.7-9.8	4.8	2.5-7.9	4.4	2.1-7.6	4.3	0.7-10.5	5.1	2.5-8.6	4.7	2.2-8.2	2005
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	50.2-59.3	25.9	21.2-30.6	24.4	18.7-30.0	25.1	21.5-28.8	23.1	18.8-27.6	19.2	14.3-24.2	21.3	18.0-24.7	1998
	44.3-60.8	12.1	6.2-20.5	24.3	18.6-29.5	18.4	14.2-23.3	12.9	6.6-22.1	26.3	20.0-31.8	19.8	15.4-25.1	2005-2006
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	41.7-56.0	20.4	14.2-26.6	19.9	12.4-27.1	20.1	15.2-24.9	18.8	13.0-24.7	16.1	9.6-22.8	17.5	13.1-22.0	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	38.8-57.2	18.7	11.5-26.1	17.6	8.3-28.4	18.2	12.1-24.8	17.1	10.5-23.8	15.4	7.3-24.9	16.2	10.9-22.1	нет страновых данных
	6.7-15.4	0.6	0.1-1.7	2.8	1.5-4.7	1.7	1.0-2.8	0.7	0.2-2.1	3.0	1.6-5.3	1.9	1.1-3.2	2007
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	51.8-61.8	10.0	7.3-13.8	39.0	32.2-45.6	24.9	21.1-28.6	10.1	7.3-13.9	39.1	32.4-45.7	25.0	21.2-28.8	2007
	46.7-63.9	14.0	7.9-22.1	28.3	18.5-38.3	21.2	15.4-27.5	14.4	8.1-22.8	29.3	19.2-39.6	21.9	15.9-28.3	1996-1998
	65.2-73.6	21.4	15.4-27.1	44.5	41.1-48.0	33.1	29.8-36.4	22.5	16.5-28.3	46.3	42.7-49.9	34.6	31.2-38.0	2008
	13.5-22.7	1.0	0.4-2.1	6.2	4.0-8.5	3.6	2.5-4.9	1.2	0.4-2.6	7.0	4.5-9.7	4.2	2.8-5.8	2007

ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕ
СОПОСТАВИМЫЕ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ 20 ЛЕТ И СТАРШЕ, 2008

Примечание: ... нет данных

Страна	Регион	Избыточная масса (ИМТ ≥ 25 кг/м²)						Избыточная масса (ИМТ ≥ 25 кг/м²)				
		Общие оценки						Стандартизованные по возрасту оценки				
		Муж.	95% ДИ	Жен.	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	Муж.	95% ДИ	Жен.	95% ДИ	Оба пола
Зимбабве	АФР	15.1	9.2-22.0	35.6	28.5-42.9	25.5	20.8-30.6	17.6	10.5-25.6	40.3	32.3-48.6	29.4
Израиль	ЕВР	62.4	56.9-67.8	59.4	53.4-65.6	60.9	56.7-65.0	62.5	56.9-67.8	57.8	51.5-64.2	60.1
Индия	ЮВАР	9.9	7.2-12.9	12.2	9.1-15.8	11.0	8.9-13.3	10.0	7.4-13.2	12.5	9.3-16.3	11.2
Индонезия	ЮВАР	16.3	11.2-22.1	25.6	18.5-32.7	21.0	16.6-25.6	16.1	11.0-21.9	25.3	18.2-32.6	20.7
Иордания	ВСР	62.3	56.9-67.1	66.0	62.9-68.7	64.1	61.0-66.9	66.5	61.7-71.0	71.2	68.3-73.8	68.8
Ирак	ВСР	59.5	52.2-66.0	65.1	57.5-72.3	62.3	57.1-67.0	62.2	55.1-68.3	68.2	60.9-74.8	65.2
Иран (Исламская Республика)	ВСР	46.0	41.1-51.0	56.8	52.6-60.8	51.4	48.2-54.7	48.8	43.6-54.2	61.0	56.8-64.9	55.0
Ирландия	ЕВР	67.8	63.7-71.6	56.0	49.6-61.7	61.9	58.0-65.4	67.1	63.0-70.9	54.8	48.4-60.5	60.9
Исландия	ЕВР	65.1	53.2-75.2	51.7	34.1-66.8	58.4	48.2-67.3	63.6	51.6-73.9	49.1	31.8-64.0	56.4
Испания	ЕВР	67.7	62.9-72.2	56.6	50.5-62.5	62.0	58.1-65.7	65.1	60.2-69.8	50.9	44.6-57.0	58.2
Италия	ЕВР	61.8	55.4-67.0	47.1	39.0-54.5	54.1	48.9-58.9	58.3	51.8-63.6	40.1	32.7-47.3	49.2
Йемен	ВСР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Кабо-Верде	АФР	28.3	21.8-34.8	39.6	31.4-48.5	34.4	28.9-40.1	30.8	23.8-37.5	42.6	33.9-51.8	37.6
Казахстан	ЕВР	55.2	36.2-70.2	56.0	43.6-66.6	55.6	44.6-64.8	57.0	37.9-71.9	55.9	43.4-66.4	56.7
Камбоджа	ЗТОР	10.8	7.4-15.0	13.2	9.9-17.1	12.1	9.6-14.9	11.4	7.7-16.0	13.8	10.1-18.2	12.7
Камерун	АФР	30.2	20.6-40.1	40.5	32.2-49.0	35.4	29.0-41.8	32.6	22.3-43.2	42.3	33.4-51.5	37.5
Канада	АМР	67.8	64.4-71.0	58.7	53.5-63.5	63.2	60.0-66.1	65.7	62.2-69.1	55.2	50.0-60.2	60.5
Катар	ВСР	73.1	68.8-77.3	70.2	64.3-75.5	72.3	68.7-75.6	72.5	68.0-76.8	71.3	65.4-76.6	72.1
Кения	АФР	13.3	4.1-28.0	24.0	18.2-29.9	18.7	13.3-26.4	15.2	4.6-31.7	25.5	18.7-32.7	20.5
Кипр	ЕВР	66.0	57.7-73.8	52.1	41.6-62.0	58.8	51.7-65.1	64.6	55.9-72.7	47.6	37.2-57.7	55.9
Киргизия	ЕВР	41.4	24.9-58.4	46.0	31.7-58.5	43.8	32.7-54.5	43.4	26.4-60.5	48.9	33.9-61.6	46.6
Кирибати	ЗТОР	78.4	73.0-83.1	82.8	77.5-87.3	80.7	77.0-84.1	78.4	72.9-83.3	82.5	76.8-87.3	80.5
Китай	ЗТОР	25.5	21.1-29.9	25.4	19.6-30.9	25.4	21.7-29.0	25.1	20.8-29.5	24.9	19.2-30.3	25.0
Колумбия	АМР	43.5	37.4-49.9	52.7	47.4-57.6	48.3	44.2-52.3	44.9	38.6-51.5	53.8	48.4-58.7	49.6
Коморские Острова	АФР	18.0	4.9-37.5	21.6	10.4-34.8	19.8	10.4-31.4	19.4	5.3-39.4	21.1	9.5-35.2	20.1
Конго	АФР	15.0	6.0-27.7	25.1	15.4-34.9	20.2	13.3-27.9	16.9	6.6-30.9	27.0	16.2-37.8	22.1
Корейская Народно-Демократическая Республика	ЮВАР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Коста-Рика	АМР	59.4	49.9-67.5	57.2	48.7-65.3	58.3	51.9-64.2	60.3	51.1-68.3	58.8	50.4-66.7	59.6
Кот-дИвуар	АФР	20.5	9.8-33.1	30.5	19.9-41.2	25.4	17.7-33.5	21.8	10.3-35.3	32.3	20.8-44.1	26.9
Куба	АМР	48.6	36.3-61.1	60.2	48.0-70.6	54.5	45.8-62.7	47.5	35.6-59.9	57.9	46.1-68.1	52.8
Кувейт	ВСР	78.4	74.5-82.2	79.5	75.3-83.1	78.8	75.9-81.5	78.1	74.1-81.9	81.3	77.3-84.8	79.3
Лаосская Народно-Демократическая Республика	ЗТОР	10.0	4.3-18.7	16.4	9.5-24.4	13.3	8.5-19.1	11.6	4.9-21.7	17.8	10.0-27.0	14.8
Латвия	ЕВР	60.7	48.0-71.6	55.0	41.0-67.1	57.5	48.2-65.9	59.4	46.6-70.7	47.8	33.5-61.2	53.6
Лесото	АФР	15.4	3.7-34.6	54.6	45.6-62.1	37.3	29.8-46.8	17.3	4.2-38.1	58.1	48.6-65.9	41.0
Либерия	АФР	16.3	4.0-34.5	25.1	18.0-32.5	20.7	13.2-30.6	17.7	4.4-37.0	27.5	18.9-36.3	22.7
Ливан	ВСР	66.1	61.8-70.1	57.9	52.8-63.0	61.8	58.5-65.1	67.0	62.8-70.9	58.7	53.6-63.8	62.8
Ливийская Арабская Джамахирия	ВСР	57.8	51.9-63.3	66.2	60.7-71.4	61.9	57.7-65.7	60.4	54.7-65.5	71.0	66.0-75.6	65.4
Литва	ЕВР	64.0	51.9-73.7	57.9	45.2-69.4	60.7	51.8-68.5	62.8	50.4-72.8	51.0	37.5-63.5	56.9
Люксембург	ЕВР	66.7	52.7-78.2	54.7	35.9-70.3	60.6	49.2-70.2	64.0	49.7-76.0	49.2	30.7-65.7	56.7
Маврикий	АФР	47.4	34.5-60.4	52.7	39.2-63.3	50.1	41.0-58.6	46.7	33.8-59.7	51.7	38.3-62.2	49.4
Мавритания	АФР	20.3	9.8-32.2	51.6	41.3-60.3	36.0	28.8-43.5	22.8	11.1-35.5	53.9	42.9-63.0	38.7
Мадагаскар	АФР	12.0	6.8-19.2	8.6	6.1-11.6	10.3	7.3-13.9	12.6	6.9-20.2	8.8	6.0-12.1	10.6
Малави	АФР	16.5	11.8-21.8	23.5	18.4-29.0	20.1	16.6-23.9	16.7	12.1-22.0	24.3	18.7-30.2	20.6
Малайзия	ЗТОР	42.1	36.3-48.4	46.3	39.1-53.4	44.2	39.4-48.9	42.4	36.5-48.8	47.0	39.6-54.1	44.6
Мали	АФР	13.7	7.3-22.1	24.1	17.6-31.3	19.2	14.4-24.4	15.3	7.9-25.1	25.7	18.3-33.8	21.0
Мальдивы	ЮВАР	27.3	7.9-51.2	43.8	33.6-52.8	35.4	24.3-48.5	29.4	8.6-54.2	52.5	41.6-61.9	40.7
Мальта	ЕВР	68.4	54.9-78.8	60.4	42.8-74.5	64.3	53.7-73.2	66.8	53.4-77.4	56.0	38.4-70.5	61.6
Марокко	ВСР	41.4	31.0-52.3	51.7	43.4-59.1	46.8	40.1-53.3	43.1	32.5-54.3	53.6	44.9-60.9	48.5
Маршалловы Острова	ЗТОР	77.4	70.9-83.0	81.0	74.5-85.9	79.2	74.7-83.2	78.2	71.7-83.8	82.0	75.6-87.0	80.2
Мексика	АМР	67.3	62.4-71.5	69.3	64.2-73.9	68.3	64.8-71.5	67.8	62.9-71.9	70.3	65.3-74.9	69.1
Микронезия (Федеративные Штаты)	ЗТОР	67.9	58.9-76.0	82.5	76.1-87.8	75.2	69.7-80.2	71.4	63.2-78.7	82.5	75.7-88.0	76.8
Мозамбик	АФР	14.9	9.4-21.6	26.5	18.7-34.2	21.1	16.0-26.3	16.5	10.4-24.1	28.0	19.4-36.5	22.7
Монако	ЕВР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

		Ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²)						Ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²)						Последний год с наличием страновых данных
		Общие оценки						Стандартизованные по возрасту оценки						
	95% ДИ	Муж.	95% ДИ	Жен.	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	Муж.	95% ДИ	Жен.	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	
	24.0-35.3	2.4	1.2-4.0	11.6	8.1-15.9	7.0	5.2-9.4	2.8	1.4-4.8	13.8	9.6-19.2	8.6	6.3-11.6	2005
	55.9-64.4	23.2	19.3-27.5	29.0	23.8-34.5	26.2	22.8-29.7	23.2	19.3-27.5	27.6	22.5-33.2	25.5	22.2-29.1	2004-2005
	9.1-13.7	1.3	0.9-1.9	2.4	1.6-3.5	1.9	1.4-2.4	1.3	0.9-1.9	2.5	1.6-3.6	1.9	1.4-2.5	2007
	16.2-25.4	2.6	1.6-4.0	6.9	4.3-9.9	4.8	3.3-6.4	2.5	1.5-3.9	6.9	4.2-9.8	4.7	3.2-6.4	2001
	66.0-71.4	24.0	20.2-27.9	36.4	33.4-39.4	30.0	27.6-32.5	27.3	23.4-31.4	41.7	38.4-44.9	34.3	31.7-36.9	2009
	60.1-69.8	20.6	15.9-25.2	33.4	26.5-40.6	27.0	22.8-31.0	22.3	17.2-27.1	36.2	29.0-43.6	29.4	24.9-33.7	2006
	51.6-58.3	12.4	10.0-15.1	26.5	22.9-30.0	19.4	17.3-21.6	13.6	10.9-16.6	29.5	25.7-33.2	21.6	19.3-24.0	2007
	57.1-64.5	26.2	22.9-29.6	24.2	19.2-28.9	25.2	22.1-28.0	25.7	22.5-29.1	23.3	18.5-28.0	24.5	21.5-27.4	2006-2007
	46.3-65.3	24.4	15.7-34.0	22.1	10.4-34.8	23.2	16.1-30.8	23.4	15.0-32.6	20.3	9.6-32.3	21.9	15.1-29.1	нет страновых данных
	54.2-62.0	26.5	22.7-30.9	26.7	22.0-31.9	26.6	23.5-30.0	24.9	21.1-29.1	23.0	18.4-27.8	24.1	21.1-27.3	2005
	44.2-53.8	21.2	16.8-25.4	18.5	13.3-23.9	19.8	16.3-23.3	19.3	15.3-23.2	14.9	10.6-19.5	17.2	14.1-20.2	1998-2002
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	31.7-43.7	5.7	3.8-7.7	13.8	9.4-19.2	10.0	7.5-13.1	6.3	4.2-8.5	15.3	10.4-21.4	11.5	8.5-15.1	2007
	45.5-65.8	19.1	8.5-30.9	27.6	17.4-37.7	23.7	16.1-31.3	20.2	9.0-32.5	27.4	17.3-37.4	24.4	16.6-32.1	1999
	9.9-15.9	1.5	0.9-2.3	2.7	1.8-3.8	2.1	1.5-2.8	1.6	0.9-2.4	2.8	1.8-4.2	2.3	1.6-3.1	2010
	30.7-44.3	6.4	3.5-9.8	14.1	9.6-19.5	10.3	7.6-13.4	7.0	3.9-11.0	15.1	10.1-21.1	11.1	8.1-14.6	2004
	57.2-63.5	26.0	23.2-29.0	26.4	22.0-30.4	26.2	23.5-28.8	24.6	21.8-27.5	23.9	19.8-27.8	24.3	21.7-26.8	2008
	68.5-75.5	31.3	27.1-36.0	38.1	32.2-44.0	33.2	29.6-36.8	30.8	26.6-35.6	39.3	33.2-45.6	33.1	29.5-36.8	2006
	14.0-29.0	2.1	0.4-5.7	6.2	4.1-8.6	4.2	2.7-6.2	2.5	0.5-6.6	6.8	4.3-9.8	4.7	2.9-7.1	2008-2009
	48.9-62.4	25.9	19.3-33.3	25.1	16.9-33.5	25.5	20.0-31.0	24.8	18.4-32.0	21.9	14.6-29.7	23.4	18.3-28.6	1999-2000
	35.0-57.5	10.9	4.7-19.9	19.8	10.2-29.6	15.5	9.4-22.1	11.7	5.0-21.4	21.6	11.3-32.1	17.2	10.4-24.4	1997
	76.6-84.1	37.7	31.3-44.2	53.8	46.2-61.2	46.0	41.2-51.1	37.7	31.2-44.4	53.6	45.7-61.4	45.8	40.8-51.1	2004
	21.4-28.5	4.7	3.5-6.1	6.7	4.6-9.0	5.7	4.4-7.0	4.6	3.5-5.9	6.5	4.5-8.8	5.6	4.3-6.9	2008-2009
	45.4-53.7	11.3	8.6-14.6	22.9	18.8-27.0	17.3	14.7-20.0	11.9	9.0-15.3	23.7	19.5-27.9	18.1	15.4-20.9	2007
	10.3-32.3	3.2	0.6-8.7	5.5	1.9-10.7	4.4	1.8-8.0	3.5	0.6-9.4	5.3	1.7-10.8	4.4	1.8-8.3	1996
	14.4-30.6	2.4	0.7-5.5	6.9	3.3-11.1	4.7	2.6-7.2	2.8	0.8-6.4	7.5	3.5-12.5	5.3	2.8-8.2	1987
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	53.4-65.4	20.4	14.4-26.4	27.1	20.5-34.1	23.7	19.2-28.3	20.9	14.9-26.9	28.3	21.6-35.3	24.6	20.1-29.3	2004-2006
	18.6-35.7	3.6	1.3-7.2	8.9	4.7-14.2	6.2	3.6-9.2	3.9	1.3-7.8	9.7	4.9-15.7	6.7	3.8-10.0	1998-1999
	44.4-60.9	13.7	8.1-21.2	29.2	19.0-39.3	21.5	15.7-27.7	13.3	7.9-20.5	27.5	17.9-37.1	20.5	15.0-26.4	2001-2002
	76.4-82.0	37.5	32.9-42.5	49.8	44.3-55.1	42.0	38.3-45.8	37.2	32.4-42.3	52.4	46.7-58.0	42.8	39.1-46.7	2006
	9.3-21.5	1.4	0.5-3.3	3.7	1.7-6.5	2.6	1.4-4.3	1.7	0.5-3.9	4.1	1.8-7.5	3.0	1.5-5.0	2006
	44.2-62.5	22.4	13.8-31.3	27.0	16.1-37.9	24.9	17.9-32.2	21.5	13.2-30.4	21.8	12.1-32.0	22.0	15.6-29.0	1997
	32.8-50.8	2.6	0.4-7.8	24.0	17.2-30.7	14.6	10.5-18.8	3.1	0.4-8.8	26.6	18.9-33.9	16.9	12.1-21.6	2004
	14.5-33.3	2.8	0.4-7.6	6.8	4.1-10.0	4.8	2.8-7.7	3.1	0.5-8.5	7.7	4.4-11.9	5.5	3.0-8.9	2007
	59.5-66.0	25.8	22.2-29.2	29.0	24.6-33.6	27.4	24.6-30.4	26.4	22.8-29.9	29.7	25.2-34.3	28.2	25.3-31.2	1997
	61.6-68.9	19.9	16.2-23.7	36.4	31.3-41.4	27.8	24.7-30.9	21.5	17.5-25.4	41.3	36.0-46.5	30.8	27.4-34.1	2009
	47.9-65.3	24.8	15.9-33.5	29.9	19.1-40.9	27.6	20.5-34.7	23.9	15.3-32.5	24.7	14.9-35.0	24.7	18.0-31.5	1997
	45.3-66.6	26.3	15.6-37.4	25.8	12.2-40.0	26.0	17.4-34.8	24.5	14.4-35.4	22.2	10.2-35.4	23.4	15.6-31.5	нет страновых данных
	40.4-57.9	13.2	7.5-21.0	23.6	13.7-32.6	18.5	12.7-24.5	12.9	7.3-20.5	23.0	13.3-31.8	18.2	12.4-24.0	1998
	30.7-46.6	3.7	1.3-7.0	21.7	14.5-28.6	12.7	8.9-16.5	4.3	1.5-8.1	23.3	15.2-31.0	14.0	9.6-18.3	2000-2001
	7.5-14.6	1.7	0.8-3.2	1.5	0.9-2.2	1.6	1.0-2.4	1.8	0.8-3.4	1.5	0.9-2.3	1.7	1.1-2.5	2008-2009
	16.9-24.8	2.6	1.6-3.8	6.0	4.2-8.1	4.3	3.3-5.6	2.6	1.7-3.8	6.2	4.2-8.5	4.5	3.3-5.8	2009
	39.8-49.5	10.4	8.1-13.3	17.6	13.1-22.7	14.0	11.3-16.8	10.4	8.1-13.4	17.9	13.2-23.1	14.1	11.4-17.1	2005-2006
	15.4-26.9	2.1	0.9-4.0	6.3	3.9-9.2	4.3	2.9-6.0	2.4	1.0-4.7	6.8	4.2-10.2	4.8	3.1-6.9	2006
	28.9-54.5	5.9	1.0-15.3	20.2	13.0-27.7	12.9	8.3-18.8	6.5	1.1-16.9	26.1	17.1-35.2	16.1	10.5-22.8	2001
	51.1-70.7	27.3	16.8-37.9	30.3	16.0-44.7	28.8	20.1-37.7	26.1	16.0-36.4	26.8	13.8-40.0	26.6	18.5-35.0	нет страновых данных
	41.7-55.2	10.5	6.5-15.9	21.9	15.9-27.7	16.4	12.6-20.4	11.1	6.8-17.0	23.1	16.7-29.2	17.3	13.3-21.5	2003-2004
	75.6-84.1	37.9	30.2-45.9	52.4	43.4-61.1	45.4	39.5-51.3	38.8	30.8-47.0	53.9	44.6-62.9	46.5	40.3-52.6	2002
	65.6-72.3	26.3	22.1-30.1	37.4	32.0-42.5	32.1	28.7-35.3	26.7	22.4-30.5	38.4	33.0-43.7	32.8	29.4-36.1	2005-2006
	71.6-81.6	28.1	21.1-35.8	53.2	44.5-62.1	40.6	35.0-46.4	30.9	23.5-38.8	53.4	44.2-62.5	42.0	36.2-48.1	нет страновых данных
	17.2-28.5	2.3	1.2-3.8	7.2	4.3-10.5	4.9	3.2-6.8	2.6	1.4-4.4	7.8	4.5-11.6	5.4	3.5-7.7	2005
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных

ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕ
СОПОСТАВИМЫЕ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ 20 ЛЕТ И СТАРШЕ, 2008

Примечание: ... нет данных

Страна	Регион	Избыточная масса (ИМТ ≥ 25 кг/м²)						Избыточная масса (ИМТ ≥ 25 кг/м²)				
		Общие оценки						Стандартизованные по возрасту оценки				
		Муж.	95% ДИ	Жен.	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	Муж.	95% ДИ	Жен.	95% ДИ	Оба пола
Монголия	ЗТОР	40.7	36.3-45.0	45.7	40.5-50.3	43.2	39.9-46.4					
Мьянма	ЮВАР	13.3	9.3-18.0	23.4	15.9-31.1	18.4	14.1-23.0	13.8	9.6-18.7	23.6	16.0-31.5	18.8
Намибия	АФР	20.3	13.4-27.8	41.2	34.1-47.8	31.1	26.0-36.1	23.3	15.5-31.6	44.7	36.7-52.0	34.6
Науру	ЗТОР	93.5	91.3-95.3	92.3	89.5-94.7	92.9	91.0-94.5	93.5	91.0-95.3	92.3	89.2-94.9	92.8
Непал	ЮВАР	9.3	2.7-20.8	8.9	5.5-13.7	9.1	5.2-14.9	9.8	2.8-22.0	8.9	5.3-14.1	9.3
Нигер	АФР	10.9	7.2-15.6	15.7	10.7-21.4	13.2	10.0-16.8	11.0	7.2-16.1	16.6	11.0-23.3	13.7
Нигерия	АФР	24.2	14.2-34.4	29.3	23.5-34.9	26.8	21.1-32.7	26.2	15.5-37.1	31.2	24.8-37.2	28.8
Нидерланды	ЕВР	56.4	49.9-62.0	48.7	40.5-56.2	52.5	47.4-57.3	52.4	46.0-57.9	43.2	35.3-50.7	47.8
Никарагуа	АМР	50.6	35.6-63.7	60.2	54.8-65.1	55.5	47.8-62.5	53.3	37.7-66.5	63.2	57.7-68.3	58.4
Ниуэ	ЗТОР											
Новая Зеландия	ЗТОР	69.2	65.3-73.2	62.6	56.3-68.2	65.8	62.1-69.3	67.8	63.7-71.9	60.6	54.2-66.3	64.1
Норвегия	ЕВР	64.4	57.6-70.0	51.1	41.5-59.6	57.6	51.7-63.0	62.3	55.5-68.0	47.6	38.6-56.0	55.0
Объединенная Республика Танзания	АФР	19.4	8.8-31.8	24.6	16.8-32.8	22.1	15.4-29.4	22.1	10.0-35.7	25.8	17.2-34.7	23.9
Объединнные Арабские Эмираты	ВСР	71.3	64.3-77.3	71.2	64.3-77.5	71.3	65.9-76.0	71.3	64.2-77.5	73.9	66.8-80.2	72.0
Оман	ВСР	56.9	47.1-65.0	54.2	43.5-62.7	55.8	48.6-61.9	57.8	47.8-66.1	57.2	46.0-66.1	57.5
Острова Кука	ЗТОР	91.0	87.9-93.7	89.9	85.7-93.4	90.5	87.8-92.8	91.0	87.8-93.7	90.2	86.1-93.6	90.6
Пакистан	ВСР	19.1	10.0-30.4	27.1	15.3-40.5	23.0	15.5-31.5	20.0	10.3-31.8	28.8	16.1-43.2	24.3
Палау	ЗТОР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Панама	АМР	57.8	46.5-68.0	63.5	52.5-73.4	60.6	52.8-68.1	58.2	47.2-68.1	64.1	53.5-73.8	61.2
Папуа-Новая Гвинея	ЗТОР	45.3	38.1-53.3	51.2	40.6-60.6	48.3	42.0-54.4	45.4	37.7-53.8	50.3	39.4-60.4	47.8
Парагвай	АМР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Перу	АМР	41.8	35.5-48.3	50.7	45.0-56.0	46.3	42.1-50.5	43.3	36.9-50.0	52.2	46.4-57.5	47.9
Польша	ЕВР	62.8	57.3-67.7	54.7	48.6-60.6	58.6	54.5-62.5	61.6	55.9-66.6	49.6	43.1-56.0	55.7
Португалия	ЕВР	61.8	53.5-68.6	56.6	48.4-64.1	59.1	53.4-64.1	59.7	51.4-66.5	50.8	42.3-58.5	55.3
Республика Корея	ЗТОР	34.3	29.4-39.2	29.2	23.5-35.4	31.8	27.9-35.5	33.4	28.5-38.2	27.4	22.0-33.3	30.6
Республика Молдова	ЕВР	38.4	14.6-62.0	60.1	52.1-67.0	50.0	38.2-61.5	38.7	14.7-62.4	57.7	50.3-64.5	49.2
Российская Федерация	ЕВР	56.2	51.3-61.1	62.8	58.4-66.9	59.8	56.5-63.0	55.8	50.9-60.7	58.9	54.5-63.2	57.8
Руанда	АФР	21.3	5.3-43.4	18.8	12.3-26.0	19.9	11.5-31.2	24.0	6.0-47.8	17.5	10.8-25.5	20.3
Румыния	ЕВР	53.1	39.5-64.7	49.1	34.7-61.2	51.0	41.2-59.5	51.7	38.3-63.3	45.4	31.4-57.5	48.6
Сальвадор	АМР	57.5	43.0-69.6	64.4	58.7-69.9	61.1	53.5-67.7	59.1	44.4-71.0	65.6	59.9-71.1	62.5
Самоа	ЗТОР	81.2	75.3-86.1	88.2	83.9-91.9	84.6	81.0-87.8	82.6	77.1-87.3	88.9	84.6-92.5	85.6
Сан-Марино	ЕВР											
Сан-Томе и Принсипи	АФР	27.6	20.8-34.7	37.8	28.3-47.1	32.9	26.9-38.8	30.9	23.3-38.0	42.1	32.1-52.2	36.9
Саудовская Аравия	ВСР	69.1	64.9-73.5	68.8	64.3-72.3	69.0	65.9-72.0	70.2	66.0-74.6	73.2	68.9-76.7	71.3
Свазиленд	АФР	25.0	7.7-46.7	62.9	56.9-68.2	45.3	36.7-55.8	28.2	8.8-51.3	68.2	61.7-73.7	50.3
Сейшелы	АФР	49.8	40.0-59.0	64.1	56.4-71.1	56.8	50.5-62.5	50.9	40.8-60.3	64.1	56.3-71.0	57.7
Сенегал	АФР	15.3	5.4-29.8	33.3	25.2-41.8	24.4	17.8-32.4	18.0	6.4-34.2	37.0	28.1-46.4	27.7
Сент-Винсент и Гренадины	АМР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Сент-Китс и Невис	АМР	72.2	65.5-78.5	79.4	73.1-84.5	75.9	71.3-80.1	72.7	66.0-78.9	79.5	73.4-84.5	76.2
Сент-Люсия	АМР	42.8	24.5-60.8	62.4	45.1-75.6	52.9	40.4-64.4	44.1	25.4-62.3	63.6	46.2-76.7	54.2
Сербия	ЕВР	66.5	61.5-70.9	51.0	44.0-57.3	58.6	54.3-62.6	65.3	60.2-69.7	46.2	39.2-52.6	55.9
Сингапур	ЗТОР	33.9	28.0-39.7	26.4	19.6-33.1	30.2	25.6-34.8	32.3	26.5-38.0	23.7	17.5-29.9	28.1
Сирийская Арабская Республика	ВСР	58.7	49.8-66.0	63.6	55.4-71.0	61.2	55.4-66.4	63.4	55.0-70.3	69.3	61.6-76.1	66.4
Словакия	ЕВР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Словения	ЕВР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Соединенное Королевство	ЕВР	67.7	64.3-70.9	60.8	56.3-65.1	64.2	61.3-66.9	65.6	62.1-68.9	57.5	52.8-61.8	61.5
Соединнные Штаты Америки	АМР	73.5	70.8-76.2	68.2	64.5-71.9	70.8	68.5-73.1	72.5	69.8-75.3	66.3	62.6-70.0	69.4
Соломоновы Острова	ЗТОР	61.0	52.5-68.2	69.6	61.6-76.5	65.2	59.8-70.2	64.9	56.3-71.9	71.1	62.5-78.3	67.9
Сомали	ВСР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Судан	ВСР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Суринам	АМР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Сьерра-Леоне	АФР	20.8	14.9-27.1	32.7	27.1-38.2	26.9	22.8-31.1	21.2	15.2-27.6	33.4	27.3-39.5	27.5
Таджикистан	ЕВР	31.2	11.1-53.7	30.5	16.3-45.6	30.9	18.5-44.4	33.7	12.1-56.8	33.9	17.7-49.9	33.8
Таиланд	ЮВАР	26.5	21.9-31.2	37.4	31.7-43.5	32.2	28.5-36.2	25.8	21.3-30.5	36.4	30.9-42.3	31.4

		Ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²)						Ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²)						Последний год с наличием страновых данных
		Общие оценки						Стандартизованные по возрасту оценки						
	95% ДИ	Муж.	95% ДИ	Жен.	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	Муж.	95% ДИ	Жен.	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	
	43.3-50.6	10.4	8.5-12.4	18.3	14.8-21.8	14.4	12.4-16.4	11.9	9.6-14.5	20.7	16.5-24.8	16.4	14.0-18.9	2009
	14.3-23.4	1.9	1.2-2.9	6.0	3.5-9.1	4.0	2.6-5.7	2.0	1.2-3.1	6.1	3.5-9.2	4.1	2.7-5.8	2009
	28.8-40.2	3.6	2.0-5.7	15.0	10.8-19.5	9.5	7.1-12.0	4.3	2.4-6.8	16.8	11.9-22.1	10.9	8.0-14.0	2006-2007
	90.9-94.6	67.7	60.5-74.6	74.4	67.0-81.5	71.1	66.1-76.3	67.5	60.1-74.6	74.7	67.0-82.1	71.1	65.9-76.5	2004
	5.2-15.4	1.3	0.3-3.6	1.6	0.8-2.8	1.4	0.7-2.7	1.4	0.3-3.8	1.6	0.8-2.9	1.5	0.7-2.7	2006
	10.2-17.6	1.5	0.8-2.4	3.4	2.0-5.3	2.4	1.6-3.4	1.5	0.9-2.5	3.7	2.0-5.9	2.5	1.6-3.7	2007
	22.7-35.0	4.6	2.1-7.6	8.4	5.9-10.9	6.5	4.7-8.5	5.1	2.3-8.4	9.0	6.4-11.8	7.1	5.2-9.3	2008
	43.0-52.6	18.1	14.1-22.1	19.5	14.0-24.9	18.8	15.5-22.2	16.1	12.5-19.7	16.1	11.4-21.0	16.2	13.3-19.3	2005-2006
	50.4-65.5	15.4	8.1-23.9	28.8	24.2-33.6	22.2	17.9-27.0	16.8	8.7-26.0	31.3	26.3-36.5	24.2	19.4-29.5	2006-2007
														нет страновых данных
	60.3-67.7	27.3	23.8-31.1	29.3	23.8-34.6	28.3	25.0-31.6	26.2	22.8-29.9	27.7	22.4-32.9	27.0	23.8-30.2	2006-2007
	49.2-60.3	23.0	17.9-27.6	20.1	13.8-26.7	21.5	17.3-25.7	21.6	16.8-26.2	17.9	12.3-24.0	19.8	16.0-23.6	нет страновых данных
	16.4-31.8	3.4	1.1-6.9	6.4	3.7-9.8	5.0	3.0-7.2	4.0	1.3-8.1	6.8	3.7-10.5	5.4	3.3-8.0	2004-2005
	66.6-76.8	30.0	23.7-36.4	39.9	32.5-47.4	32.7	27.8-37.8	30.2	23.7-37.0	43.0	35.0-51.1	33.7	28.6-39.1	1999-2000
	50.1-63.8	18.9	13.0-25.0	23.8	15.8-31.1	20.9	16.1-25.6	19.4	13.2-25.7	25.9	17.2-33.9	22.0	16.8-26.9	2000
	88.0-92.9	59.7	52.4-67.3	67.9	59.2-76.6	63.7	58.1-69.5	59.7	52.4-67.4	68.5	59.8-77.3	64.1	58.3-69.8	2003
	16.4-33.4	3.3	1.3-6.3	7.8	3.3-14.3	5.5	3.0-8.9	3.5	1.4-6.7	8.4	3.5-15.6	5.9	3.2-9.6	1990-1994
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	53.5-68.5	19.2	12.5-26.5	31.5	22.6-41.0	25.4	19.6-31.5	19.4	12.7-26.7	32.1	23.2-41.5	25.8	20.1-31.8	2003
	41.3-54.4	11.7	8.7-15.9	20.6	13.7-28.0	16.2	12.3-20.3	11.8	8.6-16.0	20.1	13.1-27.7	15.9	12.0-20.3	2007
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	43.5-52.2	10.5	8.0-13.6	20.7	16.6-24.8	15.7	13.2-18.3	11.1	8.4-14.4	21.7	17.4-25.9	16.5	13.9-19.2	2004-2008
	51.5-59.8	23.8	19.5-27.7	26.7	21.8-31.9	25.3	22.0-28.6	22.9	18.7-26.8	22.9	18.4-27.9	23.2	20.0-26.4	2003-2007
	49.5-60.5	21.6	15.8-27.0	26.3	19.8-33.0	24.0	19.7-28.3	20.4	14.9-25.6	22.3	16.4-28.5	21.6	17.5-25.5	2003-2005
	26.8-34.2	7.2	5.6-8.8	8.3	6.0-11.0	7.7	6.3-9.3	6.9	5.4-8.5	7.7	5.5-10.2	7.3	6.0-8.9	2007
	37.4-61.0	9.9	2.2-22.5	31.0	23.3-38.5	21.2	15.5-28.1	10.0	2.2-22.8	28.8	21.9-35.6	20.4	14.8-27.2	2005
	54.4-61.0	18.6	15.4-22.1	32.9	28.7-37.2	26.5	23.7-29.3	18.4	15.1-21.8	29.8	25.8-33.9	24.9	22.2-27.6	2005
	11.1-32.0	4.2	0.6-11.4	4.4	2.5-6.9	4.3	2.2-7.9	4.9	0.7-13.4	4.0	2.1-6.7	4.3	2.0-8.4	2005
	39.1-57.1	16.9	9.5-25.0	21.2	11.3-31.1	19.1	12.8-25.6	16.3	9.2-24.1	19.0	10.0-28.3	17.7	11.8-23.8	1997
	55.0-68.9	19.2	10.7-28.3	31.8	26.7-37.4	25.8	20.9-31.1	20.2	11.2-29.4	32.9	27.6-38.5	26.9	21.8-32.3	2008
	82.1-88.7	43.6	35.9-51.3	65.5	56.6-74.3	54.1	48.5-60.1	45.3	37.5-53.1	66.7	57.7-75.7	55.5	49.8-61.7	2002
														нет страновых данных
	30.5-43.3	5.5	3.6-7.7	13.2	8.3-18.9	9.5	6.8-12.5	6.4	4.1-8.8	15.4	9.7-22.3	11.3	7.9-15.2	2009
	68.3-74.2	28.6	24.7-33.1	39.1	34.3-43.3	33.0	29.9-36.1	29.5	25.5-34.1	43.5	38.3-48.2	35.2	32.0-38.4	2004-2005
	41.3-61.0	5.2	1.0-12.8	32.4	26.7-37.9	19.7	16.0-24.2	6.1	1.1-15.2	37.1	30.2-43.5	23.4	18.8-28.5	2006-2007
	51.4-63.4	14.6	9.7-20.2	33.7	26.5-40.8	23.9	19.6-28.3	15.1	10.0-21.0	33.7	26.5-40.8	24.6	20.2-29.0	2004
	20.2-36.7	2.6	0.6-6.6	10.8	6.9-15.7	6.8	4.4-9.8	3.2	0.8-7.8	12.5	8.0-18.3	8.0	5.2-11.6	2005
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	71.6-80.3	31.7	25.2-38.6	49.2	41.3-56.7	40.7	35.4-45.9	32.0	25.5-39.0	49.4	41.5-56.9	40.9	35.6-46.2	нет страновых данных
	41.5-65.8	11.4	4.5-21.3	30.8	16.5-44.5	21.4	13.1-29.9	11.9	4.7-22.3	31.9	17.1-45.9	22.3	13.6-30.9	нет страновых данных
	51.5-60.0	26.3	22.2-30.4	23.3	18.0-28.5	24.8	21.4-28.2	25.5	21.4-29.5	20.3	15.4-25.1	23.0	19.8-26.2	2006
	23.8-32.4	7.0	5.2-9.0	7.1	4.5-9.9	7.1	5.4-8.8	6.6	4.8-8.5	6.2	3.9-8.7	6.4	5.0-8.0	2004-2007
	60.8-71.4	20.7	15.1-26.2	33.5	26.2-41.1	27.1	22.5-31.8	23.8	17.6-29.9	39.0	31.0-47.1	31.6	26.5-36.6	2002
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	58.6-64.3	26.0	23.0-28.8	27.7	23.8-31.5	26.9	24.3-29.4	24.4	21.6-27.3	25.2	21.5-28.9	24.9	22.4-27.3	нет страновых данных
	67.1-71.8	31.1	28.3-34.1	34.8	31.0-38.7	33.0	30.6-35.6	30.2	27.5-33.2	33.2	29.6-37.0	31.8	29.5-34.3	2007-2008
	62.3-72.9	22.6	16.6-28.6	37.7	29.6-45.6	30.0	25.1-34.9	25.3	18.6-31.8	39.2	30.3-47.9	32.1	26.8-37.4	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	23.2-32.0	3.6	2.2-5.2	9.8	7.3-12.5	6.8	5.3-8.3	3.6	2.3-5.3	10.1	7.4-13.1	7.0	5.4-8.8	2009
	20.4-47.7	7.2	1.6-16.8	10.0	3.8-18.5	8.6	4.1-14.6	8.0	1.7-18.7	11.6	4.0-21.8	9.9	4.5-17.0	2003
	27.8-35.3	5.0	3.8-6.4	12.2	9.4-15.7	8.8	7.2-10.8	4.9	3.6-6.2	11.8	9.0-15.1	8.5	6.9-10.4	2008-2009

ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕ
СОПОСТАВИМЫЕ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ 20 ЛЕТ И СТАРШЕ, 2008

Примечание: ... нет данных

Страна	Регион	Избыточная масса (ИМТ ≥ 25 кг/м²)						Избыточная масса (ИМТ ≥ 25 кг/м²)				
		Общие оценки						Стандартизованные по возрасту оценки				
		Муж.	95% ДИ	Жен.	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	Муж.	95% ДИ	Жен.	95% ДИ	Оба пола
Тимор-Лешти	ЮВАР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Того	АФР	16.2	4.3-35.2	22.3	11.1-34.7	19.3	10.6-30.3	17.4	4.6-36.6	23.3	11.1-36.8	20.5
Тонга	ЗТОР	84.2	79.9-88.0	89.9	85.8-93.3	87.0	84.1-89.6	85.8	81.6-89.3	90.6	86.7-93.9	88.1
Тринидад и Тобаго	АМР	58.1	40.6-71.5	69.1	54.2-80.6	63.8	52.8-72.9	59.7	42.2-73.0	69.6	54.7-81.0	64.7
Тувалу	ЗТОР											
Тунис	ВСР	45.1	33.3-56.5	62.3	52.1-71.2	53.7	45.8-61.2	47.5	34.9-59.0	64.2	54.0-73.1	55.9
Туркмения	ЕВР	44.8	23.0-66.4	38.5	24.7-51.8	41.5	28.9-54.4	47.1	25.1-68.4	40.4	25.5-54.7	43.6
Турция	ЕВР	59.7	55.8-63.1	64.1	60.4-67.9	61.9	59.2-64.5	61.4	57.6-64.7	65.8	62.1-69.4	63.6
Уганда	АФР	20.1	5.0-41.9	19.8	13.5-26.9	19.9	11.6-31.3	22.2	5.6-45.4	20.4	13.3-28.8	21.2
Узбекистан	ЕВР	45.1	35.0-54.4	43.4	31.8-53.1	44.2	36.6-51.1	48.9	38.1-58.6	47.2	34.7-57.2	48.1
Украина	ЕВР	50.5	26.5-71.3	56.0	38.8-69.0	53.5	39.4-65.8	49.8	26.2-70.9	53.2	38.6-65.0	51.8
Уругвай	АМР	59.8	51.6-67.2	58.3	48.7-66.5	59.0	52.8-64.7	59.0	50.9-66.6	55.4	46.1-63.9	57.3
Фиджи	ЗТОР	58.3	48.0-66.6	71.7	64.0-78.4	65.0	58.6-70.5	60.1	49.7-68.4	72.9	65.0-79.6	66.6
Филиппины	ЗТОР	24.6	17.4-32.3	28.4	19.6-37.0	26.5	20.7-32.3	24.5	17.1-32.2	29.1	20.0-38.1	26.9
Финляндия	ЕВР	63.4	57.4-68.6	52.9	45.7-59.7	58.0	53.3-62.5	59.6	53.5-65.1	46.2	39.1-53.3	53.0
Франция	ЕВР	56.4	50.5-61.6	45.4	37.2-53.2	50.7	45.5-55.7	52.0	46.1-57.5	40.0	32.6-47.6	45.9
Хорватия	ЕВР	64.1	52.0-73.8	51.9	37.0-64.4	57.7	48.1-65.9	61.6	49.2-72.1	44.6	30.1-57.9	53.2
Центральноафриканская Республика	АФР	11.5	2.1-30.3	20.1	7.4-36.0	16.0	7.0-27.5	12.4	2.3-32.4	20.9	7.2-38.1	16.9
Чад	АФР	12.1	5.4-21.5	15.6	9.5-22.7	13.9	9.0-19.7	14.6	6.4-25.7	16.9	9.8-25.4	15.7
Черногория	ЕВР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Чешская Республика	ЕВР	72.3	67.3-77.0	60.3	53.7-66.4	66.1	61.9-70.0	69.9	64.8-74.7	53.1	46.3-59.6	61.7
Чили	АМР	64.3	56.6-70.4	66.2	58.6-73.3	65.3	59.8-70.2	64.2	56.4-70.3	65.7	58.0-72.8	64.9
Швейцария	ЕВР	59.3	47.9-67.8	40.0	25.6-53.1	49.2	40.1-57.1	55.0	43.6-64.0	34.1	21.3-46.5	44.3
Швеция	ЕВР	60.2	52.5-66.8	46.6	37.1-55.4	53.3	47.3-58.8	57.3	49.6-64.1	42.5	33.6-50.9	50.0
Шри-Ланка	ЮВАР	16.7	11.8-22.6	26.8	19.1-34.3	21.9	17.2-26.6	16.5	11.7-22.5	26.5	18.8-34.1	21.7
Эквадор	АМР	50.8	35.1-65.7	59.2	49.6-67.2	55.0	45.8-63.6	51.8	35.8-66.8	60.2	50.2-68.3	56.0
Экваториальная Гвинея	АФР	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Эритрея	АФР	8.4	4.7-13.3	9.7	5.4-15.7	9.1	6.1-12.8	9.6	5.3-15.3	11.4	6.0-19.2	10.7
Эстония	ЕВР	59.0	45.9-69.4	49.4	33.1-63.6	53.7	43.0-63.2	57.8	44.8-68.5	45.0	29.1-59.5	51.0
Эфиопия	АФР	6.2	3.0-11.0	8.6	5.4-12.8	7.4	5.0-10.5	7.1	3.3-12.9	9.0	5.4-13.9	8.0
Южно-Африканская Республика	АФР	58.5	52.5-63.4	71.8	67.6-75.5	65.4	61.8-68.5	62.0	56.1-66.6	73.6	69.5-77.1	68.0
Ямайка	АМР	39.6	33.6-46.0	69.9	64.3-74.7	55.3	51.2-59.4	40.7	34.6-47.2	70.6	65.1-75.3	56.2
Япония	ЗТОР	30.1	25.9-34.2	19.2	14.6-24.0	24.4	21.3-27.7	28.9	25.0-32.9	15.9	12.0-20.0	22.4

		Ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²)						Ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²)						Последний год с наличием страновых данных
		Общие оценки						Стандартизованные по возрасту оценки						
	95% ДИ	Муж.	95% ДИ	Жен.	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	Муж.	95% ДИ	Жен.	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	11.1-32.0	2.8	0.5-7.8	5.7	2.1-10.8	4.3	1.9-7.7	3.0	0.5-8.3	6.1	2.1-11.8	4.6	2.0-8.5	1998
	85.2-90.6	46.6	39.8-53.2	68.5	60.4-76.8	57.6	52.2-62.9	49.1	42.0-56.0	70.3	61.8-78.7	59.6	54.1-65.1	2004
	53.7-73.8	20.6	10.1-31.2	37.5	23.1-51.2	29.3	20.5-38.3	21.6	10.5-32.8	38.0	23.3-51.8	30.0	20.9-39.1	нет страновых данных
														нет страновых данных
	47.7-63.5	12.8	7.3-19.4	31.7	22.7-41.0	22.3	16.8-28.2	13.9	7.8-21.0	33.4	24.0-43.1	23.8	18.0-30.1	1996-1997
	30.4-56.6	12.9	4.3-26.0	13.5	6.5-22.5	13.2	7.3-20.7	13.9	4.7-27.7	14.5	6.8-24.6	14.3	7.7-22.3	2000
	61.0-66.1	21.7	19.0-24.2	34.0	30.5-37.7	27.8	25.6-30.1	22.8	20.0-25.4	35.6	32.0-39.4	29.3	27.0-31.6	2007-2009
	12.1-33.3	3.8	0.6-10.5	4.7	2.7-7.3	4.3	2.2-7.8	4.3	0.7-12.1	4.9	2.7-7.9	4.6	2.2-8.6	2006
	39.8-55.2	12.8	8.0-18.2	17.4	10.0-24.5	15.1	10.7-19.7	14.5	9.0-20.6	19.8	11.3-27.8	17.3	12.0-22.5	2002
	38.1-64.1	15.9	5.1-30.2	25.7	12.9-38.3	21.3	12.2-30.8	15.5	5.0-29.8	23.6	12.7-34.4	20.1	11.9-28.9	2002
	51.3-63.0	21.1	15.4-26.8	28.1	20.1-36.1	24.8	19.7-29.8	20.7	15.1-26.2	26.0	18.9-33.1	23.6	19.0-28.2	2006
	60.0-72.1	20.3	13.6-26.6	41.1	32.7-49.3	30.6	25.1-36.0	21.3	14.3-28.0	42.2	33.5-50.7	31.9	26.1-37.4	2002
	20.9-32.9	4.6	2.7-6.8	8.0	4.7-12.0	6.3	4.3-8.6	4.5	2.7-6.8	8.3	4.7-12.4	6.4	4.4-8.8	2003-2004
	48.3-57.6	23.3	18.9-27.5	22.8	17.5-28.3	23.0	19.5-26.6	21.0	16.8-25.0	18.6	14.0-23.6	19.9	16.7-23.2	2001-2002
	41.1-50.8	19.1	15.2-22.7	17.4	12.2-23.1	18.2	14.9-21.9	16.8	13.3-20.1	14.6	10.4-19.4	15.6	12.8-18.7	2006-2007
	43.8-61.9	24.4	15.5-33.1	23.9	13.1-34.6	24.2	17.0-31.1	22.8	14.4-31.3	19.4	10.2-29.2	21.3	14.8-27.8	1997-1999
	7.1-29.2	1.8	0.2-6.2	5.1	1.2-11.4	3.5	1.1-7.3	2.0	0.2-6.8	5.3	1.2-12.4	3.7	1.1-8.0	1994
	9.9-22.6	1.9	0.6-4.1	3.4	1.7-5.9	2.7	1.5-4.3	2.4	0.8-5.1	3.8	1.8-6.8	3.1	1.6-5.1	2004
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	57.3-65.7	32.6	27.5-37.9	32.7	26.5-39.0	32.7	28.6-36.8	30.5	25.7-35.5	26.5	21.1-32.1	28.7	25.0-32.5	нет страновых данных
	59.4-69.9	24.6	18.8-29.9	34.0	26.9-41.4	29.4	24.7-34.1	24.5	18.6-29.8	33.6	26.5-41.0	29.1	24.4-33.8	2003
	36.0-52.0	20.7	13.2-27.2	14.5	7.0-23.3	17.5	12.1-22.9	18.3	11.6-24.4	11.6	5.5-19.0	14.9	10.3-19.6	нет страновых данных
	44.2-55.4	19.9	14.9-24.9	17.3	11.6-23.4	18.6	14.8-22.5	18.2	13.6-23.0	15.0	10.1-20.4	16.6	13.3-20.2	нет страновых данных
	17.0-26.5	2.6	1.6-4.0	7.4	4.4-10.7	5.1	3.4-6.9	2.6	1.6-3.9	7.3	4.4-10.6	5.0	3.4-6.8	2006
	46.6-64.8	15.2	7.7-25.0	27.4	19.5-35.1	21.4	15.6-27.5	15.7	8.0-25.7	28.2	19.9-36.2	22.0	16.1-28.4	2004
	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	6.8-15.5	1.1	0.5-2.0	1.8	0.8-3.6	1.5	0.8-2.4	1.3	0.6-2.3	2.3	0.9-4.7	1.8	1.0-3.3	2004
	40.6-60.7	20.9	12.5-29.1	20.4	10.1-32.0	20.6	13.7-28.0	20.2	12.0-28.2	17.6	8.4-28.3	18.9	12.5-25.9	1997
	5.3-11.7	0.7	0.3-1.5	1.5	0.8-2.6	1.1	0.7-1.8	0.9	0.3-1.8	1.6	0.8-2.9	1.2	0.7-2.0	2005
	64.6-71.0	21.0	16.9-24.5	41.0	36.5-45.3	31.3	28.3-34.2	23.2	18.9-26.9	42.8	38.2-47.2	33.5	30.4-36.5	2008-2009
	52.1-60.2	9.7	7.3-12.5	37.5	31.8-42.8	24.1	20.9-27.2	10.0	7.6-12.9	38.2	32.5-43.5	24.6	21.4-27.7	2007-2008
	19.6-25.4	5.8	4.6-7.1	4.4	2.9-6.0	5.0	4.1-6.1	5.5	4.4-6.7	3.5	2.3-4.8	4.5	3.7-5.5	2008

ПОВЫШЕННОЕ ОБЩЕЕ СОДЕРЖАНИЕ ХОЛЕСТЕРИНА
СОПОСТАВИМЫЕ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОВЫШЕННОГО ОБЩЕГО СОДЕРЖАНИЯ ХОЛЕСТЕРИНА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ 25 ЛЕТ И СТАРШЕ, 2008

Примечание: ... нет данных

Страна	Регион	Повышенный уровень холестерина (общий уровень холестерина в крови ≥ 5,0 ммоль/л)				
		Общие оценки				
		Мужчины	95% ДИ	Женщины	95% ДИ	Оба пола
Австралия	ЗТОР	55.9	40.9-69.7	58.9	39.5-75.2	57.4
Австрия	ЕВР	62.8	39.9-81.9	61.6	35.8-81.7	62.2
Азербайджан	ЕВР	...	...	...	...	...
Албания	ЕВР	46.8	25.5-68.8	45.4	22.3-68.4	46.1
Алжир	АФР	36.6	21.2-53.8	40.5	21.5-61.8	38.5
Ангола	АФР	...	...	...	...	...
Андорра	ЕВР	...	...	...	...	...
Антигуа и Барбуда	АМР	...	...	...	...	...
Аргентина	АМР	...	...	...	...	...
Армения	ЕВР	...	...	...	...	...
Афганистан	ВСР	...	...	...	...	...
Багамские Острова	АМР	...	...	...	...	...
Бангладеш	ЮВАР	...	...	...	...	...
Барбадос	АМР	...	...	...	...	...
Бахрейн	ВСР	...	...	...	...	...
Беларусь	ЕВР	...	...	...	...	...
Белиз	АМР	...	...	...	...	...
Бельгия	ЕВР	...	...	...	...	...
Бенин	АФР	18.6	11.7-27.4	20.5	11.9-31.7	19.6
Болгария	ЕВР	...	...	...	...	...
Боливия (Многонациональное Государство)	АМР	...	...	...	...	...
Босния и Герцеговина	ЕВР	...	...	...	...	...
Ботсвана	АФР	...	...	...	...	...
Бразилия	АМР	43.0	24.4-63.7	42.6	21.7-63.0	42.8
Бруней-Даруссалам	ЗТОР	...	...	...	...	...
Буркина Фасо	АФР	...	...	...	...	...
Бурунди	АФР	...	...	...	...	...
Бутан	ЮВАР	32.0	19.5-46.5	29.3	16.0-44.7	30.7
Бывшая югославская Республика Македония	ЕВР	...	...	...	...	...
Вануату	ЗТОР	...	...	...	...	...
Венгрия	ЕВР	55.8	30.2-79.2	58.8	30.2-81.9	57.4
Венесуэла (Боливарианская Республика)	АМР	32.7	15.9-52.7	41.4	19.5-63.4	37.1
Вьетнам	ЗТОР	...	...	...	...	...
Габон	АФР	...	...	...	...	...
Гаити	АМР	...	...	...	...	...
Гайана	АМР	...	...	...	...	...
Гамбия	АФР	17.9	7.4-34.0	21.9	7.8-44.3	19.9
Гана	АФР	15.3	5.3-33.2	19.8	8.0-36.5	17.6
Гватемала	АМР	22.7	11.6-37.3	29.6	13.6-49.0	26.4
Гвинея	АФР	...	...	...	...	...
Гвинея-Бисау	АФР	...	...	...	...	...
Германия	ЕВР	72.2	51.3-86.9	67.4	43.8-84.4	69.7
Гондурас	АМР	...	...	...	...	...
Гренада	АМР	...	...	...	...	...
Греция	ЕВР	51.3	32.9-68.9	50.7	28.1-71.1	51.0
Грузия	ЕВР	...	...	...	...	...
Дания	ЕВР	70.9	50.8-86.1	68.5	48.2-83.6	69.7
Демократическая Республика Конго	АФР	...	...	...	...	...
Джибути	ВСР	...	...	...	...	...
Доминика	АМР	31.7	19.0-46.6	43.7	27.6-60.1	37.9
Доминиканская Республика	АМР	27.5	12.7-48.1	34.5	14.0-57.7	31.1
Египет	ВСР	33.3	22.5-45.6	43.7	29.4-58.1	38.6

		Повышенный уровень холестерина (общий уровень холестерина в крови ≥ 5,0 ммоль/л)						Последний год с наличием страновых данных
		Стандартизованные по возрасту оценки						
	95% ДИ	Мужчины	95% ДИ	Женщины	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	
	45.6-68.7	54.8	40.0-68.5	55.3	36.6-71.6	55.2	43.6-66.3	2005
	45.4-76.7	61.3	38.9-80.4	57.7	34.0-77.8	59.7	43.6-74.1	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	30.3-61.9	46.3	25.2-68.0	44.3	21.6-67.2	45.3	29.8-61.0	нет страновых данных
	26.1-51.8	37.3	21.3-55.0	41.4	21.3-63.8	39.4	26.2-53.3	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	13.6-26.7	18.9	11.8-28.1	21.4	11.8-33.6	20.3	13.9-28.1	2008
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	28.7-57.1	44.0	25.0-64.9	44.0	22.5-64.6	44.2	29.7-58.8	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	21.2-41.4	32.2	19.4-47.0	30.6	16.4-47.2	31.6	21.5-42.8	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	38.3-74.6	55.4	30.0-78.7	54.0	27.4-77.7	55.2	36.6-72.3	1987
	22.4-52.0	33.4	16.2-53.8	43.1	20.3-65.4	38.4	23.3-53.8	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	10.5-33.1	18.1	7.4-34.5	22.5	7.8-46.3	20.3	10.5-34.1	нет страновых данных
	9.0-29.4	15.6	5.2-34.1	20.6	8.0-38.4	18.1	9.1-30.4	нет страновых данных
	16.2-38.2	23.3	11.6-39.0	31.6	14.0-52.7	27.7	16.6-40.7	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	54.4-81.5	69.6	48.8-84.9	61.4	39.1-79.4	65.6	50.4-77.7	1998
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	36.5-64.8	50.1	32.1-67.3	45.9	25.2-65.7	48.2	34.4-61.6	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	55.9-81.0	68.3	48.2-84.1	61.8	41.4-78.4	65.2	51.4-77.1	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	27.2-49.2	31.7	19.1-46.8	43.4	27.5-59.7	37.9	27.2-49.3	2007
	17.8-46.4	28.0	12.8-49.1	36.2	14.6-60.0	32.1	18.2-47.8	1997
	29.2-47.8	33.9	22.9-46.5	45.3	30.5-59.9	39.9	30.3-49.3	нет страновых данных

ПОВЫШЕННОЕ ОБЩЕЕ СОДЕРЖАНИЕ ХОЛЕСТЕРИНА
СОПОСТАВИМЫЕ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОВЫШЕННОГО ОБЩЕГО СОДЕРЖАНИЯ ХОЛЕСТЕРИНА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ 25 ЛЕТ И СТАРШЕ, 2008

Примечание: ... нет данных

Страна	Регион	Повышенный уровень холестерина (общий уровень холестерина в крови ≥ 5,0 ммоль/л)				
		Общие оценки				
		Мужчины	95% ДИ	Женщины	95% ДИ	Оба пола
Замбия	АФР	25.5	15.2-38.0	26.9	15.1-41.4	26.2
Зимбабве	АФР	...	...	...	...	...
Израиль	ЕВР	51.5	32.0-70.2	55.5	32.2-75.9	53.6
Индия	ЮВАР	25.8	17.4-35.5	28.3	17.5-40.2	27.1
Индонезия	ЮВАР	32.8	16.6-52.1	37.2	16.6-60.3	35.1
Иордания	ВСР	46.3	34.5-58.1	46.4	32.5-60.1	46.4
Ирак	ВСР	42.3	29.3-56.1	41.3	25.8-57.0	41.8
Иран (Исламская Республика)	ВСР	48.8	39.0-58.7	54.7	42.5-66.3	51.7
Ирландия	ЕВР	...	...	...	...	...
Исландия	ЕВР	73.6	53.7-88.1	70.0	47.6-85.7	71.8
Испания	ЕВР	59.4	45.5-71.7	56.0	38.7-71.1	57.6
Италия	ЕВР	63.5	51.9-74.2	66.8	53.7-77.9	65.2
Йемен	ВСР		...	...	...	...
Кабо-Верде	АФР	22.4	14.4-31.9	23.5	13.1-36.8	23.0
Казахстан	ЕВР	...	...	...	...	...
Камбоджа	ЗТОР	26.4	18.2-36.0	31.1	19.8-43.9	29.0
Камерун	АФР	...	...	...	...	...
Канада	АМР	54.8	30.9-76.6	57.6	32.0-78.5	56.2
Катар	ВСР	...	...	...	...	...
Кения	АФР	...	...	...	...	...
Кипр	ЕВР	...	...	...	...	...
Киргизия	ЕВР	...	...	...	...	...
Кирибати	ЗТОР	32.8	19.4-49.1	36.6	19.0-57.1	34.8
Китай	ЗТОР	31.8	22.2-43.0	35.3	22.9-49.1	33.5
Колумбия	АМР	40.8	29.5-52.8	41.8	27.2-56.5	41.4
Коморские Острова	АФР	...	...	...	...	...
Конго	АФР	...	...	...	...	...
Корейская Народно-Демократическая Республика	ЮВАР	...	...	...	...	...
Коста-Рика	АМР	37.1	17.6-60.9	43.6	20.8-68.0	40.3
Кот-дИвуар	АФР	...	...	...	...	...
Куба	АМР	...	...	...	...	...
Кувейт	ВСР	55.8	42.4-68.3	50.7	35.2-65.0	54.0
Лаосская Народно-Демократическая Республика	ЗТОР	...	...	...	...	...
Латвия	ЕВР	...	...	...	...	...
Лесото	АФР	...	...	...	...	...
Либерия	АФР	...	...	...	...	...
Ливан	ВСР	...	...	...	...	...
Ливийская Арабская Джамахирия	ВСР	33.3	24.2-43.2	33.6	22.4-45.9	33.4
Литва	ЕВР	55.4	28.4-78.8	57.4	24.8-82.6	56.5
Люксембург	ЕВР	70.7	49.4-86.4	67.3	43.5-84.6	69.0
Маврикий	АФР	...	...	...	...	...
Мавритания	АФР	21.2	11.6-33.8	22.5	11.2-37.8	21.8
Мадагаскар	АФР	...	...	...	...	...
Малави	АФР	22.8	15.4-31.7	24.1	15.0-35.9	23.5
Малайзия	ЗТОР	...	...	...	...	...
Мали	АФР	...	...	...	...	...
Мальдивы	ЮВАР	...	...	...	...	...
Мальта	ЕВР	61.5	38.2-81.0	60.9	34.7-80.7	61.2
Марокко	ВСР	34.4	18.2-52.9	37.0	17.8-58.3	35.7
Маршалловы Острова	ЗТОР	42.8	24.8-62.2	45.9	25.2-66.6	44.4
Мексика	АМР	47.1	33.3-61.2	51.6	35.5-67.1	49.5
Микронезия (Федеративные Штаты)	ЗТОР	47.1	28.7-65.7	45.4	25.0-65.8	46.2
Мозамбик	АФР	25.2	14.8-38.2	24.9	12.5-41.5	25.0

		Повышенный уровень холестерина (общий уровень холестерина в крови ≥ 5,0 ммоль/л)						Последний год с наличием страновых данных
		Стандартизованные по возрасту оценки						
	95% ДИ	Мужчины	95% ДИ	Женщины	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	
	17.9-35.6	26.5	15.5-40.0	28.5	15.7-44.3	27.7	18.6-37.9	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	38.5-67.5	51.8	32.2-70.5	54.8	31.6-75.2	53.5	38.5-67.5	нет страновых данных
	20.2-34.6	26.3	17.6-36.2	29.5	18.2-41.9	27.9	20.8-35.8	нет страновых данных
	21.3-49.8	33.1	16.6-52.8	38.2	16.8-62.0	35.8	21.6-51.0	нет страновых данных
	37.2-55.6	47.8	35.4-59.9	49.6	34.4-64.2	48.8	39.0-58.5	2007
	31.6-52.5	43.7	30.2-57.8	44.1	26.9-60.9	44.0	33.0-55.3	2006
	43.9-59.4	49.8	39.8-60.0	58.1	45.3-69.8	54.1	45.9-61.9	2007
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	56.8-83.2	72.5	52.7-87.3	67.0	45.0-83.5	69.8	54.9-81.5	нет страновых данных
	46.5-67.7	58.9	45.1-71.1	52.9	36.4-68.0	56.1	45.4-66.0	2005
	56.5-73.1	62.3	50.8-72.9	61.6	49.1-72.9	62.2	53.8-70.0	2001
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	16.0-31.1	23.7	14.9-34.2	24.8	13.5-39.3	24.5	16.6-33.7	2007
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	21.5-37.1	26.9	18.3-36.8	32.0	20.1-45.5	30.0	21.9-38.7	2010
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	39.3-72.1	53.4	30.2-75.0	52.9	28.8-74.1	53.4	37.2-69.1	1988
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	23.2-47.8	32.6	19.0-49.0	38.2	19.5-59.6	35.5	23.4-49.0	2004
	25.4-42.1	31.5	22.0-42.6	35.1	22.8-48.7	33.4	25.3-41.9	2002
	32.0-50.6	41.1	29.6-53.2	43.2	28.1-58.1	42.4	32.8-52.0	2007
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	24.9-57.6	37.4	17.6-61.2	44.6	21.2-69.3	41.1	25.4-58.6	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	43.7-63.7	56.2	42.3-69.0	55.7	38.5-70.5	56.2	45.4-66.3	2006
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	26.2-41.1	34.8	25.3-45.0	36.6	24.1-50.0	35.6	27.8-43.9	2009
	34.8-75.3	54.9	28.2-78.2	54.0	23.8-79.0	54.8	34.2-73.1	нет страновых данных
	53.4-81.4	69.5	48.3-85.4	64.1	41.2-82.0	66.9	51.8-79.6	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	14.0-31.4	21.3	11.5-34.3	22.9	11.0-39.3	22.2	14.0-32.4	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	17.3-30.8	23.1	15.3-32.5	24.9	15.0-37.5	24.1	17.4-32.0	2009
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	44.0-75.8	60.7	37.5-80.2	56.9	32.2-77.1	59.0	42.4-73.6	нет страновых данных
	23.0-49.9	35.3	18.6-54.1	39.0	18.6-61.2	37.2	23.9-51.8	2000
	30.6-58.6	43.1	24.8-62.8	49.0	26.8-70.0	46.1	31.6-60.5	2002
	39.0-60.2	47.4	33.5-61.6	53.6	36.8-69.1	50.7	39.9-61.5	2006
	31.9-60.3	48.5	29.7-67.5	47.5	26.1-68.1	48.1	33.3-62.4	нет страновых данных
	16.4-35.1	26.1	15.2-39.7	25.9	12.6-43.7	26.0	16.7-36.8	2005

ПОВЫШЕННОЕ ОБЩЕЕ СОДЕРЖАНИЕ ХОЛЕСТЕРИНА
СОПОСТАВИМЫЕ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОВЫШЕННОГО ОБЩЕГО СОДЕРЖАНИЯ ХОЛЕСТЕРИНА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ 25 ЛЕТ И СТАРШЕ, 2008

Примечание: ... нет данных

Страна	Регион	Повышенный уровень холестерина (общий уровень холестерина в крови ≥ 5,0 ммоль/л)				
		Общие оценки				
		Мужчины	95% ДИ	Женщины	95% ДИ	Оба пола
Монако	ЕВР	...	...	...	...	...
Монголия	ЗТОР	36.4	23.3-51.4	36.2	19.5-55.5	36.3
Мьянма	ЮВАР	...	...	...	...	...
Намибия	АФР	...	...	...	...	...
Науру	ЗТОР	41.2	26.0-57.2	48.1	28.8-67.2	44.7
Непал	ЮВАР	...	...	...	...	...
Нигер	АФР	...	...	...	...	...
Нигерия	АФР	13.6	5.3-27.6	18.5	6.5-37.7	16.1
Нидерланды	ЕВР	...	...	...	...	...
Никарагуа	АМР	...	...	...	...	...
Ниуэ	ЗТОР	...	...	...	...	...
Новая Зеландия	ЗТОР	57.5	32.3-79.4	57.9	29.3-80.9	57.7
Норвегия	ЕВР	...	...	...	...	...
Объединенная Республика Танзания	АФР	19.9	7.9-38.2	24.1	9.0-46.0	22.1
Объединнные Арабские Эмираты	ВСР	...	...	...	...	...
Оман	ВСР	...	...	...	...	...
Острова Кука	ЗТОР	58.8	35.2-79.3	57.3	32.7-77.9	58.1
Пакистан	ВСР	29.9	15.9-47.5	30.4	14.5-50.5	30.1
Палау	ЗТОР	...	...	...	...	...
Панама	АМР	...	...	...	...	...
Папуа-Новая Гвинея	ЗТОР	36.1	17.2-59.2	37.5	16.3-63.9	36.8
Парагвай	АМР	...	...	...	...	...
Перу	АМР	36.7	24.9-49.2	37.7	24.4-51.0	37.2
Польша	ЕВР	60.4	45.0-73.9	56.8	37.4-74.0	58.5
Португалия	ЕВР	58.0	38.3-76.0	58.2	33.8-78.3	58.1
Республика Корея	ЗТОР	42.2	30.7-53.9	44.1	29.1-58.8	43.2
Республика Молдова	ЕВР	...	...	...	...	...
Российская Федерация	ЕВР	47.8	23.5-71.9	56.4	27.6-79.5	52.6
Руанда	АФР	...	...	...	...	...
Румыния	ЕВР	46.2	22.6-69.7	47.9	21.8-72.8	47.1
Сальвадор	АМР	...	...	...	...	...
Самоа	ЗТОР	31.0	16.3-49.7	36.6	16.3-59.4	33.7
Сан-Марино	ЕВР	...	...	...	...	...
Сан-Томе и Принсипи	АФР	15.6	9.6-23.1	18.4	10.5-28.7	17.0
Саудовская Аравия	ВСР	35.4	22.7-49.7	38.2	22.5-54.9	36.6
Свазиленд	АФР	...	...	...	...	...
Сейшелы	АФР	58.8	42.1-73.7	55.3	34.0-73.6	57.1
Сенегал	АФР	...	...	...	...	...
Сент-Винсент и Гренадины	АМР	...	...	...	...	...
Сент-Китс и Невис	АМР	...	...	...	...	...
Сент-Люсия	АМР	...	...	...	...	...
Сербия	ЕВР	46.8	22.8-73.6	51.5	21.7-82.8	49.2
Сингапур	ЗТОР	57.9	44.4-70.6	62.1	44.3-77.3	60.0
Сирийская Арабская Республика	ВСР	...	...	...	...	...
Словакия	ЕВР	...	...	...	...	...
Словения	ЕВР	...	...	...	...	...
Соединенное Королевство	ЕВР	65.6	48.1-80.3	65.7	44.5-81.4	65.6
Соединнные Штаты Америки	АМР	53.3	44.3-61.8	56.9	44.6-68.0	55.2
Соломоновы Острова	ЗТОР	29.5	16.9-44.7	35.4	19.1-54.7	32.4
Сомали	ВСР	...	...	...	...	...
Судан	ВСР	...	...	...	...	...
Суринам	АМР	...	...	...	...	...
Сьерра-Леоне	АФР	...	...	...	...	...
Таджикистан	ЕВР	...	...	...	...	...
Таиланд	ЮВАР	55.1	45.0-64.5	57.0	44.9-68.1	56.1

		Повышенный уровень холестерина (общий уровень холестерина в крови ≥ 5,0 ммоль/л)						Последний год с наличием страновых данных
		Стандартизованные по возрасту оценки						
	95% ДИ	Мужчины	95% ДИ	Женщины	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	25.3-48.3	37.0	23.4-52.4	37.4	19.6-57.9	37.3	25.6-50.2	2005
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	32.0-57.5	41.2	25.9-57.5	50.9	30.3-70.4	46.2	33.0-59.2	2004
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	8.1-27.9	14.0	5.3-29.1	19.4	6.6-40.3	16.8	8.3-29.8	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	39.0-74.1	56.8	32.1-78.6	55.4	27.9-78.6	56.2	38.1-72.4	1989
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	11.6-35.6	21.6	8.3-41.6	25.5	9.1-49.4	23.7	12.1-38.5	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	41.4-72.7	59.3	35.6-79.7	58.3	33.5-78.7	59.0	42.2-73.5	нет страновых данных
	19.1-43.1	30.5	16.1-48.5	31.4	14.8-52.3	31.0	19.4-44.2	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	22.1-53.9	36.5	17.4-60.1	39.8	16.8-67.4	38.2	22.6-55.9	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	28.2-46.3	37.5	25.4-50.4	39.4	25.5-53.3	38.6	29.2-47.9	нет страновых данных
	46.1-69.4	59.9	44.7-73.4	53.8	35.3-70.7	57.1	45.2-67.8	2005
	42.5-72.2	57.2	37.8-75.2	54.3	31.2-74.7	55.9	41.1-70.0	нет страновых данных
	33.9-52.6	41.7	30.4-53.3	42.7	28.2-57.0	42.5	33.4-51.8	2005
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	33.6-69.9	47.3	23.3-71.3	52.1	25.1-75.5	50.6	32.3-67.9	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	29.5-64.5	46.0	22.4-69.1	45.2	20.7-69.7	45.8	28.8-63.0	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	20.7-48.1	31.4	16.6-50.1	37.8	16.7-61.0	34.6	21.1-49.4	2002
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	11.9-23.4	15.9	9.7-24.0	19.7	11.0-31.3	18.1	12.3-25.2	2009
	26.3-47.0	36.4	23.1-51.2	42.1	24.2-60.3	39.0	27.8-50.2	2005
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	43.7-68.8	59.1	42.2-74.3	55.3	34.1-73.6	57.7	44.2-69.5	2004
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	29.6-69.8	47.4	23.3-73.7	52.0	22.8-81.9	49.8	30.6-69.9	нет страновых данных
	48.9-70.3	56.3	43.1-68.9	58.5	41.4-73.5	57.5	46.7-67.7	2006
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	52.3-77.0	65.2	48.0-79.7	61.3	40.8-77.3	63.4	50.5-74.8	нет страновых данных
	47.5-62.6	52.9	44.1-61.3	54.2	42.5-65.0	53.8	46.4-61.0	2008
	21.9-44.7	30.1	16.8-46.1	36.5	18.9-57.4	33.2	22.1-46.4	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	48.1-63.7	54.6	44.6-64.0	56.1	44.2-67.1	55.5	47.6-63.1	2009

ПОВЫШЕННОЕ ОБЩЕЕ СОДЕРЖАНИЕ ХОЛЕСТЕРИНА
СОПОСТАВИМЫЕ ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОВЫШЕННОГО ОБЩЕГО СОДЕРЖАНИЯ ХОЛЕСТЕРИНА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ 25 ЛЕТ И СТАРШЕ, 2008

Примечание: ... нет данных

Страна	Регион	Повышенный уровень холестерина (общий уровень холестерина в крови ≥ 5,0 ммоль/л)				
		Общие оценки				
		Мужчины	95% ДИ	Женщины	95% ДИ	Оба пола
Тимор-Лешти	ЮВАР	...	...	...	...	...
Того	АФР	...	...	...	...	...
Тонга	ЗТОР	52.5	35.4-70.0	44.9	25.1-65.6	48.7
Тринидад и Тобаго	АМР	...	...	...	...	...
Тувалу	ЗТОР	...	...	...	...	...
Тунис	ВСР	36.6	17.6-60.7	42.2	20.2-65.3	39.4
Туркмения	ЕВР	...	...	...	...	...
Турция	ЕВР	37.2	27.3-47.9	39.3	26.7-52.2	38.3
Уганда	АФР	...	...	...	...	...
Узбекистан	ЕВР	23.5	11.9-39.4	26.8	10.7-47.4	25.2
Украина	ЕВР	...	...	...	...	...
Уругвай	АМР	43.3	28.4-59.2	43.8	24.6-62.8	43.6
Фиджи	ЗТОР	56.1	36.6-74.4	48.9	26.8-71.2	52.5
Филиппины	ЗТОР	39.0	24.9-54.5	44.5	26.0-63.5	41.8
Финляндия	ЕВР	59.2	47.2-70.9	67.4	54.9-77.6	63.5
Франция	ЕВР	64.9	52.9-75.8	65.5	50.6-77.5	65.2
Хорватия	ЕВР	...	...	...	...	...
Центральноафриканская Республика	АФР	...	...	...	...	...
Чад	АФР	...	...	...	...	...
Черногория	ЕВР	...	...	...	...	...
Чешская Республика	ЕВР	54.9	41.7-67.6	56.9	41.4-70.3	56.0
Чили	АМР	49.0	31.3-66.7	49.1	27.1-69.5	49.1
Швейцария	ЕВР	62.6	45.9-76.9	62.2	43.3-77.5	62.4
Швеция	ЕВР	58.6	41.2-73.8	53.7	36.2-69.3	56.1
Шри-Ланка	ЮВАР	...	...	...	...	...
Эквадор	АМР	...	...	...	...	...
Экваториальная Гвинея	АФР	...	...	...	...	...
Эритрея	АФР	...	...	...	...	...
Эстония	ЕВР	56.8	30.5-79.1	61.1	30.7-83.8	59.2
Эфиопия	АФР	...	...	...	...	...
Южно-Африканская Республика	АФР	31.3	15.0-51.6	36.5	16.4-60.3	34.0
Ямайка	АМР	27.0	17.9-37.5	33.5	20.7-48.2	30.4
Япония	ЗТОР	57.0	48.5-65.2	58.5	46.7-69.1	57.8

		Повышенный уровень холестерина (общий уровень холестерина в крови ≥ 5,0 ммоль/л)						Последний год с наличием страновых данных
		Стандартизованные по возрасту оценки						
	95% ДИ	Мужчины	95% ДИ	Женщины	95% ДИ	Оба пола	95% ДИ	
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	35.4-62.2	53.4	35.8-71.2	45.4	25.4-66.3	49.7	36.1-63.5	2004
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	24.4-55.9	37.3	17.7-61.7	43.8	20.8-67.3	40.7	25.2-57.5	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	30.2-46.5	38.1	28.0-49.0	41.0	27.8-54.3	39.7	31.3-48.3	2008
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	14.8-38.1	24.2	12.0-40.7	28.9	11.3-50.9	26.8	15.5-40.7	2002
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	31.3-56.0	43.3	28.5-59.1	40.9	23.3-58.9	42.3	30.8-54.3	2006
	37.4-66.9	56.4	36.7-74.8	49.7	27.0-72.1	53.2	38.0-67.8	2002
	30.1-54.0	39.3	24.8-55.2	46.7	27.3-66.2	43.3	31.0-56.0	2004
	55.0-71.4	57.5	45.8-69.0	59.3	46.4-70.4	59.0	50.4-67.1	нет страновых данных
	55.8-73.4	63.5	51.7-74.4	60.2	46.5-72.2	62.0	53.1-70.1	2007
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	45.6-65.2	54.4	41.4-66.9	52.7	38.2-65.7	53.9	44.0-63.0	2005
	34.3-62.7	48.6	31.1-66.3	48.1	26.5-68.3	48.6	34.0-62.0	2003
	49.9-73.2	61.1	44.6-75.4	56.9	39.2-72.7	59.2	47.0-70.1	нет страновых данных
	44.0-67.4	56.1	39.3-71.3	47.0	31.0-62.3	51.8	40.2-62.8	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	39.1-76.0	56.0	30.3-78.1	56.7	28.5-79.9	56.7	37.5-73.4	нет страновых данных
	...	...	...	...	...	...	...	нет страновых данных
	20.7-49.2	31.6	14.9-52.3	38.0	17.0-62.4	35.5	21.3-51.2	нет страновых данных
	22.3-39.4	27.1	18.0-37.7	34.0	21.0-48.7	30.7	22.5-39.8	2008
	50.0-64.8	58.2	50.0-66.2	55.7	45.0-65.4	57.1	49.9-63.7	2007

Приложение 5

Основные показатели для рассмотрения в качестве части рамочной основы для эпиднадзора за НИЗ

Воздействие

Поведенческие факторы риска

- Распространенность курения (в день) среди взрослого населения (%).
- Распространенность гиподинамии среди взрослого населения (30-минутная физическая активность умеренной степени менее 5 раз в неделю или 20-минутная физическая активность высокой степени интенсивности менее 3 раз в неделю или эквивалент) (%).
- Потребление соли более 5 граммов в день среди взрослого населения (%).
- Потребление фруктов и овощей менее 400 граммов в день (менее 5 порций) среди взрослого населения (%).
- Потребление алкоголя в пересчете на чистый спирт (в литрах) на душу населения (официальные и неофициальные данные)

Физиологические и метаболические факторы риска

- Распространенность диабета среди взрослого населения (уровень сахара в сыворотке крови натощак ≥ 7,0 ммоль/л (126 мг/дл) или прием препаратов для снижения уровня сахара в крови) (%).
- Распространенность артериальной гипертензии среди взрослого населения (уровень систолического давления ≥ 140 мм рт. ст. и/или уровень диастолического давления ≥ 90 мм рт. ст. или прием антигипертензивных препаратов) (%)
- Распространенность избыточной массы и ожирения среди взрослого населения и подростков (избыточный вес = ИМТ >25 кг/м2, ожирение =ИМТ>30 кг/м2; для подростков — согласно справочным показателям роста ВОЗ) (%).
- Распространенность низкой массы тела при рождении (< 2,5 кг) (%).
- Распространенность гиперхолестеринемии среди взрослого населения (общий уровень холестерина в сыворотке крови ≥ 5,0 ммоль/л или 190 мг/дл) (%)

Результаты

Смертность

- Общая смертность с распределением по возрасту, полу и региону (город или сельская местность, или согласно административному делению, если возможно).
- Смертность от конкретных причин (город или сельская местность, или согласно административному делению, если возможно).
- Безусловная вероятность смерти в возрасте от 30 до 70 лет от сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, диабета и хронических респираторных заболеваний.

Заболеваемость

- Число новых случаев онкологических заболеваний на основе данных раковых регистров, с распределением по видам рака.

Приложение 6

Рекомендуемые подходы к осуществлению эффективных и устойчивых многосекторальных действий в области здравоохранения[1]

Здоровье и качество жизни отдельных людей и групп населения определяются комплексом взаимосвязанных факторов. Это означает, что меры укрепления и охраны здоровья и благополучия не могут быть ограничены лишь одним сектором здравоохранения. Разработка и внедрение общественных политических решений, направленных на повышение качества жизни, требуют активного участия и приверженности других секторов общества на каждом этапе процесса.

Совместную деятельность различных секторов по укреплению здоровья и оказанию влияния на детерминанты здоровья часто называют *межсекторальным взаимодействием в области охраны здоровья*. Изложенные ниже руководящие принципы имеют целью представить лицам, формирующим политику, несколько простых этапов организации последовательного взаимодействия между секторами с целью укрепления здоровья и обеспечения принципа справедливости в отношении здоровья населения.

Стратегии развития межсекторального взаимодействия в области охраны здоровья

Два главных направления развития стратегии межсекторального взаимодействия можно определить следующим образом:

- Первое стратегическое направление заключается в планомерном включении вопросов здоровья во все рутинные процессы формирования политики всех секторов и определении подходов и возможностей для достижения более высокого качества жизни: *«Вопросы охраны здоровья — во все политические решения»*.
- Альтернативный подход является более узконаправленным, нацелен на интегрирование конкретных вопросов охраны здоровья в политические решения соответствующих секторов, программ и действий, где это уместно. Широкое применение *Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака* является прекрасным примером такого подхода.

Этапы осуществления межсекторального взаимодействия в области охраны здоровья

Существует определенная последовательность этапов начала и завершения межсекторального взаимодействия в области охраны здоровья. Представленные ниже этапы применимы как в рамках узконаправленных подходов, так и для общих стратегий по принципу *«вопросы охраны здоровья — во все политические решения»*.

Самооценка

- Оценка потенциала здравоохранения, уровня готовности, существующего взаимодействия с соответствующими секторами и участия в соответствующих межправительственных органах.
- Укрепление институционального потенциала путем развития умений и навыков персонала сотрудничать с представителями других секторов (например, опыт в области общественного здоровья, общее понимание общественных политических решений, политической деятельности, экономики и опыт в сфере защиты прав человека) для определения возможностей межсекторального взаимодействия и потенциальной взаимной выгоды.

Оценка других секторов

- Лучшее понимание интересов других секторов, включая направление политики и приоритетов, установление связей и определение способов коммуникации для оценки их потенциала в поддержку установленных приоритетов по охране здоровья.
- Использование оценки воздействия на здоровье как инструмента определения потенциальных (позитивных и негативных) воздействий на здоровье политических решений в других секторах, мер, которые могут усилить положительное влияние и сократить риски; и определения роли и ответственности других секторов в отношении формирования ориентированных на охрану здоровья политических решений.
- Проведение анализа деятельности секторов и заинтересованных сторон. Определение соответствующих межсекторальных процессов, органов, законов и полномочий по межсекторальному сотрудничеству.
- Усиление взаимодействия и расширение взаимной приверженности и вовлеченности в межсекторальное сотрудничество, включая участие в мероприятиях, проводимых в рамках других секторов.

[1] На основе анализа международного опыта и серии экспертных консультаций, проведенных ВОЗ в период с июня 2009 по октябрь 2010 года.

Анализ проблемных областей

- Определение конкретных проблемных областей и потенциальных мер.
- Представление детализированных данных по конкретным секторам, обращая внимание на воздействие на другие сектора и анализ выполнимости мер.
- Приведение доводов на основе убедительных данных, разъясняющих, каким образом политические решения в конкретном секторе влияют на здоровье с предложениями способов изменения ситуации для получения дополнительной пользы для здоровья. Использование фактических данных для привлечения внимания к потенциальным дополнительным выгодам.

Разработка планов взаимодействия

- Разработка стратегии вовлечения соответствующих секторов с акцентом на взаимную выгоду и создание атмосферы взаимного доверия. Отличительные черты плана — единые цели и задачи; объединение ресурсов, определение задач, функций и ответственности. Выбор подхода к организации взаимодействия является ключевым компонентом плана; подход может ориентироваться на сектор или конкретную тематику, или же вовсе являться «оппортунистическим».

Использование общего механизма для выработки единого понимания всеми секторами

- Ключевым фактором успеха межведомственного взаимодействия является умение выработать единое понимание основных вопросов и действий, необходимых для их решения. Этого можно добиться с помощью единого механизма, упрощающего процесс выработки единого понимания причинно-следственных связей и основных уровней реализации мер.

Укрепление структур управления, формирование политической воли и механизмов ответственности

- Создание/укрепление структуры управления для обеспечения результативности межсекторального взаимодействия. Примеры включают государственные конституции, президентские полномочия, принятие новых законов, обязательная отчетность, ответственность за обеспечение прав человека, совместные бюджеты и внедрение международных соглашений, например РКБТ.
- Разработка механизмов ответственности, к примеру, путем стимулирования открытого доступа к информации, полноценного участие общественного сектора/гражданского общества на всех уровнях, раскрытия информации, механизмов подачи и рассмотрения жалоб и использования функции уполномоченного по правам человека.
- Использование соответствующих разделов договоров по правам человека и механизмов отчетности, определенных международными соглашениями, для поддержки интегрирования детерминантов здоровья во все сектора.

Расширение участия сообщества

- Расширение участия сообщества во всех процессах формирования политических решений, их внедрения и оценки путем публичных консультаций/слушаний, распространения информации через СМИ, интернет и поддержки равного и полноценного участия представителей сообщества/неправительственных организаций на всех уровнях.

Выбор других рекомендуемых подходов к развитию межведомственного взаимодействия

- Вовлечение других секторов к разработке общих политических решений/программ/инициатив с совместной отчетностью о ходе реализации и с общими целями.
- Участие в политических решениях/программах/инициативах в других секторах и приглашение представителей других секторов стать участниками процессов в вашем секторе.
- Представление инструментов и технологий для включения вопросов охраны здоровья в политические решения в других секторах для борьбы с неравенством и несправедливостью в отношении здоровья (например, оценка последствий для здоровья, экономический анализ, представление данных с разбивкой по полу, классу, этнической принадлежности, исследования, в которых взаимодействуют и помогают друг другу исследователи и те, среди которых проводится исследование, качественный анализ и т.д.).

Мониторинг и оценка

- Контроль осуществления межсекторального взаимодействия посредством мониторинга и оценки, направленных на определение прогресса в достижении запланированных результатов и возможностей для улучшения подхода.

В мире существует ясное видение ситуации и четкий план действий по борьбе с НИЗ

2000

Глобальная стратегия по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбы с ними
http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/ResWHA53/r17.pdf

2003

Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака
https://www.who.int/fctc/text_download/en/index.html

2004

Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью
http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/en/index.html

2008

План действий по реализации Глобальной стратегии по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2008–2013 гг.
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_Rec1-part4-ru.pdf
ПРИЛОЖЕНИЕ 3

2010

Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя
http://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/en/index.html

Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире — это первый доклад о всемирной эпидемии диабета, сердечно-сосудистых, онкологических и хронических респираторных заболеваний, а также об их факторах риска и детерминантах. В 2008 г. неинфекционные заболевания унесли 36 миллионов человеческих жизней, причем значительная доля этих смертей пришлась на людей моложе 60 лет, т.е. в наиболее продуктивном периоде жизни. Распространенность этих заболеваний продолжает расти, особенно в странах с низким и средним уровнями дохода. В докладе рассматривается текущее положение дел в области неинфекционных заболеваний и приводится план действий по обращению эпидемии вспять путем укрепления мониторинга и эпиднадзора на национальном и глобальном уровнях, расширения масштабов реализации научно обоснованных мер по сокращению факторов риска, таких как употребление табака, нездоровое питание, недостаточная физическая активность и злоупотребление алкоголем, а также путем повышения доступности экономически эффективных мер медицинской помощи, направленных на предупреждение осложнений, инвалидности и преждевременной смерти. Этот доклад и последующие его издания обеспечивает линию отсчета для дальнейшего мониторинга тенденций и оценки прогресса в деятельности государств-членов по борьбе с данной эпидемией. *Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире* был составлен в рамках реализации *Плана действий для Глобальной стратегии по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2008–2013 гг.*, принятого Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2008 г.

ISBN 978 92 4 456422 6

Всемирная организация здравоохранения