



Глобальное резюме по ГИПЕРТОНИИ

Безмолвный убийца, глобальный кризис
общественного здравоохранения

Всемирный день здоровья 2013 года



Всемирная организация
здравоохранения

© 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 делимитационных 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.

Дизайн и макет: MEO design – communication – web, Switzerland

**Фотографии: с. 14: ВОЗ/Jim Holmes; с. 19: ВОЗ/Ms. C.Black; с. 20: ВОЗ/Mr. C.Black;
с. 31: ВОЗ/Harold Ruiz; с. 33: ВОЗ; с. 36: ВОЗ/S.Hollyman**

Напечатано ВОЗ

Документ номер: WHO/DCO/WHD/2013.2

Запросы в отношении настоящего документа следует направлять на адрес: communication@who.int

ГЛОБАЛЬНОЕ РЕЗЮМЕ ПО ГИПЕРТОНИИ

.....
Всемирный день здоровья 2013 года

СОДЕРЖАНИЕ

5	ПРЕДИСЛОВИЕ
7	КРАТКОЕ РЕЗЮМЕ
8	РАЗДЕЛ 1 Почему гипертония является важной проблемой общественного здравоохранения
16	РАЗДЕЛ 2 Гипертония: основные факты
22	РАЗДЕЛ 3 Решение проблемы гипертонии заинтересованными сторонами системы общественного здравоохранения <i>Правительства и разработчики политики</i> <i>Работники служб здравоохранения</i> <i>Гражданское общество</i> <i>Частный сектор</i> <i>Семьи и отдельные лица</i> <i>Всемирная организация здравоохранения</i>
34	РАЗДЕЛ 4 Мониторинг воздействия мер, направленных на решение проблемы гипертонии

ПРЕДИСЛОВИЕ

Мы живем в быстро меняющемся мире. Во всем мире здоровье человека определяют одни и те же мощные силы: демографическое старение, быстрая урбанизация и глобализация нездорового образа жизни. Преуспевающие страны и страны с ограниченными ресурсами все чаще сталкиваются с одинаковыми медицинскими проблемами. Один из наиболее ярких примеров такой тенденции – тот факт, что неинфекционные заболевания, такие как болезни сердечно-сосудистой системы, онкологические заболевания, диабет и хронические болезни легких, обгоняя инфекционные болезни, становятся основной причиной смертности в мире.

Одним из ключевых факторов риска болезней сердечно-сосудистой системы является гипертония, или повышенное кровяное давление. От гипертонии уже страдает миллиард человек в мире, она является причиной сердечных приступов и инсультов. По оценкам исследователей, повышенное кровяное давление ежегодно является причиной девяти миллионов смертельных случаев.

Но этот риск не должен быть таким высоким. Гипертонию можно предотвратить. Профилактика гипертонии является значительно менее дорогостоящим и значительно более безопасным делом, чем такие вмешательства, как аортокоронарное шунтирование и диализ, необходимость в которых может возникнуть, если гипертония не выявлена и протекает без лечения.

Глобальные усилия по решению проблемы неинфекционных болезней приобрели импульс в 2011 году, когда была принята Политическая декларация Организации Объединенных Наций по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Всемирная организация здравоохранения разрабатывает Глобальный план действий на 2013–2020 годы по созданию дорожной карты для стран, осуществляющих мероприятия по предупреждению неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Государства – члены ВОЗ достигли консенсуса в вопросе о создании глобальной схемы мониторинга для оценки прогресса в предупреждении и борьбе с этими болезнями и соответствующими ключевыми факторами риска. Одна из предусматриваемых целей – существенное снижение числа лиц с повышенным кровяным давлением.

Гипертония – это безмолвный невидимый убийца, который редко вызывает явные симптомы. Решающее значение имеет повышение уровня осведомленности населения и обеспечение доступа к раннему обнаружению этого заболевания. Повышенное кровяное давление – серьезный предостерегающий признак, свидетельствующий о необходимости срочного существенного изменения образа жизни. Людям нужно знать, почему повышенное кровяное давление опасно и какие меры следует принимать для борьбы с ним. Они должны знать, что повышенному кровяному давлению нередко сопутствуют другие факторы риска, например диабет. Для повышения уровня осведомленности по этим вопросам странам необходимы системы и службы, обеспечивающие всеобщий охват медико-санитарными услугами и направленные на поддержание здорового образа жизни: сбалансированное питание, уменьшение потребления соли, отказ от злоупотребления алкоголем, регулярные физические нагрузки и отказ от употребления табака. Важнейшее значение имеет также доступ к эффективным и недорогим лекарствам хорошего качества, особенно на уровне первичной медико-санитарной помощи. Как и при других неинфекционных болезнях, осведомленность способствует раннему обнаружению недуга, а самопомощь способствует регулярному приему медикаментов, здоровому образу жизни и лучшему контролю за состоянием здоровья.

Страны с высоким уровнем доходов начали снижать уровень распространенности гипертонии у населения посредством принятия активных мер политики в области общественного здравоохранения, таких, например, как сокращение содержания соли в подвергнутых обработке пищевых продуктах и обеспечение доступа к диагностике и лечению, что позволяет решить проблему гипертонии и других факторов риска в совокупности. Можно привести много примеров совместных межсекторальных действий, способствующих эффективному снижению факторов риска, приводящих к повышенному кровяному давлению. Напротив, во многих развивающихся странах отмечается рост числа лиц, страдающих от сердечных приступов и инсультов, обусловленных недиагностированными и неконтролируемыми факторами риска, такими как гипертония.

Цель настоящего глобального резюме ВОЗ по гипертонии – оказать поддержку усилиям всех государств-членов по разработке и реализации политики, направленной на снижение смертности и инвалидизации, вызываемых неинфекционными болезнями. Профилактика и контроль повышенного кровяного давления – одно из основных направлений этой деятельности.

Д-р Маргарет Чен

*Генеральный директор
Всемирной организации здравоохранения*



КРАТКОЕ РЕЗЮМЕ

Гипертония, известная также как высокое или повышенное кровяное давление, является глобальной проблемой общественного здравоохранения.

Она обуславливает бремя болезней сердца, инсультов и почечной недостаточности, а также способствует преждевременной смертности и инвалидизации. Она в особенности поражает население в странах с низким и средним уровнем доходов и слабыми системами здравоохранения.

Гипертония редко вызывает симптомы на ранних стадиях, и многие люди остаются недиагностированными. Те же, кому поставлен диагноз, могут не иметь доступа к лечению и быть лишены возможности успешно контролировать свое заболевание в течение долгого времени.

Раннее обнаружение, адекватное лечение и надлежащий контроль гипертонии обеспечивают улучшение состояния здоровья и экономически выгодны. Лечение осложнений гипертонии сопряжено с осуществлением дорогостоящих вмешательств, таких как аортокоронарное шунтирование, операции на сонной артерии и диализ, которые наносят урон бюджетам отдельных лиц и правительств.

Предотвратить гипертонию может контроль поведенческих факторов риска, таких, например, как неправильное питание, злоупотребление алкоголем, недостаточная физическая активность. Употребление табака повышает риск осложнений гипертонии. Если не принимать никаких мер по снижению воздействия этих факторов, частота сердечно-сосудистых заболеваний, включая гипертонию, возрастет.

Инициативы, направленные на снижение потребления соли, могут стать важным вкладом в профилактику и контроль высокого кровяного давления. Однако вертикальные программы, в которых основное внимание направлено только на борьбу с гипертонией, нерентабельны.

Экономически доступным и надежным путем решения странами проблем гипертонии являются интегрированные программы контроля неинфекционных болезней, осуществляемые на основе концепции первичной медико-санитарной помощи.

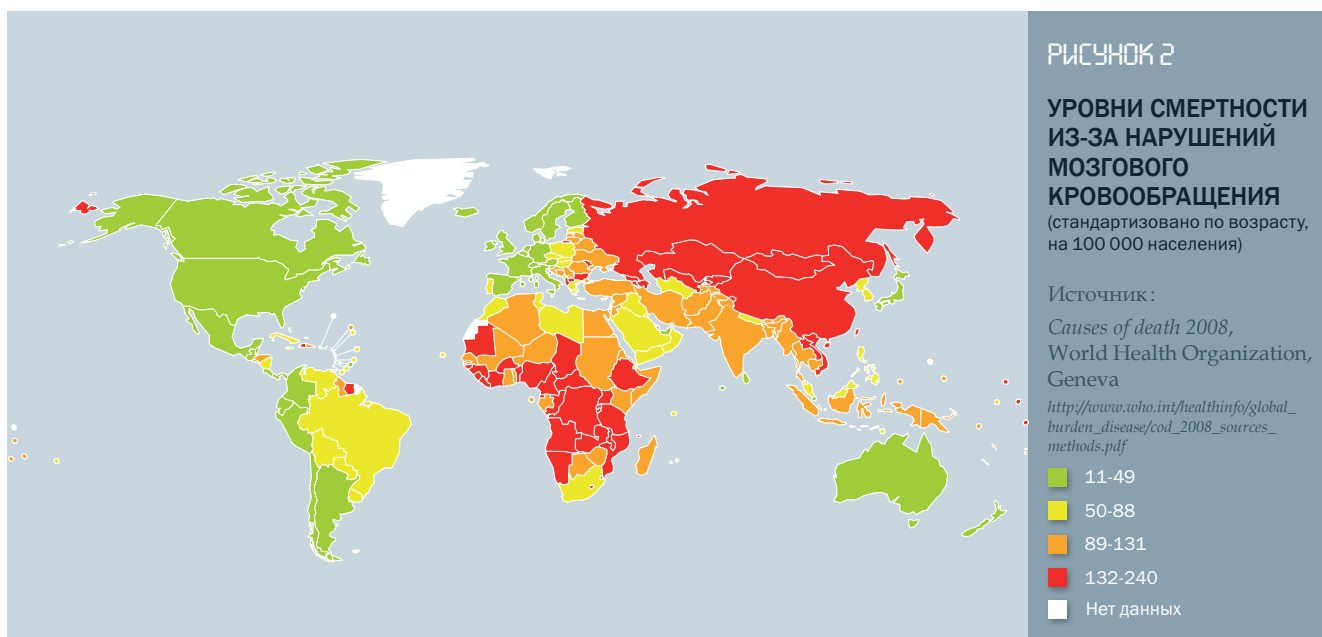
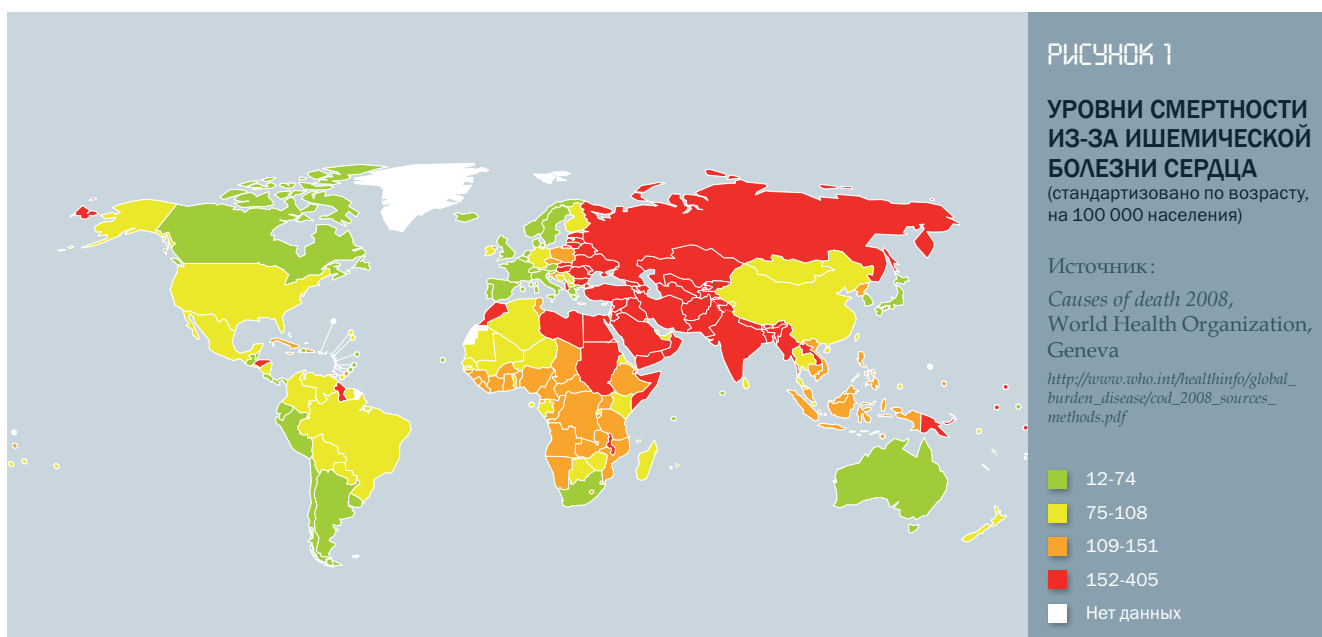
Профилактика и контроль гипертонии – сложный процесс, который требует участия многих заинтересованных сторон, включая правительства, гражданское общество, научное сообщество и промышленность, производящую пищевые продукты и напитки. Принимая во внимание огромную пользу контроля кровяного давления для общественного здравоохранения, мы должны приступить к согласованным действиям.



РАЗДЕЛ 1

Почему гипертония является важной проблемой общественного здравоохранения

На глобальном уровне сердечно-сосудистые заболевания являются причиной примерно 17 млн. случаев смерти в год, это почти треть от общего числа смертей (1). Из них осложнения гипертонии вызывают 9,4 млн. случаев смерти в мире ежегодно (2). На долю гипертонии приходится по меньшей мере 45% смертных случаев, вызванных болезнями сердца (общая смертность из-за ишемической болезни сердца представлена на рис. 1), и 51% случаев смерти, вызванных инсультом (общая смертность из-за инсульта представлена на рис. 2) (1).



В 2008 году примерно у 40% взрослых людей в возрасте 25 лет и старше была диагностирована гипертония, а число людей с этим заболеванием возросло с 600 млн. в 1980 году до 1 млрд. в 2008 году (3). Наивысшая распространенность гипертонии отмечается в Африканском регионе, где этот показатель составляет 46% взрослых в воз-

расте 25 лет и старше, в то время как самая низкая распространенность – на Американском континенте показателем 35% (рис. 3). В целом в странах с высокими доходами отмечается более низкая по сравнению с другими странами распространенность гипертонии – 35%, тогда как в остальном мире она достигает 40% (3,4).

РИСУНОК 3

СТАНДАРТИЗОВАННАЯ ПО ВОЗРАСТУ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОВЫШЕННОГО КРОВЯНОГО ДАВЛЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛЫХ В ВОЗРАСТЕ 25 ЛЕТ И СТАРШЕ

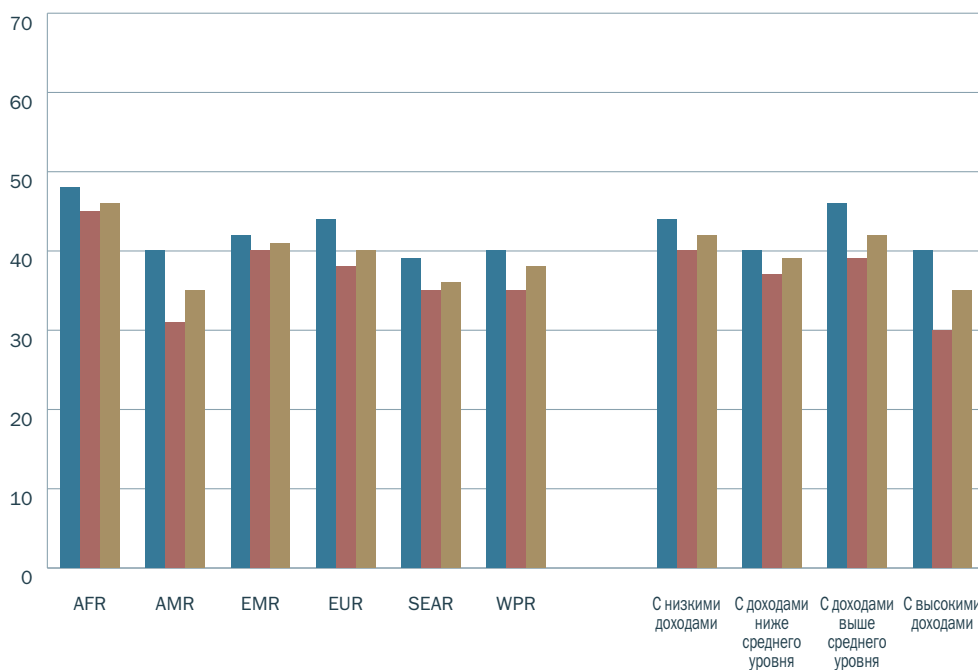
по регионам ВОЗ и группам стран по уровню доходов по классификации Всемирного банка, сравнительные оценки, 2008 год

Источник:

Global status report on noncommunicable diseases 2010, Geneva, World Health Organization, 2011

Мужчины — ■
Женщины — ■
Оба пола — ■

AFR: Африканский регион
AMR: Регион стран Америки
EMR: Регион стран Вост. Средиземноморья
EUR: Европейский регион
SEAR: Регион стран Юго-Восточной Азии
WPR: Регион стран Зап. части Тихого океана



Гипертония не только более распространена в странах с низкими и средними доходами, но и количество людей, страдающих от

гипертонии, в этих странах выше, поскольку численность населения здесь выше, чем в странах с высоким уровнем доходов.

Повышение степени распространенности гипертонии сопряжено с ростом населения, демографическим старением и поведенческими факторами риска, такими как нездоровое питание, вредное употребление алкоголя, недостаточная физическая активность, избыточный вес и постоянное стрессовое состояние.

Неблагоприятные для здоровья последствия гипертонии осложняются тем, что у многих людей, страдающих от повышенного кровяного давления, имеются другие факторы риска, которые увеличивают вероятность сердечных приступов, инсультов и почечной недостаточности. Эти факторы риска включают употребление табака, ожирение, высокий уровень холестерина и сахарный диабет. Употребление табака усиливает риск осложнений у людей с гипертонией. В 2008 году число курильщиков

в мире составляло 1 млрд., а глобальная распространенность ожирения почти удвоилась с 1980 года. Глобальная распространенность высокого уровня холестерина составляла 39%, а распространенность диабета – 10% у взрослых людей старше 25 лет (3). Употребление табака, нездоровое питание, злоупотребление алкоголем и недостаточная физическая активность тоже являются важными поведенческими факторами риска развития всех серьезных неинфекционных болезней, то есть сердечно-сосудистых заболеваний, диабета, хронических респираторных болезней и онкологических заболеваний (5-9).

Если не принимать надлежащих мер, то по прогнозам число случаев смерти, вызываемых сердечно-сосудистыми заболеваниями, будет возрастать и далее (рис. 4).

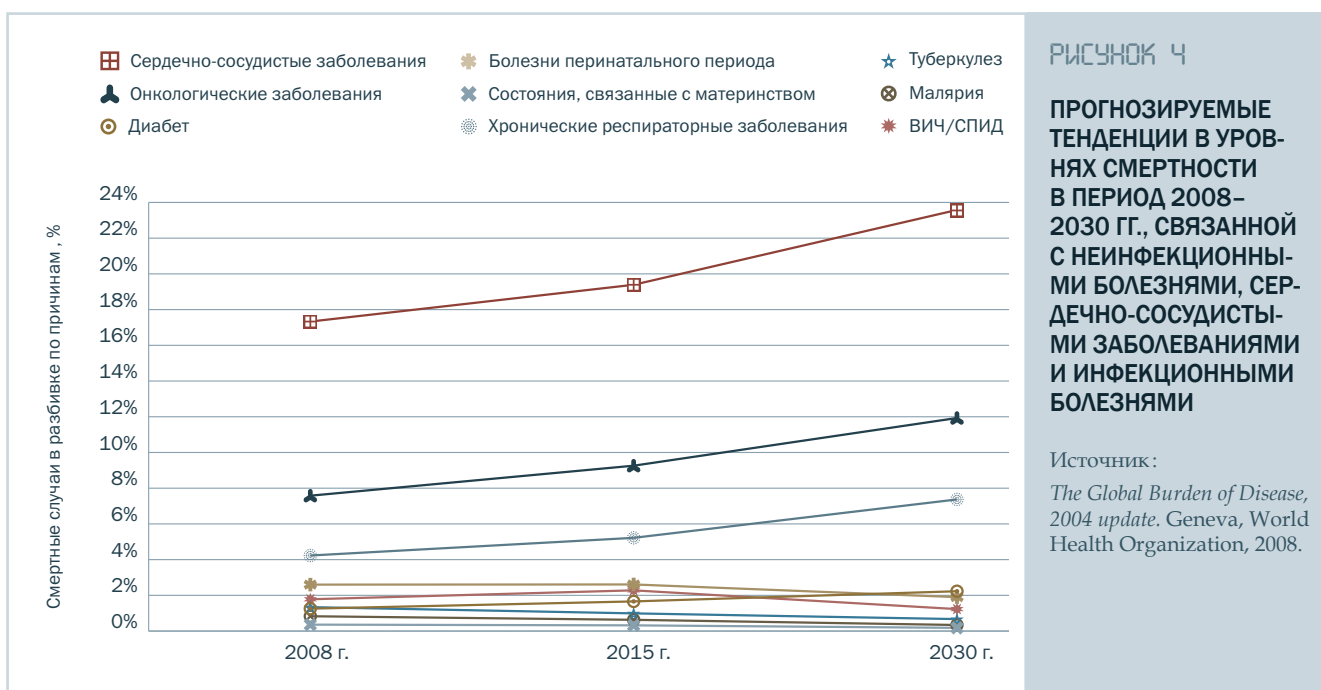


РИСУНОК 4

ПРОГНОЗИРУЕМЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В УРОВНЯХ СМЕРТНОСТИ В ПЕРИОД 2008–2030 ГГ., СВЯЗАННОЙ С НЕИНФЕКЦИОННЫМИ БОЛЕЗНЯМИ, СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ИНФЕКЦИОННЫМИ БОЛЕЗНЯМИ

Источник: *The Global Burden of Disease, 2004 update*. Geneva, World Health Organization, 2008.

Во всем мире население быстро стареет (рис. 5), и с возрастом распространение гипертонии возрастает (6).

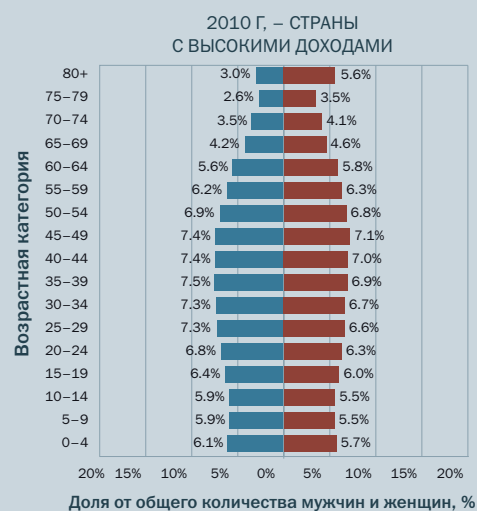
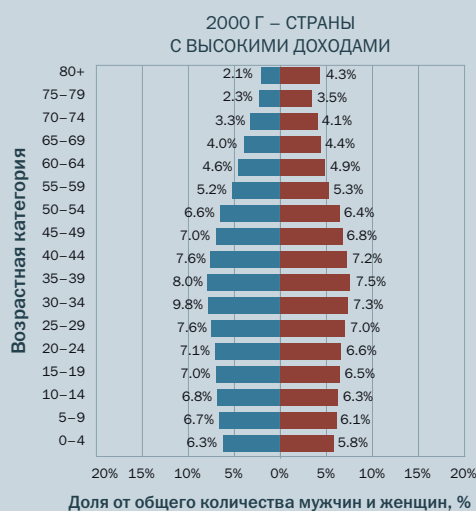
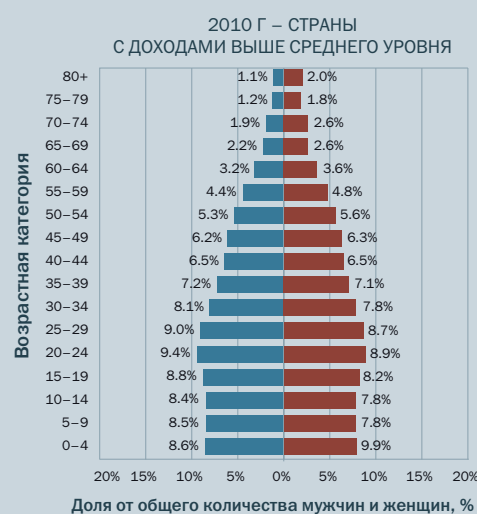
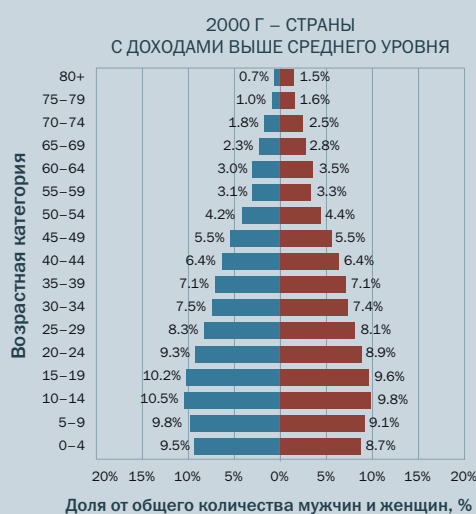
РИСУНОК 5

СРАВНЕНИЕ СРЕДНИХ ВОЗРАСТНЫХ ПИРАМИД В 2000 И 2010 ГОДАХ, СТРАНЫ С ДОХОДАМИ ВЫШЕ СРЕДНЕГО УРОВНЯ И С ВЫСОКИМИ ДОХОДАМИ

Источник:

World population prospects: The 2010 revision, CDROM Edition, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York, United Nations, 2011.

Мужчины ■
Женщины ■



Если гипертония не выявляется и не лечится своевременно, это приводит к значительным экономическим и социальным последствиям.

Почти 80% случаев смерти, вызванных сердечно-сосудистыми заболеваниями, происходят в странах с низкими и средними доходами. Это страны, которые в наименьшей степени могут справиться с социальными и экономическими

последствиями плохого состояния здоровья населения. Современные стандартизованные по возрасту показатели смертности в странах с низкими доходами выше, чем соответствующие показатели в развитых странах (рис. 6) (1, 3).

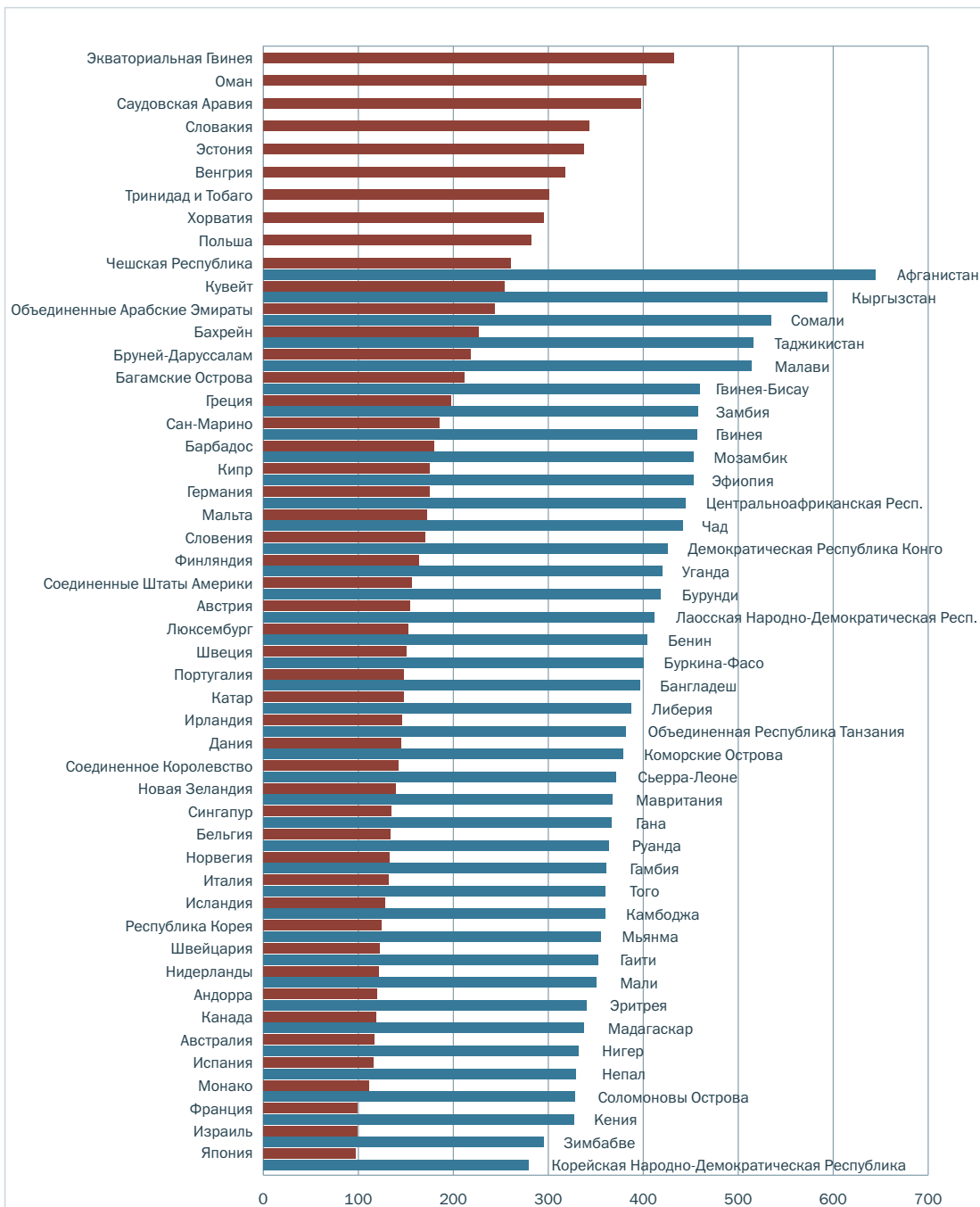


РИСУНОК 6

ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ, ВЫЗВАННОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В СТРАНАХ С ВЫСОКИМИ И СРЕДНИМИ ДОХОДАМИ

(стандартизовано по возрасту, 2008 год)

Источник:

Causes of death 2008, [Online Database]. Geneva, World Health Organization.

■ Страны с низкими доходами
■ Страны с высокими доходами

Показатели смертности, обусловленной сердечно-сосудистыми заболеваниями, стандартизованные по возрасту (на 100 000 населения)

Раннее выявление и лечение гипертонии и контроль других факторов риска, а также политика в области общественного здравоохранения, направленная на сокращение поведенческих факторов риска, за последние три десятилетия способствовали постепенному снижению уровня смертности, вызываемой болезнями сердца и инсультом, в странах с высокими доходами.

Например, в 1972 году в Северной Карелии, в Финляндии, были инициированы комплексные профилактические мероприятия в рамках местного проекта. В то время в Финляндии был чрезвычайно высокий уровень смертности, вызываемой сердечными болезнями. За 5-летний период были отмечены положительные изменения, обусловленные изменениями в характере питания, улучшением контроля гипертонии и снижением уровня курения. Соответственно, было принято решение о проведении описанных мероприятий на национальном уровне. В настоящее время, спустя примерно 35 лет, среднегодовой уровень смертности, вызываемой сердечными болезнями, среди населения трудоспособного возраста на 85% ниже, чем в 1977 году. Было доказано, что наблюдаемое снижение факторов риска для населения (сывороточный уровень холестерина, кровяное давление и курение) обуславливает большую часть отмечаемого снижения уровня смертности из-за сердечно-сосудистых заболеваний. Одновременное улучшение в области раннего выявления и лечения факторов риска также способствовало снижению уровня смертности, вызываемой сердечно-сосудистыми заболеваниями.



Преждевременная смерть, инвалидность, разрушение жизни отдельных лиц и семей, потеря доходов и расходы на лечение, связанные с гипертонией, наносят ущерб семьям, сообществам и национальным финансам. В странах с низкими и средними доходами многие люди не пытаются лечить гипертонию, поскольку такое лечение чрезмерно дорого. В связи с этим семьи нередко тратят существенную часть своих доходов на госпитализацию и лечение осложнений гипертонии, в том числе сердечных приступов, инсультов и почечной недостаточности. Семьи несут катастрофические расходы и затраты на лечение, которое нередко оказывается длительным в случае осложнений гипертонии, что ввергает десятки миллионов людей в нищету (11). Кроме того, разорительной может оказаться потеря доходов семьи в связи со смертью или инвалидностью кого-либо из ее членов. В некоторых странах с низкими и средними доходами расходы только на лечение сердечно-сосудистых заболеваний в настоящее время составляют 20% от общих затрат в сфере здравоохранения.

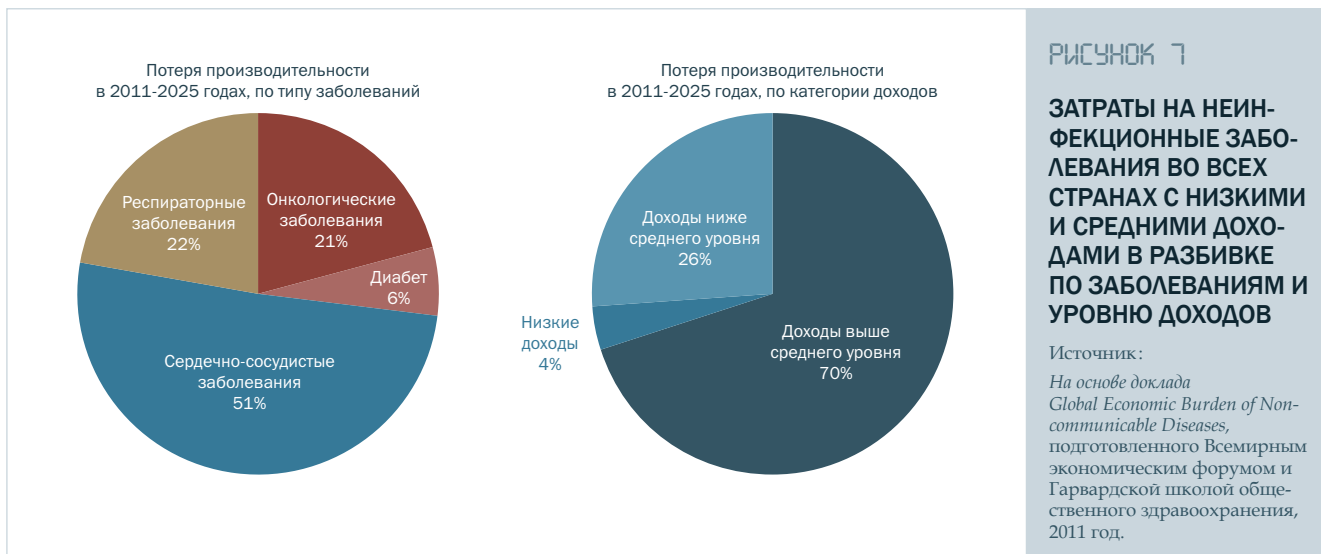
За период 2011–2025 годов совокупная потеря производительности в странах с низкими и средними доходами, сопряженная с неинфекционными заболеваниями, по прогнозам, составит 7,28 трлн. долл. США (таблица 1) (12). Ежегодные потери в связи с основными неинфекционными заболеваниями составляют примерно 500 млрд. долл. США, или около 4% валового внутреннего продукта в странах с низкими и средними доходами. На сердечно-сосудистые болезни, включая гипертонию, приходится почти половина затрат (рис. 7) (13).

ТАБЛИЦА 1 ЭКОНОМИЧЕСКОЕ БРЕМЯ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, 2011-2025 ГГ (ТРЛН. ДОЛЛ. США В 2008 Г.)

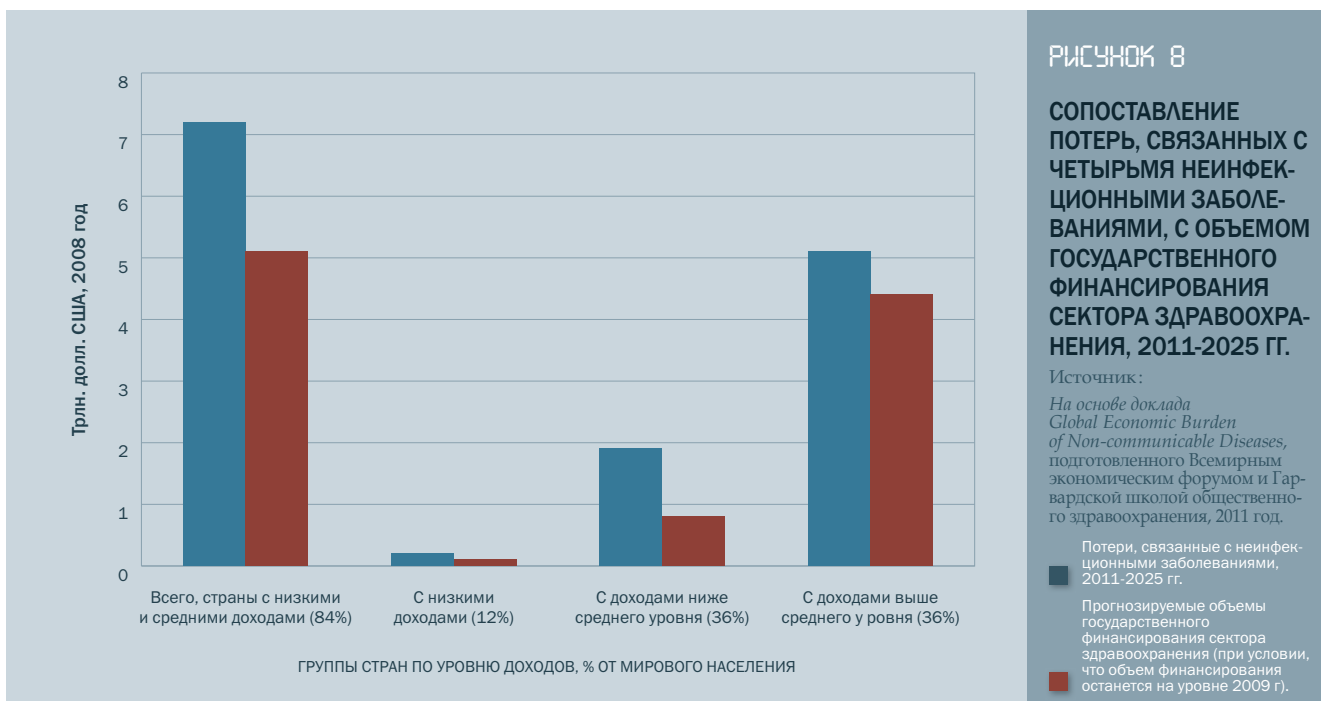
ГРУППА СТРАН ПО УРОВНЮ ДОХОДОВ	ДИАБЕТ	СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	ВСЕГО
С доходами выше среднего уровня	0.31	2.52	1.09	1.20	5.12
С доходами ниже среднего уровня	0.09	1.07	0.44	0.26	1.85
С низкими доходами	0.02	0.17	0.06	0.05	0.31
В сумме для стран с низкими и средними доходами	0.42	3.76	1.59	1.51	7.28

Возрастающая частота неинфекционных болезней приведет к большей зависимости и увеличению затрат на лечение больных и расходов их семей, если только не будут приняты более активные меры общественного здравоохранения, направленные на профилактику этих заболеваний. В Политической декларации проводившегося на высоком уровне совещания Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними,

принятой Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций в сентябре 2011 года, признается быстро растущее бремя неинфекционных заболеваний и его разрушающее воздействие на здравоохранение, социально-экономическое развитие и программы по сокращению бедности. Политическая декларация призывает правительства к осуществлению ряда конкретных действий (8).



Если не будут приняты меры по решению проблем гипертонии и других неинфекционных болезней, экономические потери, по прогнозам, превзойдут государственное финансирование сектора здравоохранения (Рис. 8).





РАЗДЕЛ 2

Гипертония: основные факты

Кровь поступает из сердца во все части тела по кровеносным сосудам. При каждом сокращении сердца оно нагнетает кровь в кровеносные сосуды. Кровяное давление создается силой нагнетаемой сердцем крови, преодолевающей сопротивление стенок кровеносных сосудов (артерий).

Гипертония, известная также как высокое или повышенное кровяное давление, – это заболевание, при котором в кровеносных сосудах постоянно сохраняется повышенное давление.

Чем выше давление в кровеносных сосудах, тем труднее сердцу осуществлять нагнетание крови в сосуды. Если болезнь не контролируется, гипертония может вызвать сердечные приступы, гипертрофию сердца и в конце концов привести к сердечной недостаточности. В кровеносных сосудах могут образоваться выпячивания стенок (аневризмы) и истончения, вызванные высоким давлением, что повышает вероятность тромбоза и разрывов. Давление в кровеносных сосудах может также вызвать излияние крови в головной мозг. Это может привести к инсульту. Гипертония может вызвать также почечную недостаточность, слепоту, разрывы кровеносных сосудов и когнитивные нарушения.

01

КАК определяется гипертония

Кровяное давление измеряется в миллиметрах ртутного столба (мм рт. ст.) и регистрируется в виде двух чисел, обычно записываемых одно над другим. Верхнее число – систолическое кровяное давление – это самое высокое давление в кровеносных сосудах, которое фиксируется во время сердечных сокращений, или систолы. Нижнее число – диастолическое кровяное давление – это самое низкое давление в кровеносных сосудах, фиксируемое между сердечными сокращениями, когда сердечная мышца расслабляется. Нормальным кровяным давлением у взрослых считается систолическое кровяное давление, равное 120 мм рт. ст., и диастолическое кровяное давление, равное 80 мм рт. ст.

Однако сердечно-сосудистая система допускает расширение диапазона нормального кровяного давления до более низкого систолического (105 мм рт. ст.) и более низкого диастолического кровяного давления (60 мм рт. ст.). Гипертония определяется как систолическое кровяное давление, равное или превышающее 140 мм рт. ст., и/или диастолическое кровяное давление, равное или превышающее 90 мм рт. ст. Нормальные уровни как систолического, так и диастолического кровяного давления особенно важны для эффективного функционирования жизненно важных органов, таких как сердце, головной мозг и почки, а также для состояния здоровья в целом.

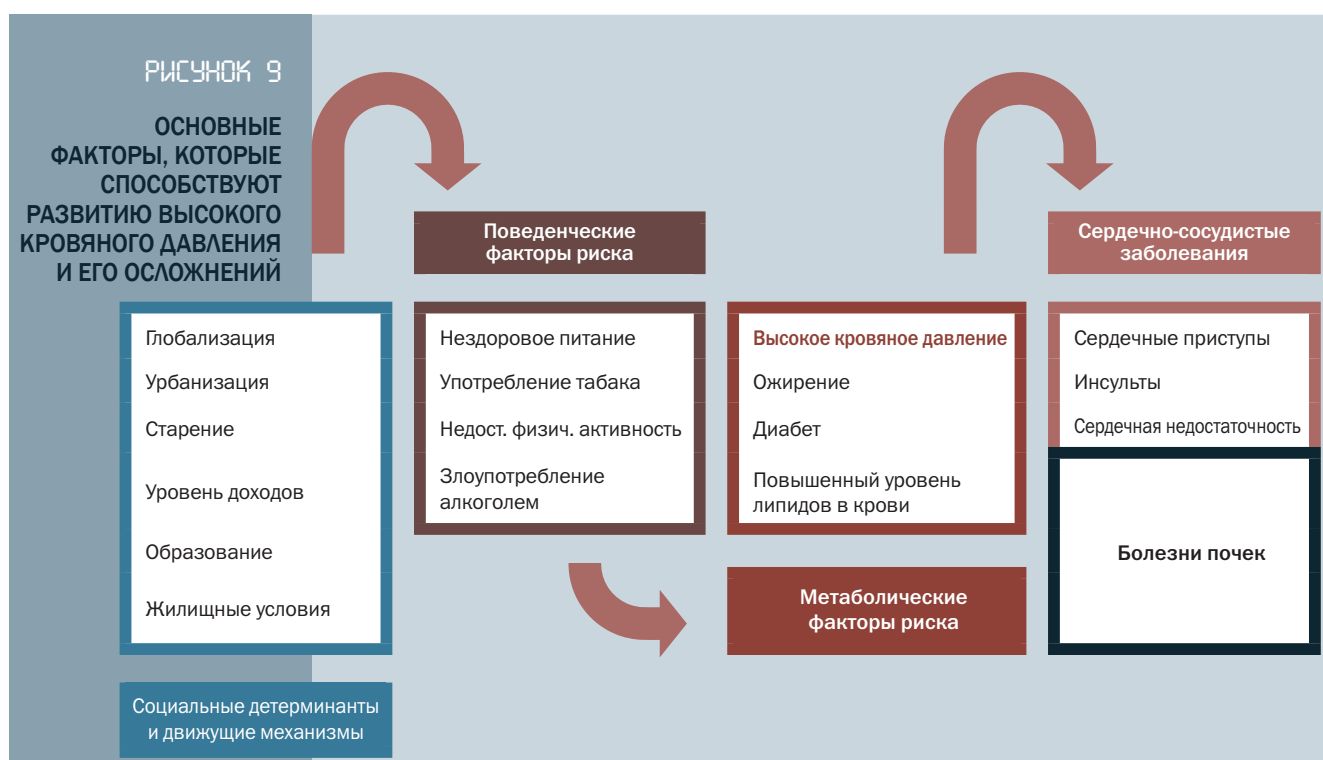
Поведенческие факторы риска

Существует много поведенческих факторов риска, способствующих развитию гипертензии (рис. 9), в их числе:

- потребление пищи, содержащей слишком много соли и жиров, и отсутствие в рационе достаточного количества фруктов и овощей;
- опасное злоупотребление алкоголем;
- недостаточность физической активности и недостаточность физических нагрузок;
- недостаточный контроль стрессовых состояний.

Эти поведенческие факторы риска в большой степени зависят от условий, в которых живут и работают люди.

Кроме того, существует несколько метаболических факторов риска, которые повышают вероятность развития болезней сердца, инсульта, почечной недостаточности и других осложнений гипертензии, включая диабет, высокий уровень холестерина и избыточный вес или ожирение. Употребление табака при гипертензии еще больше повышает вероятность развития сердечно-сосудистых заболеваний.



Социально-экономические факторы

Социальные детерминанты здоровья, например уровень доходов, образование и жилищные условия, могут оказывать неблагоприятное воздействие на поведенческие факторы риска и таким образом влиять на развитие гипертонической болезни. Например, безработица или страх потерять работу могут повышать степень испытываемого стресса, что в свою очередь становится причиной повышения кровяного давления. Жилищные условия и условия труда могут также помешать своевременному обнаружению и лечению болезни вследствие отсутствия доступа к диагностике и лечению и, кроме того, могут затруднить профилактику осложнений.

Быстрая внеплановая урбанизация также способствует развитию гипертонической болезни, поскольку нездоровые условия окружающей среды стимулируют потребление пищи быстрого приготовления, сидячий образ жизни, употребление табака и злоупотребление алкоголем. Наконец, риск гипертонии повышается с возрастом вследствие ригидности кровеносных сосудов, хотя старение кровеносных сосудов может быть замедлено при ведении здорового образа жизни, включающего здоровое питание и снижение содержания соли в рационе.

Другие факторы

В некоторых случаях известные специфические причины развития гипертонии отсутствуют. Определенную роль могут играть генетические факторы, и если гипертония развивается у людей моложе 40 лет, важно исключить вторичные причины, такие как болезни почек, эндокринные нарушения и патологии кровеносных сосудов.

Преэклампсия – это гипертония, которая развивается у некоторых женщин во время беременности. Она обычно проходит после родов, но иногда болезнь может затянуться, и у женщин, которые перенесли преэклампсию, выше вероятность развития гипертонии в последующие годы.

Иногда при измерении кровяного давления оно может оказаться выше, чем бывает обычно. У некоторых людей волнение, связанное с визитом к врачу, может вызвать временное повышение кровяного давления (“синдром белого халата”). Подтвердить этот синдром можно, измеряя кровяное давление в домашних условиях несколько раз в день с помощью специального прибора или измерив давление несколько раз в кабинете врача.



03

СИМПТОМЫ высокого кровяного давления

У большинства людей с гипертонической болезнью симптомы полностью отсутствуют. Распространено ошибочное представление, что люди с гипертонией всегда испытывают симптомы, но в действительности у большинства больных гипертонией нет никаких симптомов. Иногда гипертония вызывает такие симптомы, как головная боль, одышка, головокружение, боль в области грудной клетки, учащенное сердцеби-

ение и носовые кровотечения. Игнорирование таких симптомов может быть опасным, но в то же время эти симптомы не обязательно означают наличие гипертонической болезни. Гипертония – это серьезный знак, предупреждающий о необходимости существенных изменений в образе жизни. Это заболевание может оказаться безмолвным убийцей, и для каждого человека важно знать показатели своего кровяного давления.

04

ГИПЕРТОНИЯ и жизненно опасные болезни

Игнорировать повышенное кровяное давление опасно, поскольку это увеличивает вероятность возникновения осложнений, представляющих угрозу для жизни. Чем выше кровяное давление, тем выше вероятность тяжелых последствий для сердца и кровеносных сосудов в таких важных органах, как головной мозг и почки. Это явление известно как сердечно-сосудистый риск, и он может быть также высоким у людей с гипертонией средней тяжести в сочетании с другими факторами риска, например употре-

блением табака, недостаточной физической активностью, неправильным питанием, ожирением, диабетом, высоким уровнем холестерина, низким социально-экономическим статусом и наличием гипертонии в семейном анамнезе (рис. 9). Низкий социально-экономический статус и недостаточный доступ к службам здравоохранения и лекарственным средствам также увеличивают вероятность развития серьезных сердечно-сосудистых патологий, вызванных неконтролируемой гипертонической болезнью.



Для измерения кровяного давления существуют электронные, ртутные и anerоидные приборы (14). ВОЗ рекомендует использовать доступные и надежные электронные приборы, позволяющие самостоятельно снимать показания (14, 15). Полуавтоматические приборы позволяют самостоятельно снимать показания, даже если батарейки разрядились, что нередко случается в условиях ограниченных ресурсов. Поскольку ртуть токсична, рекомендуется постепенно выводить ртутные приборы из употребления, отдавая предпочтение электронным (14). Anerоидные приборы, например сфигмоманометры, следует использовать, только если они калибруются каждые шесть месяцев, при

этом пользователи должны быть обучены измерению кровяного давления с помощью таких приборов и пройти соответствующую проверку.

Для того чтобы можно было диагностировать гипертоническую болезнь, данные измерений кровяного давления необходимо записывать в течение нескольких дней. Кровяное давление измеряется два раза в день, в идеале утром и вечером. У человека в сидячем положении снимают два последовательных показания с интервалом не менее одной минуты. Измерения, сделанные в первый день, не учитываются, и гипертония диагностируется на основании среднего значения всех остальных измерений.

Раннее обнаружение, лечение и самопомощь при лечении гипертонии обеспечивают значительные преимущества

Если гипертония выявляется своевременно, есть возможность свести к минимуму риск сердечных приступов, инсульта, сердечной и почечной недостаточности. Все взрослые люди должны контролировать свое кровяное давление и знать его показатели. Цифровые приборы для измерения кровяного давления позволяют делать это за пределами клиники. Если выявляется гипертония, следует обратиться за консультацией к медицинскому работнику. Для некоторых лиц изменения образа жизни недостаточно для снижения кровяного давления, и им необходимы прописанные врачом лекарства.

Лекарства, назначаемые при повышенном кровяном давлении, осуществляют несколько функций, таких, например, как удаление избыточных солей и жидкости из организ-

ма, замедление сердцебиения или релаксация и расширение кровеносных сосудов.

Самостоятельный мониторинг кровяного давления рекомендуется для лечения гипертонических больных в условиях доступности приборов для измерения давления. Как и в случае других неинфекционных болезней, самопомощь может содействовать раннему обнаружению гипертонии, своевременному приему медикаментов и ведению здорового образа жизни, более эффективному контролю болезни и пониманию важности обращения за консультацией к врачу в случае необходимости. Самопомощь имеет важное значение для всех, но она особенно важна для людей, у которых ограничен доступ к службам здравоохранения из-за географических, физических и экономических причин.



РАЗДЕЛ 3

Решение проблемы гипертонии заинтересованными сторонами системы общественного здравоохранения

Для профилактики и контроля гипертонии необходима политическая воля со стороны правительств и разработчиков политики. Медицинские работники, научно-исследовательское сообщество, гражданское общество, частный сектор, семьи и отдельные лица – все должны сыграть определенную роль. Только такие согласованные усилия могут комплексно решить проблему технологий тестирования и лечебных методов, обеспечивающих профилактику и контроль гипертонии, и тем самым задержать или предупредить возникновение осложнений, представляющих угрозу для жизни.

01

ПРАВИТЕЛЬСТВА и разработчики политики

Политика общественного здравоохранения должна быть направлена на решение проблемы гипертонии, которая является основной причиной бремени болезни. Меры вмешательства должны быть доступными, надежными и эффективными. В связи с этим не рекомендуются вертикальные программы, которые сосредоточены исключительно на гипертонии. Программы, направленные на решение проблем общего сердечно-сосудистого риска, должны стать составной частью национальной стратегии по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними.

Наиболее эффективные с точки зрения повышения уровня здоровья и справедливости системы здравоохранения организуют свои службы, основываясь на принципе всеобщего охвата медико-санитарными услугами. В рамках таких систем на уровне первичной медико-санитарной помощи проводятся мероприятия, нацеленные на весь спектр социальных детерминант здоровья; сбалансировано соотношение профилактических мер и мер по укреплению здоровья и лечебных вмешательств; особое значение придается медико-санитарной помощи первого уровня с соответствующими механизмами координации.

Даже в странах, где услуги здравоохранения доступны и недороги, правительства все с большим трудом изыскивают возмож-

ности удовлетворить постоянно растущие связанные со здоровьем нужды населения и справиться с ростом затрат на службы здравоохранения. Профилактика осложнений гипертонии является важнейшим элементом сдерживания роста расходов на медико-санитарную помощь. Все страны могут сделать значительно больше для улучшения показателей состояния здоровья гипертонических больных, повышая эффективность профилактических мер, расширяя сферу охвата медико-санитарными услугами, уменьшая страдания, связанные с высокими уровнями прямых платежей из собственных средств за медицинские услуги (16–18).

Проблема гипертонии может эффективно решаться только в контексте укрепления всех компонентов системы здравоохранения, включая управление на самых высоких уровнях, финансирование, информацию, кадровые ресурсы, предоставление услуг и доступ к недорогим генерическим медикаментам хорошего качества и к базовым технологиям. Правительства должны создавать условия, при которых всем людям обеспечивается равный доступ к профилактическому, лечебному и реабилитационным медицинским мероприятиям, которые необходимы для предупреждения развития гипертонии и ее осложнений (17, 18).

В любой стране инициативы, направленные на решение проблемы гипертонии, должны содержать шесть важных компонентов:

- 1 | интегрированную программу первичной медико-санитарной помощи;
- 2 | стоимость реализации программы;
- 3 | основные диагностические методы и лекарства;
- 4 | уменьшение уровня факторов риска для населения;
- 5 | программы оздоровления рабочих мест;
- 6 | мониторинг выполнения программ.

1 | Характеристики интегрированной программы первичной медико-санитарной помощи

Для контроля гипертонии интегрированные программы должны создаваться на уровне первичной медико-санитарной помощи. В большинстве стран это самое слабое звено в системе здравоохранения. Существует очень эффективное лечение, позволяющее контролировать гипертонию и предупреждать ее осложнения. Лечение должно предоставляться прежде всего лицам со средним или высоким риском сердечных приступов, инсульта и поражения почек. Для этого у пациентов с диагностированной гипертонией следует провести оценку их сердечно-сосудистого риска, включающую тесты на сахарный диабет и другие факторы риска. Гипертония и диабет тесно связаны между собой, и эффективно лечить одно заболевание можно только в параллели с лечением другого. Цель интегрированной программы – снизить уровень общего сердечно-сосудистого риска, с тем чтобы предупредить сердеч-

ные приступы, инсульт, почечную недостаточность и другие осложнения диабета и гипертонии. При таком всестороннем подходе медикаментозное лечение предоставляется пациентам со средним и высоким риском. Такой подход позволяет также избежать ненужного медикаментозного лечения людей с пограничной гипертонией и низким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний. Принимая ненужные лекарственные средства, люди подвергаются неоправданному воздействию вредных побочных эффектов, и, кроме того, повышается стоимость лечения. И того, и другого следует избегать. Кроме того, существуют недорогие, очень эффективные лекарства, обеспечивающие контроль гипертонии и широту терапевтического диапазона. Их следует применять в каждом случае, когда предоставляется такая возможность. Имеются протоколы ВОЗ, содержащие необходимые рекомендации.

РИСУНОК 10

РАЗРАБОТАННАЯ ВОЗ/МЕЖДУНАРОДНЫМ ОБЩЕСТВОМ ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (ISH) КАРТА ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКОВ

Риск развития в течение 10 лет смертельных или несмертельных сердечно-сосудистых заболеваний в разбивке по полу, возрасту, статусу в отношении курения, систолическому кровяному давлению, содержанию холестерина в крови и присутствию или отсутствию диабета. Таблицы имеются для всех субрегионов Всемирной организации здравоохранения.

Источник:
Prevention of cardiovascular disease: Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. Geneva, World Health Organization, 2012



Прогнозирование риска сердечных приступов и инсульта

Уровни риска ■ <10% ■ от 10% до 20% ■ от 20% до 30% ■ от 30% до 40% ■ >40%

Люди с сахарным диабетом



Люди без сахарного диабета



2 | Стоимость реализации интегрированной программы первичной медико-санитарной помощи

Данные о совокупной стоимости реализации интегрированной программы первичной медико-санитарной помощи, направленной на профилактику сердечных приступов, инсульта и почечной недостаточности, с использованием кровяного давления в качестве точки отсчета представлены на рис. 11. Расчетные затраты включают посещение амбулаторными пациентами служб первичной медико-

санитарной помощи в целях получения консультаций, рекомендаций, проведения диагностики и приобретения лекарств. По оценкам, совокупная стоимость расширения экономически наиболее эффективных вмешательств, направленных на лечение сердечно-сосудистых болезней и рака шейки матки, во всех странах с низкими и средними доходами составляет 9,4 млрд. долл. США в год (21).

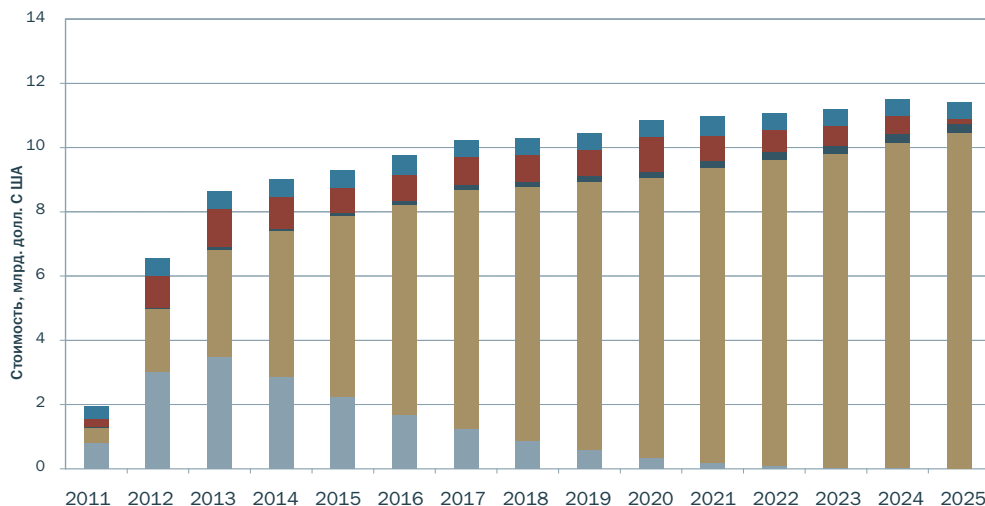
РИСУНОК 11

СОВОКУПНАЯ РАСЧЕТНАЯ СТОИМОСТЬ РАСШИРЕНИЯ ВНЕДРЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ЭКОНОМИЧЕСКИ ВЫГОДНЫХ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ МЕР ВМЕШАТЕЛЬСТВА, НАПРАВЛЕННЫХ НА ЛЕЧЕНИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ, ВО ВСЕХ СТРАНАХ С НИЗКИМИ И СРЕДНИМИ ДОХОДАМИ

Источник:

Scaling up action against noncommunicable diseases: how much will it cost?
Geneva, World Health Organization, 2011

- Управление программой по неинфекционным заболеваниям
- Профилактика рака шейки матки посредством скрининга и удаления поражения
- Аспирин для лиц с острым сердечным приступом
- Терапия с применением многих лекарственных средств для лиц с риском сердечно-сосудистых заболеваний > 30%
- Скрининг по риску сердечно-сосудистых заболеваний (для лиц старше 40 лет)



Предлагаемый ВОЗ инструмент для оценки затрат на разработку такой программы в любой стране (21) принимает во внимание:

- необходимость постепенного увеличения охвата всего населения в экономически доступной форме в целях достижения успехов в обеспечении всеобщего охвата медико-санитарными услугами;
- доступность базовых технологий для лечения людей с гипертензией;
- доступность и надлежащее применение основных лекарственных средств для профилактики осложнений у лиц со степенью риска развития сердечно-сосудистых заболеваний от умеренной до высокой;
- связи между различными уровнями системы здравоохранения, благодаря которым обеспечивается надлежащее лечение на основе уровней риска.

3 | Основные диагностические методы и лекарства

Базовые диагностические технологии, необходимые для контроля гипертонии, включают приборы для точного измерения кровяного давления, весы, полоски для определения наличия альбумина в моче, тесты на определение содержания сахара в крови натощак и тесты на определение содержания холестерина в крови.

Не всем пациентам, у которых диагностирована гипертония, необходимо медикаментозное лечение, но пациентам со степенью риска от средней до высокой необходимы одно или большее число из восьми основных лекарственных средств для снижения сердечно-сосудистого риска (тиазидный диуретик, ингибитор ангиотензинконвертазы, блокатор кальциевых каналов

продолжительного действия, бета-блокатор, метформин, инсулин, статины и аспирин).

Стоимость реализации такой программы невысока – менее 1 долл. США на 1 человека в странах с низкими доходами, менее 1,50 долл. США на 1 человека в странах с уровнем доходов ниже среднего уровня и 2,50 долл. США в странах с уровнем доходов выше среднего уровня. Если выразить эти показатели в виде доли от современных затрат на здравоохранение, стоимость реализации такого комплекса мероприятий достигает 4% в странах с низкими доходами, 2% в странах с уровнем доходов ниже среднего уровня и менее 1% в странах с уровнем доходов выше среднего уровня (22).

4 | Уменьшение уровня факторов риска у населения

Вероятность сердечно-сосудистого заболевания непрерывно возрастает по мере увеличения такого фактора риска, как кровяное давление, без какого-либо естественного порогового предела. Большая часть сердечно-сосудистых заболеваний у населения встречается у лиц со средним уровнем риска, поскольку они составляют наибольшую долю населения. Хотя очень высокий уровень факторов риска повышает вероятность развития сердечно-сосудистого заболевания у отдельных лиц, количество случаев заболеваний в этой группе риска относительно невелико в связи со сравнительно низкой долей лиц в этом сегменте популяции. Популяционный подход основан на наблюдении, согласно которому эффективное снижение уровня сердечно-сосудистых заболеваний в популяции обычно предусматривает изменения нездорового образа жизни во всем сообществе или снижение средних уровней факторов риска. Следовательно, подобные меры вмешательства предполагают преимущественно общие изменения в поведе-

нии. При популяционном подходе объектами мер вмешательства являются население/сообщества, рабочие места и школы, а цель их заключается в модификации социальных детерминант и детерминант окружающей среды.

Поэтому помимо укрепления систем здравоохранения экономически эффективная программа должна включать популяционные подходы, предусматривающие сдвиг в распределении показателей кровяного давления всего населения в сторону здоровой модели. В целях снижения высокого кровяного давления применяются те же популяционные подходы, что и в отношении других серьезных неинфекционных заболеваний. В соответствии с этими подходами общественно-государственная политика должна быть направлена на снижение воздействия на население таких факторов риска, как нездоровое питание, недостаток физической активности, злоупотребление алкоголем и употребление табака (24–27).



ТАБЛИЦА 2 СЛЕДУЮЩИЕ ОСНОВАННЫЕ НА ДОКАЗАТЕЛЬСТВАХ СТРАТЕГИЧЕСКИЕ МЕРЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ВЫСОКОЙ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ

УПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАКА	<ul style="list-style-type: none"> • Повышение акцизного сбора • Запрет на курение в помещениях на рабочих местах и в общественных местах • Медико-санитарная информация и предупреждения, касающиеся употребления табака • Запрет на рекламирование и стимулирование сбыта табачных изделий
ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЕМ	<ul style="list-style-type: none"> • Повышение акцизного сбора на алкогольные напитки • Комплексные ограничения и запреты на маркетинг алкоголя • Ограничения на доступность алкоголя в розничной торговле
НЕЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ И НЕДОСТАТОК ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ	<ul style="list-style-type: none"> • Уменьшение потребления соли посредством проведения кампаний в средствах массовой информации и уменьшения содержания соли в прошедших обработку пищевых продуктах • Замена гидрогенизированных жиров на полиненасыщенные жиры • Программа просвещения общественности относительно необходимости здорового питания и физической активности

УМЕНЬШЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ СОЛИ

Потребление пищевой соли – фактор, способствующий развитию гипертонии.

В большинстве стран среднее потребление соли на одного человека чрезмерно высокое и достигает величины от 9 до 12 г/день (28). Научные исследования неизменно доказывают, что даже небольшое уменьшение потребления соли снижает кровяное давление у лиц с гипертонией и у лиц с нормальным кровяным давлением во всех возрастных и во всех этнических группах, хотя отмечается варьирование в величинах этого снижения. В нескольких исследованиях было показано, что снижение потребления соли является одной из наиболее экономически эффективных мер вмешательства, способствующих уменьшению числа сердечно-сосудистых заболеваний и инсультов во всем мире на популяционном уровне.

Согласно рекомендации ВОЗ взрослые люди должны потреблять менее 2000 мг натрия или 5 г соли в день (27, 29). Высокое содержание натрия наблюдается в прошедших переработку пищевых продуктах, например в хлебе (примерно 250 мг/100 г), в прошедших обработку мясных продуктах, например в беконе (примерно 1500 мг/100 г), в закусочных продуктах, таких как претцели (крендельки, посыпанные солью), сырники и попкорн (примерно 1500 мг/100 г), а также в приправах, например в соевом соусе (примерно 7000 мг/100 г), и в бумажных кубиках (примерно 20 000 мг/100 г).

Пищевые продукты, богатые калием, способствуют снижению кровяного давления (30). Согласно рекомендации ВОЗ взрослые люди должны потреблять по меньшей мере 3,510 мг калия в день. Следующие пищевые продукты содержат большое количество калия: фасоль и горох (примерно 1,300 мг калия на 100 г), орехи (примерно 600 мг/100 г), овощи, например шпинат, капуста и петрушка (примерно 550 мг/100 г), фрукты, например бананы, папайя и финики (примерно 300 мг/100 г). Обработка уменьшает количество калия во многих пищевых продуктах.

Для снижения потребления соли населением необходимы действенные меры на всех уровнях, в том числе на уровне правительства, пищевой промышленности, неправительственных организаций, работников системы здравоохранения и общественности. Небольшого уменьшения потребления соли можно достичь путем добровольного сокращения или регулирования содержания соли в расфасованных продуктах и приправах. Пищевая промышленность может внести серьезный вклад в укрепление здоровья населения, обеспечив постепенное и устойчивое уменьшение количества соли, добавляемой в расфасованные пищевые продукты. Кроме того, необходима организация кампаний в средствах массовой информации в целях поощрения уменьшения потребления соли в домохозяйствах и общинах.

В нескольких странах были успешно реализованы программы снижения потребления соли, и в результате потребление соли снизилось. Например, в конце 1970-х годов Финляндия начала реализацию системного подхода к снижению потребления соли, который предусматривал проведение кампаний в средствах массовой информации, сотрудничество с представителями пищевой промышленности и принятие закона об указании содержания соли на этикетках. Снижение потребления соли сопровождалось снижением как систолического, так и диастолического кровяного давления на 10 мм рт. ст. или более. Уменьшение потребления соли в Финляндии способствовало снижению смертности из-за сердечно-сосудистых болезней и инсультов в этот период. Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, Соединенные Штаты Америки и несколько других стран с высоким уровнем доходов тоже успешно разрабатывали программы добровольного уменьшения потребления соли в сотрудничестве с пищевой промышленностью. В последнее время несколько развивающихся стран также начали реализацию национальных инициатив по снижению потребления соли.

5 | Программы оздоровления рабочих мест и контроль высокого кровяного давления

ВОЗ рассматривает программы оздоровления рабочих мест как один из наиболее экономически эффективных способов профилактики неинфекционных заболеваний, включая гипертонию, и борьбы с ними (31).

Проводившееся в 2011 году совещание высокого уровня Организации Объединенных Наций по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними призвало частный сектор “стимулировать и создавать условия окружающей среды, способствующие здоровому поведению работников, в том числе создавая рабочие места в зонах, свободных от курения, и создавая безопасную и здоровую рабочую среду, обеспечивая профессиональную безопасность и принимая меры по укреплению здоровья, включая (если это це-

лесообразно) посредством надлежащей практики сотрудничества, разработку программ оздоровления рабочих мест и плана страхования здоровья”.

В программах оздоровления рабочих мест основное внимание должно быть обращено на содействие укреплению здоровья работников посредством уменьшения индивидуального риска, обусловленного поведением, например, употреблением табака, нездоровым питанием, злоупотреблением алкоголем, недостаточной физической активностью и другими формами поведения, представляющими риск для здоровья. Эти программы могут охватить значительную долю занятого взрослого населения и способствовать раннему обнаружению гипертонии и других болезней.

6 | Мониторинг прогресса

См. раздел 4 “Мониторинг воздействия мер, направленных на решение проблемы гипертонии”.

02

РАБОТНИКИ служб здравоохранения

Опытные и хорошо подготовленные медицинские работники на всех уровнях медико-санитарной помощи играют важную роль в обеспечении успешной реализации программ контроля гипертонии. Медицинские работники могут вести в разных группах населения просветительскую работу по проблеме гипертонии. Эти мероприятия могут включать кампании по измерению кровяного давления, программы медико-санитарного просвещения на рабочих местах, информационные диалоги с разработчиками политики по вопросам о том, каким образом жилищные условия и нездоровый образ жизни влияют на показатели кровяного давления.

Подготовка работников служб здравоохранения должна быть организована в рамках учебных программ для врачей, медицинских сестер и работников смежных специальностей. Большую часть случаев гипертонии можно эффективно лечить на уровне служб первичной медико-санитарной помощи.

Врачи служб первичной медико-санитарной помощи, а также подготовленные работники сферы здравоохранения, не являющиеся врачами, могут играть очень важную роль в обнаружении и лечении гипертонии. ВОЗ разработала руководства и несколько инструментов, призванных помочь медицинским работникам экономически эффективно лечить гипертонию на уровне первичной медико-санитарной помощи. Дополнительная информация о том, каким образом медицинские работники должны контролировать здоровье людей с высоким кровяным давлением, доступна в онлайн-режиме, в том числе информация о способах измерения кровяного давления, о применении приборов для измерения кровяного давления, о выдаче рекомендаций относительно изменения образа жизни и о случаях, когда необходимо прописывать лекарственные средства (14–16, 19–21).

<http://www.who.int/nmh/publications/pnc2012/en/index.html>

03

ГРАЖДАНСКОЕ общество

Институты гражданского общества, в частности неправительственные организации (НПО), научные сообщества и профессиональные ассоциации, играют важную роль в решении проблем гипертонии и в целом в профилактике и контроле неинфекционных заболеваний и борьбе с ними как на уровне стран, так и на глобальном уровне.

Институты гражданского общества выполняют функции, в которых они добиваются больших успехов, чем кто-либо другой. Они содействуют укреплению потенциала, позволяющего осуществлять профилактику неинфекционных заболеваний на национальном уровне. Они способны заручиться политической поддержкой и мобилизовать общество для оказания широкой поддержки мерам по борьбе с гипертонией и другими неинфекционными заболеваниями. В некоторых странах институты гражданского общества являются важными поставщиками услуг по профилактике и оказанию медико-санитарной помощи и нередко заполняют пробелы в работе служб

и в организации профессиональной подготовки, предназначенной для государственно-го и частного секторов.

Деятельность гражданского общества особенно важна для борьбы с такими распространенными факторами риска, как употребление табака, нездоровое питание, недостаток физической активности и злоупотребление алкоголем, где речь идет о целом комплексе коммерческих, торговых, политических и социальных факторов. Партнерство между НПО и научным сообществом позволяет объединить опыт и ресурсы, необходимые для наращивания кадрового потенциала и повышения информированности отдельных лиц, семей и сообществ. Международное общество по артериальной гипертензии, Всемирная лига борьбы с гипертонией, Всемирная федерация сердца и Всемирная ассоциация по борьбе с инсультом долгие годы сотрудничают с ВОЗ и, в частности, принимают участие в деятельности, касающейся проблем гипертонии и сердечно-сосудистых заболеваний (32–35).

04

ЧАСТНЫЙ сектор

Частный сектор – исключая табачную промышленность – может играть важную роль в контроле гипертонии, действуя в нескольких направлениях.

Помимо участия в программах по оздоровлению рабочих мест, он может активно участвовать в выполнении ряда рекомендаций, касающихся маркетинга пищевых продуктов и безалкогольных напитков для детей и одобренных Шестидесят третьей Всемирной ассамблеей здравоохранения в мае 2010 года (36). Имеющиеся данные показывают, что воздействие рекламы влияет на пищевые предпочтения детей, их покупательские запросы и модели потребления. Рекламирование и другие формы маркетинга пищевых продуктов для детей широко распространены в мире. Большая часть маркетинговых мероприятий касается пищевых продуктов с высоким содержанием соли, жиров и сахара. На уровне стран рекомендации

требуют, чтобы в сотрудничестве с частным сектором были разработаны способы уменьшения воздействия международного маркетинга пищевых продуктов с высоким содержанием насыщенных жирных кислот, трансжирных кислот, сахара или соли.

Кроме того, частный сектор имеет возможность содействовать профилактике гипертонии и других неинфекционных заболеваний и борьбе с ними посредством разработки передовых медицинских технологий и способов их применения и производства доступных по цене медицинских товаров.

Другие направления, по которым частный сектор может участвовать в профилактике и контроле гипертонии, изложены в проекте Глобального плана действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 годы (9).

Хотя у некоторых людей гипертония развивается по мере старения, это не свойственно здоровому старению. Все взрослые люди должны знать уровень своего кровяного давления и, кроме того, они должны выяснить, нет ли у них близких родственников, которые страдают или страдали в прошлом от гипертонии, поскольку это может означать, что они подвергаются повышенному риску.

Вероятность развития высокого кровяного давления и его неблагоприятных последствий может быть сведена к минимуму при применении следующих мер:

| Здоровое питание

- Стимулирование здорового образа жизни с акцентом на надлежащее питание детей и молодых людей
- Уменьшение потребления соли до уровня менее 5 г соли в день
- Потребление пяти порций фруктов и овощей в день
- Уменьшение потребления насыщенных жиров и общего количества жиров

| Алкоголь

- Отказ от злоупотребления алкоголем

| Физическая активность

- Регулярная физическая активность и содействие физической активности детей и молодых людей. Согласно рекомендации ВОЗ физическим нагрузкам следует уделять не менее 30 минут в день пять раз в неделю.
- Поддержание нормальной массы тела

| Курение

- Прекращение употребления табака и воздействия табачных изделий

| Стресс

- Надлежащий контроль стрессов

Лица, у которых уже есть гипертония, могут активно участвовать в контроле своего состояния посредством следующих мер:

- следование нормам здорового поведения, перечисленным выше;
- мониторинг кровяного давления в домашних условиях, если это возможно;
- контроль содержания сахара в крови, уровня холестерина в крови и уровня альбумина в моче;
- умение оценивать сердечно-сосудистый риск, используя инструмент оценки риска;
- следование медицинским рекомендациям;
- регулярный прием любых прописанных лекарственных средств для снижения кровяного давления.



06

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Роль Организации

В соответствии с мандатом ВОЗ ее роль в глобальном здравоохранении заключается в обеспечении права на здоровье, социальной справедливости и равенства для всех. С 2000 года ВОЗ играла важнейшую лидирующую роль в усилиях, направленных на решение проблем неинфекционных заболеваний, включая гипертонию, с опорой на систему общественного здравоохранения (7, 9, 10). Будучи ведущей в мире организацией в сфере общественного здравоохранения, ВОЗ оценивает глобальное бремя болезней, формулирует положения основанной на доказательствах политики, устанавливает нормы и стандарты и оказывает техническую поддержку странам в решении проблем здравоохранения и болезней. ВОЗ оказывает странам поддержку в развитии национальных систем финансирования здравоохранения в целях продвижения и обеспечения всеобщего охвата медико-санитарными услугами (17, 18). Она разработала подкрепленное фактическими данными

руководство и инструменты его реализации, призванные помочь странам решать проблемы гипертонии с использованием комплекса мер вмешательства, ориентированных как на отдельных лиц (14, 16, 17–22), так и на население в целом (24–30). В настоящее время ВОЗ, консультируясь с государствами-членами и другими партнерами, координирует разработку глобального плана действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (9), а также рамок глобального мониторинга. Вместе они должны разработать дорожную карту по выполнению обязательств, сформулированных в Политической декларации Организации Объединенных Наций, принятой на Совещании высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, и продолжить работу в рамках Глобальной стратегии, направленной на профилактику неинфекционных заболеваний, включая гипертонию, и борьбу с ними (9).





РАЗДЕЛ 4

Мониторинг
воздействия мер,
направленных
на решение
проблемы
гипертонии

Важность эпиднадзора и мониторинга была признана в Политической декларации, принятой на Сессии высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. В Декларации прозвучал призыв к ВОЗ до конца 2012 года разработать глобальные рамки контроля, включающие показатели и цели, которые могут применяться в различных региональных и национальных лечебных учреждениях. В ноябре 2012 года в ходе официальной консультации, на которой присутствовали 119 представителей государств-членов и организаций-партнеров, ВОЗ завершила работу по созданию всеобъемлющих глобальных рамок контроля, включающих показатели, и перечня добровольных глобальных целей по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. В результате консультации были созданы рамки глобального мониторинга, включающие 24 показателя и девять добровольных глобальных целей по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (таблица 3). Генеральный директор ВОЗ представила рамки глобального мониторинга на Шестидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2013 года для ее обсуждения и одобрения.

Для достижения этих амбициозных глобальных целей необходима совокупность мер вмешательства, объектом которых является население в

целом и, в частности, группы высокого риска. Усиление популяционных подходов, применяемых для снижения воздействия факторов риска, уменьшает распространенность гипертонии (цель 6). Укрепление систем здравоохранения, осуществляющих интегрированные программы, особенно на уровне первичной медико-санитарной помощи, должно способствовать лечению людей с высоким риском осложнений и снижению уровня предотвратимой смертности (цели 1, 8 и 9). Например, цель 8 предусматривает охват по меньшей мере 50% людей, подверженных умеренному и высокому риску сердечных приступов и инсультов, лекарственной терапией и консультированием (включая контроль содержания сахара в крови). Для этого требуется наличие базовых технологий и необходимых лекарств-генериков, применяемых с этой целью в службах первичной медико-санитарной помощи.

Основной перечень включает:

- Технологии – прибор для измерения кровяного давления, весы, прибор для измерения содержания сахара в крови и полоски для анализа содержания альбумина в моче;
- Лекарственные средства – тиазидный диуретик, ингибитор ангиотензинконвертазы, блокатор кальциевых каналов пролонгированного действия, бета-блокатор, метформин, инсулин, статины и аспирин.



Странам следует оказать поддержку, с тем чтобы они могли устанавливать исходные показатели и национальные цели. Если это будет сделано, все страны смогут внести значительный вклад в реализацию девяти глобальных добровольных целей (9). Сюда включены цели, непосредственно связанные с контролем гипертонии и ее последствий.

Для того чтобы осуществлять мониторинг прогресса и обеспечить достижение глобальных целей, необходимо укреплять потенциал стран с низким и средним уровнем доходов по сбору, анализу и представлению данных.

ТАБЛИЦА 3 ПЕРЕЧЕНЬ ДОБРОВОЛЬНЫХ ГЛОБАЛЬНЫХ ЦЕЛЕЙ, КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ДОСТИГНУТЫ К 2025 ГОДУ (9)

СМЕРТНОСТЬ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ

Преждевременная смертность, обусловленная неинфекционными заболеваниями

(1) Относительное снижение на 25% общей смертности, вызываемой сердечно-сосудистыми заболеваниями, онкологическими заболеваниями, диабетом и хроническими респираторными болезнями

ФАКТОРЫ РИСКА

Поведенческие факторы риска

Злоупотребление алкоголем	(2) Относительное снижение по меньшей мере на 10% злоупотребления алкоголем в соответствии с национальными условиями
---------------------------	--

Недостаточная физическая активность	(3) Относительное снижение на 10% распространенности недостаточной физической активности
-------------------------------------	--

Потребление соли/натрия	(4) Относительное снижение на 30% среднего уровня потребления соли/потребления натрия населением
-------------------------	--

Употребление табака	(5) Относительное снижение на 30% распространенности употребления табака у лиц в возрасте 15 лет и старше
---------------------	---

Биологические факторы риска

Повышенное кровяное давление	(6) Относительное снижение на 25% распространенности повышенного кровяного давления или сдерживание распространенности повышенного кровяного давления в соответствии с национальными обстоятельствами
------------------------------	---

Диабет и ожирение	(7) Остановить рост распространенности диабета и ожирения
-------------------	---

НАЦИОНАЛЬНЫЕ СИСТЕМЫ РЕАГИРОВАНИЯ

Лекарственная терапия, применяемая с целью предупреждения сердечных приступов и инсультов

(8) По меньшей мере 50% людей соответствующей категории получают лекарственную терапию и консультации (включая контроль содержания сахара в крови) с целью предупреждения сердечных приступов и инсультов

Необходимые лекарства для лечения неинфекционных заболеваний и базовые технологии для лечения основных неинфекционных заболеваний

(9) Доступность на 80% недорогих базовых технологий и необходимых лекарств, в том числе лекарств-генериков, необходимых для лечения основных неинфекционных заболеваний как в государственных, так и в частных лечебных учреждениях

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Causes of Death 2008 [online database]. Geneva, World Health Organization* (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_2008_sources_methods.pdf.)
2. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, et al *A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010.* *Lancet.* 2012; 380 (9859): 2224-60
3. *World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010.* Geneva, World Health Organization, 2011.
4. *World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository [online database].* Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://apps.who.int/gho/data/view.main>) Accessed 11th February 2013.
5. *World Health Organization. Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks.* Geneva, World Health Organization, 2009.
6. *Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population prospects: The 2010 revision, CD-ROM edition.* New York, United Nations, 2011.
7. *World Health Organization. Global strategy for prevention and control of noncommunicable diseases.* Geneva, World Health Organization. (http://www.who.int/nmh/publications/wha_resolution53_14/en/).
8. *Political Declaration of the High-Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases.* United Nations General Assembly, 2011
9. *Draft action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020.* World Health Organization. (http://www.who.int/nmh/events/2013/consultation_201303015/en/)
10. *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control.* Geneva, World Health Organization, 2011.
11. *World Health Organization. Impact of out-of-pocket payments for treatment of non-communicable diseases in developing countries: A review of literature WHO Discussion Paper 02/2011.* Geneva, World Health Organization.
12. *World Health Organization and World Economic Forum. From Burden to “Best Buys”: Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries.* Geneva, World Health Organization and World Economic Forum, 2011 (http://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary).
13. *The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases.* World Economic Forum and the Harvard School of Public Health, 2011.
14. *World Health Organization. Affordable Technology: Blood Pressure Measuring Devices for Low Resource Settings.* Geneva, World Health Organization 2003.
15. Parati G., et al. A new solar-powered blood pressure measuring device for low-resource settings. *Hypertension*, 2010, 56; 1047-1053.
16. Ooms G, Brolan C, Eggermont N, et al *Universal health coverage anchored in the right to health Bull World Health Organ* d 2013; 91 (1): 2-2A. doi: 10.2471/BLT.12.115808.
17. *World health report 2010. Health Systems financing: the path to universal coverage.* Geneva, World Health Organization, 2010.

18. *World health report 2008. Primary health care - now more than ever.* Geneva, World Health Organization, 2008.
19. *World Health Organization. Prevention of cardiovascular disease: Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk.* Geneva, World Health Organization, 2007.
20. *World Health Organization. Package of essential noncommunicable disease interventions for primary health care in low-resource settings.* Geneva, World Health Organization, 2010.
21. *World Health Organization. Prevention and control of noncommunicable diseases: Guidelines for primary health care in low resource settings.* Geneva, World Health Organization, 2012.
22. *Scaling up action against noncommunicable diseases: How much will it cost?* Geneva, World Health Organization, 2011
23. *A prioritized research agenda for prevention and control of noncommunicable diseases.* Geneva, World Health Organization, 2011.
24. *World Health Organization. WHO Framework convention on tobacco control.* Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf>).
25. *World Health Assembly. Global strategy on diet, physical activity and health.* Geneva, World Health Organization, 2004 (WHA 57.17) (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/>).
26. *Global Strategy for infant and young child feeding.* Geneva, World Health Organization, 2003 <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/en/index.html>).
27. *World Health Assembly. Global Strategy to reduce the harmful use of alcohol.* Geneva, World Health Organization, 2010 (WHA 63.13) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R13-en.pdf).
28. *Reducing salt intake in populations - Report of a WHO Forum and Technical Meeting.* Geneva, World Health Organization, 2007.
29. *World Health Organization Guideline: Sodium intake for adults and children.* Geneva, World Health Organization, 2012.
30. *World Health Organization Guideline: Potassium intake for adults and children.* Geneva, World Health Organization, 2012.
31. *Healthy workplaces: a WHO global model for action.* Geneva, World Health Organization, 2010.
32. *World Hypertension League* (<http://www.worldhypertensionleague.org>). Accessed 11 February 2013.
33. *International Society of Hypertension* (<http://www.ish-world.com>). Accessed 11 February 2013.
34. *World Heart Federation* (<http://www.world-heart-federation.org>). Accessed 11 February 2013.
35. *World Stroke Organization* (<http://www.world-stroke.org/>). Accessed 11 February 2013.
36. *Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children.* Geneva, World Health Organization, 2010.

Глобальное резюме по ГИПЕРТОНИИ

Безмолвный убийца, глобальный кризис
общественного здравоохранения



Всемирная организация
здравоохранения