

Презентация 14 към глава 14

ГЛОБАЛНИ ТЕНДЕНЦИИ НА ХРОНИЧНИТЕ НЕИНФЕКЦИОЗНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

1. Значимост на хроничните неинфекциозни заболявания

Неинфекциозните заболявания, в противоположност на заразните, не могат да се разпространяват от човек на човек чрез инфекциозен агент. Те имат продължително протичане и често причиняват инвалидизация, нарушават способността на хората за ежедневни дейности и са сред водещите причини за умирация.

Терминът *„неинфекциозни заболявания“* има еднакъв смисъл с термина *„хронични“* и най-често се използва комбинацията *„хронични неинфекциозни заболявания“* (ХНЗ).

Към групата на ХНЗ се отнасят:

- = сърдечно-съдовите заболявания,
- = малигнените неоплазми,
- = диабетът,
- = ендокринните разстройства,
- = невропсихичните разстройства,
- = епилепсията,
- = болестта на Алцхаймер и
- = заболяванията на сетивните органи (загуба на слуха, глаукома или катаракти).

ХНЗ имат нарастващо значение в целия свят. Те не са общественоздравен проблем само за развитите страни. Тежестта им вече е по-голяма от тази на заразните заболявания дори в страните с нисък и среден доход и тя ще нараства заедно с тяхното икономическо развитие, интегриране в глобалната икономика, урбанизиране и застаряване на населението.

Рисковите фактори за ХНЗ са свързани основно със стила на живот, който в по-голямата си част е под контрола на самите хора. Чрез подходящо здравно поведение е възможно предотвратяване на някои ХНЗ на сравнително ниска цена, докато лечението им е твърде скъпо и изчерпва огромна част от обществените фондове за здраве.

Възможно е, например, да се намали рискът за рак на белия дроб чрез терапия за отказване от тютюнопушене или отказване от тютюнопушенето без терапия. В същото време, цената на лечението при рак на белия дроб е много висока, а прогнозата е крайно неблагоприятна.

2. Глобална тежест на хроничните неинфекциозни заболявания

= По данни на СЗО **ХНЗ убиват 38 милиона души годишно.**

= Годишно от сърдечно-съдови заболявания умират 17.5 млн, от ракови заболявания - 8,2 млн, от болести на дихателната система - 4 млн и от диабет - 1.5 млн.

= **Общо тези 4 групи заболявания допринасят за 82% от всички умирания от ХНЗ.**

=

По данни на GBD 2010, делът на ХНЗ от DALYs е нараснал от 43% през 1990 г. на 54% за 2010 г.

= Почти $\frac{3}{4}$ (75%) от умиранията от ХНЗ – 28 милиона – са в страните с нисък и среден доход.

Прогнозите сочат, че към 2020 г. най-голям дял умирания от ХНЗ ще се наблюдават в Африка, а към 2030 г. този дял ще надвишава комбинирания дял от умирания от заразни и хранителни заболявания и майчини и перинатални причини.

Всички възрастови групи и региони са засегнати от ХНЗ. Те често се свързват с по-възрастните групи от населението, но данните от последните години показват, че **16 милиона умирация от ХНЗ се наблюдават преди 70-годишна възраст**, като 82% от тези „преждевременни“ умирация са в страните с нисък и среден доход.

Рисковите фактори за ХНЗ могат да се класифицират в две основни групи:

- поддаващи се на промяна поведенчески рискови фактори;

- метаболични/физиологични рискови фактори

Към *поддаващите се на промяна поведенчески рискови фактори*

се отнасят:

= *тютюнопушенето,*

= *нездравословното хранене,*

= *ниската физическа активност и*

= *злоупотребата с алкохол,*

които значително повишават риска от или причиняват директно повечето ХНЗ.

= Тютюнопушенето се свързва с почти 6 млн умирация годишно (вкл. над 600 000 умирация от пасивно пушене). Прогнозира се нарастване до 8 млн към 2030 г.

= Недостатъчната физическа активност - с над 3 млн умирация годишно.

= Ниската консумация на плодове и зеленчуци – с около 1.7 млн умирация годишно.

= Злоупотребата с алкохол способства за над 1,6 милиона умирация годишно от ХНЗ.

**Метаболичните/физиологичните
рискови фактори** са вторични
фактори, които повишават риска от
ХНЗ:

= повишено кръвно налягане,

= наднормено тегло/затлъстяване,

= хипергликемия (високи нива на
кръвна захар) и

= хиперлипидемия (високи нива на
мазнини в кръвта).

ХНЗ имат огромен ефект за социално-икономическото развитие на страните. Бедността е тясно свързана с ХНЗ. Бързото нарастване на ХНЗ затруднява намаляването на бедността в страните с нисък и среден доход, тъй като нарастват разходите на домакинствата за здравна помощ. Уязвимите и социално непривилигировани групи боледуват и умират по-често в сравнение с хората с високи социални позиции, защото те са в по-голям риск от експозиция на вредни продукти (като тютюн или нездравословна храна) и имат ограничен достъп до здравни услуги. Прекомерно високите цени за продължително и скъпоструващо лечение на ХНЗ довеждат милиони хора годишно до крайна бедност.

3. Профилактика и контрол на хроничните заболявания

За намаляване влиянието на ХНЗ върху индивидите и обществото е необходим комплексен подход, който изисква съвместна работа на всички сектори (вкл. здравната служба, финансите, образованието, селското стопанство, планирането и др.) за редуциране на рисковете, свързани с ХНЗ, а така също промоция на интервенциите за профилактика и контрол на тези заболявания.

Съществуват евтини и достъпни решения за намаляване на модифицируемите рискови фактори. Други подходи за намаляване на ХНЗ са основните ефективните интервенции за ранно откриване и своевременно лечение на ХНЗ, които могат да бъдат предоставени през първичната здравна помощ и представляват добри икономически инвестиции, защото могат да намалят нуждата от по-скъпо лечение.

Тези мерки могат да бъдат приложени на различни ресурсни нива. Най-силно въздействие може да бъде постигнато чрез създаване на обществени здравни политики, които насърчават профилактиката и контрола на ХНЗ и преориентират здравните системи към нуждите на хората с такива заболявания. Страните с нисък доход имат по-нисък капацитет за профилактика и контрол на ХНЗ. Страните с висок доход имат почти 4 пъти по-голяма вероятност за покритие на такива услуги чрез адекватно здравно осигуряване, гарантиращо универсален достъп до основните интервенции за профилактика и контрол на ХНЗ.

Стратегиите на СЗО в отговор на хроничните заболявания

Глобалната стратегия на СЗО за превенция и контрол на незаразните заболявания и Планът за действие за периода 2008-2013 г. предоставя основни насоки за действие и мерки за намаляване на рисковите фактори, свързани с ХНЗ:

1. Прилагането от страните-членки на мерки за контрол на тютюнопушенето в съответствие с приетата от СЗО **Конвенцията за контрол на тютюнопушенето** може значително да намали експозицията на тютюнопушене на обществени места.

2. Глобалната стратегия на СЗО за хранене, физическа активност и здраве има за цел промоция и защита на здравето чрез създаване на възможности за общностите да намаляват заболяемостта и смъртността, свързани с нездравословно хранене и ниска физическа активност.

3. Глобалната стратегия на СЗО за намаляване на употребата на алкохол предлага мерки и идентифицира приоритетните области на действие за защита на хората от вредното влияние на алкохола.

На 27 май 2013 г. министрите на здравеопазването на 194 страни-членки на СЗО одобряват **Глобален план за действие за превенция и контрол на хроничните неинфекциозни заболявания за периода 2013-2020 г.** , който осигурява прилагане на отговорностите, предвидени в **Политическата декларация на ООН за неинфекциозните заболявания.**

Планът предвижда задържане и обратно развитие на глобалната епидемия от ХНЗ през следващите 8 години чрез прилагане на **шест взаимосвързани и подкрепящи се цели:**

1. **Повишаване на приоритета на превенцията и контрола на ХНЗ** в глобален, регионален и национален мащаб и засилване на международното сътрудничество и подкрепа;
2. **Укрепване на националния капацитет, лидерство, управление, мултисекторно взаимодействие и партньорства** с цел ускоряване на действията на отделните страни за превенция и контрол на ХНЗ;

3. Редуциране на поддаващите се на промяна рискови фактори за ХНЗ и основните социални детерминанти чрез **създаване на промовираща здравето околна среда**;

4. Засилване и ориентиране на здравните системи към превенция и контрол на ХНЗ и основните социални детерминанти **чрез центрирана към хората първична здравна помощ и универсално покритие с първични здравни грижи**;

5. Промоция и подкрепа на страните за **висококачествена изследователска дейност в областта на превенцията и контрола на ХНЗ**;

6. Мониторинг на тенденциите и детерминантите на ХНЗ и оценка на напредъка в тяхната превенция и контрол.

Поставени са **25 специфични и измерими глобални цели** и работна рамка за проследяване на тяхното постигане и ефект.

Действащата Предвижда се **25% намаляване на смъртността от водещите ХНЗ към 2020 г.**

Ефективното прилагане на плана се изправя пред много предизвикателства:

- нужни са надеждни данни за рисковите фактори и за смъртността;
- човешките и финансови ресурси често са неадекватни;
- някои здравни системи са твърде слаби.

За страните с ограничени ресурси е необходимо приоритетно внимание към най-ефективните в ценово отношение интервенции, които могат силно да намалят тежестта на ХНЗ и страните могат да си ги позволят.

По оценка на СЗО, за прилагане на такива стратегии ще бъде необходимо увеличаване на сегашните здравни разходи: с 4% в страните с нисък доход, с 2% в страните с доход по-нисък от средния и с около 1% в страните с доход по-висок от средния.

За страните с нисък доход, националните здравни разходи ще трябва да бъдат допълнени от международни партньори и агенции за развитие. СЗО ще подкрепя страните и ще предоставя техническа подкрепа за предприемане на устойчиви и реални национални действия за реализиране на визията на Плана за действие – постигане на **„свят свободен от предотвратимата тежест на неинфекциозните заболявания“**.

4. Глобалната тежест на избрани групи хронични неинфекциозни заболявания

4.1. Сърдечно-съдови заболявания

Сърдечно-съдовите заболявания (ССЗ) включват следните основни групи заболявания:

- исхемична болест на сърцето (ИБС);
- мозъчно-съдова болест (МСБ);
- хипертония;
- заболявания на периферните артерии;
- ревматична болест на сърцето;
- вродени сърдечни заболявания;
- сърдечна недостатъчност.

ССЗ се нареждат на първо място сред причините за умирация в глобален мащаб; от тях умират повече хора отколкото от която и да е друга причина.

Прогнозите сочат, че броят на лицата, умиращи от ССЗ, главно от ИБС и инсулт, ще нараства и ще достигне 23.3 милиона глобално към 2030 г.

Над 80% от умираанията от ССЗ са в страните с нисък и среден доход и се срещат почти еднакво при мъжете и жените. Този дял ще продължи да нараства значително в следващите десетилетия, а заедно с това ще нараства и тежестта на ССЗ. Най-бедните слоеве от населението в страните с нисък и среден доход са засегнати най-силно. ССЗ и другите ХНЗ допринасят за силно обедняване на домакинствата поради катастрофалните разходи за здравна помощ и високото заплащане на услуги с лични средства (out of pocket expenditure).

На макроикономическо ниво, ССЗ представляват голяма тежест за икономиките на страните с нисък и среден доход. ХНЗ и диабетът намаляват brutния вътрешен продукт (GDP) с 6.8% в тези страни главно поради преждевременна смърт. Повечето ССЗ могат да бъдат предотвратени чрез справяне с основните рискови фактори: тютюнопушене, нездравословно хранене и затлъстяване, хиподинамия, хипертония, диабет и хиперлипидемия.

Ефектите от нездравословното хранене се проявяват като повишено артериално налягане, повишени ниво на кръвна захар, повишени липиди, свръхтегло и затлъстяване. Тези рискови фактори сигнализират за повишен риск от развитие на инфаркт на миокарда, инсулт, сърдечна недостатъчност и други усложнения и могат да бъдат проследявани на ниво на ПЗП.

Прекратяването на тютюнопушенето, намаляването на солта в храната, консумирането на пресни плодове и зеленчуци, регулярните физически упражнения и избягването на злоупотреба на алкохол намаляват значително риска от ССЗ.

Кардиоваскуларният риск може да бъде намален също чрез адекватно лечение на хипертонията, диабета и хиперлипидемията.

Обществените политики за създаване на благоприятна околна среда имат съществено значение за мотивиране на хората да възприемат и поддържат здравословно поведение.

Други съществени детерминанти на ССЗ, наричани „причини на причините“, отразяват основните сили, движещи социалните, икономическите и културните промени – глобализацията, урбанизацията и застаряването на населението и др.

Подходящи примери за популационно ориентирани интервенции за намаляване на ССЗ са: всеобхватни политики за контрол на тютюнопушенето, по-високо данъчно облагане за намаляване на приема на храни с високо съдържание на мазнини, захар и сол, изграждане на пешеходни и велосипедни пътеки за повишаване на физическата активност, предоставяне здравословна храна на децата в училищата и др.

Съществуват ефективни и лесно приложими интегрирани подходи, насочени към основните общи рискови фактори за редица хронични заболявания (ССЗ, диабет, ракови заболявания), като някои от тях могат да бъдат приложени дори от немедицински лица в условия, близки до клиентите. Те са с висока ценова ефективност и са изведени като приоритетни от СЗО. Например:

- Лицата с висок риск могат да бъдат идентифицирани в условията на ПЗП, използвайки такива елементарни средства като специфични карти за оценка на рисковия профил.

- Преживелите миокарден инфаркт или инсулт са във висок риск за повторни инциденти или умирање. Този риск може да бъде намален чрез комбинация на лекарствени средства – статини за намаляване на холестерола, лекарства за контрол на хипертонията и аспирин.
- Прекратяването на тютюнопушенето е интервенция с най-висока ценова ефективност за пациентите със ССЗ. Проблемите със сърцето намаляват с 50% при лицата, прекратили тютюнопушенето и рискът за ССЗ също намалява значително през първите 2 години след спиране на тютюнопушенето.

4.2. Глобална тежест и тенденции на диабета

По данни на СЗО броят на лицата с диабет е нараснал близо 4 пъти от 1980 г. досега:

= 442 милиона души в света страдат от диабет.

= 1.5 милиона умирация се дължат пряко на диабета и над 80% от тях са в страните с нисък и среден доход.

= Над 3 милиона души умират годишно от последиците на диабет.

= Прогнозата е, че диабетът ще бъде 7-ма водеща причина за умирање към 2030 г.

Цялостният риск за умирање сред лицата с диабет е поне два пъти по-висок от риска при техните връстници без диабет.

Диабетът има крайно неблагоприятни ефекти върху други ХНЗ: увеличава риска от ССЗ - 50% от лицата с диабет умираат от заболяване на сърцето и инсулт; може да доведе до невропатия на стъпалото (диабетно стъпало), до диабетна ретинопатия; до бъбречна недостатъчност.

Профилактика на диабета

Съществуват несложни мерки, свързани със стила на живот, които са доказали своята ефективност в предотвратяването или забавянето на началото на диабет тип 2:

- поддържане на нормално телесно тегло;
- провеждане в повечето дни на поне 30-минутна регулярна средно-интензивна физическа активност;
- здравословно хранене – три до пет пъти дневно плодове и зеленчуци и намаляване приема на захар и наситени мазнини;
- избягване на тютюнопушенето.

СЗО стимулира и подкрепя мерките за проследяване, превенция и контрол на диабета и неговите усложнения, особено в страните с нисък и среден доход. За тази цел СЗО:

- предоставя научнообосновани препоръки за профилактика на диабета;
- разработва норми и стандарти за диагностика и лечение на диабета;
- развива осъзнаване на глобалната епидемия на диабета;
- осъществява партньорство с Международната федерация за диабета в отбелязването на **Световния ден на диабета – 14 ноември**;
- провежда проследяване на диабета и неговите рискови фактори.

Глобалната стратегия на СЗО за храненето, физическата активност и здравето допълва работата на СЗО по диабета чрез фокусиране върху популационно базирани подходи за промоция на здравословното хранене и регулярната физическа активност, намалявайки по такъв начин нарастващия глобален проблем за наднорменото тегло и затлъстяването.

10 факта на СЗО за диабета

Факт 1. Около 422 милиона души в света имат диабет. Наблюдава се нарастваща глобална епидемия от диабет през последните три десетилетия, която отразява нарастващата честота на затлъстяването и наднорменото тегло и ниската физическа активност.

Факт 2. Диабетът е една от водещите причини за смърт в света. Той е директна причина за 1.5 млн умирация през 2012 г. Други 2.2 милиона умирация са причинени от високото ниво на кръвната захар, което увеличава риска за ССЗ и други заболявания.

Факт 3. Има две основни форми на диабет. Диабет тип 1 се характеризира с недостиг на продукцията на инсулин, а диабет тип 2 се свързва с неефективното използване на инсулина. Докато диабет тип 2 е потенциално предотвратим, причините за диабет тип 1 са все още неясни и стратегиите за профилактика са неуспешни.

Факт 4. Трети тип диабет може да възникне по време на бременността.

Този тип се характеризира с хипергликемия (повишено ниво на кръвна захар), което за пръв път се появява или бива открито по време на бременността. Жените с този тип диабет са с повишен риск за усложнения по време на бременността и раждането. Те и техните деца са с повишен риск за възникване на диабет тип 2 в бъдеще.

Факт 5. Диабет тип 2 се среща по-често от диабет тип 1. Диабет тип 2 съставлява около 90% от случаите на диабет в света. Нарастват глобално случаите на диабет тип 2 при деца. В някои страни той съставлява почти 50% от новодиагностицираните случаи при деца и юноши.

Факт 6. Лицата с диабет могат да живеят дълго и в добро здраве когато диабетът им е открит навреме и добре лекуван.

Съществуват редица ценово-ефективни интервенции, които помагат на лицата с диабет да контролират своето състояние: контрол на кръвната захар чрез диета, физическа активност и лечение; контрол на кръвното налягане и липидите за намаляване на сърдечно-съдовия риск и други усложнения; регулярни скринингови изследвания за увреждане на очите, бъбреците и стъпалата, което да улесни ранното лечение..

Факт 7. Ранната диагноза и интервенция имат изключително важно значение за доброто качество на живота с диабет. Колкото по-дълго живее дадено лице с недиагностициран и нелекуван диабет, толкова по-лоши са здравните резултати. Такива основни технологии като измерване на кръвната захар трябва да бъдат широко достъпни в условията на първичната здравна помощ.

Факт 8. 80% от умираанията от диабет настъпват в страните с нисък и среден доход. В развитите страни повечето хора с диабет са в пенсионна възраст, докато в развиващите се страни най-често са засегнати възрастовите групи 15-64 г.

Факт 9. Диабетът е водеща причина за слепота, ампутация на крайници и бъбречна недостатъчност. Липсата на осъзнаване на последици от диабета, комбинирано с недостатъчния достъп до здравни услуги и основни лекарствени средства, може да доведе до такива усложнения като слепота, ампутация на крайници и бъбречна недостатъчност.

Факт 10. Диабет тип 2 може да бъде предотвратен. 30-минутна средно интензивна физическа активност в повечето дни от седмицата и здравословно хранене могат да намалят драстично риска за развитие на диабет тип 2. Диабет тип 1 не може да бъде предотвратен.

4.3. Глобална тежест и тенденции на раковите заболявания

Понятието „рак“ е генеричен термин за широка група заболявания, които могат да засегнат която и да е част от тялото. Други използвани термини са „малигнени тумори“ и „неоплазми“.

Определяща характеристика на рака е бързото възникване на абнормални клетки, които се разрастват и могат да проникнат в съседните части на тялото и да се разпространят към други органи. Този процес се нарича възникване на метастази, които са водеща причина за смърт от раково заболяване.

Според данните на GBD 2010, осем милиона души са умрели от ракови заболявания, което е с около една трета повече в сравнение с умирањията от тези причини преди 20 години. Най-честите форми на рак са различни при мъжете и жените.

Раковите заболявания са сред водещите причини за заболяемост и смъртност в света:

= близо 14 милиона нови случаи и 8.2 милиона умирация през 2012 г.

Броят на новите случаи на рак се очаква да **нарасне с около 70%** през следващите две десетилетия.

При мъжете петте най-чести форми са:

- рак на белите дробове;
- рак на простата;
- рак на дебелото черво;
- рак на стомаха;
- рак на черния дроб.

При жените петте най-чести форми са:

- рак на млечната жлеза;
- рак на дебелото черво;
- рак на белия дроб;
- рак на шийката на матката;
- рак на стомаха.

Около 30% от умираанията от рак се дължат на пет водещи поведенчески и хранителни рискови фактори - висок боди-мас индекс, нисък прием на плодове и зеленчуци, ниска физическа активност, тютюнопушене и употреба на алкохол- и могат да бъдат предотвратени чрез модифициране или избягване на тези ключови рискови фактори

Тютюнопушенето като самостоятелен фактор причинява 22% от глобалния брой умираания от рак и 70% от умираанията от рак на белия дроб.

Трансформацията от нормална клетка в туморна клетка е многостепенен процес – прогресия от преканцерозно увреждане до малигнени тумори. Тези промени настъпват в резултат на взаимодействието между генетичните фактори на дадено лице и три категории външни агенти, включващи:

- *физически канцерогени* (ултравиолетова и йонизираща радиация);
- *химически канцерогени* (азбест, компоненти на тютюневия дим, арсен и др.);
- *биологични канцерогени* (инфекции от някои вируси, бактерии или паразити).

Застаряването на населението е друг основен фактор за развитието на рак. Честотата на рака нараства драматично с възрастта, което се дължи на натрупване на рискове за специфични форми на рак. Акумулирането на цялостния риск се съчетава с тенденцията за по-ниска ефективност на механизмите за клетъчно възстановяване с нарастване на възрастта.

Тежестта от раковите заболявания може да бъде намалена и контролирана чрез прилагане на базирани на доказателства стратегии за превенция на рака, ранно откриване и лечение на пациентите с рак. Много форми на рак имат висока вероятност за излекуване, ако бъдат открити в ранен стадий и лекувани по подходящ начин.

Мерките на СЗО по отношение на раковите заболявания

Приетият през 2013 г. *Глобален план за действие за превенция и контрол на хроничните неинфекциозни заболявания за периода 2013-2020 г.* включва и специфични интервенции за борба с раковите заболявания.

СЗО и Международната агенция за изследвания на рака, като специализирана агенция на СЗО в тази област, сътрудничи с другите организации на ООН и партньорите за постигане на:

- По-добра политическа ангажираност за превенция и контрол на рака;
- Координация и провеждане на изследователска дейност относно причините на рака и механизмите на канцерогенеза;

- Разработване на научни стратегии за превенция и контрол на рака;
- Генериране на нови и разпространение на съществуващите познания с цел улесняване на предоставянето на базирани на доказателства подходи за контрол на рака;
- Разработване на стандарти и средства за ръководство на планирането и прилагането на интервенции за превенция, ранно откриване, лечение и грижи;

- Създаване на широки глобални, регионални и национални мрежи от партньори и експерти за контрол на рака;
- Укрепване на здравните системи на национално и локално ниво за предоставяне на лечение и грижи за пациентите с ракови заболявания;
- Предоставяне на техническа помощ за бърз и ефективен трансфер на най-добрите практически интервенции на развиващите се страни.