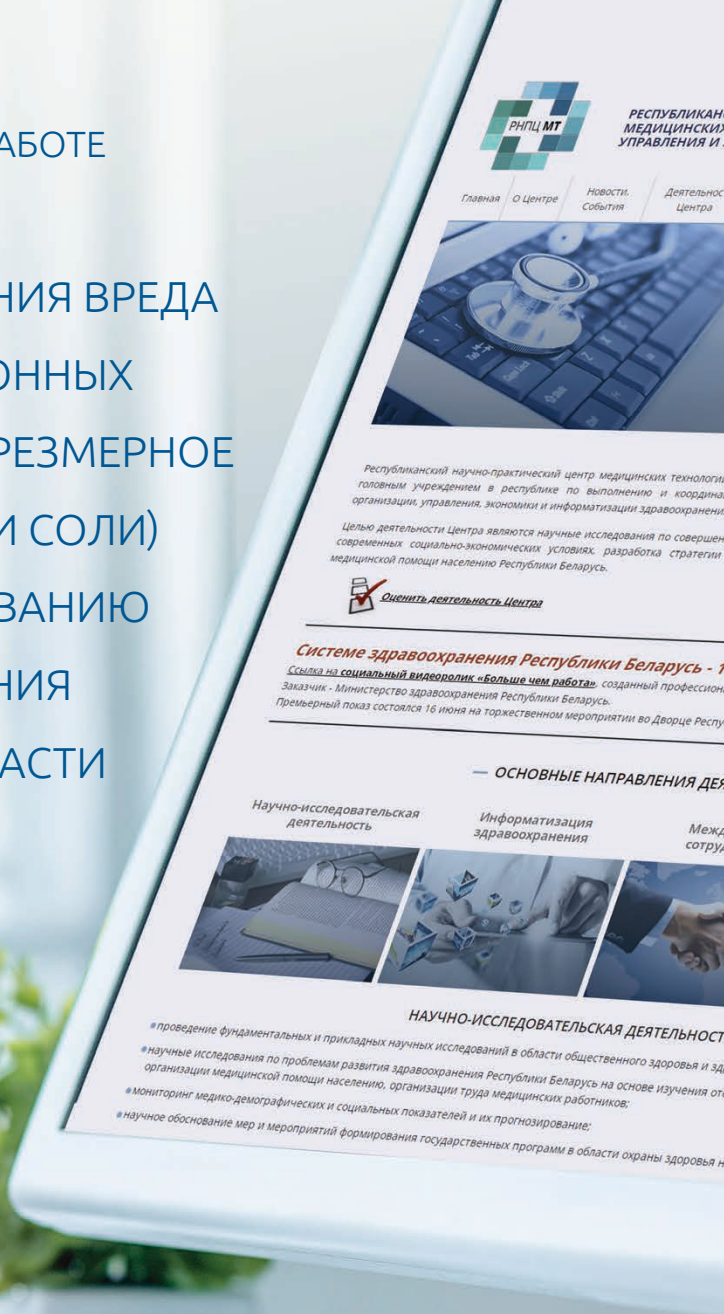


ОТЧЁТ О НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЕ

РАЗРАБОТАТЬ КОНЦЕПЦИЮ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА
ОТ ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ (ТАБАКОКУРЕНИЕ, ЧРЕЗМЕРНОЕ
ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ, САХАРА И СОЛИ)
И ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ЕЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ
В КАЧЕСТВЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ
НАЦИОНАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
(ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ)

МИНСК, 2022



Министерство здравоохранения Республики Беларусь
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ,
ИНФОРМАТИЗАЦИИ, УПРАВЛЕНИЯ И ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»
(РНПЦ МТ)

УДК 614.36:616.1/8-084 (476)
Номер гос. регистрации 20213144

УТВЕРЖДАЮ
Директор РНПЦ МТ
канд. мед. наук, доцент
_____ Д.Ю. Рузанов
___ _____ 2022 г.

ОТЧЁТ
О НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЕ

РАЗРАБОТАТЬ КОНЦЕПЦИЮ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА ОТ ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ (ТАБАКОКУРЕНИЕ, ЧРЕЗМЕРНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ, САХАРА И СОЛИ)
И ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ЕЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ В КАЧЕСТВЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ
ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
(заключительный)

Руководитель НИР,
директор РНПЦ МТ, канд. мед. наук, доцент _____ Д.Ю.Рузанов

СПИСОК ИСПОЛНИТЕЛЕЙ

Руководитель НИР

Директор РНПЦ МТ,
канд. мед. наук, доцент

подпись, дата

Д.Ю. Рузанов
(общее руководство, заключение)

Исполнители темы:

Зам. директора по научной работе
РНПЦ МТ,
канд. мед. наук

подпись, дата

А.В. Семёнов
(раздел 4, 6, 7)

Учёный секретарь РНПЦ МТ
канд. мед. наук, доцент

подпись, дата

И.В. Малахова
(введение, разделы 1-5, заключение)

Декан терапевтического факультета
БелМАПО,
канд. мед. наук, доцент

подпись, дата

Е.П. Воробьева
(разделы 6, 7)

Зав.кафедрой гигиены БелМАПО,
доктор мед. наук, профессор

подпись, дата

Е.О. Гузик
(раздел 4)

Зав.кафедрой эндокринологии
БелМАПО, доктор мед. наук,
профессор

подпись, дата

Л.И. Данилова
(разделы 6, 7 приложения)

Заместитель директора
РУП «НПЦ гигиены»,
канд. мед. наук, доцент

подпись, дата

Е.В. Федоренко
(разделы 6, 7 приложения)

Ведущий научный сотрудник
РНПЦ МТ,
канд. биол. наук

подпись, дата

В.М. Писарик
(разделы 1-7)

Заведующий отделом
РНПЦ МТ

подпись, дата

Т.И. Атрашкевич
(раздел 4)

Старший научный сотрудник
РНПЦ МТ

подпись, дата

В.В. Куликина
(разделы 6, 7 приложения)

Нормоконтроль

подпись, дата

В.М. Хавратович

РЕФЕРАТ

Отчёт 100 с., 10 рис., 3 табл., 147 источн., 4 прил.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ, НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ФАКТОРЫ РИСКА, ТАБАКОКУРЕНИЕ, АЛКОГОЛЬ, СОЛЬ, САХАР, КОНЦЕПЦИЯ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА.

Объект исследования

Общественное здоровье.

Предмет исследования

Факторы риска неинфекционных заболеваний: табакокурение, чрезмерное потребление алкоголя, соли и сахара.

Цель работы

Разработать Концепцию снижения вреда от факторов риска неинфекционных заболеваний (табакокурение, чрезмерное потребление алкоголя, сахара и соли) как новую парадигму политики в области общественного здоровья Республики Беларусь.

Для достижения поставленной цели решены задачи:

1. Изучена мировая теоретическая база и научные дебаты по проблеме снижения вреда от факторов риска неинфекционных заболеваний (НИЗ). Проанализированы лучшие страновые практики внедрения Концепции снижения вреда от факторов риска НИЗ.
2. Проведена оценка распространенности неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь и их основных факторов риска (табакокурение, чрезмерное потребление алкоголя, сахара и соли). Проанализированы социально-экономические проблемы, связанные с табакокурением, чрезмерным потреблением алкоголя, соли и сахара в Республике Беларусь.
3. Обоснована целесообразность включения Концепции снижения вреда в национальную политику в области общественного здоровья Республики Беларусь. Разработаны ключевые положения Концепции снижения вреда от основных факторов риска НИЗ в Республике Беларусь (табакокурение, чрезмерное потребление алкоголя, сахара и соли).
4. Обозначены перспективы внедрения Концепции снижения вреда в государственную программу «Здоровье народа и демографическая безопасность». Сформулировано концептуальное предложение по включению Концепции снижения вреда в государственную программу.
5. Для регуляторов разработаны рекомендации, основанные на дифференциации в регулировании по критерию степени вреда для мотивации изготовителей создавать менее вредные альтернативные продукты.
6. Разработан проект Концепции снижения вреда от факторов риска НИЗ в Республике Беларусь.

СОДЕРЖАНИЕ

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И ОБОЗНАЧЕНИЙ	7
ИСПОЛНИТЕЛЬНОЕ РЕЗЮМЕ	8
ВВЕДЕНИЕ	13
1. КОНЦЕПЦИЯ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ БАЗА, НАУЧНЫЕ ДЕБАТЫ О СНИЖЕНИИ ВРЕДА В МИРЕ. ОБЩЕСТВЕННОЕ ПОНИМАНИЕ И ПРИНЯТИЕ АЛЬТЕРНАТИВ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА	15
1.1 История возникновения и теоретическая база Концепции снижения вреда.....	15
1.2 Научные дебаты о снижении вреда в мире.....	16
1.2.1 Табакокурение.....	16
1.2.2 Алкоголь	18
1.2.3 Соль.....	20
1.2.4 Сахар	22
1.3 Общественное понимание и принятие альтернатив	24
2. ЛУЧШИЕ СТРАНОВЫЕ ПРАКТИКИ ВНЕДРЕНИЯ КОНЦЕПЦИИ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА.....	26
3. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НИЗ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ. ТАБАКОКУРЕНИЕ, ЧРЕЗМЕРНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ, САХАРА И СОЛИ — ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА НИЗ.....	37
3.1 Распространенность неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь	37
3.2 Распространенность основных факторов риска НИЗ в Республике Беларусь	37
3.3 Потребление сахара и соли детьми и подростками	45
4. ОБОСНОВАНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ВКЛЮЧЕНИЯ КОНЦЕПЦИИ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА В НАЦИОНАЛЬНУЮ ПОЛИТИКУ В ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ.....	49
5. КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ КОНЦЕПЦИИ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА ОТ ФАКТОРОВ РИСКА НИЗ	51
6. ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ КОНЦЕПЦИИ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА В ГОСУДАРСТВЕННУЮ ПРОГРАММУ «ЗДОРОВЬЕ НАРОДА И ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ»	52
7. РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ РЕГУЛЯТОРОВ, ОСНОВАННЫЕ НА ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ В РЕГУЛИРОВАНИИ ПО КРИТЕРИЮ СТЕПЕНИ ВРЕДА, С ЦЕЛЬЮ МОТИВАЦИИ ПРОИЗВОДСТВА И ПОТРЕБЛЕНИЯ МЕНЕЕ ВРЕДНОЙ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ ПРОДУКЦИИ.....	54

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	57
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	59
ПРИЛОЖЕНИЕ А.....	70
ПРИЛОЖЕНИЕ Б.....	72
ПРИЛОЖЕНИЕ В	73
ПРИЛОЖЕНИЕ Г	74

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И ОБОЗНАЧЕНИЙ

ГИ	Гликемический индекс
АНП	Альтернативные никотиносодержащие продукты
БСК	Болезни системы кровообращения
ВВП	Валовой внутренний продукт
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГП	Государственная программа
ЗН	Злокачественные новообразования
ИБС	Ишемическая болезнь сердца
КСВ	Концепция снижения вреда
НИЗ	Неинфекционные заболевания
НПО	Неправительственные организации
НТИ	Нагреваемые табачные изделия
ОНМК	Острое нарушение мозгового кровообращения
РКИ	Рандомизированное клиническое исследование
СВОТ	Снижение вреда от табакокурения
СД	Сахарный диабет
СНТ	Системы нагревания табака
ССЗ	Сердечно-сосудистые заболевания
ФР	Фактор риска
ХОБЛ	Хроническая обструктивная болезнь лёгких
ЭС	Электронная сигарета
ЭСДН	Электронная система доставки никотина
ЭСНТ	Электронная система нагревания табака

ИСПОЛНИТЕЛЬНОЕ РЕЗЮМЕ

Глобальный вызов последних лет — хронические неинфекционные заболевания (*далее — НИЗ*). Это злокачественные новообразования, болезни системы кровообращения, сахарный диабет и хронические респираторные заболевания. Они распространены во всех возрастных группах и всех странах, включая Беларусь.

В основе развития НИЗ лежат факторы риска — потенциально опасные для здоровья поведенческие, генетические, экологические и социальные факторы, повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирование и неблагоприятный исход. Дети, взрослые и пожилые — все уязвимы перед четырьмя основными факторами риска, способствующими развитию НИЗ. Это табакокурение, злоупотребление алкоголем, солью и сахаром.

Табакокурение — одна из основных причин заболеваемости и преждевременной смерти. По результатам исследования STEPS-2016 в Беларуси среди взрослого населения (от 18 до 69 лет) курили 48,4% мужчин и 12,6% женщин. Результаты STEPS-2020 показали небольшое, но статистически значимое снижение распространенности курения среди мужчин — до 41,9% и незначительное снижение среди женщин — до 11,3%.

В результате многочисленных эпидемиологических и лабораторных исследований получены научные доказательства о связи курения с развитием заболеваний практически каждой патофизиологической системы организма человека и увеличением инвалидности.

Потребление **алкоголя** в Беларуси стабильно составляет более 10 литров на человека в год (это один из самых высоких показателей в Европе). При этом в страновой модели потребления преобладает крепкий алкоголь (49%). Основные последствия злоупотребления алкоголем в Беларуси включают «сверхсмертность» мужчин, снижение продолжительности жизни, потерю здоровья, снижение рождаемости, ухудшение наследственности и здоровья детей. Злоупотребление алкоголем увеличивает вероятность смертности от болезней систе-

мы кровообращения (ишемической болезни сердца, повышенного артериального давления, геморрагического инсульта, аритмии, кардиомиопатии), несчастных случаев, травм и внезапной остановки сердца.

Избыток потребления **поваренной соли** также оказывает вредное влияние на весь организм человека и сердечно-сосудистую систему в частности. Повышенное потребление соли способствует повышению артериального давления и увеличивает риск развития болезней системы кровообращения. В рамках исследования STEPS-2016 выявлено, что среднесуточное потребление соли мужчинами (12,4 г) значительно выше, чем среднесуточное потребление соли женщинами (9,0 г) при том, что рекомендуемое ВОЗ потребление соли — не более 5 г в день.

Наконец, потребление **сахара** в Беларуси составляет около 70 граммов в день, что значительно больше рекомендованной ВОЗ нормы (30 г). Неконтролируемое потребление сахара приводит к набору избыточной массы тела и негативному воздействию на сердечно-сосудистую и другие системы организма, является причиной развития сахарного диабета II типа, атеросклероза, ожирения, бесплодия.

Проблемы, связанные с табакокурением, чрезмерным потреблением алкоголя, соли и сахара перестали быть медицинскими проблемами или заботами отдельных лиц, они затрагивают здоровье, благополучие и безопасность всего населения, влияя на национальное развитие и потенциал страны в будущем. НИЗ вызывают увеличение расходов на здравоохранение, на социальную поддержку и обеспечение, обуславливают рост временной нетрудоспособности и снижают производительность труда.

Учитывая вышеизложенное, а также тот факт, что любую болезнь легче и дешевле предупредить, чем лечить, борьба с факторами риска — наиболее экономичный и эффективный подход к решению глобальной проблемы распространения НИЗ.

Сложившиеся в Республике Беларусь тенденции вкпе с научными данными международных исследований определяют необходимость формирования единой политики в области общественного здравоохранения в отношении факторов риска НИЗ. Из всего вышесказанного следует цель настоящей научно-исследовательской работы — разработать Концепцию снижения вреда от факторов риска неинфекционных заболеваний (табакокурение, чрезмерное потребление алкоголя, соли и сахара) как новую парадигму политики в области общественного здоровья Республики Беларусь.

Для достижения поставленной цели решались задачи:

1. Изучить мировую теоретическую базу, научные дебаты по вопросу снижения вреда. Проанализировать лучшие страновые практики внедрения политики снижения вреда.
2. Оценить распространенность НИЗ в Республике Беларусь и их основных факторов риска (табакокурение, чрезмерное потребление алкоголя, соли и сахара).
3. Обосновать целесообразность включения Концепции снижения вреда в национальную политику в области общественного здоровья Республики Беларусь.
4. Разработать ключевые положения Концепции снижения вреда от основных факторов риска НИЗ в Республике Беларусь.
5. Наметить доступные перспективы внедрения Концепции снижения вреда в государственную программу «Здоровье народа и демографическая безопасность». Сформулировать концептуальное предложение по включению Концепции снижения вреда в государственную программу.
6. Разработать рекомендации для регуляторов, основанные на дифференциации в регулировании по критерию степени вреда для мотивации производства менее вредных альтернативных продуктов.

Для решения задач настоящего исследования использованы данные отчётов социологических исследований STEPS 2016 и STEPS 2020, данные Национального статистического комитета Республики Беларусь, зарубежные и отечественные

литературные источники, а также результаты собственных научных исследований (НИОК(Т)Р «Оценка предотвратимого ущерба при переходе от табакокурения на альтернативные никотиносодержащие продукты с потенциально сниженным уровнем риска на общественное здоровье» и НИОК(Т)Р «Научное обоснование оптимальной с точки зрения общественного здоровья модели потребления алкоголя в Республике Беларусь»).

На основе изучения основных принципов и положений концепции снижения вреда, научных дебатов и анализа лучших страновых практик внедрения политик снижения вреда авторами сделан вывод о необходимости разработки и внедрения КСВ применительно к условиям Республики Беларусь.

Обоснованием для разработки и внедрения в Республике Беларусь КСВ от ФР НИЗ явились следующие предпосылки и условия:

- высокая заболеваемость, инвалидность и смертность, связанные с ФР НИЗ;
- недостаточная эффективность запрещающих методик и ограничений опасного поведения;
- научные данные, свидетельствующие о снижении потерь здоровья, связанных с ФР НИЗ, о меньшем экономическом ущербе для государства и меньшей нагрузке на здравоохранение страны при минимизации ФР НИЗ;
- значительные прямые и косвенные экономические потери от алкоголизации населения, табакокурения, чрезмерного потребления соли и сахара, наносящие ощутимый вред развитию страны.

Ключевые положения разработанной КСВ от факторов риска НИЗ:

1. на популяционном уровне — **стимулирование потребительского оборота продукции с пониженным риском**, которая является альтернативой для рассматриваемых факторов риска НИЗ (табакокурение, чрезмерное потребление алкоголя, соли и сахара);
2. на индивидуальном уровне — применение комплекса мер, стимулирующих мотивацию **здорового образа жизни индивидуума и/или переход на менее вредную альтернативную продукцию**.

Учитывая специфику отдельных факторов риска, предложено применить следующие меры регулирования.

Табакокурение. Реализация комплексной политики по направлениям:

- предотвращение начала потребления табака (организация и проведение мероприятий, направленных на профилактику табакокурения среди несовершеннолетних; среди беременных и кормящих матерей; дальнейшее ограничение фактической и экономической доступности табачных изделий, пропорционально их риску);
- поддержка отказа от курения, в том числе путём перехода от курения сигарет к потреблению альтернативных инновационных никотинсодержащих продуктов в отношении которых существует доказательная база относительно их меньшего вреда;
- информирование медицинского персонала и целевых групп населения об альтернативной продукции (организация и проведение тренингов по наиболее эффективным способам бросить курить; предоставление населению научно обоснованной информации про относительный вред традиционной табачной продукции, электронных сигарет, систем нагревания табака для принятия обоснованных решений);
- поддержка научных исследований в сфере оценки вреда (риска) альтернативной инновационной продукции и перспектив ее применения для помощи в отказе от курения, подготовка научно обоснованных рекомендаций медикам для консультирования курящих, которые хотят использовать альтернативные никотиносодержащие продукты для снижения риска.

Алкоголь. Реализация комплексной политики по направлениям:

- предотвращение начала потребления алкоголя (организация и проведение мероприятий, направленных на профилактику потребления алкоголя среди несовершеннолетних, беременных и кормящих матерей;

дальнейшее ограничение фактической и экономической доступности алкоголя);

- поддержка отказа от потребления алкоголя или отказа от потребления крепких алкогольных напитков, в том числе путём перехода на потребление виноградного вина или пива;
- налоговое регулирование производства и потребления крепких спиртных напитков путем опережающего повышения акцизов на них по сравнению с виноградным вином и пивом (соотношение 3:1 и выше), а также применения более высоких ставок налогов;
- комплексный и регулярный мониторинг оптовой и розничной торговли алкоголем, а также мониторинг негативных последствий от его потребления, на основе которых целесообразно организовать ежегодное сопоставление доходов от производства алкоголя с затратами на содержание наркологической службы, профилактику, лечение и реабилитацию лиц, пострадавших от негативных последствий, связанных с потреблением алкоголя, на охрану правопорядка, содержание специализированных изоляторов и лечебных профилакториев.

Соль. Реализация комплексной политики по направлениям:

- предотвращение начала потребления соли (досаливания пищи при приготовлении и перед непосредственным потреблением) — организация и проведение мероприятий, направленных на профилактику потребления соли среди несовершеннолетних, беременных и кормящих матерей;
- поддержка отказа от потребления соли (натрия), в том числе путём перехода на потребление солезаменителей и солей, не содержащих натрия;
- поддержка научных исследований, направленных на поиск альтернативных продуктов, которые менее вредны чем поваренная соль, но обладают теми же органолептическими свойствами, и дальнейшее их внедрение в технологические процессы производства пищевой продукции.

Сахар. Реализация комплексной политики по направлениям:

- предотвращение начала потребления сахара (организация и проведение мероприятий, направленных на профилактику потребления рафинированных сахаров среди несовершеннолетних, беременных и кормящих матерей);
- поддержка отказа от потребления сахара, в том числе путём перехода на потребление натуральных сладких продуктов (мёда, фруктов и овощей), сахарозаменителей и подсластителей с научно-доказанным менее вредным влиянием на организм человека;
- поддержка научных исследований, направленных на поиск альтернативных менее вредных сладких продуктов и дальнейшее их внедрение в технологические процессы производства пищевой продукции.

Дополнительные меры в отношении сахара и соли в пищевых продуктах:

- развитие системы маркировки в отношении пищевой продукции, направленной на поддержку здорового питания (по типу «Светофор»);
- стимулирование потребительского спроса на здоровые пищевые продукты и блюда путём повышения осведомленности потребителей о здоровом питании.

С целью ускорения внедрения КСВ от факторов риска НИЗ в Республике Беларусь предлагается имплементация раздела, посвященного снижению вреда, в действующую государственную программу «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021-2025 годы путем внесения в нее изменений и дополнений.

Комплексный подход определяет необходимость создания межведомственной рабочей группы, включающей представителей регуляторов (Межведомственный совет по формированию здорового образа жизни, контролю за неинфекционными заболеваниями, предупреждению и профилактике пьянства, алкоголизма, наркомании и потребления табачного сырья и табачных изделий при Совете Министров Республики Беларусь; Министерство здравоохранения Республики Беларусь; Министерство сельского хозяйства и продовольствия Республики Беларусь; Министерство внутренних дел Республики Беларусь; Министерство образования

Республики Беларусь; Министерство информации Республики Беларусь; Министерство по налогам и сборам Республики Беларусь; Министерство экономики Республики Беларусь; Министерство антимонопольного регулирования и торговли Республики Беларусь; Концерн «Белгоспищепром»; Национальная Академия наук Республики Беларусь), для выполнения формальных процедур по внедрению КСВ и разработке соответствующих нормативных правовых актов, которые должны учитывать следующие общие **рекомендации:**

- обеспечить приверженность республиканских органов государственного управления принципам КСВ;
- обеспечить эффективную координацию многосекторных действий на основе коммуникаций правительства и общества с привлечением неправительственных организаций (НПО), индустрий, организаций, ориентированных на общественное здравоохранение, профессиональных ассоциаций и групп гражданского общества;
- актуализировать законодательство в сфере производства, оборота и продвижения продукции, являющейся источником ФР НИЗ, в соответствии с принципами КСВ;
- разработать и внедрить дифференцированные меры фискальной политики стимулирующего и ограничивающего характера в зависимости от степени вреда продукции;
- обеспечить эффективные коммуникации между регуляторами, секторами народного хозяйства, научными организациями, обществом, потребителями, в том числе при помощи круглых столов, конференций, семинаров;
- обеспечить обучение и повышение осведомленности медиков и педагогов про основные положения КСВ;
- усилить профилактическую работу по трем компонентам: образовательный (представление о действии химических веществ, входящих в состав табачного дыма, алкоголя, а также сахарозы и хлорида натрия); психологический (коррекция особенностей личности, способствующих возникновению зависимостей); социальный (помощь в социальной адаптации, обучение навыкам здорового образа жизни);
- способствовать формированию общественного мнения о здоровьесохраняющем поведении и стимулировать его на уровне индивидуумов и трудовых коллективов.

Таким образом, в настоящей работе обоснована целесообразность внедрения набирающего все большую популярность передового подхода к снижению вреда от факторов риска НИЗ посредством: **а)** предотвращения табакурения, чрезмерного потребления алкоголя, соли и сахара; **б)** предоставления возможности потреблять менее вредные альтернативы; **в)** поддержки инновационной продукции со сниженным для здоровья риском, в качестве основы формирования нацио-

нальной политики в области общественного здоровья Республики Беларусь.

Внедрение разработанной КСВ в государственную политику будет способствовать достижению целевых показателей здоровья населения и обеспечит дальнейший прогресс в сфере противодействия распространению неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития в Республике Беларусь.

ВВЕДЕНИЕ

Глобальный вызов последних лет — хронические неинфекционные заболевания (НИЗ). Это злокачественные новообразования, болезни системы кровообращения (БСК), сахарный диабет (СД) и хронические респираторные заболевания, а также факторы риска их возникновения (потребление табака, алкоголя, нездоровое питание и гиподинамия). НИЗ — причина 89% всех случаев смерти в Беларуси. Облегчить бремя НИЗ возможно с помощью снижения распространенности факторов риска их развития.

Табакокурение — одна из основных причин заболеваемости и преждевременной смерти. По результатам исследования STEPS-2016 в Беларуси среди взрослого населения (от 18 до 69 лет) курили 48,4% мужчин и 12,6% женщин [1]. Результаты STEPS-2020 показали небольшое, но статистически значимое снижение распространенности курения среди мужчин — до 41,9% и незначительное снижение среди женщин — до 11,3% [2]. В результате многочисленных эпидемиологических и лабораторных исследований получены научные доказательства о связи курения с развитием заболеваний практически каждой патофизиологической системы организма человека и увеличением инвалидности.

Один из путей снижения вреда от табакокурения наряду с применяемыми методами ограничений и запретов, которые эффективны для отдельных категорий населения, — переход курильщиков на альтернативные никотиносодержащие продукты, такие как электронные системы доставки никотина, среди которых электронные сигареты и системы нагревания табака.

Алкоголь — одно из самых сильных психоактивных веществ, которое вызывает зависимость и серьезно вредит здоровью. Основные последствия злоупотребления алкоголем включают сверхсмертность мужчин, снижение продолжительности жизни, потерю здоровья, снижение рождаемости, ухудшение наследственности и здоровья детей. Злоупотребление алкоголем увеличивает вероятность смертности от БСК, несчастных случаев, травм и внезапной остановки сердца.

Потребление алкоголя в Беларуси стабильно высокое — более 10 л на человека в год, что значительно выше относительно безопасного уровня, установленного ВОЗ (8 л). Для Беларуси характерна модель потребления алкоголя с преобладанием крепких напитков в ее структуре (49%).

Согласно экспертным оценкам, прямые экономические потери, связанные со злоупотреблением алкоголя, в Республике Беларусь составили 7,2% ВВП в 2008 г., 5,6% ВВП в 2012 г., что превышает доходы от производства и оборота алкоголя [3, 4].

На основе анализа структуры потребления алкоголя в нашей стране за 10 лет, показателей заболеваемости алкогольными психозами, смертности от отравлений алкоголем, в том числе трудоспособного населения, за тот же период установлено, что наблюдается снижение потребления крепких напитков и рост потребления вина и пива, то есть, идет переход от модели потребления преимущественно крепкого алкоголя к модели с преобладанием слабоалкогольных напитков. Одновременно с этим наблюдается тенденция снижения заболеваемости алкогольными психозами, смертности от отравлений алкоголем, в том числе трудоспособного населения. То есть изменение структуры потребления в сторону слабоалкогольных напитков является, наряду с общим снижением объема потребления, важным компонентом антиалкогольной политики.

Избыточное потребление **соли** — один из важных факторов питания, определяющих вклад в заболеваемость и смертность от БСК [5].

В рамках исследования STEPS 2016 года в Беларуси было показано, что среднесуточное потребление соли мужчинами (12,4 г) значительно выше, чем женщинами (9,0 г). При том, что рекомендуемое ВОЗ потребление соли не более 5 г в сутки. Около трети населения всегда или часто добавляют соль в пищу перед ее употреблением (31,7%), а четыре пятых — при приготовлении пищи (80,8%) [1]. По данным исследования STEPS 2020 года, эти показатели практически не изменились [2].

Для профилактики заболеваний, спровоцированных чрезмерным потреблением натрия, наряду с ограничением приема поваренной соли, используются различные солезаменители и усилители солёного вкуса.

Потребление **сахара** в Беларуси составляет около 70 г в день, что значительно больше рекомендованной ВОЗ нормы (30 г). Неконтролируемое потребление сахара приводит к возникновению избыточной массы тела и отрицательному воздействию на сердечно-сосудистую и другие системы организма, является причиной развития сахарного диабета второго типа, атеросклероза, ожирения, бесплодия, кариеса. Вред сахара еще серьезнее проявляется при его употреблении с жирами. Высокое содержание сахара в ежедневном рационе способствует неблагоприятным изменениям в структуре потребления углеводов, приводит к дефициту витаминов и минералов. Сахар способствует старению, снижает иммунитет. Понимание наличия негативных последствий чрезмерного потребления сахара привело к поиску и успешному использованию различных сахарозаменителей, таких как фруктоза, ксилит, сорбит, стевия, инулин, сироп топинамбура и агавы, кокосовый сахар, финики, и подсластителей — сукралоза, ацесульфам, аспартам, неотам, сахарин.

Как показывают все вышеизложенные факты, в Республике Беларусь назрела необходимость разработки и внедрения Концепции снижения вреда от основных факторов риска НИЗ. При её создании необходимо учесть имеющиеся научные данные и зарубежный опыт.

Цель настоящей научно-исследовательской работы

Разработать Концепцию снижения вреда от факторов риска неинфекционных заболеваний (табакокурение, чрезмерное потребление алкоголя, соли и сахара) как новую парадигму политики в области общественного здоровья Республики Беларусь.

Задачи

1. Изучить мировую теоретическую базу и научные дебаты по проблеме снижения вреда. Проанализировать лучшие страновые практики в контексте снижения вреда.
2. Оценить распространенность НИЗ в Республике Беларусь и их основных факторов риска (табакокурение, чрезмерное потребление алкоголя, соли и сахара).
3. Обосновать целесообразность включения Концепции снижения вреда в национальную политику в области общественного здоровья Республики Беларусь.
4. Разработать ключевые положения Концепции снижения вреда от основных факторов риска НИЗ в Республике Беларусь (табакокурение, чрезмерное потребление алкоголя, соли и сахара).
5. Наметить доступные перспективы внедрения Концепции снижения вреда в государственную программу «Здоровье народа и демографическая безопасность». Сформулировать концептуальное предложение по включению Концепции снижения вреда в государственную программу.
6. Разработать для регуляторов рекомендации, основанные на дифференциации в регулировании по критерию степени вреда, для мотивации производства менее вредных альтернативных продуктов.

1. КОНЦЕПЦИЯ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ БАЗА, НАУЧНЫЕ ДЕБАТЫ О СНИЖЕНИИ ВРЕДА В МИРЕ. ОБЩЕСТВЕННОЕ ПОНИМАНИЕ И ПРИНЯТИЕ АЛЬТЕРНАТИВ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА

1.1 История возникновения и теоретическая база Концепции снижения вреда

Снижение вреда — это набор практических стратегий и идей, направленных на уменьшение негативных последствий, связанных с рискованным поведением. Снижение вреда — это прагматичный ответ на такое поведение. Политика снижения вреда своей первостепенной целью ставит уменьшение негативных социальных, экономических и медицинских последствий влияния факторов риска на здоровье.

Концепция снижения вреда (КСВ) впервые зародилась как способ воздействия на зависимых от наркотиков лиц (заместительная терапия опиоидной наркомании метадонем) в Великобритании и Голландии в 70-е годы XX века и значительно развилась в Австралии, Западной Европе и США, а в последнее время в странах Восточной Европы и бывшего Советского Союза (Россия, Казахстан). Подход снижения вреда основывается на приверженности ценностям общественного здравоохранения и защиты прав человека.

Основные **принципы КСВ** [6]:

1. Прагматизм. Существование определенной группы людей с факторами риска неизбежно, и определенный уровень наличия ФР допустим для любого общества.
2. Гуманные намерения. Наличие ФР должно рассматриваться в качестве сознательного решения. При этом как поддержку такого поведения, так и осуждение следует считать недопустимыми. Важно уважать достоинство человека с ФР.
3. Фокусирование на вредных последствиях. Не следует фокусироваться на объемах потребляемых ФР, важнее уделять внимание вредным последствиям.

При внедрении КСВ необходимо учитывать важные аспекты:

- непредвзятый подход;
- использование научно обоснованных, осуществимых и экономически эффективных методов уменьшения вреда;
- принятие изменения поведения как постепенного процесса, в котором люди участвуют в самопознании и переходе через «этапы изменений»;
- активное и значимое участие лиц, переживших аналогичный кризис (бывших наркоманов, алкоголиков и т.п.), и заинтересованных сторон сообщества;
- акцент на повышении качества жизни отдельных людей и сообществ, а не на продвижении подхода к прекращению потребления ФР;
- признание сложных социальных факторов, влияющих на уязвимость к ФР и вред, связанный с ними, включая бедность, социальное неравенство, дискриминацию и травмы;
- наделение людей, подверженных риску, полномочиями быть основными агентами в снижении вреда от их модели поведения;

Снижение вреда — это целевой подход, ориентированный на уменьшение конкретных рисков и негативных последствий от влияния на организм ФР.

Подход снижения вреда — практичное, осуществимое, безопасное, эффективное и экономически целесообразное решение. Снижение вреда основывает свою политику и практику на имеющихся доказательствах эффективности этого подхода. Большинство из мероприятий снижения вреда недороги, просты в реализации и оказывают значительное влияние на индивидуальное и общественное здоровье.

Подход снижения вреда — это не пассивная стратегия, которая «делается» для участников, но активный и интерактивный процесс, основанный на содействии, а не на принуждении и учитывает потребности людей.

Теоретические принципы и практические успехи программ по снижению вреда получили широкое признание. Концепция снижения вреда официально признана ВОЗ в качестве эффективного подхода в профилактике ВИЧ-инфекции (доступ к антиретровирусной терапии). Принципы снижения вреда получили одобрение Национальных институтов здоровья США и Института медицины Национальной академии наук США [6, 7].

1.2 Научные дебаты о снижении вреда в мире

В научном международном сообществе относительно снижения вреда от отдельных факторов риска НИЗ ведутся активные дискуссии.

1.2.1 Табакокурение

По мнению ВОЗ, потребление табака — одна из наиболее серьезных угроз для здоровья населения, когда-либо возникавшая в мире. Курение ежегодно становится причиной более 8 млн смертей, причем 1,2 млн человек из этого количества даже не являются курильщиками и умирают от последствий пассивного курения [8].

В середине 70-х годов прошлого века впервые была сформулирована Концепция снижения вреда, связанного с курением: «Сигареты с низким содержанием смолы и средним уровнем никотина — новый подход к более безопасному курению» [9, 10].

КСВ получила подтверждение в эпидемиологических исследованиях английских ученых-эпидемиологов, которые объяснили снижение смертности от рака лёгких у молодых мужчин тем, что они, в отличие от старшего поколения, курили сигареты с фильтром, содержащие значительно меньше смолы, а значит, и меньше канцерогенных веществ, чем сигареты без фильтра [11].

Результаты нескольких классических аналитических эпидемиологических исследований свидетельствуют о снижении риска заболевания раком лёгких, связанного со снижением уровня смолы в табачном дыме [12]. Обнаружено статистически значимое снижение показателей смертности от рака пищевода и рака мочевого пузыря у женщин, курящих сигареты с низким уровнем смолы [13, 14].

Гипотеза снижения вреда от потребления табака была подтверждена в СССР в результате уникального естественного популяционного эксперимента, когда в конце 1988 года были введены ограничения на содержание смолы в табачном дыме [15].

Таким образом, имеются доказательства, что от концентрации смолы в табачном дыме сигарет зависит относительный риск, а соответственно, заболеваемость и смертность от некоторых форм злокачественных новообразований: снижение в сигаретах концентрации смолы и канцерогенных веществ привело к снижению заболеваемости мужчин раком губы, полости рта, глотки, гортани, пищевода и лёгких, а также снижению смертности от других болезней органов дыхания, вызванных курением.

Вред от потребления табака доказан и доказательства не подвергаются сомнению, поэтому темой для современной дискуссии являются альтернативные никотинсодержащие продукты (АНП), такие как электронные системы доставки никотина (ЭСДН) или электронные сигареты (ЭС), в основе которых лежат генераторы пара из никотинсодержащих жидкостей, и системы нагревания табака, в которых используются табачные стики, но отсутствует процесс горения. Проведено довольно много исследований по измерению уровня вредных веществ в аэрозолях АНП, результаты которых показывают более низкое их содержание по сравнению с дымом сигарет. И это закономерно, так как при их потреблении отсутствует горение как таковое, а используемые жидкости и смеси имеют контролируемый состав, что в целом должно приводить к меньшему количеству вредных вдыхаемых и выдыхаемых веществ.

На сегодня роль снижения вреда от курения в борьбе против употребления табака — одна из наиболее дискуссионных тем. Появление на рынке АНП и инициация исследований по изучению их потенциала в снижении вреда от курения вызвало быстрые изменения в науке, обществе и правовом поле.

Идея снижения вреда от табакокурения (СВОТ) с помощью электронных сигарет имеет как сторонников, так и противников. Комитет по борьбе против табака Совета по защите прав потребителей Европейского Респираторного Общества опубликовал документ с изложением основных аргументов о несостоятельности концепции СВОТ как общественной меры борьбы против употребления табака [16]. Основные аргументы критиков СВОТ сводятся к следующему: многие из тех, кто переключился на ЭС остались зависимыми от никотина; продолжают комбинированное употребление ЭС и традиционных сигарет; подвергаются риску эндотелиальной сосудистой дисфункции от вдыхания аэрозолей ЭС; останавливаются на потреблении ЭС и отказываются от профессиональных подходов и проверенного фармакологического лечения табакозависимости.

Вместе с тем большинство имеющихся научных данных свидетельствует, что современное поколение АНП в целом наносит здоровью значительно меньший вред, чем традиционное табакокурение. В частности, содержание канцерогенов и других токсичных веществ в АНП гораздо ниже, чем в традиционных сигаретах [17, 18]. Показано, что канцерогенная опасность аэрозоля ЭС составляет менее 0,4% от канцерогенного риска табачного дыма. Соответственно, риск развития ЗН при курении традиционных сигарет в 99 раз выше, чем в результате использования ЭС [19].

Учёные британского Королевского колледжа врачей, Британского комитета по токсикологии, Института профилактической медицины им. Вольфсона при Лондонском университете Королевы Марии, Центра табачной продукции FDA (США) также подтвердили, что концентрации токсических и канцерогенных веществ, металлов и ароматизаторов в аэрозолях в десятки и сотни раз меньше, чем в дыме обычных сигарет, поэтому ЭС менее вредны, чем традиционные сигареты [20-22].

Результаты проведённых исследований в НИИ табака, махорки и табачных изделий позволили сделать вывод, что ЭСНТ можно отнести к изделиям пониженного риска [23].

Исследования химического состава аэрозоля одного из типов ЭСНТ — IQOS, проведенные Национальным институтом здравоохранения Японии и научными центрами Великобритании показали, что аэрозоль ЭСНТ представляет меньшую опасность для здоровья самого пользователя и окружающих [24].

В последние годы был проведен ряд исследований содержания метаболитов основных токсических компонентов табачного дыма, а также некоторых других показателей в биологических образцах пользователей ЭС. У пользователей ЭС, недавно отказавшихся от традиционного курения, а также тех, кто практиковал «двойное» курение, т.е. параллельно использовал оба продукта, выявлен более низкий уровень метаболитов/маркёров ряда токсических и канцерогенных веществ по сравнению с курильщиками [25, 26].

Ряд исследований показал, что при переходе от курения обычных сигарет к использованию ЭСНТ через несколько дней улучшались показатели спирометрии, параметры сердечного ритма и артериального давления [27].

Результаты серии рандомизированных клинических исследований (РКИ) показали, что переход от курения к использованию ЭСНТ привел к значительному снижению экспозиции ко всем опасным и особо опасным веществам в биологических образцах пользователей НТИ по сравнению с лицами, продолжавшими курить [28-31].

Учеными Института фундаментальной медицины и биологии Казанского федерального университета выполнено первое в России исследование ЭСНТ. В данном исследовании 60 курильщиков были разделены на три группы: продолжавших курить обычные сигареты, перешедших на ЭСНТ и полностью отказавшихся от курения. Уровни карбоксигемоглобина (маркёр экспозиции к СО) в крови и метаболитов токсических и канцерогенных веществ в моче курильщиков, перешедших на использование ЭСНТ, были сопоставимы с соответствующими показателями полностью отказавшихся от курения [32].

Исследование Московской школы управления Сколково показало, что переход с курения на вейпинг улучшает качество жизни курильщиков, но по сравнению с некурящими состояние здоровья вейпера хуже. Это обусловлено наличием незначительных количеств вредных веществ в вейпах. Поэтому в качестве основного вывода предлагается Модель разумного регулирования ЭСДН (возрастные ограничения на продажу, широкое информирование взрослых курильщиков о выгодах перехода на ЭСДН, установление отдельных от курения мест для вейпинга) [33].

На основе анализа данных медицинских осмотров 5 159 538 мужчин из базы Корейской национальной службы медицинского страхования было показано, что по сравнению с постоянными курильщиками традиционных сигарет у пользователей НТИ снижен риск развития БСК [34].

В другом исследовании на материале базы Японского центра медицинских данных было оценено количество госпитализаций по поводу обострений ХОБЛ и острой ИБС до и после появления НТИ на японском рынке. Это исследование показало снижение госпитализаций по поводу названных состояний после появления НТИ в Японии [35].

Учеными Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» в 2019 г. рассчитан предотвратимый ущерб от табакокурения при различных моделях перехода к альтернативным способам потребления никотина [36].

В недавнем исследовании Института социологии НАН Беларуси при анализе поведения курильщиков и потребителей АНП выявлено, что подавляющее большинство респондентов курят сигареты промышленного производства (71,3%), на втором месте (11,0%) — пользователи ЭС и вейпов, на третьем (6,1%) — потребители систем нагревания табака. При этом переключение курильщиков с промышленных сигарет на ЭСДН распространённая тенденция. Одна из причин, определяющих отказ от курения или переход на альтернативные виды табачной продукции, — социальное осуждение. Среди преимуществ использования АНП потребители назвали минимизацию вредных

последствий для организма, приятный вкус и отсутствие дыма и неприятного запаха [37].

Подобное субъективное восприятие АНП их потребителями подтверждается в научном исследовании Белорусского государственного института метрологии Госстандарта Республики Беларусь (БелГИМ), в ходе которого был проанализирован химический состав аэрозолей, формируемых системами нагревания табака при их потреблении. В результате исследования установили, что содержание вредных веществ в аэрозолях систем доставки никотина находится на значительно меньших уровнях по сравнению с их содержанием в сигаретном дыме (никотина — почти в три раза, монооксида углерода — в 65 раз, бенз[а]пирена — в 17 раз, нитрозамина — в 10 раз, 1,3-бутадиена — в 290 раз, бензола — в 138 раз, формальдегида — в 15 раз, ацетальдегида — в 10 раз, акролеина — в 18 раз). Очень низкое содержание монооксида углерода в аэрозоле свидетельствует об отсутствии процесса горения и, как следствие, указывает на отсутствие образования других вредных побочных продуктов горения, в том числе канцерогенных [38].

Таким образом, накопленные научные знания о связи курения с заболеваемостью и смертностью от хронических НИЗ подтверждают важность для здоровья нации полной ликвидации курения табака в отдалённой перспективе, при этом в качестве промежуточного этапа для достижения этой цели может рассматриваться переход от табакокурения на использование альтернативных инновационных никотиносодержащих продуктов, что позволит значительно уменьшить риск развития заболеваемости и смертности от ассоциированных с курением НИЗ.

1.2.2 Алкоголь

Употребление алкоголя имеет исторические, религиозные, национальные, расовые, государственные, коммерческие и физиологические корни. Считается, что алкоголь — одно из самых старых лекарств, известных человечеству [39]. Вместе с тем, в международной классификации болезней более чем при двухста заболеваниях прослеживается связь с употреблением алкоголя [40].

В качестве прямой причины возникновения заболевания алкоголь рассматривается для примерно 60 различных состояний, включая травмы, психические и поведенческие расстройства, желудочно-кишечные заболевания (цирроз печени, панкреатит), рак, БСК, иммунологические расстройства, заболевания легких, заболевания костно-мышечной системы, нарушения репродуктивной функции и вред для внутриутробного развития, включая повышенный риск недоношенности и низкого веса при рождении [41]. Однако сегодня имеет место так называемый «алкогольный модерн», когда на первый план выходит поражение сердца и головного мозга [42].

Помимо заболеваемости злоупотребление алкоголем повышает смертность, особенно в молодости. Важная характеристика — частота и количество употребляемого алкоголя. Чем чаще и больше человек злоупотребляет алкоголем, тем выше риск развития НИЗ и уровень смертности [43].

В Европейском регионе ВОЗ алкоголь — причина 31% смертей от болезней органов пищеварения, 11% смертей от БСК, 6% смертей от рака, 30% смертей от неумышленных травм и 39% смертей от умышленных травм. За исключением БСК, все указанные показатели выше среди мужчин, чем среди женщин [44].

Распределение причин смертности от алкоголя варьируется в зависимости от пола. Для мужчин наибольший вклад в смертность от алкоголя вносят цирроз печени (26%) и непреднамеренное повреждение (23%), за которым следует рак (16%) и преднамеренное повреждение (15%). В случае женщин более двух третей смертей, связанных с употреблением алкоголя, происходит от цирроза печени (37%) и рака (31%), БСК, исключая ишемическую болезнь сердца, как отдаленную третью причину (11%).

Цирроз печени — одно из самых известных последствий для здоровья человека, обусловленное злоупотреблением алкоголем. Оно часто используется как общий индикатор связанного с алкоголем вреда [45].

Выраженная связь между злоупотреблением алкоголем и развитием болезней печени получила особое значение в середине XX века, когда ряд исследователей стал рассматривать цирроз печени как потенциальный показатель для характеристики уровня проблем, связанных с алкоголем, в популяции [46].

Международное агентство по исследованиям в области рака считает, что потребление алкоголя имеет причинно-следственную взаимосвязь с развитием рака полости рта и глотки, пищевода (плоскоклеточный рак), прямой и толстой кишки, гортани, печени и внутриспеченочных желчных протоков, а также рака молочной железы, и вероятной причиной рака поджелудочной железы. [47].

Увеличение объема продажи алкоголя на 1 л сопровождается ростом уровня общей смертности на 2,6%, смертности от БСК — на 3,1%, смертности от цирроза печени — на 6,1%, острых алкогольных отравлений — на 11,1%, алкоголизма и алкогольных психозов — на 18%, смертности в результате травм и несчастных случаев — на 6,2%, уровня убийств — на 4,8% [48].

При доказанном негативном влиянии на здоровье человека чистого спирта (в случае немедицинского применения) и крепких алкогольных напитков в научном сообществе продолжается дискуссия о некоторой пользе слабоалкогольных напитков, а именно пива и виноградного вина.

Научные исследования по изучению связи между употреблением алкоголя и здоровьем начаты относительно недавно. В 1979 году была выдвинута гипотеза, что умеренно выпивающие люди реже страдают ишемической болезнью сердца. Затем была выявлена существенная связь между повышением уровня потребления вина и снижением числа случаев заболевания ИБС, что объяснялось влиянием содержащихся в вине ароматических соединений (растительные полифенолы, являющиеся антиоксидантами), которые обладают полезными свойствами, а не алкоголя как такового [49].

Выдержанное вино богато витаминами (С, В, РР) и микроэлементами (марганец, магний, йод, титан, кобальт, калий, фосфор, рубидий). Кроме того, в составе вина есть разные кислоты, сложные эфиры, эфирные масла и альдегиды. Вино в малых дозах обладает тонизирующим, гипотензивным, диуретическим, антистрессовым, бактерицидным и антиаллергическим воздействием на организм человека. Опыты показали, что умеренные дозы вина улучшают работу лимфатической системы и снижают риск болезни Альцгеймера и деменции. Входящий в состав вина антиоксидант процианид благотворно влияет на систему кровообращения и сосуды. Например, исследования показывают, что потребление алкоголя на уровне, традиционном для Франции (20–30 граммов в день), может снизить риск ИБС как минимум на 40%. Вино регулирует жировой обмен в печени, чем понижает содержание холестерина и уровня глюкозы в крови. Изучение здоровья населения Франции привело к возникновению так называемого «французского парадокса» — гипотезы о том, что умеренное потребление алкоголя приносит организму пользу. Возник этот парадокс в 90-х годах XX века после появления сообщений о том, что жители Франции гораздо реже страдают от заболеваний сердца, несмотря на обилие жирных блюд в национальной кухне. Некоторые учёные предположили, что французов защищает от холестерина традиционное потребление красного вина [50, 51].

При изучении влияния алкоголя на смертность от БСК установлено, что у лиц, употреблявших алкоголь, риск развития смертности меньше на 25%, чем у непьющих. При этом оно сильнее у женщин (31%), чем у мужчин (20%). Кроме того, было установлено, что сухое красное вино снижает риск развития диабета у женщин. Также было отмечено несколько положительных эффектов, оказываемых потреблением небольших доз белого вина: улучшение обмена веществ, нормализация кислотности желудка, лучшее переваривание пищи и усвоение аминокислот из белковой пищи [52].

Более десятка исследований Американской кардиологической ассоциации продемонстрировали последовательную, сильную зависимость по принципу доза-эффект между увеличением потребления

алкоголя и снижением заболеваемости ишемической болезнью сердца среди разных географических и этнических групп. Научные исследования о влиянии малых доз алкоголя на здоровье и статистические данные показывают, что у людей, потребляющих алкоголь в небольших или умеренных дозах, ниже преждевременная смертность, чем у совершенно непьющих и заядлых пьяниц [53].

Эксперты Техасского Университета пришли к выводу, что алкоголь не только не вреден для здоровья, но и способен продлить жизнь. Оказалось, у сильно пьющих шансы умереть раньше срока выше на 42%, но риск преждевременной смерти абсолютных трезвенников выше на 49% по сравнению с теми, кто пьет немного [54].

Потребляющие малые дозы алкоголя реже болеют сердечно-сосудистыми заболеваниями [55]. В российских исследованиях показана неоднозначность сердечно-сосудистого риска в зависимости от объема потребляемого алкоголя, в частности пива и водки [56]. В одном из исследований авторы пришли к выводу, что у потребителей пива меньший риск развития ряда заболеваний в сравнении с потребителями водки [57].

Виноградное вино и пиво содержат ряд полезных веществ, но их польза нивелируется вредом, который наносит организму содержащийся в этих напитках спирт [58].

1.2.3 Соль

Проблема повышенного потребления соли детерминирована социально-экономическими факторами и связана с развитием пищевой промышленности. В традиционных обществах потребление соли было низким (<1 г в день), соль представляла большую ценность и использовалась как консервант.

В настоящее время потребление соли значительно увеличилось. При этом в развитых странах доступны и широко используются другие способы сохранения продуктов — термическая обработка, охлаждение и заморозка. Однако традиционные пищевые технологии сохранились, потребитель привык употреблять высоко переработанные, часто — готовые к употреблению продукты.

Как следствие, более 75–80% соли поступает за счет добавления во время процесса промышленного производства. В этом случае потребитель практически не может оценить масштаб и, следовательно, повлиять на уровень потребления соли.

Наращивание производства пищевых продуктов все более глубокой переработки, быстрая урбанизация и изменение образа жизни меняют тенденции в области питания. Доступность и ценовая приемлемость продуктов, прошедших глубокую технологическую переработку, повышаются. Во всем мире население потребляет все больше высококалорийной пищи со значительным содержанием насыщенных жиров, трансжиров, сахаров и соли. Соль — основной источник натрия, при этом установлена связь между повышенным потреблением натрия и гипертонией, а также увеличением риска сердечно-сосудистых заболеваний и инсульта.

Роль переработанных пищевых продуктов как источника соли в рационе объясняется тем, что содержание соли в них особенно высоко (в случае готовых блюд, мясопродуктов, таких как бекон, ветчина и сырокопченая колбаса, сыров, соленых снеков, лапши быстрого приготовления и т.д.), а также тем, что они потребляются часто и в больших количествах (в случае хлеба и переработанных зерновых продуктов). Соль также добавляется в пищу во время приготовления (в виде бульонных кубиков) или уже на столе (в виде соевого или рыбного соуса и пищевой соли).

Потребление поваренной соли с пищей играет решающую роль в регулировании АД, и там, где население потребляет мало соли, при всех прочих равных условиях, средний уровень АД ниже. По высокому потреблению соли можно предсказать гипертрофию левого желудочка [59, 60]. Избыточное потребление поваренной соли повышает уровень АД и риск ССЗ, а также риск заболеваний почек и рака желудка [61, 62].

Снижение содержания натрия в рационе не только снижает артериальное давление и частоту развития гипертонии, но и ассоциируется со снижением заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Высокое потребле-

ние натрия и повышение уровня артериального давления связаны с задержкой воды, увеличением системного периферического сопротивления, изменениями функций эндотелия, изменениями в структуре и функции крупных артерий, изменением симпатической активности и вегетативной нейронной модуляции сердечно-сосудистой системы. В ходе мета-анализа 13 научных исследований, опубликованных за последние 35 лет, обнаружено, что, при съедании каждый день дополнительных 5 г соли, на 17% увеличивается риск приобрести БСК и на 23% повышается риск инсульта [63].

Исследования, проведенные по всему миру, показали, что снижение потребления соли примерно наполовину (до рекомендованного для взрослых уровня 5 г в день) снизило бы бремя инсультов на 24%, а заболеваемость ишемической болезнью сердца на 18% [64].

ВОЗ утверждают, что сокращение потребления соли населением — одна из наиболее экономически выгодных мер: по оценкам, каждый доллар, потраченный на такие программы, позволяет сэкономить примерно 19 долларов за счет снижения уровней инвалидности и преждевременной смертности [64].

ВОЗ рекомендует сократить потребление натрия, во-первых, для снижения АД и риска ССЗ, инсульта и коронарных сердечных заболеваний до <2 г в сутки у взрослых; а во-вторых, для обеспечения контроля за АД у детей с учетом максимального уровня у взрослых, скорректированного на основе энергетических потребностей детей по сравнению с таковыми во взрослой популяции. При этом отмечается, что дети особенно подвержены привыканию ко вкусу соли, что влечет за собой повышенную потребность потребления продуктов с высоким ее содержанием и формированием привычки на протяжении всей жизни. Указанная рекомендация рассматривается как «сильная», в отношении которой группа разработки рекомендаций уверена, что желательный эффект выполнения перевешивает нежелательные последствия. Под «контролем» в данной рекомендации понимается предотвращение вредного для здоровья повышения АД с возрастом [65].

С другой стороны, некоторые исследователи утверждают, что низкосолевая диета — такой же фактор риска, как и потребление большого количества соли — потребление соли в количествах как меньше, чем 5 г, так и больше, чем 12 г в день связано с негативным воздействием на здоровье. Например, в одном мета-анализе данных, полученных в разных исследованиях, была обнаружена связь между низким потреблением соли и сердечно-сосудистыми нарушениями и смертью от них [66].

Другое исследование с участием более 170 тысяч человек показало похожие результаты, обнаружив связь между низким потреблением соли и увеличением риска сердечно-сосудистых нарушений и смерти из-за них, причем как у людей с повышенным давлением, так и с нормальным, по сравнению с умеренным потреблением. Ведущий автор этого исследования Эндрю Мент заключает: снижение потребления соли с высокого до умеренного уменьшает риск высокого давления, но каких-либо еще преимуществ для здоровья не несет [67].

Представленные довольно противоречивые результаты исследований показывают, что при принятии решения о снижении соли в пище необходимо учитывать как минимум два момента: адекватный уровень потребления соли (для жизнеобеспечения организма) и безопасный уровень (с точки зрения профилактики поражения органов-мишеней).

В целях безопасного управления снижением потребления соли Институтом Медицины (США) разработан детально аргументированный подход [68, 69]. Адекватный уровень потребления соли обеспечивает физиологические потребности организма и рассчитывается на основе оптимального энергетического и водного баланса организма человека. В то же время, с точки зрения оценки негативного воздействия на здоровье, определение безопасного уровня потребления соли следует иной логике, не основанной на энергетическом и водном балансе. В этом случае акцент делается на отсутствии отрицательных эффектов на здоровье человека.

Таким образом, высокий уровень потребления соли токсичен, а низкий — создает в организме

дефицит, поэтому так важно выработать оптимальный уровень потребления, в том числе с помощью солизаменителей.

1.2.4 Сахар

Высокоочищенный легкоусвояемый углевод — сахароза. Для человеческого организма нет потребности в рафинированном сахаре, так как биологической ценности этот продукт не имеет, за исключением калорий — в 100 г сахара содержится 374 ккал.

Потребление сахара в Беларуси составляет около 70 г в день. Для сравнения в России — примерно 100–140 г, в США — 190 г. ВОЗ рекомендует ограничить суточное потребление сахара до 5% от всей совокупности потребляемых калорий, что составляет примерно 6 чайных ложек сахара (30 г) [70].

При избыточном потреблении сахар сильно повышает риск развития НИЗ вообще, и БСК, в частности. Избыток глюкозы в организме человека откладывается в печени в виде гликогена. Потребление сахара в больших количествах приводит к ожирению, которое, в свою очередь, способствует развитию других НИЗ и их осложнений [71].

На усвоение рафинированного сахара в организме человека тратится огромное количество кальция, что способствует вымыванию минерала из костной ткани. Это может привести к развитию такого заболевания, как остеопороз, т.е. повышается вероятность переломов костей. Сахар наносит заметный урон зубной эмали, способствуя размножению в полости рта бактерий, которые в процессе своей жизнедеятельности разрушают её.

Как показали опыты, проведённые на крысах, сахар вызывает достаточно сильную зависимость. Эти данные справедливы и для людей. При употреблении этого продукта в мозге человека происходят такие же изменения, что и под действием морфина, кокаина и никотина.

Сахар вызывает дефицит витаминов группы В и, в частности, тиамина (В1), которые необходимы для усвоения углеводов, из-за чего выход энергии не получается такой, каким мог бы быть при полном переваривании пищи.

Повышенный уровень сахара, как правило, следует после снижения уровня сахара, который происходит вследствие быстрого повышения уровня инсулина в крови, который, в свою очередь, происходит из-за резкого повышения уровня сахара. Этот замкнутый круг приводит к тому, что в организме происходит опускание уровня сахара намного ниже положенной нормы. Это явление называется приступом гипогликемии, который сопровождается следующей симптоматикой: головокружение, апатия, усталость, тошнота, сильная раздражительность и тремор конечностей.

Сахар вызывает изменение нормального соотношения в крови фосфора и кальция в сторону увеличения концентрации кальция и снижения фосфора. Из-за нарушения этого соотношения организм не может полностью усваивать кальций, поступающий с пищей, но при этом идёт его выведение с мочой, что повышает риск развития рахита и других заболеваний, связанных с дефицитом кальция [71].

Следует особо отметить такую группу продуктов, как сладкие слабоалкогольные напитки. Помимо содержания упомянутых выше вредных для здоровья веществ (этилового спирта и сахарозы), они перенасыщены химическими соединениями, которые являются консервантами (бензоат натрия, диоксид углерода, ортофосфорная кислота), эмульгаторами, стабилизаторами и прочие. Но самая значительная проблема, связанная со слабоалкогольными напитками, состоит в том, что, как правило, эти напитки вызывают привыкание и являются классическим «трамплином» к более крепкому алкоголю. Особенно это опасно для подростков и молодёжи [72].

Избыточное потребление рафинированных сахаров требует выделения больших количеств инсулина, что усиливает аппетит и способствует чрезмерному потреблению пищи, условные калории из которой при современной гиподинамии не используются на энергетические нужды, а превращаются в нейтральные жиры и депонируются. Таким образом, рост потребления сахара — одна из причин роста ожирения. Отсюда важнейшей задачей рациональной диетотерапии является замена потребления рафинированных углеводов подсластителями, обладающими сладким вкусом, но не содержащими калорий и в значительно

меньшей степени стимулирующими секрецию инсулина. Для удовлетворения стремления человека к сладкому при исключении сахара и сахаросодержащих продуктов современная превентивная фармакология широко использует сахарозаменители и подсластители, хотя применение такого рода веществ с физиологической точки зрения не является необходимым. Все сахарозаменители по степени участия в обмене веществ и энергетической ценности принято подразделять на собственно сахарозаменители (калорийные) и подсластители (некалорийные). По решению Международной ассоциации по подсластителям, к группе сахарозаменителей относят фруктозу, ксилит и сорбит. Они участвуют в обмене веществ и при сгорании 1 г выделяют 4 ккал энергии. В группу подсластителей входят цикламат, сукралоза, неогесперидин, тауматин, глицирризин, стевииозид и лактулоза. Подсластители не участвуют в обмене веществ, и их калорийность составляет 0 ккал [73].

По происхождению различают искусственные и натуральные заменители сахара. Искусственные интенсивные подсластители состоят из химических соединений, которые сами по себе несъедобны. Исключение составляет сукралоза. Безопасная доза потребления этой добавки в сутки равняется 15 мг на 1 кг массы тела. При превышении возрастает вероятность расстройств в работе организма. Вещество вырабатывается из сахара, при этом по вкусу оно в 600 раз его слаще.

Популярными искусственными подсластителями также считаются:

- Ацесульфам в 180–200 раз слаще сахара. Можно использовать при приготовлении блюд. Вещество не метаболизируется в организме и в таком же виде выводится почками.
- Аспартам в 180 раз слаще сахара. Некоторые диетологи выражают беспокойство, что подсластитель, попадая в организм, распадается на аминокислоты и метанол, который в больших количествах может быть токсичен [74]. Еще один недостаток — аспартам разрушается при нагревании.
- Неотам в 7000–13 000 раз слаще сахара. Считается более современной версией аспартама. Существуют исследования, утверждающие, что добавка нарушает микробиом кишечника [75].

- Сахарин в 300–500 раз слаще сахара. Один из старейших подсластителей. Плохо растворяется в воде. Согласно исследованию, опубликованному в 2014 году, подсластители такого типа могут вызывать развитие непереносимости глюкозы [76].

Натуральные заменители сахара производятся из природного сырья или веществ естественного происхождения:

- Фруктоза в 1,5 раза слаще сахара. Присутствует во всех сладких фруктах, меде, некоторых овощах, при этом она менее калорийна, чем сахар, и не так вредна для зубов. Обладает тонизирующими свойствами. Суточная норма потребления фруктозы — 35 г, в больших количествах она может негативно влиять на работу печени, кишечника и состояние микробиома.
- Ксилит наиболее близок к сахару по вкусу, при этом калорийнее. Этот сахарозаменитель противодействует микробам, разрушающим зубную эмаль. Поэтому его добавляют в пасты и жвачки.
- Сорбит в два раза менее сладкий, чем сахар. Его используют для приготовления мясных изделий, полуфабрикатов, жевательных резинок. Избыточное потребление, больше 20 г в день, может привести к болям в животе и вызвать диарею [77].
- Эритрит в десять раз слаще сахара. Содержится в грибах, фруктах и овощах, а также в ферментированных продуктах — соевом соусе и вине. Мужчинам рекомендуется употреблять не более 0,66 г, а женщинам — не более 0,8 г на 1 кг массы тела. При превышении этой дозы вещество может вызвать слабительный эффект.
- Стевия в 200 раз слаще сахара. Считается, что это наиболее безвредный из естественных сахарозаменителей. У стевии специфический привкус, она противопоказана людям с низким давлением.
- Инулин — это пребиотик, то есть компонент пищи, который стимулирует рост и жизнедеятельность микрофлоры кишечника. Добавка укрепляет иммунитет, снижает уровень холестерина, однако при передозировке может вызвать диарею. Кроме того, он снижает эффективность некоторых лекарств, в частности, антибиотиков [78].

В этот список можно включить и цельные натуральные продукты, такие как мед, меласса или агава. По вкусу они могут заменять собой сахар, однако набор калорий может остаться прежним. Резюмируя вышесказанное, можно заключить, что поскольку полный отказ от использования в питании соли и сахара не представляется возможным вследствие их широкого распространения в рационообразующих пищевых продуктах и определенной биологической (биохимической) роли, имеется однозначный консенсус о необходимости снижения уровня обсуждаемых веществ в рационах, а также использование заменителей и пищевых добавок.

1.3 Общественное понимание и принятие альтернатив

Общественное понимание — основа для принятия альтернатив снижения вреда. Для эффективной реализации работы в данном направлении лучше всего использовать тактику мобилизации сообщества для информирования его о стратегии снижения вреда при совместном сотрудничестве партнеров и заинтересованных сторон. Для уменьшения барьеров на пути принятия мер по снижению вреда необходимо содействовать вовлечению в работу людей, пользующихся доверием в обществе, лиц, имеющих личный опыт проблемного поведения, представителей здравоохранения, социальных служб, образования и правоохранительных органов, а также развивать сотрудничество между отдельными лицами и организациями.

Люди, связанные с проблемой снижения вреда и работающие в этой области, несут ответственность за свои действия и решения, а также за свои успехи и неудачи. Принципы снижения вреда поощряют открытый диалог, консультации и дебаты в области снижения вреда. Это повышает осведомленность о проблемах и увеличивает поддержку сообществом стратегии снижения вреда. Они предоставляют возможности для обмена объективной, достоверной информацией и устранения заблуждений. Сообщество может пребывать в нерешительности по этим вопросам, но, скорее всего, серьезно рассмотрит стратегию, имеющую веские доказательства и осязаемые цели.

Таким образом, широкий круг заинтересованных лиц должен участвовать в разработке, проведении и реализации программ, а также их оценке. Тогда модель снижения вреда, основанная

на принципах общественного здравоохранения, станет важным и эффективным компонентом в борьбе с различными формами нездорового поведения в обществе.

2. ЛУЧШИЕ СТРАНОВЫЕ ПРАКТИКИ ВНЕДРЕНИЯ КОНЦЕПЦИИ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА

Табакокурение. Многие страны предпринимают аналогичные шаги для снижения потребления традиционных сигарет и продвижения альтернативных менее вредных продуктов, что помогает снизить глобальное бремя заболеваемости и улучшить состояние здоровья населения.

В июле 2017 года опубликован «План борьбы против табака для Англии. К поколению, свободному от табачного дыма». Главная цель проекта — создание поколения, свободного от курения, и снижение распространенности курения в Англии до 5% и ниже [145]. Для достижения этих целей разработан план борьбы против табака, ориентированный на следующие основные **направления и мероприятия**:

1. Профилактика в первую очередь. Поддерживать людей в том, чтобы они не начинали курить.
2. Беременность без курения для всех. Ответственное здравоохранение Англии и Национальная служба здравоохранения Англии будут совместно работать над внедрением руководства, как можно помочь беременным бросить курить.
3. Поддержка курильщиков в отказе от курения. Обеспечить доступ к обучению всех медицинских работников тому, как помочь пациентам бросить курить.
4. Поддержка научно обоснованных инноваций в поддержку отказа от курения. В соответствии с политикой, основанной на фактических данных, стремиться помогать людям бросить курить, разрешив инновационные технологии, которые сводят к минимуму риск причинения вреда. Максимально увеличить доступность более безопасных альтернатив курению.
5. Эффективное правоприменение. Чтобы снизить спрос на табак и продолжать создавать среду, защищающую молодежь и взрослых от вреда курения, поддерживать высокие ставки пошлин на табачные изделия, чтобы сделать табак менее доступным. Обеспечить, чтобы санкции в действующем законодательстве были эффективными и соответствовали цели прекращения незаконного употребления

табака. Пересмотреть тип и уровень санкций для розничных продавцов табачных изделий, которые неоднократно нарушают законы, направленные на защиту молодежи.

В результате в Великобритании в целом к 2021 году уже 2,4 млн человек перешли с сигарет на менее вредные продукты после того, как правительство использовало научно обоснованный подход к продвижению вейп-продукции, оказывающей положительное влияние на организм курильщиков по сравнению с классическими сигаретами.

В Швеции, Новой Зеландии, Канаде и США также начали вводить особое регулирование традиционных сигарет и поддержку альтернатив.

Интерес представляют опубликованные в Швеции в 1994 году данные о снижении вреда для здоровья лиц, употребляющих снюс. Снюс — особый вид не сжигаемого табачного продукта в форме маленького пакетика с измельчённым и увлажнённым табаком для размещения его между верхней губой и десной на продолжительное время (30–60 минут). Никотин из табака всасывается/поступает в организм через рот. Снижение вреда связывалось с низким содержанием в снюсе табакоспецифических нитрозаминов и других токсикантов/вредных веществ [79].

Исследование продемонстрировало, что среди шведов мужчин, употребляющих снюс, происходит резкое снижение курения сигарет, уменьшается заболеваемость раком лёгких и инфарктом миокарда. Кроме того, частота возврата к курению сигарет у лиц, употребляющих снюс, достоверно ниже, чем среди бросивших курить [80].

По сравнению с другими странами Европейского союза в настоящее время в Швеции, запретившей «сжигаемый табак», наблюдается самая низкая заболеваемость от употребления табака. Однако, Европейская комиссия по борьбе против табака серьёзно обеспокоена тем, что в Швеции общее употребление табака остаётся достаточно высоким, а снюс никак нельзя признать «безопасным табачным продуктом» [81, 82].

Особый интерес представляет междисциплинарный проект, включенный в программу Центра стратегических исследований «Ксенте Богоев», как часть рабочей программы Македонской академии наук и искусств. В 2021 году опубликован документ «Социальный подход и принятие снижения вреда с помощью науки и исследований», который фактически является Концепцией снижения вреда от табакокурения. Основываясь на обзоре имеющихся последних данных, а также на знании, что соответствующие регулирующие органы Северной Македонии уже определили инновационные альтернативные никотинсодержащие продукты как средства снижения вреда от курения. Эти продукты следует принимать во внимание в качестве важного инструмента в рамках всеобъемлющей стратегии по снижению вреда от курения в интересах общественного здравоохранения [146].

Алкоголь. В Польше накоплен опыт премиализации алкоголя. В основе лежит повышение акцизов на крепкий алкоголь, ставки на него в 4,5 раза выше, чем на слабый алкоголь. В результате этого продолжительность жизни польских мужчин увеличилась до 70 лет, и Польша преодолела кризис сверхсмертности. Доля дешевой водки с каждым годом сокращается примерно на 3%, премиальный и суперпремиальный сегменты растут на 20% ежегодно. Это привело к снижению потребления не только крепкого алкоголя, но и алкоголя вообще. Предприятия, выпускающие водку, переориентировались на премиум-сегмент. Кроме того, запрещена реклама крепких алкогольных напитков, рекламировать можно только пиво. Однако есть целый ряд ограничений по времени и содержанию такой рекламы.

В настоящее время в структуре потребления алкоголя у поляков доминирует пиво, а доля крепкого алкоголя с начала 1990-х сократилась с 70% до 42%. Соответственно, этот сегмент рынка активно развивается: растет число крафтовых пивоварен, крупные заводы наращивают выпуск безалкогольного пива и других напитков, которые пользуются все большим спросом в Европе. Производители алкоголя резко увеличили экспорт, а некоторые занялись выпуском биотоплива.

Приняты меры по повышению уровня информированности беременных о вреде алкоголя, его влиянии на плод. Сосредоточено внимание на развитие науки с созданием фильма, представившего достижения польских ученых в анализе изменений головного мозга детей, подвергшихся воздействию алкоголя в утробе матери, продолжено изучение влияния повреждений головного мозга на развитие детей.

Российская Федерация стала одной из первых стран Европейского региона ВОЗ, сделавших выбор в пользу строгого контроля за употреблением спиртного. В начале 2000-х годов российские власти ввели меры, которые вскоре доказали эффективность. Среди них — повышение налогов на алкогольную продукцию, ограничение часов ее продажи, изменения в законодательстве, позволившие в значительной степени сократить производство контрафактного алкоголя. Создана Единая государственная автоматизированная информационная система, предназначенная для государственного контроля над объемом производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции; создана Федеральная служба по регулированию алкогольного рынка; разработана концепция государственной антиалкогольной политики, основная цель которой — обеспечить более чем двукратное снижение общего потребления алкоголя в России [83].

С 2012 года введена ускоренная индексация ставок акцизов на алкогольную продукцию и повышения минимальных розничных цен на водку.

Россия достигла значительных успехов по внедрению мер, направленных на ограничение потребления алкоголя, что привело к сокращению его потребления и связанных с ним негативных последствий. Потребление алкоголя на душу населения в Российской Федерации за 15 лет сократилось на 43%. Ограничение рекламы привело к снижению продажи водки, хотя отмечен рост продажи вина на 15%, а также пива. Наблюдается постепенный отказ от приобретения нелегального алкоголя. Несмотря на это, потенциал внедрения мер по снижению потребления алкоголя в России не исчерпан [84].

В Литве в начале 2000-х годов потребление алкоголя на душу населения было одним из самых высоких в мире. Начиная с 2008 года, в Литве начали постепенно принимать меры по борьбе с алкоголизмом: ввели ограничения на рекламу спиртного, запретили продавать алкоголь на бензозаправочных станциях и в киосках, сократили часы его продажи. Дальнейшие меры включали полный запрет на рекламу алкоголя в СМИ, в интернете, на рекламных щитах, увеличение минимального возраста для легального употребления алкоголя с 18 до 20 лет, существенное повышение акцизного налога. Приняты меры по повышению уровня информированности о вреде, причиняемом употреблением алкоголя при беременности. В Закон Литовской Республики о контроле алкоголя внесена поправка, в соответствии с которой на алкогольные напитки должны наноситься этикетки с предупреждением, что употребление алкоголя в период беременности может навредить еще неродившемуся ребенку. Благодаря новой политике властей расходы населения на алкоголь в Литве, по сравнению с другими странами Евросоюза, сокращались самыми стремительными темпами [85].

В Германии с 1999 года работает программа контролируемого употребления. У пациентов есть правила: никогда не пить дома, оставаться «сухим» как минимум два раза в неделю, в командировках употреблять безалкогольное пиво или бокал вина, перед большими вечеринками выпивать литр воды. В Германии прямые или косвенные затраты на заболевания, связанные с алкоголем, составляли от 26 до 79 млрд евро ежегодно. В среднем здравоохранение тратит в год на 50% (на 3,672 евро) больше на зависимого от алкоголя пациента, чем на человека без зависимости. При переводе всех немецких алкоголиков на контролируемое употребление (3 млн) экономия здравоохранения составит 11 млрд евро ежегодно [86].

В Шотландии запрещены любые скидки на покупки алкоголя оптом. Власти также проводят информационные кампании по борьбе с алкоголизмом и предлагают бесплатные консультации тем, кто решил бросить пить. В результате только за первый год после введения новой политики продажи алкоголя в Шотландии упали на 25%, а число смертей, связанных со злоупотреблением спиртным, — на 10%.

Оригинальная программа по лечению бездомных алкоголиков реализуется в столице Шотландии г. Глазго. Бездомным под присмотром врачей наливают дозированно бесплатный алкоголь. Общий подход таков: снять признаки тяжелой алкогольной интоксикации и сильной зависимости, не допустив того, чтобы человек снова быстро напился. В рамках данной программы борьбы с алкоголизмом запланировано ограничение рекламы и промоакций в сфере продаж алкоголя [87].

Шотландия следует за опытом Канады, где такая помощь успешно оказывается с 1996 года. Местные власти поддерживают эту инициативу, так как, по их словам, они экономят бюджетные деньги, идущие на полицию, больницы, социальные услуги и т.д.

Реализация алкогольной политики, предусмотренной во внедренной в Казахстане Концепции снижения вреда от источников НИЗ позволяет достичь чистого экономического эффекта в размере более 5,0 млрд тенге в год [88].

Соль и сахар. В 2017 году в Европейском регионе ВОЗ провела исследование о национальных стратегиях, планах действий и политике в области питания и поощрения здорового пищевого рациона, Республика Беларусь участвовала в проекте [89].

В общей сложности вопросник заполнили 49 стран, что составляет 92% государств-членов Европейского региона ВОЗ (рис. 2.1).

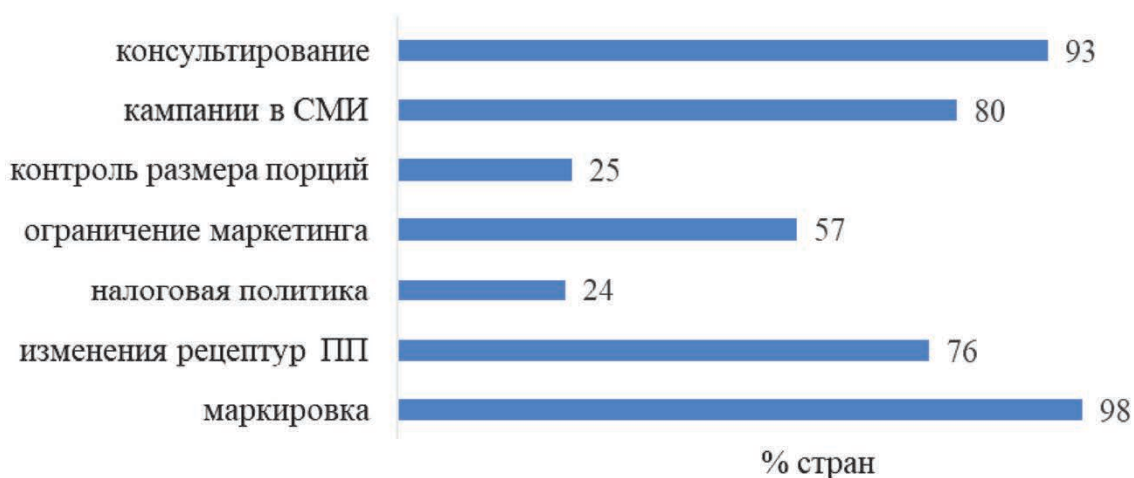


Рисунок 2.1 — Стратегии в области питания и поощрения здорового пищевого рациона в европейском регионе ВОЗ

Меры, направленные на изменение рецептуры для снижения сахара, реализовывались 61% стран, добавленных сахаров — в 29%, соли (натрия) — в 50%.

В Европейском регионе ВОЗ разработаны и реализуются направления деятельности в области питания и поощрения здорового пищевого рациона, которые адаптированы к условиям Республики Беларусь (*Приложение А*).

Национальные стратегии в обсуждаемой области демонстрируют достаточно высокую прогностическую эффективность. В соответствии с рекомендациями ВОЗ по профилактике НИЗ в ряде регионов мира реализуются программы, цель которых — снижение потребления соли населением [90].

Указанные меры направлены как на редукцию уровня соли в продукции промышленного производства, так и поддержку формирования пищевого поведения потребителей, предусматривающее ограничение использования столовой соли для досаливания пищи, отказ или существенное сокращение потребления переработанных продуктов с высоким ее содержанием.

Согласно данным Европейского регионального бюро ВОЗ, в 2017 г. 47% стран Европейского региона ВОЗ сообщили, что они полностью реализовали национальную политику по сокращению потребления соли. В этих странах действуют инициативы, создающие для промышленности стимулы к добровольному снижению содержания соли в продуктах питания; основным продуктом, подлежащим изменению состава, является хлеб (36%), затем следуют мясо (28%) и готовые продукты питания (23%). Меньшее число стран предприняли шаги по установлению целевых показателей по конкретным категориям в отношении более широкого круга пищевых продуктов.

Две из наиболее успешных программ по снижению потребления соли в Европейском Регионе проводятся в Финляндии и Великобритании. Успех этих программ обусловлен их межсекторальной и междисциплинарной природой. Это включает просвещение и вовлечение населения наряду с действиями предприятий пищевой промышленности, которые направлены на изменение рецептуры продуктов, и поддержкой со стороны служб здравоохранения.

Оценки национальных программ по сокращению потребления соли показали, что снизить потребление этого продукта можно с помощью комплекса мер. Это было продемонстрировано на примере стратегии по сокращению потребления соли, реализованной в **Великобритании**. В рамках этой стратегии провели комплексную кампанию по повышению уровня информированности населения об изменении рациона питания, а также поставлены задачи по изменению состава конкретных категорий пищевых продуктов, относящихся к обработанным продуктам питания. В некоторых продуктах, подвергнутых технологической обработке, снижение содержания соли уже достигло 30%. Кроме того, ясные этикетки, на которых указано содержание соли во всех продуктах питания, подвергнутых технологической обработке, позволяют потребителям принимать информированные решения о покупке продукта. Стратегия была направлена на установление строгих целевых ориентиров по снижению содержания соли в различных категориях пищевых продуктов. Результатом стратегии в период с 2003 по 2011 г. стало снижение содержания соли в пищевых продуктах, а также сокращение потребления соли населением на 15% (с 9,5 г/сут. до 8,1 г/сут.). Содержание соли в основных продуктах питания было снижено на 25–45%.

В период с 1979 по 2007 годы среднее потребление соли в **Финляндии** сократилось на 25–30%, что стало результатом систематической работы по сокращению потребления соли, включая информирование населения о необходимости изменении моделей питания в пользу здоровых рационов, а также внедрение системы маркировки, позволяющей потребителям идентифицировать продукты с низким содержанием соли [91].

В Финляндии 30 лет назад реализован проект «Северная Карелия», который получил международное признание за результаты по воздействию на факторы риска НИЗ. Проект был интерполирован на национальный уровень в виде государственной комплексной программы профилактики хронических НИЗ.

Вмешательства на популяционном уровне в отношении потребления натрия обеспечили сотрудничество пищевой промышленности с социальными службами и службами здравоохранения с целью снижения на треть потребления соли.

Основными стратегиями в данной программе признаны четыре направления:

- образовательные программы;
- изменение состава пищевых продуктов;
- обязательная маркировка продуктов;
- законодательные изменения в сфере налогообложения.

Меры по снижению потребления соли включали проведение масштабных кампаний по информированию общественности. В 1993 г. принято постановление правительства об обязательной маркировке содержания соли на продуктах питания. При этом на упаковке продуктов, содержащих особенно высокие уровни соли, также должны были помещаться предупреждающие этикетки. Это сопровождалось введением знака «лучший выбор» при поддержке финской кардиологической ассоциации, которая определила виды продуктов с низким содержанием соли. Суточное потребление соли среди женщин в Финляндии снизилось с примерно 12 г в сутки в конце 1970-х годов до всего лишь 6,8 г в сутки к 2002 г. Жителям некоторых северных территорий в Финляндии удалось повысить продолжительность жизни с 56 до 72 лет за счет снижения потребления продуктов с высоким содержанием соли, в том числе и за счет бессолевого хлеба.

Ситуационный анализ, проведенный ВОЗ в Республике Беларусь, показал, что внедрение и реализация рекомендуемых мер по сокращению потребления соли, имеют большой потенциал. Обзор текущей национальной ситуации с осуществлением вмешательств в отношении НИЗ на уровне индивидуальных мер политики выявил пробелы в реализации рекомендованных ВОЗ экономически эффективных профилактических и клинических инструментов в отношении НИЗ и привлек внимание к тем направлениям, которые нуждаются в укреплении и расширении масштабов для обеспечения 100% охвата (*Приложение Б*).

Учитывая, что 75–80% натрия поступает из обработанных пищевых продуктов или из ресторанов, американское правительство в 2009 году учредило Национальную инициативу по сокращению потребления соли (NSRI) в качестве государственно-частного партнерства с целью сократить потребление соли населением за счет изменения рецептуры продуктов. Аналогично Великобритании, **США** участвовали в инициативах по сокращению потребления соли, включая установление различных целевых показателей содержания соли в различных категориях продуктов питания, введение четкой маркировки пищевой ценности и инициирование кампаний по повышению осведомленности общественности [92].

С 1983 года в США проводится мониторинг содержания соли в пищевых продуктах. Маркировка продуктов по содержанию соли — с конца 1980-х годов. По инициативе NSRI признано необходимым снизить содержание соли в 25-ти категориях продуктов питания в ресторанах и в 69-ти — в пакетированных полуфабрикатах [61, 93].

На продукты, содержащие менее 1,22 г NaCl/100 г продукта, позволено ставить знак «Здоровый продукт». Одна из инициатив по дальнейшему снижению содержания NaCl в продуктах питания в США состоит в приготовлении полуфабрикатов без соли с приложением солевых таблеток в качестве добавки к фасовке [94].

В период с 2009 по 2018 годы средневзвешенное по продажам снижение содержания натрия в США составило 8,5%. Доля упакованных пищевых продуктов, соответствующих целям 2012 и 2014 годов, увеличилась на 48% и 45%, соответственно с 2009 по 2012 год. После 2012 г. прогресс замедлился [95].

В США выполнен систематический обзор данных по суточной экскреции натрия с мочой с 1957 по 2003 годы. [96]. На основании анализа 38 исследований было показано, что в динамике снижения потребления натрия в США практически не происходит. После этого была специально запущена 5-летняя программа по организации общественного питания населения, в которой снижение натрия базировалось на 4 стратегиях:

- разработка руководящих принципов общественного питания;
- совершенствование практики закупки продуктов;
- выбор методов приготовления пищи;
- продвижение экологического подхода [97].

По результатам первого года среднее содержание натрия в обеденном меню снизилось в школах на 11,2%, в объектах общественного питания 1-го уровня — на 38,4% и 2-го уровня — на 16,6%.

Специалисты Американской ассоциации сердца в 2020 году обнародовали данные, полученные в процессе компьютерного моделирования зависимости количества потребляемой поваренной соли и вероятностью развития болезней сердца. Оказалось, что снижение потребления соли всего на 3 г/сут. (1200 мг натрия) влечет за собой уменьшение частоты проявления заболеваний сердца на 6%, а смертности от ССЗ на 3% [98].

Инициативы в **Италии** включали следующие меры:

- оценка современных пищевых привычек, касающихся потребления соли;
- химический анализ содержания соли в хлебобулочных изделиях и соглашение между ассоциациями пекарей и министерством здравоохранения о постепенном сокращении содержания соли в хлебе;
- проведение образовательных кампаний для повышения осведомленности населения;
- участие системы общественного питания.

Заслуживает внимания ретроспективное контролируемое исследование, выполненное учеными из **Нидерландов**, когда в рамках экспериментальной столовой одна группа лиц, отобранная слепым методом, в течение трех недель получала питание со сниженным на 29–61% содержанием натрия, а другая — с обычным. В результате 24-часовая экскреция натрия в группе вмешательства по сравнению с контрольной снизилась на 1093 мг, при отсутствии разницы субъективной оценки вкусовых качеств, в том числе солености. В данной стратегии показано, что обеспечение санитарной грамотности населения по вопросам потребления соли — одно из приоритетных направлений.

В **Новой Зеландии** в рамках РКИ половина участников с ССЗ помимо рекомендаций по питанию была обеспечена приложением для смартфонов, позволяющим сканировать штрих-код упакованного продукта и по принципу «Светофора» предлагать альтернативные продукты с низким содержанием соли. Наблюдение показало, что люди, пользовавшиеся ПО, в течение четырех недель сократили потребление соли на 0,7 г.

Интересна методика снижения потребления соли, основанная на выдаче предупредительных наклеек на контейнеры с солью, апробированная в рамках РКИ. В группе лиц, получивших и наклейки, и листовки, через два месяца наблюдалось статистически значимое снижение натрия в суточной моче с 211 ± 85 до 176 ± 55 ммоль, в то время как в контрольной группе таких явных изменений не было. Исследование продемонстрировало, что снижение суточного поступления соли на 35 ммоль может привести к дополнительному снижению АД примерно на $5-6 / 2-3$ мм. рт. ст. Обязательная маркировка продуктов признана эффективной мерой снижения потребления соли на государственном уровне.

В РКИ, проводившемся на протяжении 18 месяцев в **Китае** в 120 сельских поселениях, обеспечивалось санитарное просвещение, в 60 поселках населению были предоставлены заменители соли. В метаанализе с включением шести исследований с ограничением соли экскреция натрия снизилась на 163 ммоль/л и АД на 8,9 мм рт. ст. Использование «ложек с ограничением» в четырех работах показало снижение суточного уровня потребления соли на 1,46 г, еще в четырех при получении солезаменителей гипертониками — снижение АД на 4,2 мм рт. ст. Методом математического моделирования было показано, что сокращение в рационе соли до 9 г/сут в течение 10 лет поможет ежегодно предотвратить 197000 ССЗ, снизить смертность от них на 2,5% и сэкономить около 1,4 млрд долларов [99].

Отдел питания при Министерстве здравоохранения Израиля разработал Национальную программу по сокращению потребления соли с продуктами питания. Часть действий, проводимых в рамках данной программы:

- исследование выделения натрия с мочой, которое является важной основой для точной оценки потребления натрия среди населения;
- совместная работа с пищевой промышленностью для постепенного сокращения количества натрия в продуктах питания;
- проверка содержания соли в продуктах питания из выбранных категорий;
- повышение уровня осведомленности населения посредством проведения общественной многоэтапной рекламной кампании, в основном в социальных сетях.

Всемирная организация здравоохранения ставит задачу снижения потребления соли и сахара среди населения, в том числе среди детей и подростков. Эксперты ВОЗ подчеркивают важность снижения потребления соли и предлагают ряд практических мер, которые государства-члены могут принять для реализации политики по снижению потребления соли среди населения и повышения уровня здоровья и благополучия людей. Реализация практических мероприятий положена в основу рекомендаций, которые могут быть положены в основу стратегии по снижению потребления соли населением [100-102].

Особого внимания заслуживают меры налогово-бюджетной политики, направленные на снижение потребления нездоровых пищевых продуктов, в т.ч. напитков или на поощрение потребления более здоровых пищевых продуктов, которые применялись в 11 странах Европейского региона ВОЗ, что составляет 24%. Налогообложение — серьезный экономический механизм сокращения выпуска нездоровой пищи, меры налогово-бюджетной политики, направленные на снижение потребления нездоровых пищевых продуктов или на поощрение потребления более здоровых, могут быть эффективными, особенно у социально уязвимых групп населения.

Интересным является исследование эффективности повышения налогов на сладкие газированные напитки в **Мексике**. Приобретение облагаемых дополнительным налогом напитков снизилось в среднем на 8,2% за два года (-5,5% в 2014 году; -9,7% в 2015 году).

Самая незащищенная социально-экономическая группа имела наибольшее снижение приобретаемых налогом напитков. При этом покупки иных напитков без дополнительного налогообложения выросли на указанный период на 2,1%.

Великобритания — пионер инициатив по сокращению потребления соли среди населения — учредила в 1996 году Консенсус и действия в отношении соли и здоровья (CASH) с целью поощрения совместных усилий правительства, производителей продуктов питания и потребителей по сокращению потребления соли.

С 2000 г. Агентство по пищевым стандартам успешно лоббировало реализацию национальной кампании по сокращению потребления соли до 6 г в день к 2015 г. и постепенное сокращение до 3 г в день к 2025 г. В национальной программе сокращения потребления соли были предусмотрены элементы, которым могли бы следовать другие страны:

- создание инициативной группы с сильным руководством и научным авторитетом;
- установление потребления соли путем измерения 24-часового содержания натрия в моче в случайной выборке населения и определение основных источников соли по данным о рационе питания;
- установление целевых показателей потребления соли для населения и разработка стратегии сокращения потребления соли;
- установление постепенно снижающихся добровольных целевых показателей по содержанию соли для более чем 80 категорий продуктов питания с четкими временными рамками для достижения этих целей промышленности.

В Великобритании разработаны обязательные рекомендации для предприятий, занимающихся производством пищевых продуктов: используются специальные наклейки на упаковках пищевых продуктов (низкое, среднее, высокое содержание соли) [103]. В телевизионных передачах и книгах размещаются информационные видеосюжеты с указанием допустимого уровня содержания соли в продуктах [104].

Реализация программы позволила сократить потребление соли среди всего населения. Во-первых, исследования на протяжении многих лет показали существенное снижение содержания соли в продуктах питания; например, с 2001 по 2011 годы содержание соли в хлебе сократилось на 20%. Во-вторых, повысилась осведомленность потребителей об опасности соли и увеличилось число людей, пытающихся сократить потребление соли, что привело к сокращению потребления соли за столом и сокращению продаж поваренной соли. В-третьих, среднее потребление соли населением, измеряемое по 24-часовому содержанию натрия в моче, снизилось с 9,5 до 8,1 г в день (на 15%; $p < 0,05$) в течение семи лет с начала программы сокращения потребления соли. В-четвертых, сокращение потребления соли, достигнутое в Великобритании, позволяет предотвратить около 9000 случаев смерти от БСК в год, экономя Великобритании более 1,5 млрд фунтов стерлингов в год [105].

Для снижения потребления соли и сахара среди детей и подростков в Великобритании реализована практика проведения школьных и молодежных семинаров, посвященных темам «Еда и здоровье», «Еда и живая планета», «Еда и финансы». Одной из форм «диетического подталкивания», направленного на увеличение потребления детьми овощей, является неправительственная инициатива «Энергия овощей», в арсенале которой используются интернет-ресурсы, социальные сети, СМИ, программы и реклама на телевидении, уличная интерактивная реклама, школы, обучающие здоровому питанию, мастер-классы, демонстрационные и спортивные мероприятия, призы и сертификаты, детские интернет-игры и раскраски, инструкции по выращиванию овощей, собственная рецептурная книга, магазины, специализированные товары и услуги. Главная цель инициативы — добиться того, чтобы каждый ребенок съедал порцию овощей каждый день. Для продвижения и пропаганды проекта бесплатно предоставляются площадки ведущих СМИ. Обязательное употребление детьми овощей и фруктов вошло с 2015 г. в новые стандарты школьного питания в Великобритании. Там же введены ограничения на продукты с высоким содержанием жира, сахара и соли [106].

С конца 1990-х гг. Великобритания внедряет политику здорового питания учащихся через национальную программу «Здоровые школы». Яркий пример ее реализации — правительственный проект «Здоровые школы Лондона» [107, 108].

Сингапур применяет другие управленческие механизмы: в стране запущена добровольная система маркировки полезных для здоровья продуктов, разработанная сингапурским Советом по укреплению здоровья. Список охватывает 4000 различных товаров из 100 категорий продуктов питания (полуфабрикаты, соусы, напитки, сухие завтраки, десерты, фрукты, овощи и проч.) [109].

Другая инициатива Совета по укреплению здоровья — программа «Здоровое питание», направленная на поощрение в виде грантов компаний, работающих в сфере «продукты питания и напитки» и обеспечивающих клиентов более здоровым питанием (например, низкокалорийными блюдами или продуктами с использованием более здоровых ингредиентов) [110].

Правительство **Австралии** одобрило план действий ВОЗ, пообещав к 2025 году сократить среднее потребление соли населением на 30%. Среднее потребление соли в Австралии составляло 8–9 г в день, причем до 80% потребления приходилось на обработанные пищевые продукты [111]. В 2014 году введена добровольная система маркировки продуктов питания на упаковке, система оценки, направленная на пропаганду более здорового питания, помогая потребителям делать осознанный выбор пищевых продуктов [112, 113].

В **Малайзии** правительство опубликовало национальную политику, направленную на здоровое питание, и сотрудничало с неправительственными организациями для продвижения рекомендаций по питанию. Пищевая промышленность также привлекается правительством к изменению рецептуры продуктов, содержащих меньше соли [114].

Китай — страна с чрезмерным потреблением соли среди большинства населения, при этом средний уровень ее потребления вдвое превышает рекомендуемый верхний предел. При политической поддержке и межсекторальном сотрудничестве в Китае приняты инициативы по сокращению потребления соли. С 1 января 2013 г. все

производители пищевых продуктов в Китае должны наносить этикетки с указанием содержания натрия, белков, жиров и углеводов. Используя межсекторальный подход с участием частного сектора, медиков, промышленных предприятий, школ и общественных организаций распространялись санитарно-просветительские сообщения о рекомендуемом максимальном потреблении соли [115].

В Китае была проведена оценка экономической эффективности школьной образовательной программы по снижению потребления соли детьми и их семьями. Достигнут значительный эффект в снижении АД у взрослых во всей семье на 2,3 мм рт.ст. и у пожилых людей (60 лет и старше) на 9,5 мм рт.ст. Стоимость вмешательства составила 19,04 доллара США на семью. Если распространить программу по всей стране на 10 лет, то она охватит 165 миллионов семей и, по оценкам, предотвратит 42 720 смертей от острого инфаркта миокарда и 107 512 смертей от инсульта [116].

В связи с быстрой урбанизацией и вестернизацией рациона питания в Китае ежегодное потребление подслащенных сахаром напитков на душу населения за последние полтора десятилетия увеличилось более чем в три раза [117].

Большое количество свободных сахаров в подслащенных сахаром напитках с высоким содержанием калорий и низкой пищевой ценностью связано с повышенным риском ожирения, диабета 2 типа, гипертонии, кариеса зубов и других неинфекционных заболеваний [118, 119].

Результаты исследований, выполненных в Китае, свидетельствуют, что с быстрым распространением средств массовой информации среди населения стала выше осведомленность о высоком содержании сахара и опасности газированных подслащенных сахаром напитков. В результате некоторые люди в качестве потенциальных альтернатив начали предпочитать негазированные подслащенные сахаром напитки, считая, что они полезнее. Таким образом, потребители в Китае могут неправильно понимать или пренебрегать содержанием сахара в напитках, поэтому необходима более четкая маркировка, снижение содержания сахара и ограничение размера порций подслащенных сахаром напитков [120].

В **США**, как и в других странах, показано, что потребление подслащенных сахаром напитков увеличивает общее потребление калорий, это связано с кардиометаболическими последствиями, а также с кариесом. Анализ питания с 2003 по 2016 годы свидетельствует, что потребление энергии и сахара из всех напитков и общего рациона снизилось как среди детей, так и среди взрослых [121].

Один из политических подходов к сокращению потребления добавленных сахаров в США — налог на подслащенные продукты и напитки. Некоторые исследователи как результат этой политики отмечают снижение спроса на такие продукты [122, 123]. Другие утверждают, что фискальные меры на дополнительный сахар в целом не эффективны, поскольку при удорожании налогооблагаемого продукта потребители либо урезают бюджет по другим статьям расходов, чтобы приобрести полюбившийся продукт, либо покупают более дешевые и менее качественные его аналоги или переходят на другие высококалорийные продукты [124]. В некоторых штатах применяются административные меры для решения этой же проблемы. Например, запрет на продажу сахаросодержащих напитков вблизи школ и обязательная маркировка сладких газированных напитков, предупреждающая о потенциальном вреде продукта для здоровья [125].

Результаты моделирования национальных стратегий в США свидетельствовали, что национальные инициативы США по сокращению потребления соли и сахара могут предотвратить 2,48 млн случаев ССЗ, 0,49 млн смертей от ССЗ и 0,75 млн случаев диабета; сэкономить 160,88 млрд долларов [126].

В **Японии** распространилась практика маркировки эмблемой «карусио» продовольственных товаров с низким содержанием соли, производимых частными компаниями. Данная система питания способствует профилактике хронических заболеваний и улучшит прогнозы после лечения [127].

В **Новой Зеландии** была поставлена задача снижения на 20% общего содержания сахара в упакованных пищевых продуктах и напитках, потребляемых детьми. С использованием данных национального исследования рациона питания определились двадцать две группы пищевых продуктов, влияющие на общее потребление сахара детьми, где определено среднее снижение содержания сахара и размера упаковки, необходимое для достижения целей [128].

Индийская академия педиатрии ввиду легкой доступности и растущей тенденции потребления фаст-фудов и подслащенных сахаром напитков детьми, а также их связи с увеличением ожирения и НИЗ разработала рекомендации по маркировке сахаросодержащих, ультрапереработанных и других «нездоровых» продуктов питания, употребление которых следует избегать. Принятые меры включали юридический запрет на любую рекламу; коммуникационные, маркетинговые и политические/налоговые стратегии для продвижения потребления здоровых продуктов питания.

Для борьбы с эпидемией детского ожирения в **Мексике** создана правовая база, включающая в том числе снижение потребления сахара. При изучении причин высокого потребления сахара установлено, что в школах отмечалась низкая доступность питьевой воды. Результаты научных исследований свидетельствуют, что государственная политика в Мексике должна быть направлена на маркетинговую практику и налогообложение. Доступ к безопасной питьевой воде должен дополнять комплексные и многоотраслевые политические подходы к сокращению доступа к подслащенным сахаром напиткам [129].

Один из подходов к минимизации потребления сахара — установление гликемического индекса (ГИ). Сегодня лишь немногие страны регулируют указание ГИ на этикетках пищевых продуктов, хотя эта информация может помочь потребителям контролировать уровень глюкозы в крови [130].

В **Российской Федерации** в 2020 году приняты «Рекомендации по организации питания для обучающихся общеобразовательных организаций» и новые санитарно-эпидемиологические требования к организации общественного питания. Роспотребнадзор реализует проект «Здоровое питание». К информационной работе по популяризации принципов здорового питания привлечены крупнейшие производители продуктов питания и торговые сети. Создан портал «здоровое-питание.рф» и социальные сети проекта, где для пользователей доступна актуальная информация по вопросам рационального питания, подтвержденная научными экспертами. На платформе «Здоровье ВКонтакте» запущен специальный сервис «Дневник питания». Пользователи могут

научиться осознанно подходить к вопросам здорового питания, контролировать качество и количество потребляемых продуктов питания. С 1 июня 2018 г. в России действует добровольная система международной маркировки продуктов питания «Светофор». Подходы к цветовой идентификации пищевых продуктов представлены в методических рекомендациях «Цветовая индикация на маркировке пищевой продукции в целях информирования потребителей» [131].

Таким образом, накопленный международный опыт и лучшие страновые практики внедрения Концепции снижения вреда в различных сферах жизни показывают целесообразность и возможность её внедрения в Республике Беларусь.

3. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НИЗ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ. ТАБАКОКУРЕНИЕ, ЧРЕЗМЕРНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ, САХАРА И СОЛИ — ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА НИЗ

3.1 Распространенность неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь

В Республике Беларусь, как и в других странах мира, неинфекционная заболеваемость — основная причина высокой смертности населения и экономических потерь в связи с возникающей нетрудоспособностью и затратами на медицинское обслуживание. Согласно данным ВОЗ, доля неинфекционных болезней в Республике Беларусь по показателю совокупного ущерба в основных группах болезней составляет 5,4 % ВВП.

Основные инфекционные болезни — БСК, новообразования, сахарный диабет и хронические болезни легких. БСК традиционно занимают ведущее место в структуре смертности и инвалидности населения, при этом лидируют артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные болезни. БСК являются основными причинами смертности трудоспособного населения (36,1% в 2019 г.), новообразования (21,9% в 2019 г.) и внешние причины (22,7% в 2019 г.). Несмотря на снижение показателя заболеваемости взрослого населения цереброваскулярными болезнями, показатель смертности от них увеличился, в том числе среди трудоспособного населения (рост на 10%).

Наблюдается рост заболеваемости злокачественными новообразованиями: ежегодно регистрируется более 50 тыс. новых случаев таких заболеваний. Несмотря на то, что за последние 20 лет частота выявления опухолей на I стадии увеличилась более чем в два раза, вопрос их профилактики остается актуальным.

Число травм и других несчастных случаев в Республике Беларусь ежегодно составляет около 700 тыс.

Наблюдается рост распространения сахарного диабета, в 2019 году зарегистрировано 466 тыс. пациентов с СД.

Распространенность избыточного веса и ожирения за последние десятилетия достигла эпидемических показателей.

Все это требует безотлагательных мер по профилактике данных НИЗ, что будет способствовать существенному снижению как финансовой, так и административной нагрузки на систему здравоохранения, повышению благосостояния населения, а также созданию фундамента для будущего поколения.

Более подробно анализ заболеваемости основными НИЗ (ХОБЛ, ОНМК, ИБС, ЗН) приведен в нашем исследовании 2021 года [132].

3.2 Распространенность основных факторов риска НИЗ в Республике Беларусь

Алкоголь. По данным STEPS-исследования 2020 года [2] в течение последних 30 дней до момента обследования алкоголь употребляли 54,4% населения, причем среди мужчин этот показатель выше (63,1%), чем среди женщин (45,7%). Почти треть (29,2%) населения, не употребляя алкоголь в течение последнего месяца, употребляла его хотя бы раз в течение последнего года (22,4% мужчин и 36,0% женщин). Десятая часть населения (10,1%) не употребляла алкоголь уже более года (8,8% мужчин и 11,4% женщин). Кроме того, 6,3% населения заявили, что никогда не употребляли алкоголь (5,7% мужчин и 6,9% женщин).

Более половины (53,7%) тех, кто не пил алкоголь в течение предыдущих 12 месяцев, но употреблял его в течение своей жизни, прекратили пить из-за негативного воздействия на их здоровье (58,8% мужчин и 49,7% женщин). За предыдущие 12 месяцев почти половина (49,5%) среди тех, кто употреблял алкоголь, выпивали менее одного раза в месяц (35,6% мужчин и 64,2% женщин), треть (31,4%) — 1–3 раза в месяц (36,0% мужчин и 26,7% женщин), 15,9% — 1–2 раза в неделю (23,4% мужчин и 8,0% женщин), остальные — чаще (3,2% всего населения, 4,9% мужчин и 1,1% женщин).

Мужчины в целом употребляют алкоголь чаще женщин. Среднее количество случаев употребления алкоголя за предыдущие 30 дней от момента

обследования составила 3,4; при этом среди мужчин было больше случаев употребления алкоголя (4,2), чем среди женщин (2,4).

Доля населения, выпивавшего шесть или более стандартных порций в течение предыдущих 30 дней (эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах, что является критическим фактором риска для многих НИЗ), составила 15,5% (рис. 3.1). Среди мужчин таких лиц, которые выпивали большое количество алкоголя, в два раза больше (21,1%), чем среди женщин (9,8%). По возрастным группам этот показатель увеличивается у мужчин и женщин до 45–59 лет, достигая максимума (28,9% мужчин и 13,2% женщин), а затем снижается в группе 60–69 лет.

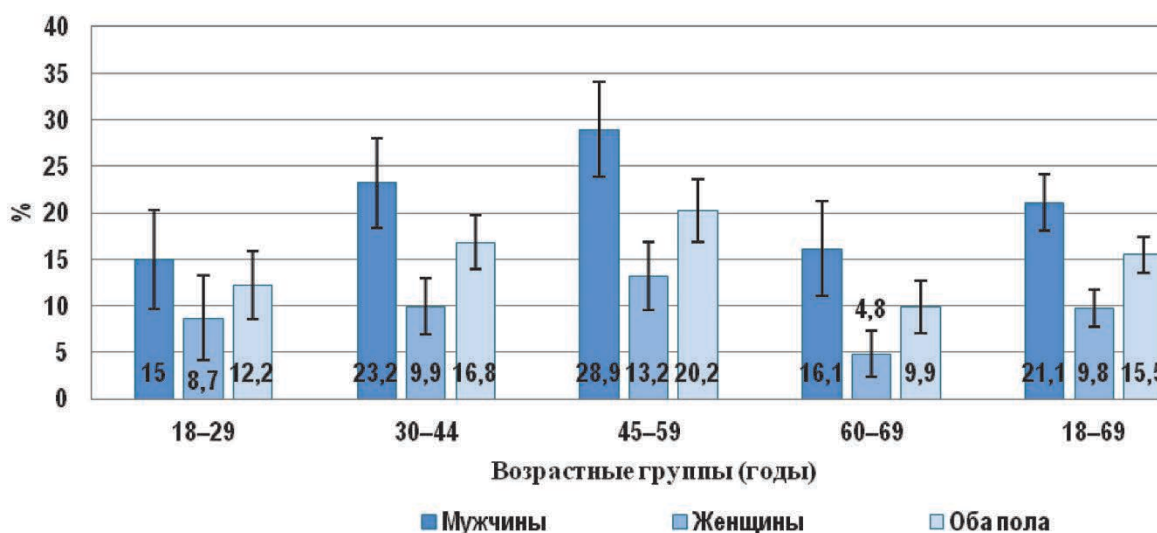


Рисунок 3.1 — Доля населения, выпивавшего шесть или более стандартных порций за последние 30 дней, по возрасту и полу (%)

В среднем мужчины выпивали шесть или более стандартных порций алкоголя 1,4 раза в месяц, тем самым эпизодически подвергались воздей-

ствию большого количества алкоголя. Аналогичный показатель для женщин составил 0,2 раза в месяц (в среднем для обоих полов — 0,9 раза).

Среди употреблявших алкоголь в течение последнего месяца:

- 42,1% населения не употребляли алкоголь в течение предыдущей недели (34,0% мужчин и 53,4% женщин);
- 50,9% употребляли алкоголь в течение 1–2 дней (мужчины — 55,9%; женщины — 43,9%);
- 5,2% — в течение 3–4 дней (мужчины — 7,5%; женщины — 2,1%);
- 0,7% — в течение 5–6 дней (мужчины — 0,9%; женщины — 0,4%);
- 1,1% употребляли алкоголь ежедневно (мужчины — 1,7%; женщины — 0,2%).

Среди употреблявших алкоголь в течение последних 30 дней 6,5% употребляли незарегистрированный алкоголь (8,2% среди мужчин и 4,1% среди женщин). Доля незарегистрированного алкоголя среди всего алкоголя, потребленного за последнюю неделю, составила 6,2% (в городской местности — 5,4%, в сельской — 8,1%). По видам незарегистрированного алкоголя, потребленного за предыдущую неделю, распределение следующее: домашние крепкие спиртные напитки (например, самогон) — 56,5%; домашнее пиво или вино — 16,0%; алкоголь, привезенный из-за границы — 27,0% (рис. 3.2).

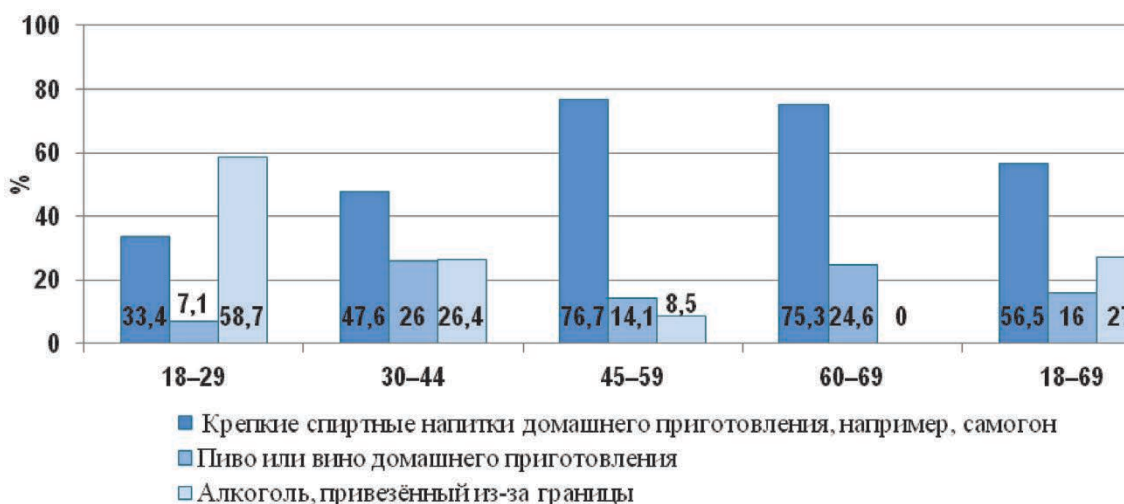


Рисунок 3.2 — Доля потребления незарегистрированного алкоголя по видам за последние 7 дней, по возрасту и полу (%)

Среди людей, употреблявших алкоголь в течение последних 12 месяцев, 4,5% оказывались в ситуации, когда начинали принимать алкоголь и не могли остановиться (мужчины — 6,9%; женщины — 2,0%). У 4,8% населения из-за употребления алкоголя в течение последних 12 месяцев были случаи, когда они не делали то, чего от них обычно ожидали (7,3% мужчин; 2,2% женщин). За последние 12 месяцев у 6,1% населения (9,5% мужчин и 2,5% женщин) были случаи, когда им было необходимо выпить с утра, чтобы прийти в себя после

употребления алкоголя в больших количествах накануне («похмелиться»). Причём 4,5% делали это менее одного раза в месяц (6,9% мужчин и 2,0% женщин), 1,6% похмелялись раз в месяц или чаще (2,6% мужчин и 0,5% женщин). Большинство населения (90,7%) не имели семейных проблем или проблем с другими людьми из-за употребления алкоголя в течение последних 12 месяцев, 8,2% сказали, что такие проблемы возникали менее одного раза в месяц, 1,1% — ответили, что один раз в месяц или чаще.

Табакокурение. По состоянию на 2020 год менее трети населения (26,7%) в настоящее время курят табак. Курение распространено среди мужчин (41,9%), что значительно больше, чем среди женщин (11,3%). Ежедневно курящих — 23,0%, в том числе 36,7% среди мужчин и 9,3% среди женщин. Средний возраст начала курения составил 18,2 года. Средняя продолжительность курения — 22,6 года. Женщины обычно начинают курить позже мужчин — в возрасте 20,7 года, а мужчины — в среднем с 17,5 лет.

Почти все курильщики (96,1%) курят промышленно произведённые сигареты. В среднем каждый курильщик выкуривает по 12,9 сигареты в день.

Женщины, как правило, курят меньше мужчин — 8,1 против 14,1 сигарет в день. Почти половина (44,9%) курящих мужчин и 12,3% курящих женщин выкуривают 15–24 сигареты в день; 36,1% курильщиков и 22,9% курильщиц выкуривают по 10–14 сигарет в день.

Среди всего населения 13,3% являются бывшими курильщиками (21,5% мужчин и 5,1% женщин). Общее время с момента отказа от курения составило в среднем 10,9 года.

Среди нынешних курильщиков 27,3% пытались бросить курить (34,2% среди курящих женщин и 25,5% среди мужчин) (рис.3.3).

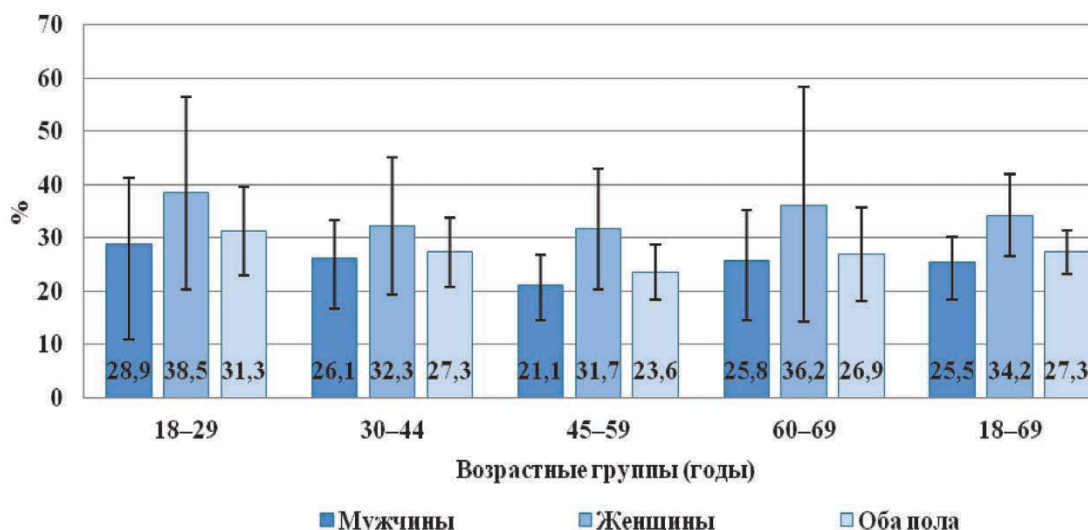


Рисунок 3.3 — Доля курящих в настоящее время, кто пытался бросить курить, по возрасту и полу (%)

Бездымные табачные изделия, такие как снаф, жевательный табак, бетель в Беларуси практически не употребляются (0,2%) [1, 2].

Нагреваемые табачные изделия (НТИ) употребляет 3,0% населения. Потребление НТИ более распространено среди молодых людей (18-29 лет) — 7,6% (табл. 3.1).

Таблица 3.1 — Доля пользователей НТИ в настоящее время от всего населения, по возрасту и полу (%)

Возрастные группы (годы)	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
18–29	7,1	0,0–14,8	9,0	0,0–18,8	7,6	1,7–13,4
30–44	2,0	0,0–5,1	5,6	0,0–12,9	2,7	0,0–5,5
45–59	0,1	0,0–0,3	0,0	0,0–0,0	0,1	0,0–0,3
60–69	0,3	0,0–0,9	0,0	0,0–0,0	0,3	0,0–0,8
18–69	2,6	0,3–4,9	4,7	0,8–8,5	3,0	0,9–5,2

Электронными сигаретами (ЭС) в настоящее время пользуется 6,1% населения (9,8% мужчин и 2,3% женщин). Как и НТИ, ЭС более популярны среди молодёжи (18–29 лет) — 13,4% (19,3%

мужчин и 5,9% молодых женщин). Большая часть (73,0%) пользователей ЭС использует их ежедневно (76,0% мужчин, 60,2% женщин) (*рис.3.4*).

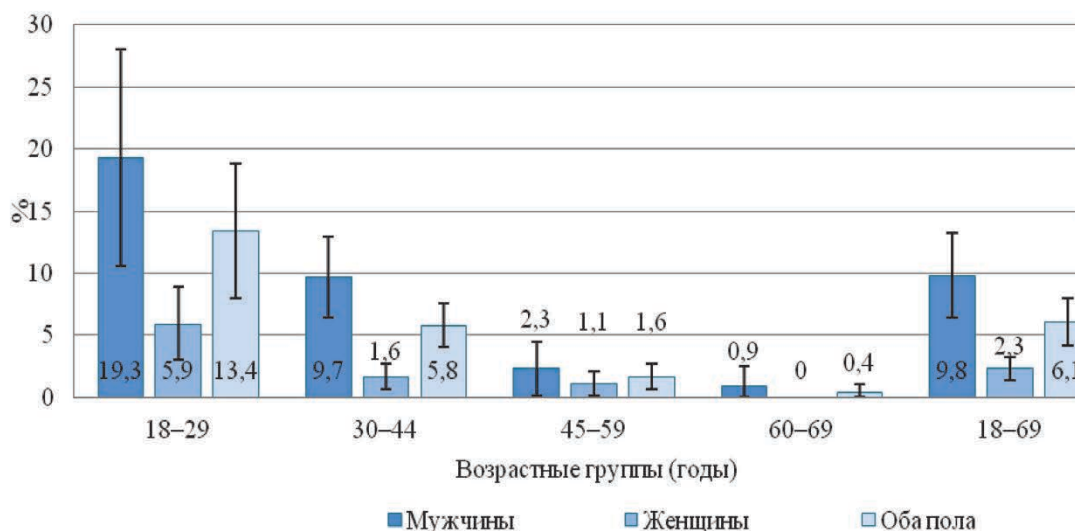


Рисунок 3.4 — Доля населения, использующая электронные сигареты в настоящее время, по возрасту и полу (%)

Употребление кальяна довольно широко распространено среди молодежи. Каждый пятый респондент (20,0%) 18–29 лет употреблял кальян в течение последних 30 дней (17,1% мужчин и 28,7% женщин). В целом кальян курили 9,3% населения (8,7% мужчин и 11,4% женщин, разница статистически недостоверна).

Каждый пятый человек за последние 30 дней подвергался воздействию вторичного табачного дыма в домашних условиях. Доля таких пассивных курильщиков в среднем составляет 18,9% (мужчин — 19,2%, женщин — 18,7%).

Воздействию вторичного табачного дыма на рабочем месте за последние 30 дней подвергались в среднем 11,9% населения. Доля таких пассивных курильщиков составляет среди мужчин — 18,4%, среди женщин — 5,9%.

Соль. По данным STEPS 2020 [2], одна пятая часть населения (22,8%) всегда или часто добавляла соль или соленый соус в пищу до или во время еды (26,5% мужчин, 19,1% женщин), с возрастом этот показатель снижается незначительно (*рис. 3.5*). При приготовлении еды дома 80,9% всегда или часто добавляют соль в пищу (82,4% мужчин, 79,4% женщин).

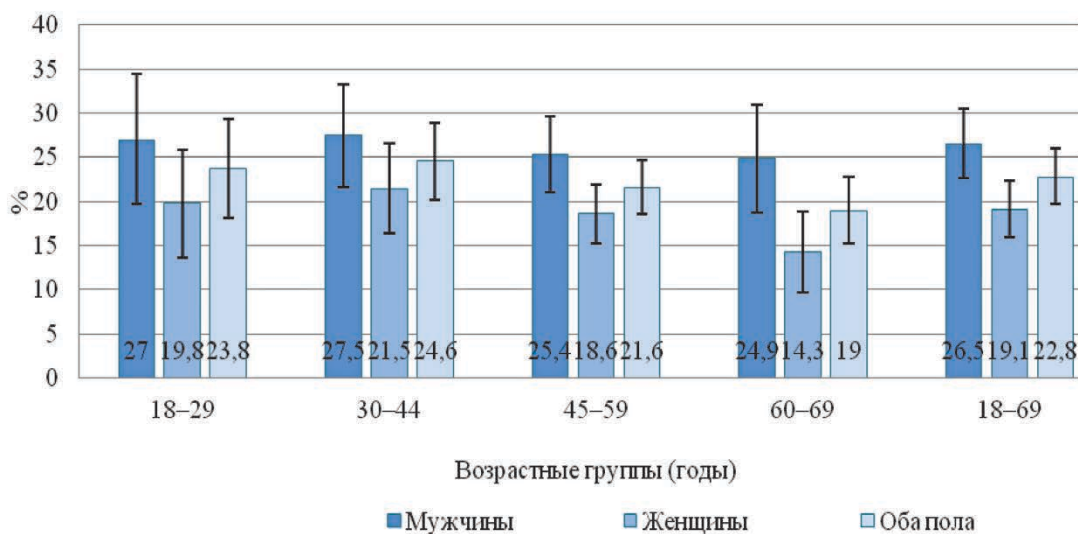


Рисунок 3.5 — Доля населения, кто всегда или часто добавляет соль или соленый соус в пищу до или во время еды, по возрасту и полу (%)

Почти половина населения (44,3%) всегда или часто употребляла обработанные продукты с высоким содержанием соли, в том числе копченые продукты (мясо или рыба), колбасы, сало, соленые огурцы, консервы, соленые чипсы и орехи и т.п. Среди мужчин потребление этих продуктов распространено значительно выше (52,5%), чем среди женщин (36,0%). Уровень потребления обработанных продуктов с высоким

содержанием соли снижается с возрастом: с 49,9% населения 18–29 лет до 27,5% в 60–69 лет. Более двух третей населения (68,1%) полагают, что потребляют умеренное («правильное») количество пищевой соли и соленых соусов (68,8% мужчин и 67,3% женщин), и только 14,4% считают, что потребляют много или слишком много соли (16,2% мужчин, 12,7% женщин) (рис. 3.6).

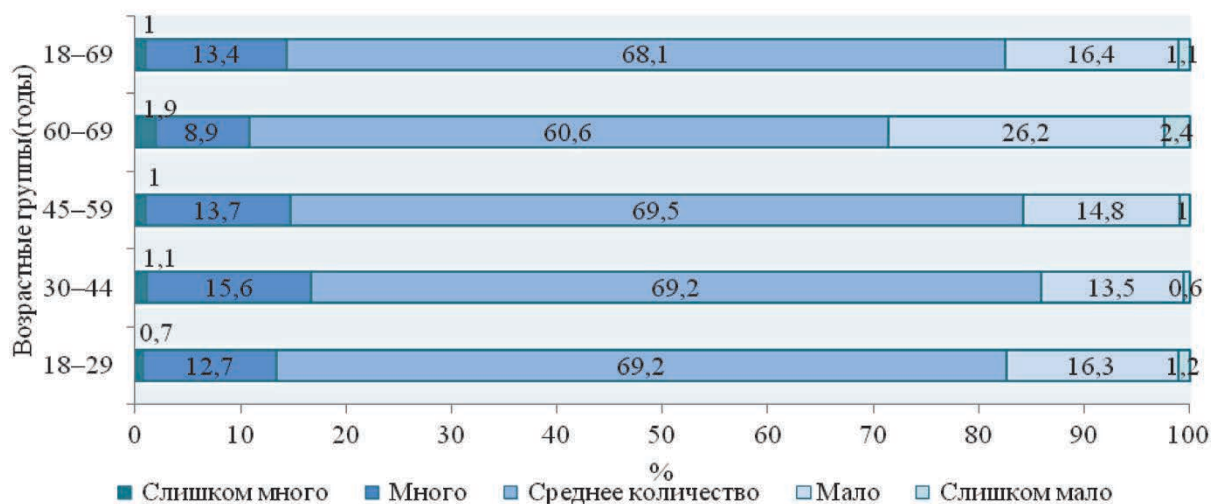


Рисунок 3.6 — Распределение населения по самооценке количества потребляемой соли, по возрасту (%)

Снизить содержание соли в своем рационе считает «очень важным» один из четырех человек или 26,1% населения, половина населения (52,6%) считает «в какой-то степени важным», а 21,3% — «совсем не важным». Наибольшая доля тех, кто считает снижение соли вообще не важным, наблюдается среди 18–29-летних (28,1%), причем это 35,5% мужчин и 19,0% женщин. 72,0% населения считает, что потребление слишком большого количества соли может вызвать серьезные проблемы со здоровьем, и это понимание менее распространено среди мужчин (64,8%), чем среди женщин (79,3%). Среди пожилых групп населения больше лиц осведомлено о негативных последствиях чрезмерного потребления соли для здоровья, чем среди молодых. Осознание вреда, причиняемого чрезмерным потреблением соли, должно вести к поведению, направленному на уменьшение использования этого продукта. Однако только 10,1% населения обращают внимание на содержание соли или натрия на этикетках продуктов питания (6,6% мужчин, 13,8% женщин); треть населения (34,3%) пытается ограничить потребление обработанных пищевых продуктов (мужчины: 24,7%; женщины: 43,9%); 13,8% — покупать альтернативы с низким

содержанием соли/натрия (мужчины: 7,8%; женщины: 19,9%); 42,5% — использовать при приготовлении пищи специи, отличные от соли, (мужчины: 30,8%; женщины: 54,3%); и 33,8% — избегать употребления продуктов, приготовленных вне дома (мужчины: 25,3%; женщины: 42,3%).

Сахар. В процессе STEPS-исследования 2020 года [2] изучался вопрос «Как часто Вы потребляете сладкие газированные напитки (например, Coca Cola, Pepsi, Fanta, Sprite, Mirinda, Квас, Байкал, Буратино, Тархун и т. п.), холодный чай (например, Nestea, Lipton Ice Tea), компот, сладкий морс? (Исключите диетические напитки, напитки без сахара)».

В результате выявлено, что 3,8% населения употребляют сладкие напитки чаще одного раза в день (4,7% мужчин и 2,8% женщин) (рис. 3.7). С другой стороны, почти треть населения (29,9%) заявила, что никогда не употребляла сладкие напитки (23,2% мужчин и 36,6% женщин). В целом, распространенность потребления сладких напитков выше среди мужчин, чем среди женщин, а также среди молодежи по сравнению со старшими возрастными группами.

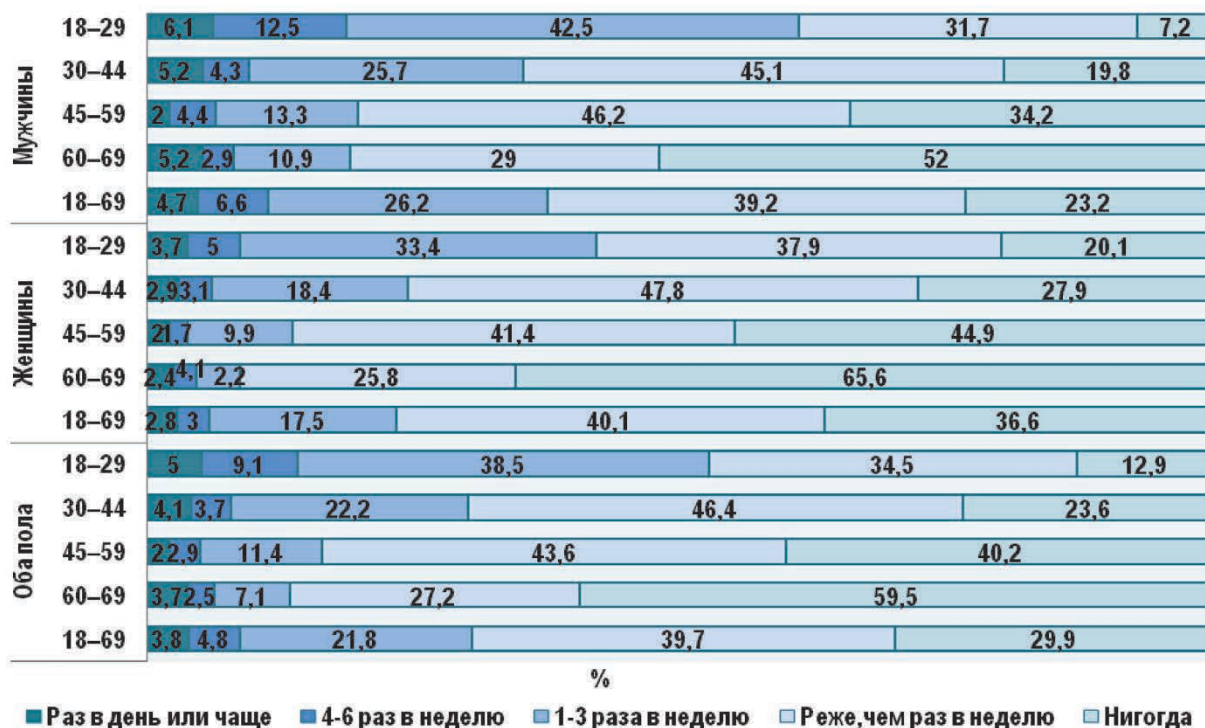


Рисунок 3.7 — Распределение населения по частоте потребления сладких напитков, по возрасту и полу (%)

Негативные эффекты избыточного потребления соли и сахаров многочисленны, в [таблице 3.2](#) дана оценка их доказательности [133].

Таблица 3.2 — Негативные эффекты избыточного потребления соли и сахаров и оценка их доказательности

Компонент	Эффект	Сила доказательств в увеличении риска развития эффекта
Высокое потребление «энергоемких» продуктов	Ожирение	Убедительно
Потребление свободных сахаров (высокие частота и потребляемое количество)	Заболевания полости рта и зубов	Убедительно
Высокое потребление натрия	БСК в связи с гипертонией	Убедительно
Высокое потребление продуктов, консервированных с использованием соли	Рак желудка	Вероятно
Напитки, изготовленные с использованием сахара и фруктовые соки	Ожирение	Вероятно
	Эрозия зубной эмали	Вероятно

Сравнение результатов STEPS-исследований 2016 и 2020 годов. Динамику распространенности ФР НИЗ в Республике Беларусь показывает сравнительный анализ результатов STEPS-исследований в 2016 и в 2020 годах [1, 2] ([табл. 3.3](#)).

Таблица 3.3 — Сравнение некоторых результатов STEPS 2016 и 2020 годов

Показатель	2016	2020
Доля курящих мужчин в настоящее время	48,4%	41,9%
Доля тех, у кого был случай употребления большого количества алкоголя (6 и более стандартных доз за 1 случай за последние 30 дней) (женщины)	6,9%	4,2%
Среднее количество порций фруктов, употребляемых за день (мужчины)	1,5	1,2
Доля тех, кто всегда или часто добавляет соль или солёный соус в пищу перед употреблением или досаливает в процессе еды (оба пола)	31,7%	22,8%
Доля тех, кто всегда или часто употребляет обработанные продукты с высоким содержанием соли (оба пола)	35,6%	44,3%
Средний индекс массы тела — ИМТ (женщины)	27,3 кг/м ²	26,1 кг/м ²
Доля тех, кто имеет избыточную массу тела (ИМТ ≥ 25 кг/м ²) (женщины)	60,0%	49,9%
Доля страдающих ожирением (ИМТ ≥ 30 кг/м ²) (женщины)	30,2%	21,2%
Средняя окружность талии (женщины)	86,9 см	84,7 см
Среднее значение артериального давления, включая тех, кто в текущее время принимает антигипертензивное лечение (оба пола)	134,6/84,9 мм рт. ст.	129,9/82,2 мм рт. ст.
Доля населения с повышенным АД (САД ≥ 140 и / или ДАД ≥ 90 мм рт.ст. или принимают антигипертензивное лечение (оба пола)	44,9%	30,8%
Доля населения с повышенным АД (САД ≥ 140 и / или ДАД ≥ 90 мм рт.ст, не принимающих антигипертензивное лечение) (оба пола)	53,4%	41,5%
Доля населения с нарушенной гликемией натощак (оба пола)	4,0%	9,1%
Доля населения с повышенным уровнем общего холестерина (≥ 5,0 ммоль/л) или тех, кто в текущее время принимает медикаменты от повышенного холестерина в крови) (оба пола)	38,2%	43,9%
Доля населения с 3 и более факторами риска в возрасте от 18 до 69 лет (оба пола)	40,5%	33,0%
Доля населения с 3 и более факторами риска в возрасте от 18 до 44 лет (оба пола)	27,4%	17,8%
Доля населения в возрасте 40–69 лет с 10-летним риском БСК ≥ 30% или с наличием БСК (женщины)	11,6%	17,9%

По некоторым показателям ситуация не изменилась (например, потребление алкоголя, табакокурение среди женщин, физическая активность). Акцентируем внимание на тех показателях, значения которых обнаружили статистически достоверную разницу, то есть существенно изменились за данный промежуток времени. *(В табл. 3.3 негативные изменения выделены красным).*

Так, доля курящих мужчин снизилась с 48% до 42%. Также отмечено снижение с 7% до 4% доли женщин, у которых был случай употребления большого количества алкоголя. Это позитивные изменения в поведении наших граждан. А вот фруктов мужчины стали потреблять меньше, и это негативная тенденция.

Доля тех, кто всегда или часто добавляет соль или солёный соус в пищу перед употреблением или досаливает в процессе еды, снизилась, но зато доля тех, кто всегда или часто употребляет обработанные продукты с высоким содержанием соли, увеличилась. Последнее указывает на необходимость принятия дополнительных мер по регулированию производства солесодержащей продукции, а также стимулированию альтернатив с пониженным содержанием соли.

Измерения роста и веса позволили рассчитать индекс массы тела, который уменьшился только у женщин. Окружность талии у женщин тоже уменьшилась.

Улучшились показатели артериального давления и приверженности населения лечению гипертонии. Но биохимические анализы ухудшились — возросла доля населения с повышенным содержанием глюкозы и холестерина в крови.

Если говорить в целом обо всех факторах риска, то их распространенность уменьшилась среди всего населения в возрасте 18–69 лет.

Но, к сожалению, доля женщин в возрасте 40–69 лет с 10-летним риском развития болезней системы кровообращения или уже с наличием БСК увеличилась.

Следует подчеркнуть, что в основном ухудшились показатели, связанные с рационом питания (меньше фруктов, больше солёных продуктов)

и биохимические анализы крови. Принятые в рамках государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность на 2015–2020 годы» меры позволили не допустить ухудшения многих показателей, привели к улучшению других, но при этом проблема распространенности факторов риска развития НИЗ в Республике Беларусь остается катастрофической.

3.3 Потребление сахара и соли детьми и подростками

Детей и подростков следует рассматривать как ближайший репродуктивный, интеллектуальный, экономический, оборонный, социальный, политический и культурный резерв общества. Чрезмерное потребление сахара и соли у детей и подростков — основные факторы риска НИЗ.

В 2020 году в мире около 5,7% детей в возрасте до пяти лет имели избыточный вес. За прошедшие два десятка лет ситуация на глобальном уровне изменилась мало: с 5,4% в 2000 году до 5,7% в 2020 году [134].

На основании анализа форм государственной статистической отчетности (форма 1 — дети (Минздрав)) за 2012–2021 гг. проанализирована распространенность НИЗ у детей и подростков Республики Беларусь в возрасте 0–17 лет по следующим заболеваниям: новообразования, болезни системы кровообращения (БСК), ожирение, сахарный диабет.

Установлено, что за 10 лет уровень общей заболеваемости новообразованиями детского населения Республики Беларусь (0–17 лет) составил 636,9 на 100 тыс. детей; средний уровень заболеваемости БСК — 1815,5 на 100,0 тыс. детей; средний уровень общей заболеваемости сахарным диабетом — 132,0 на 100,0 тыс. детей. Установлена выраженная устойчивая тенденция роста общей заболеваемости СД у детей, ее прирост составил 77,1% (Приложение В). Максимальный прирост общей заболеваемости сахарным диабетом отмечен у детей 5–9 лет и 10–14 лет. Прогноз общей заболеваемости детского населения Республики Беларусь сахарным диабетом с использованием метода аппроксимации по линии тренда свидетельствует, что при отсутствии профилактических мероприятий к 2024 году ее уровень на 20,7% превысит показатели 2021 года.

Средний уровень ожирения у детей 0–17 лет в Республике Беларусь за 10 лет составил 532,0 на 100,0 тыс. детей. Установлена выраженная устойчивая тенденция снижения уровня общей заболеваемости детей данной патологией, ее убыль составила 2,7% (Приложение В). При этом у подростков 15–17 лет установлена выраженная устойчивая тенденция роста общей заболеваемости ожирением, ее прирост составил 47,2%. Прогноз заболеваемости ожирением у детей в возрасте 15–17 лет свидетельствует, что при отсутствии профилактических мероприятий уровень данной патологии среди подростков к 2024 году на 8,5% и превысит показатели 2021 года.

Таким образом, при изучении общей заболеваемости по отдельным нозологическим формам НИЗ у детей Республики Беларусь выявлен рост общей заболеваемости новообразованиями на 20,6%, сахарным диабетом на 77,1%. Группа риска — подростки 15–17 лет, у которых имеет место выраженная устойчивая тенденция роста новообразований на 32,5%, сахарного диабета на 72,0%, ожирения на 47,2%. Наиболее неблагоприятная ситуация выявлена по сахарному диабету, где имеет место выраженная тенденция роста уровня данной патологии во всех проанализированных возрастных группах. Эти тенденции необходимо учитывать при разработке профилактических мероприятий.

Результаты, полученные на основании анализа форм государственной статистической отчетности, хорошо согласуются с данными оценки физического развития детского населения Республики Беларусь. Установлено, что серьезная проблема — рост числа детей с повышенной массой тела. Так, резко дисгармоничное физическое развитие чаще обусловлено избыточной массой тела (9,6%), реже — очень низкой массой тела (3,4%). Ожирение чаще диагностируется у мальчиков (13,1%), чем у девочек (6,0%) [135].

Среди подростков также отмечается снижение доли лиц с гармоничным физическим развитием и относительное увеличение доли учащихся с дисгармоничным физическим развитием, за счет избытка массы тела [136].

Практически во всем мире система производства продуктов питания ориентирована на продукты с высокой степенью переработки и повышенной вкусовой привлекательностью, для которых характерно высокое содержание натрия, сахара, насыщенных жиров, рафинированных углеводов [137].

За последние 10 лет произошли изменения в организации питания детей, способные негативно влиять на формирование пищевого поведения: отмечена тенденция к более раннему введению в рацион детей высокожировых кондитерских изделий, копченых продуктов, газированных напитков с добавленным сахаром [138].

Потребление свободных сахаров повышает общую потребляемую калорийность и может снижать уровни потребления пищевых продуктов, содержащих более адекватные с питательной точки зрения калории, приводя к нездоровому питанию, прибавке веса и повышению риска развития НИЗ, в том числе стоматологических заболеваний [139].

Согласно рекомендациям ВОЗ, безопасный для здоровья уровень потребления добавленных сахаров в питании детей старше двух лет и взрослых не должен превышать 10% суточной калорийности рациона. В настоящее время оцениваются перспективы его дальнейшего снижения до 5% от суточной калорийности рациона питания. Безопасное количество добавленных сахаров в питании детей младше двух лет до настоящего времени не регламентировано и активно обсуждается.

В современных условиях проблемой является избыточное потребление очищенных, так называемых рафинированных углеводов, а проще говоря — обычного сахара. В США среднее потребление сахара в год на одного человека за последние 100 лет увеличилось с 2,5 до 80 кг. В Республике Беларусь потребление сахара составляет 28 кг в год на душу населения и за последние 10 лет увеличилось на 7,7%.

Следует отметить, что если в других странах при снижении уровня обеспеченности населения потребление сахара увеличивается, то в Республике Беларусь уровень потребления сахара и кондитерских изделий среди 20% наиболее обеспечен-

ных слоев населения в 1,5 раза выше по сравнению с 20% наименее обеспеченных (рис. 3.8), что, возможно, свидетельствует об отсутствии знаний среди населения по осознанному выбору пищевых продуктов [140, 141].



Рисунок 3.8 — Потребление отдельных продуктов питания в домашних хозяйствах с различным уровнем среднедушевых располагаемых ресурсов, кг

В Республике Беларусь имеются лишь единичные исследования, отражающие пищевые предпочтения детей и подростков, которые способствуют повышенному потреблению добавленного сахара. Так, результаты анкетирования 150 школьников г. Гродно в возрасте $14,5 \pm 0,74$ лет свидетельствует, что фаст-фуд употребляют в пищу 80% школьников, из них 22,5% потребляют его ежедневно, 43,75% — 1–2 раза в неделю, 33,75% — 1–2 раза в месяц. 70% респондентов пьют газированные напитки, из них у 61% доля этих напитков от общей выпитой жидкости в день составляет до 10%, у 34% их доля составляет 11–50%, у 5% — более 50% [142].

При изучении частоты потребления отдельных пищевых продуктов среди учащихся 5–11 классов установлено, что конфеты и шоколад, газированные и другие сладкие напитки ежедневно потребляют 26,3% и 8,1% учащихся, соответственно. Удельный вес детей, которые ежедневно потребляют конфеты и шоколад к старшим классам увеличивается. Максимальная доля учащихся, которые ежедневно потребляют газированные и другие сладкие напитки в 5-м классе (11,3%), минимум — в 10-м классе — 3,6% (рис. 3.9).

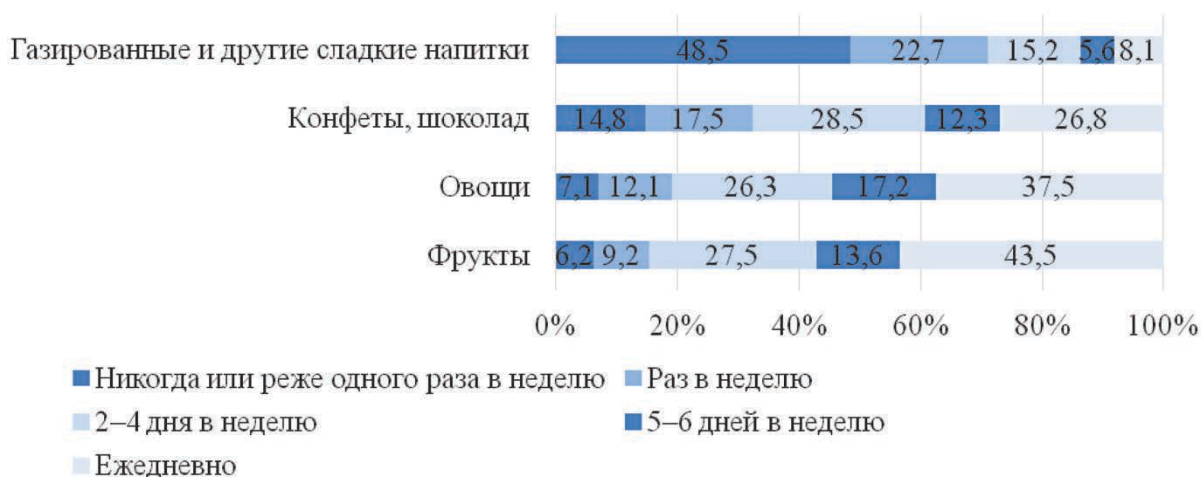


Рисунок 3.9 — Распределение учащихся 5–11 классов по частоте потребления отдельных пищевых продуктов, %

При этом ежедневно овощи и фрукты в своем рационе имеют лишь 37,5% и 43,5% обследованных. В 5–7-х классах фрукты и овощи ежедневно потребляют 46,5–52,1% и 38,0–41,6% учащихся. В старших классах таких детей становится меньше. Полученные данные позволяют сделать заключение, что дети плохо знают основные рекомендации, касающиеся правильного питания [143].

Изучение фактического питания учащихся г. Минска 10–12 лет, выполненное на кафедре гигиены и медицинской экологии БелМАПО в 2010–2015 гг., свидетельствуют о нарушении структуры потребления продуктов питания среди школьни-

ков, что обуславливает избыточное поступление с пищей простых сахаров. Установлено, что за счет простых сахаров поступает 26,9–28,2 % энергии, что более чем в 2,5 раза превышает рекомендуемый ВОЗ уровень (10% от общего количества энергии). Поступление сложных углеводов составляет 19,6–20,4% энергии, что в 2,8 раза ниже нормы [144].

Таким образом, потребление соли и сахара среди детей и подростков Республики Беларусь сохраняется на неблагоприятном для здоровья уровне и представляет угрозу развития у них неинфекционных заболеваний уже в недалёком будущем.

4. ОБОСНОВАНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ВКЛЮЧЕНИЯ КОНЦЕПЦИИ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА В НАЦИОНАЛЬНУЮ ПОЛИТИКУ В ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Правительство Беларуси включило профилактику НИЗ и борьбу с ними в качестве одного из национальных приоритетов в комплексные государственные программы. Принципиально новым в реализуемой в настоящее время программе «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021–2025 годы является смещение акцентов на профилактику НИЗ, начиная с раннего детского возраста.

Высокий уровень заболеваемости, инвалидности и смертности от НИЗ в Республике Беларусь, а также результаты общенациональных социологических исследований указывают на катастрофически высокую распространенность ФР среди населения страны. Проблемы, связанные с ФР, затрагивают здоровье, благополучие и безопасность всего населения, влияя на национальное развитие и потенциал страны в будущем.

Ключевое направление деятельности в области профилактики НИЗ — снижение влияния факторов риска развития данных болезней (табакокурение, чрезмерное потребление алкоголя, соли и сахара) за счет создания единой профилактической среды.

Повышение эффективности противодействия росту распространенности ФР среди населения возможно только при комплексном подходе, включающем ценовые, образовательные, регуляторные, культурные и информационно-профилактические мероприятия.

Исследования показывают, что запрещающие методики в борьбе с вредными пристрастиями имеют крайне ограниченную эффективность и приводят к росту теневых рынков и сложностям регулирования.

Тренд общественного здравоохранения развитых стран — Концепция снижения вреда — в первую очередь учитывает именно эти факторы. Концепция снижения вреда подразумевает вместо

тотального запрета или ограничений создавать условия и предпосылки для постепенного изменения опасного поведения на более безопасное: тем, кто не может отказаться от вредной привычки, предлагают сокращение вреда с помощью более безопасных альтернатив.

Снижение вреда ставит во главу угла охрану здоровья и право человека на получение достоверной и научно обоснованной информации об инструментах снижения вреда. Суть Концепции снижения вреда в том, чтобы предложить людям с опасными для здоровья привычками менее вредные альтернативы.

Табакокурение. Несмотря на принимаемые государством меры по снижению уровня распространённости курения в Республике Беларусь, эта проблема остается социально значимой. Наиболее эффективный метод профилактики ассоциированных с курением заболеваний — полный отказ от этой привычки, однако полностью искоренить ее в обозримой перспективе не представляется возможным.

Факты обоснования для внедрения в Республике Беларусь КСВ от табакокурения:

- высокая распространённость табакокурения;
- высокая заболеваемость, инвалидность и смертность по причине табакокурения;
- тенденция увеличения заболеваемости и смертности населения трудоспособного возраста от БСК; ОНМК; ХОБЛ; рака трахеи, бронхов, лёгких;
- высокие ежегодные экономические потери от курения;
- научные данные, свидетельствующие о более низком уровне канцерогенов и других токсичных веществ в АНП по сравнению с традиционными табачными изделиями о значительно меньшем риске развития заболеваемости и смертности от ассоциированных с курением заболеваний; об экономической выгоде при переходе к потреблению АНП.

Новый подход к снижению вреда от курения → переход на альтернативные никотиносодержащие продукты, которые содержат значительно меньше токсичных и канцерогенных веществ, чем сигаретный дым, и наносят потребителю и окружающим меньший вред [145, 146].

Алкоголь. Факты обоснования для внедрения в Республике Беларусь КСВ от алкоголя:

- высокий уровень потребления (более чем на 2,5 л выше критического уровня, определенного ВОЗ);
- тенденция увеличения потребления алкоголя за последние три года;
- высокая заболеваемость, инвалидность и смертность, связанные с алкоголем;
- наметившаяся тенденция изменения структуры потребления алкоголя за счет увеличения доли потребления вина и пива (по данным национальной статистики);
- научные данные, свидетельствующие о снижении потерь здоровья, связанных с алкоголем, о меньшем экономическом ущербе для государства и меньшей нагрузке на здравоохранение страны при преимущественном потреблении слабоалкогольных напитков (вино, пиво) по сравнению с крепкими;
- многократное превышение экономических потерь от негативных последствий потребления алкоголя над доходами от его производства и оборота.

Наряду с применяемыми методами ограничений и запретов на первый план выходит изменение структуры потребления населением алкогольных напитков за счет уменьшения доли потребления крепких алкогольных напитков при одновременном существенном снижении общего уровня потребления алкогольных напитков.

Соль и сахар. Обоснованием для внедрения в Республике Беларусь КСВ от чрезмерного потребления соли и сахара являются следующие факты:

- уровень потребления значительно выше рекомендованного ВОЗ;
- наличие альтернативной продукции;
- высокая распространенность ожирения, сахарного диабета второго типа, кариеса;
- высокая распространенность алиментарно-обусловленных заболеваний у детей и подростков;

научные данные, подтверждающие эффективность мероприятий по ограничению приема поваренной соли и сахара для снижения риска развития НИЗ;

- высокие затраты здравоохранения и экономический ущерб.

Вышеизложенное обуславливает необходимость использования заменителей и пищевых добавок, а также снижения уровня соли и сахара в рационах до определенных пределов с учетом их широкого распространения в рационаобразующих пищевых продуктах и их биологической (биохимической) роли.

Для успешного внедрения КСВ от ФР НИЗ необходимо учитывать наличие двух уровней данной проблемы: популяционный и семейно-индивидуальный. Меры профилактики на первом уровне должны включать регулирование производства и оборота продукции, а на втором — снижение их использования в домашних хозяйствах.

Сежегодным повышением стоимости медицинских услуг во всем мире и ростом расходов на здравоохранение государству выгодно улучшение здоровья населения. И Концепция снижения вреда предлагает научно доказанные работающие альтернативы для снижения риска опасного поведения и для здоровья, и для бюджета здравоохранения.

Положительный опыт внедрения КСВ от табакокурения, меры по предотвращению чрезмерного потребления соли и сахара в других странах, а также от наркозависимости, в том числе в Республике Беларусь, позволяет считать данный подход приемлемым для нашей страны. Внедрение КСВ от ФР НИЗ в национальную политику в области общественного здоровья Республики Беларусь целесообразно, поскольку осуществляемые в настоящее время национальные меры политики, стратегии, законодательные механизмы и инвестиции разбиты на отдельные направления.

Таким образом, назрела необходимость разработки единого документа, определяющего государственную политику в области борьбы с факторами риска развития НИЗ — Концепции снижения вреда от факторов риска НИЗ в Республике Беларусь на основе имеющихся научных данных с учетом зарубежного опыта.

5. КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ КОНЦЕПЦИИ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА ОТ ФАКТОРОВ РИСКА НИЗ

Основной подход, который предусматривается КСВ — это влияние на образ жизни индивидуума путем коррекции поведения, а также предложения менее вредной продукции и предоставления информации о ней.

При разработке положений КСВ от факторов риска НИЗ (злоупотребление алкоголем, табакокурение, чрезмерное потребление соли и сахара) необходимо учитывать общие принципы снижения вреда:

- уважение прав людей, имеющих ФР развития НИЗ, избегание стигмы;
- использование только научно обоснованных данных, доказательной базы;
- принцип социальной справедливости;
- сотрудничество с группами людей, имеющих ФР НИЗ.

Ключевые положения разработанной КСВ от факторов риска НИЗ:

1. на популяционном уровне — **стимулирование потребительского оборота продукции** с пониженным риском, которая является альтернативой для рассматриваемых факторов риска НИЗ (табакокурение, чрезмерное потребление алкоголя, соли и сахара);
2. на индивидуальном уровне — применение комплекса мер, стимулирующих **мотивацию к здоровому образу жизни индивидуума и/или переходу на менее вредную альтернативную продукцию**.

Для повышения эффективности проводимых мероприятий по снижению вредных последствий от потребления табака, алкоголя, соли и сахара, улучшению здоровья населения, снижению экономического ущерба наряду с применяемыми методами ограничений и запретов реализация комплексной политики снижения вреда путем поддержки перехода от курения сигарет к потреблению альтернативных инновационных продуктов; от потребления крепкого алкоголя к потреблению слабоалкогольных напитков; и снижение уровня соли и сахара в рационах, а также использование заменителей и пищевых добавок.

Следует особо отметить, что в условиях Республики Беларусь при совместной реализации программ по профилактике НИЗ, ассоциированных с избыточным поступлением соли, необходимо учитывать национальные условия — необходимость популяционной профилактики дефицита йода, обязательность использования йодированной соли в пищевой промышленности, уровень ее обогащения, содержание указанного микронутриента в пищевых продуктах и структуру их потребления среди отдельных групп населения [147].

6. ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ КОНЦЕПЦИИ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА В ГОСУДАРСТВЕННУЮ ПРОГРАММУ «ЗДОРОВЬЕ НАРОДА И ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ»

В Республике Беларусь успешно реализуются ГП, в которых широко представлены мероприятия по профилактике и борьбе с НИЗ. Так, реализованы три ГП национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма, и подпрограмма «Профилактика и контроль неинфекционных заболеваний» ГП «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы.

Важными итогами реализации госпрограмм было проведение двух общенациональных исследований распространенности основных факторов риска НИЗ среди населения 18–69 лет (STEPS 2016 и STEPS 2020), а также социологического исследования «Оценка уровня знаний и отношения подростков к факторам риска возникновения НИЗ»; продолжение реализации республиканских профилактических проектов: «Здоровые города и поселки», «Школа — территория здоровья» и «Мой стиль жизни сегодня — Мое здоровье и успех завтра!»; разработка национальной информационной стратегии по здоровому образу жизни, утвержденной Минздравом и согласованной ЮНИСЕФ; разработка и внедрение инструкций по применению «Методы оценки обоснованности маркируемой информации о влиянии пищевой продукции на здоровье», «Оптимизация жирнокислотного состава рационов питания в учреждениях образования»; Инструкция о порядке организации диетического питания, результатом внедрения которых стало снижение содержания соли в рационах пациентов организаций здравоохранения. По результатам реализации ГП внесены предложения в Министерство труда и социальной защиты по актуализации норм питания в организациях социального обслуживания, в том числе по снижению соли и сахара. Кроме того, достигнуто снижение общего числа лиц, страдаю-

щих синдромом зависимости от алкоголя; находящихся под диспансерным наблюдением в связи с алкогольными психозами; снижение поступлений в приемные отделения больниц лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения. Для детей учреждений дошкольного образования, учреждений общего среднего образования, летних оздоровительных организаций на 20–22% снижено потребление сахара и на 30–40% содержание соли в продуктовых наборах. В настоящее время проводится работа по переработке сборников технологических карт блюд и изделий для детей раннего и дошкольного возраста, общеобразовательных учреждений, учреждений профессионально-технического образования.

В настоящее время реализуется ГП «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021–2025 годы, две подпрограммы которой направлены на решение задач профилактики и контроля за ФР НИЗ: подпрограмма 2 «Профилактика и контроль неинфекционных заболеваний»; подпрограмма 3 «Предупреждение и преодоление пьянства и алкоголизма, охрана психического здоровья».

В программе рассмотрен важный аспект совершенствования системы профилактики НИЗ в первичном звене здравоохранения, подготовке кадров для этой цели. Учтены действия, способствующие просвещению населения о причинах НИЗ, основных методах их профилактики, основах здорового образа жизни, а также поддержке населения в его здоровом выборе.

Наряду с этим в контексте программы осуществляется совершенствование нормативно-правовых мер, направленных на регуляцию потребления, в частности, табачной и алкогольной продукции.

Для планирования мероприятий в области общественного здоровья, учитывая необходимость системного и комплексного регулирования снижения вреда от ФР НИЗ, достижения межведомственного взаимодействия в указанной области, включение соответствующих положений и мероприятий КСВ в государственную программу является логичным и целесообразным.

Учитывая высокую эффективность реализации государственных программ, одним из возможных путей ускорения внедрения КСВ от факторов риска НИЗ в Республике Беларусь является имплементация раздела, посвященного снижению вреда, в действующую государственную программу «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021–2025 годы путем внесения в нее изменений и дополнений.

7. РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ РЕГУЛЯТОРОВ, ОСНОВАННЫЕ НА ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ В РЕГУЛИРОВАНИИ ПО КРИТЕРИЮ СТЕПЕНИ ВРЕДА, С ЦЕЛЬЮ МОТИВАЦИИ ПРОИЗВОДСТВА И ПОТРЕБЛЕНИЯ МЕНЕЕ ВРЕДНОЙ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ ПРОДУКЦИИ

Для снижения вреда от факторов риска НИЗ необходимо создать межведомственную рабочую группу, включающую представителей основных регуляторов, которая обеспечит нормативное

утверждение КСВ и дальнейшее её внедрение, а также распространение и применение соответствующих принципов снижения вреда во всех сферах жизни.

Основными регуляторами политики по борьбе с факторами риска НИЗ в Республике Беларусь являются:

Межведомственный совет по формированию здорового образа жизни, контролю за неинфекционными заболеваниями, предупреждению и профилактике пьянства, алкоголизма, наркомании и потребления табачного сырья и табачных изделий при Совете Министров Республики Беларусь;

Министерство здравоохранения Республики Беларусь;

Министерство сельского хозяйства и продовольствия Республики Беларусь;

Министерство внутренних дел Республики Беларусь;

Министерство образования Республики Беларусь;

Министерство информации Республики Беларусь;

Министерство по налогам и сборам Республики Беларусь;

Министерство экономики Республики Беларусь;

Министерство антимонопольного регулирования и торговли Республики Беларусь;

Концерн «Белгоспищепром»;

Национальная Академия наук Республики Беларусь.

Общие рекомендации по реализации КСВ от ФР НИЗ:

- обеспечить приверженность принципам КСВ республиканских органов государственного управления;
- обеспечить эффективную координацию многосекторальных действий на основе коммуникаций правительства и общества с привлечением НПО, ориентированных на общественное здравоохранение, профессиональных ассоциаций и групп гражданского общества;
- актуализировать законодательство в сфере производства, оборота и продвижения продукции, являющейся источником ФР НИЗ, в соответствии с принципами КСВ;
- разработать и внедрить дифференцированные меры фискальной политики стимулирующего и ограничивающего характера в зависимости от степени вреда продукции;
- обеспечить эффективные коммуникации между регуляторами, секторами народного хозяйства, научными организациями, обществом, потребителями, в том числе посредством круглых столов, конференций, семинаров;
- обеспечить обучение и повышение осведомленности медицинских и педагогических работников об основных положениях КСВ;
- усилить профилактическую работу по трем компонентам: образовательный (представление о действии химических веществ, входящих в состав табачного дыма, алкоголя, а также сахарозы и хлорида натрия); психологический (коррекция особенностей личности, способствующих возникновению зависимостей); социальный (помощь в социальной адаптации человека, обучение навыкам здорового образа жизни);
- способствовать формированию общественного мнения о здоровьесохраняющем поведении и стимулировать такое поведение на уровне индивидуумов и трудовых коллективов.

Относительно отдельных факторов риска, учитывая их специфику, предлагается применить следующие меры регулирования.

Табакокурение. Реализация комплексной политики по направлениям:

1. предотвращение начала потребления табака (организация и проведение мероприятий, направленных на профилактику табакокурения среди несовершеннолетних; среди беременных и кормящих матерей); дальнейшее ограничение фактической и экономической доступности табачных изделий, пропорционально их риску;
2. поддержка отказа от курения, в том числе путём перехода от курения сигарет к потреблению альтернативных инновационных никотинсодержащих продуктов в отношении которых существует доказательная база относительно их меньшего вреда;
3. информирование медицинского персонала и целевых групп населения об альтернативной продукции (организация и проведение тренингов по наиболее эффективным способам бросить курить; предоставление населению научно обоснованной информации об относительном вреде традиционной табачной продукции, электронных сигарет, систем нагревания табака для принятия обоснованных решений);
4. поддержка научных исследований в сфере оценки вреда (риска) и альтернативной инновационной продукции и перспектив ее применения для помощи в отказе от курения, подготовка научно обоснованных рекомендаций медиков для консультирования курильщиков, которые хотят использовать альтернативные никотинсодержащие продукты для снижения риска.

Алкоголь. Реализация комплексной политики по направлениям:

1. предотвращение начала потребления алкоголя (организация и проведение мероприятий, направленных на профилактику потребления алкоголя среди несовершеннолетних; среди беременных и кормящих матерей; дальнейшее ограничение фактической и экономической доступности крепкой алкогольной продукции);
2. поддержка отказа от потребления алкоголя или отказа от потребления крепких алкогольных напитков, в том числе путём перехода на потребление виноградного вина или пива;
3. налоговое регулирование производства и потребления крепких спиртных напитков путем опережающего повышения акцизов на них по сравнению с виноградным вином и пивом (соотношение 3:1 и выше), а также применения более высоких ставок налогов;
4. комплексный и регулярный мониторинг оптовой и розничной торговли алкогольной продукцией, а также мониторинг негативных последствий от потребления алкоголя, на основе которых организовать ежегодное сопоставление доходов от производства алкоголя с затратами на содержание наркологической службы, профилактику, лечение и реабилитацию лиц, пострадавших от негативных последствий, связанных с потреблением алкоголя, на охрану правопорядка, на содержание специализированных изоляторов и лечебных профилакториев.

Соль:

1. предотвращение начала потребления соли (досаливания пищи при приготовлении и перед непосредственным потреблением) — организация и проведение мероприятий, направленных на профилактику потребления соли среди несовершеннолетних; среди беременных и кормящих матерей;
2. поддержка отказа от потребления соли (натрия), в том числе путём перехода на потребление солезаменителей и солей, не содержащих натрия;
3. поддержка научных исследований, направленных на поиск альтернативных и менее вредных, чем поваренная соль, продуктов, но с аналогичными органолептическими свойствами, и дальнейшее их внедрение

в технологические процессы производства пищевой продукции.

Сахар:

1. предотвращение начала потребления сахара (организация и проведение мероприятий, направленных на профилактику потребления рафинированных сахаров среди несовершеннолетних, беременных и кормящих матерей);
2. поддержка отказа от потребления сахара, в том числе путём перехода на потребление сахарозаменителей и подсластителей с научно доказанным менее вредным влиянием на организм;
3. поддержка научных исследований, направленных на поиск альтернативных менее вредных сладких продуктов и дальнейшее их внедрение в технологические процессы производства пищевой продукции.

Дополнительные меры в отношении сахара и соли в пищевых продуктах:

- развитие системы маркировки в отношении пищевой продукции, направленной на поддержку здорового питания (по типу «Светофор»);
- стимулирование потребительского спроса на здоровые пищевые продукты и блюда путём повышения осведомленности потребителей о здоровом питании.

Особое внимание следует уделить мерам, направленным на снижение потребления соли и сахара **детьми и подростками:**

- обеспечить расширение ассортимента и объема выпуска пищевых продуктов с низким содержанием соли и сахара;
- учредить бренд «С заботой о здоровье» для предприятий пищевой промышленности и частных компаний, производящих продукты с низким содержанием соли и добавленного сахара;
- организовать обучение заинтересованных специалистов технологиям производства пищевых продуктов и изготовления блюд с низким содержанием соли и добавленного сахара;
- актуализировать сборники технологических карт блюд и кулинарных изделий с учетом снижения в рецептурах содержания соли и сахара, в том числе для организованных коллективов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По результатам проведенного исследования предлагается в качестве основы формирования национальной политики в области общественного здоровья Республики Беларусь внедрить Концепцию снижения вреда от факторов риска НИЗ. Проект подразумевает вместо тотального запрета или ограничений использовать постепенное изменение опасного поведения на более безопасное. КСВ предлагает меры воздействия как на индивидуальном, так и на популяционном уровне. Концепция снижения вреда предлагает научно доказанные работающие альтернативы для снижения риска опасного поведения — нездорового питания, курения сигарет и злоупотребления алкоголем — и для здоровья, и для бюджета здравоохранения.

КСВ доказала свою эффективность в минимизации негативных последствий для здоровья от потребления наркотиков, табака, чрезмерного потребления алкоголя.

На основании международного опыта, имеющихся научных данных и результатов собственных исследований (расчет предотвратимого экономического ущерба при переходе от табакокурения к альтернативным инновационным продуктам; об оптимальной с точки зрения общественного здоровья и экономических издержек модели потребления алкоголя) обоснована целесообразность разработки и внедрения в Республике Беларусь Концепции снижения вреда от факторов риска НИЗ, разработаны ключевые положения КСВ от ФР НИЗ, а также рекомендации для регуляторов, основанные на дифференциации в регулировании по критерию степени вреда, с целью мотивации производителей менее вредных альтернативных продуктов. Также обоснована необходимость имплементации раздела, посвященного снижению вреда, в действующую государственную программу «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021–2025 годы путем внесения в нее изменений и дополнений.

Применение комплексного подхода обуславливает создание межведомственной рабочей груп-

пы, включающей представителей всех регуляторов, по внедрению КСВ и разработке соответствующих нормативных правовых актов, которые должны учитывать общие рекомендации для регуляторов по реализации КСВ от ФР НИЗ.

В результате проделанной НИР разработан проект Концепции снижения вреда от факторов риска неинфекционных заболеваний и обоснована целесообразность ее включения в национальную политику в области общественного здоровья Республики Беларусь.

По результатам НИР сформулированы **выводы:**

1. Концепция снижения вреда от негативных факторов, несмотря на имеющиеся недостатки и подверженность критике, приобретает всё более широкую популярность во всем мире для решения проблем наркомании, распространения ВИЧ-инфекции, табакокурения и т.п.
2. Лучшие страновые практики внедрения Концепции снижения вреда показывают целесообразность применения аналогичного подхода и в Республике Беларусь.
3. Катастрофическая распространенность НИЗ и факторов риска их развития, а также ограниченная эффективность запретительных мер доказывают необходимость внедрения КСВ в национальную политику в области общественного здоровья Республики Беларусь.
4. Ключевые положения разработанной КСВ определяют уровни воздействия — I) индивидуальный и II) популяционный, и направления — 1) предотвращение инициации, 2) поддержка отказа и 3) стимулирование альтернатив и широкое информирование о них.
5. Для продвижения идей КСВ целесообразно её внедрение в ГП «Здоровье народа и демографическая безопасность».
6. Концепция снижения вреда от факторов риска неинфекционных заболеваний должна стать новой парадигмой политики в области общественного здоровья Республики Беларусь.

Законодательное регулирование производства и распространения продукции, связанной с рассматриваемыми факторами риска НИЗ, основанное на дифференциации по критерию степени вреда и мотивации производителей менее вредной продукции, будет способствовать достиже-

нию целевых показателей государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность» и обеспечит дальнейший прогресс в сфере противодействия распространению НИЗ в Республике Беларусь.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Европейское региональное бюро ВОЗ. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь. STEPS 2016. — Минск: Страновой офис ВОЗ, 2017. — 248 с.
2. STEPS: Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь, 2020 г. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/358798>. — Дата доступа 12.08.2022.
3. Разводовский Ю.Е. Алкогольная ситуация в Беларуси в контексте алкогольной политики. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2016. — № 1. — С. 35-42.
4. Экономические последствия пьянства и алкоголизма в Республике Беларусь (Экономический анализ аналитического доклада РЦНМИП «Медико-социальные и социально-экономические последствия употребления алкоголя в Республике Беларусь за 2012 год»). Минск- 2012. — 15 с.
5. Cardiovascular mortality attributable to dietary risk factors in 51 countries in the WHO European Region from 1990 to 2016: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study / T. Meier [et al.] // Eur J Epidemiol. 2019. Vol. 34, № 1. P. 37–55.
6. Шарман А. Синдром приобретенного иммунодефицита: Академия профилактической медицины, NeuroNex, Bethesda, MD, USA; 2006 — 303 с.
7. ВОЗ: Глобальный отчет о состоянии снижения вреда 2020. — [Электронный ресурс] — Режим доступа: https://harmreductioneurasia.org/wp-content/uploads/2020/11/GLOBAL_STATE_HR_RUS.pdf Дата доступа — 22.08.2022
8. Табак //ВОЗ URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> — Дата доступа 12.08.2022.
9. Russell M.A. Low-tar medium-nicotine cigarettes: a new approach to safer smoking // British medical journal. — 1976.— Vol. 1, № 6023. — P. 1430-1433.
10. Заридзе Д.Г., Мукерия А.Ф. Профилактика ассоциированных с курением форм рака: концепция снижения вреда // Практическая онкология.— 2020.— Т. 21, № 3. — С. 197-229.
11. Peto R. Overview of cancer time-trend studies in relation to changes in cigarette manufacture // IARC scientific publications. — 1986. — Vol. 74.— P. 211-226.
12. Hammond E.C., Garfinkel L., Seidman H. et al. «Tar» and nicotine content of cigarette smoke in relation to death rates // Environmental research. — 1976. — Vol. 12, № 3. — P. 263-274.
13. Lee P.N., Garfinkel L. Mortality and type of cigarette smoked // Journal of epidemiology and community health. — 1981. — Vol. 35, № 1. — P. 16-22.]
14. Stellman S.D. Cigarette yield and cancer risk: evidence from case-control and prospective studies // IARC scientific publications. — 1986. — Vol. 74. — P. 197-209.
15. WHO. Tobacco: a major international health hazard : proceedings of an International meeting organized by the IARC and co-sponsored by the All-Union Cancer Research Centre of the Academy of Medical Sciences of the USSR / Moscow, USSR (4–6 June 1985) / ed. D. Zaridze, R. Peto.— Lyon, 1986. — 324 p.

16. Бабак С.Л., Горбунова М.В., Малявин А.Г. и др. Концепция снижения вреда от табака: прошлое, настоящее, будущее. Архивъ внутренней медицины. 2021; 11(6): 405-415. DOI: 10.20514/2226-6704-2021-11-6-405-415.
17. Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control / P. Jha, F.J. Chaloupka, P. Brown et al. — Washington: The World Bank, 1999. — 122 p.
18. Caponnetto P., Campagna D., Cibella F. et al. Efficiency and safety of an electronic cigarette (ECLAT) as tobacco cigarettes substitute: a prospective 12-month randomized control design study // PLoS One. — 2013. — Vol. 8, № 6. — P. e66317.
19. Stephens W.E. Comparing the cancer potencies of emissions from vapourised nicotine products including e-cigarettes with those of tobacco smoke // Tobacco control. — 2018. — Vol. 27, № 1. — P. 10-17.
20. Nicotine without smoke: tobacco harm reduction. A report by the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. — London: Royal College of Physicians, 2016.— URL: <https://shop.rcplondon.ac.uk/products/nicotine-without-smoke?variant=17451373061>. — Дата доступа 23.08.2022.
21. Дроп Дж., Кан З., Кеннеди Р. и др. Ключевые вопросы, касающиеся влияния на здоровье электронных систем и других источников доставки никотина // A Cancer journal for clinicians. — 2018.— Т. 1, № 1. — С. 48-71.
22. Зайцева, Т.А. Химический состав аэрозоля сигарет и электрических систем нагревания табака / Т.А.Зайцева, С.Н.Медведева // Инновационные исследования и разработки для научного обеспечения производства и хранения экологически безопасной сельскохозяйственной и пищевой продукции: сб. материалов III Междунар. науч.-практ. конф. / г. Краснодар, (8–19 апр. 2019 г.) /редкол.: В.А. Саломатин и др. — Ч. 2. — Краснодар, 2019. — С. 352-356.
23. Committees on toxicity, carcinogenicity and mutagenicity of chemicals in food, consumer products and the environment (COT, COC and COM). Toxicological evaluation of novel heat-not-burn tobacco products — non-technical summary. — 2017. — URL: https://cot.food.gov.uk/sites/default/files/heat_not_burn_tobacco_summary.pdf — Дата доступа 23.08.2022
24. Simonavicius E., McNeill A., Shahab L. et al. Heat-not-burn tobacco products: a systematic literature review // Tobacco control. — 2019. — Vol. 28, № 5. — P. 582—594.
25. McRobbie H., Phillips A., Goniewicz M.L. et al. Effects of switching to electronic cigarettes with and without concurrent smoking on exposure to nicotine, carbon monoxide, and acrolein // Cancer prevention research. — 2015. — Vol. 8, № 9. — P. 873—878.].
26. Kogel U., Gonzalez Suarez I., Xiang Y. et al. Biological impact of cigarette smoke compared to an aerosol produced from a prototypic modified risk tobacco product on normal human bronchial epithelial cells // Toxicology in vitro. — 2015. — Vol. 29, № 8. — P. 2102—2115.
27. Leroy C.M., Jarus-Dziedzic K., Ancerewicz J. et al. Reduced exposure evaluation of an electrically heated cigarette smoking system. Part 7: A one-month, randomized, ambulatory, controlled clinical study in Poland // Regulatory toxicology and pharmacology. — 2012. — Vol. 64, № 2, suppl. — P. 74-84.

28. Haziza C., de La Bourdonnaye G., Merlet S. et al. Assessment of the reduction in levels of exposure to harmful and potentially harmful constituents in Japanese subjects using a novel tobacco heating system compared with conventional cigarettes and smoking abstinence: a randomized controlled study in confinement // *Regulatory toxicology and pharmacology*. — 2016. — Vol. 81. — P. 489-499.
29. Ludicke F., Picavet P., Baker G. et al. Effects of switching to the tobacco heating system 2.2 Menthol, smoking abstinence, or continued cigarette smoking on biomarkers of exposure: a randomized, controlled, open-label, multicenter study in sequential confinement and ambulatory settings (Part 1) // *Nicotine & tobacco research*. — 2018. — Vol. 20, № 2. — P. 161-172.
30. Simonavicius E., McNeill A., Shahab L. et al. Heat-not-burn tobacco products: a systematic literature review // *Tobacco control*. — 2019. — Vol. 28, № 5. — P. 582-594.
31. Lopez A.A., Hiler M., Maloney S. et al. Expanding clinical laboratory tobacco product evaluation methods to loose-leaf tobacco vaporizers // *Drug and alcohol dependence*. — 2016. — Vol. 169. — P. 33-40.
32. 6th Global Forum on Nicotine «It's time to talk about nicotine» (GFN 2019), Warsaw, Poland, 13-15 June, 2019. — URL: <https://gfn.net.co/2019/media-centre>. — Дата доступа 24.08.2022.
33. Воздействие курения на экономику и общественное здравоохранение в Российской Федерации: пути решения проблемы. — URL: https://health.skolkovo.ru/downloads/documents/SKOLKOVO_HEMC/Research/SKOLKOVO_HEMC_round_table_rus.pdf — Дата доступа 24.08.2022.
34. Combined Associations of Changes in Noncombustible Nicotine or Tobacco Product and Combustible Cigarette Use Habits With Subsequent Short-Term Cardiovascular Disease Risk Among South Korean Men: A Nationwide Cohort Study [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34601948/>. — Дата доступа 12.11.2022.
35. Ischemic Heart Disease and Chronic Obstructive Pulmonary Disease Hospitalizations in Japan Before and After the Introduction of a Heated Tobacco Product [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35836991/>. — Дата доступа 12.11.2022.
36. Моделирование социально-экономических выгод от перехода на альтернативные никотиносодержащие продукты: отчет о НИР/НИУ ВШЭ; рук. Л.Д. Попович. — М., 2019. — 139 с.
37. Потребительское поведение курящего населения Беларуси в отношении табачной продукции и электронных средств доставки никотина: по результатам социологического исследования / сост.: Ю.Г. Черняк и др. — Минск: Полиграфт, 2021. — 84 с.
38. Апробирование методик анализа химического состава аэрозолей, формируемых системами нагревания табака: отчет о НИР (заключ.) / Белорус. гос. ин-т метрологии; рук. Н.В. Вощула. — Минск, 2021. — 35 с. — № ГР 20201662. — Инв. № 93988.
39. Kloner RA, Rezkalla SH. Cardiovascular Involvement in General Medical Conditions. To Drink or Not to Drink? That Is the Question. *Circulation*. 2007; 116: 1306-17.
40. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, 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.
41. Baan R. et al. Carcinogenicity of alcoholic beverages // *The Lancet Oncology*. — 2007. — Vol.8. — P 292-293.

42. Верткин, А.Л. Алкоголь-ассоциированные состояния в многопрофильном стационаре / А.Л. Верткин, А.С. Скотников, А.Н. Комаровский // Лечащий врач. -2011. — № 9. — С. 36-42.
43. Кайгородова Т.В. Влияние злоупотребления алкоголем на развитие неинфекционных заболеваний (аналитический обзор) / Т.В. Кайгородова, И.А. Крюкова // Общественное здоровье. — 2021 — т.1.– №2. — С.48-61.
44. WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all (Глобальный доклад ВОЗ о раке: определение приоритетов, разумное инвестирование и оказание помощи всем). — Всемирная организация здравоохранения. Женева. 2020 г. — 160 стр.
45. Белякин С.А. Взаимозависимость употребления алкоголя и смертности от цирроза печени / С.А.Белякин, А.Н.Бобров, С.В.Плюснин // Военно-медицинский журнал, 2009. — №9. — С.48-54.
46. Terris M. Epidemiology of cirrhosis of the liver: National and mortality data // Am. J. of Public Health. — 1967. — Vol. 57. — P. 2076–2088.
47. Boffetta P. Alcohol and Cancer /Paolo Boffetta, Mia Hashibe // Lancet Oncol. 2006 Feb;7(2):149-56. doi: 10.1016/S1470-2045(06)70577-0.
48. Доклад о применении в государствах — членах Евразийского экономического союза международного опыта в борьбе с табачной, алкогольной и наркотической зависимостью. Москва, 2022. — 71 с.
49. St Leger, A. S., A. L. Cochrane, and F. Moore. «Factors Associated with Cardiac Mortality in Developed Countries with Particular Reference to the Consumption of Wine».— Lancet, vol. 1, no. 8124 (1979): 1017–1020.
50. Ruidavets J-B, Ducimetière P, Evans A, et al. Patterns of alcohol consumption and ischaemic heart disease in culturally divergent countries: the Prospective Epidemiological Study of Myocardial Infarction (PRIME). BMJ 2010; 341:c6077doi:10.1136/bmj.c6077.
51. Guilford JM, Pezzuto JM. Wine and Health: A Review. Am. J. Enol. Vitic. 2011; 62, 4: 471-86.
52. Ronksley PE, Brien SE, Turner BJ, et al. Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. BMJ. 2011; 342: d671.
53. Robyn Burton, Nick Sheron No level of alcohol consumption improves health // The Lancet . — 2018. — p.987 <https://www.thelancet.com/issue/S0140673618X00403>
54. E.Donnely Aging study finds alcohol may be the secret to a longer life — but how much can you drink? 2018
55. Потешкина Н.Г. Алкоголь в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний: привычное и неизвестное /Н.Г.Потешкина [и др.]// Российский кардиологический журнал. 2015. — № 6 (122). — С.100-105.
56. Шальнова С.А. Потребление алкоголя и зависимость от социально-демографических факторов у лиц трудоспособного возраста (по данным исследования ЭССЕ-РФ) /С.А.Шальнова [и др.]//Профилактическая медицина. 2019. — №22(5). — С.45-53.
57. Немцов А.В. Типы алкогольных напитков и смена их потребления больными алкоголизмом / Немцов А. В., Орлов А.В. // Вопросы наркологии.—2012. — № 5. — С. 26-38.

58. Пить или не пить? Новая наука об алкоголе и вашем здоровье /Дэвид Натт. — Пер. с англ. — М.: Альпина нон-фикшн, 2021. — 326 с.
59. Alderman MH. Salt, blood pressure, and human health. *Hypertension*. 2000;36(5):890-893. <https://doi.org/10.1161/01.hyp.36.5.890>.
60. Perry IJ. Dietary salt intake and cerebrovascular damage. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2000;10(4):229-235.
61. He FJ, MacGregor GA. A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes. *J Hum Hypertens*. 2009;23(6):363-84. <https://doi.org/10.1038/jhh.2008.144>.
62. Mozaffarian D, Fahimi S, Singh GM, et al. Global sodium consumption and death from cardiovascular causes. *N Engl J Med*.—2014;—371(7):624- <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1304127>.
63. Grillo A, Salvi L, Coruzzi P, Salvi P, Parati G. Sodium Intake and Hypertension. *Nutrients*. 2019 Aug 21;11(9):1970. doi: 10.3390/nu11091970.
64. Salt reduction and iodine fortification strategies in public health: report of a joint technical meeting convened by the World Health Organization and The George Institute for Global Health in collaboration with the International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders Global Network, Sydney, Australia, March 2013. 36 p. ISBN: 9789241506694. <https://www.who.int/publications/item/9789241506694>. — Дата доступа 26.08.2022.
65. Руководство: Потребление натрия для взрослых и детей. Женева: ВОЗ, 2013.—7с.
66. Doukky R, Avery E, Mangla A, Collado FM, Ibrahim Z, Poulin MF, Richardson D, Powell LH. Impact of Dietary Sodium Restriction on Heart Failure Outcomes. *JACC Heart Fail*. 2016 Jan;4(1):24-35. doi: 10.1016/j.jchf.2015.08.007
67. Mente A., O'Donnell M., Rangarajan S., Dagenais G., Lear S., McQueen M., Diaz R., Avezum A., Lopez-Jaramillo P., Lanas F., et al. Associations of urinary sodium excretion with cardiovascular events in individuals with and without hypertension: A pooled analysis of data from four studies. *Lancet*. 2016;388:465–475
68. Institute of Medicine. Dietary reference intakes for water, potassium, sodium chloride, and sulfate. 1st ed. Washington, DC: The National Academies Press; 2004.
69. Потешкина Н.Г. Снижение потребления соли. Эффективность превентивной стратегии. Часть v // Российский кардиологический журнал. — 2014. — №6 (110). — С.85-92.
70. «Руководство по потреблению сахаров взрослыми и детьми. Резюме». ВОЗ. 2015. WHO/NMH/NHD/15.2.
71. 10 фактов о вреде сахара, норма потребления [Электронный ресурс] https://www.ayzdorov.ru/ttermini_sahar.php Дата доступа — 23.08.2022.
72. К чему приводит употребление слабоалкогольных напитков подростками? Алкоголь и дети [Электронный ресурс] Режим доступа: https://meduniver.com/Medical/profilaktika/alkogolnie_napitki_i_podrostki.html. Дата обращения — 22.08.2022.

73. Генделека Г.Ф., Генделека А.Н. Использование сахарозаменителей и подсластителей в диетотерапии сахарного диабета и ожирения //Международный эндокринологический журнал. — 2013. — № 2(50). — С.34-38.
74. P Humphries, E Pretorius & H Naudé Direct and indirect cellular effects of aspartame on the brain *European Journal of Clinical Nutrition* vol.62, pages 451–462 (2008) <https://www.nature.com/articles/1602866>.
75. Liang Chi, Xiaoming Bian, Bei Gao, Pengcheng Tu, Yunjia Lai, Hongyu Ru, and Kun Lu Effects of the Artificial Sweetener Neotame on the Gut Microbiome and Fecal Metabolites in Mice *Molecules*. 2018 Feb; 23(2): 367. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6017827/>.
76. Jotham Suez, Tal Korem, David Zeevi, Gili Zilberman-Schapira, Christoph A. Thaiss, Ori Maza, David Israeli, Niv Zmora, Shlomit Gilad, Adina Weinberger, Yael Kuperman, Alon Harmelin, Ilana Kolodkin-Gal, Hagit Shapiro, Zamir Halpern, Eran Segal & Eran Elinav Artificial sweeteners induce glucose intolerance by altering the gut microbiota *Nature* volume 514, pages181–186 (2014) <https://www.nature.com/articles/nature13793>.
77. Md Shahidul Islam and Ei Sakaguchi Sorbitol-based osmotic diarrhea: Possible causes and mechanism of prevention investigated in rats *World J Gastroenterol*. 2006 Dec 21; 12(47): 7635–7641. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4088045/>.
78. Laura P. Johnson, Gemma E. Walton, Arianna Psichas, Gary S.Frost, Glenn R. Gibson, and Timothy G. Barraclough Prebiotics Modulate the Effects of Antibiotics on Gut Microbial Diversity and Functioning in Vitro *Nutrients*. 2015 Jun; 7(6): 4480–4497. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4488797>.
79. Clarke E, Thompson K, Weaver S et al. Snus: a compelling harm reduction alternative to cigarettes. *Harm Reduct J*. 2019 Nov 27; 16(1): 62. doi: 10.1186/s12954-019-0335-1.
80. Nelson PR, Chen P, Battista DR, et al. Randomized Trial to Compare Smoking Cessation Rates of Snus, With and Without Smokeless Tobacco Health-Related Information, and a Nicotine Lozenge. *Nicotine Tob Res*. 2019 Jan 1; 21(1): 88-94. doi: 10.1093/ntr/nty011.
81. Pisinger C, Dagli E, Filippidis FT, et al. ERS Tobacco Control Committee, on behalf of the ERS. ERS and tobacco harm reduction. *Eur Respir J*. 2019 Dec 4;54(6):1902009. doi: 10.1183/13993003.02009-2019. — Дата доступа 22.08.2022.
82. European Commission, 2017. Special Eurobarometer 458; Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety (DG SANTE). [Electronic resource]. URL: https://ntakd.lrv.lt/uploads/ntakd/documents/files/ebs_458_en.pdf. (Date of the application: 04.09.2022)].
83. Концепция государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года // Распоряжение Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2009 г. №2128-р 2010. — 9с.
84. Мырзаматова А.О. Меры популяционной профилактики, направленные на снижение потребления алкоголя: международный опыт и перспективы усиления мер в Российской Федерации / А.О. Мырзаматова, А.В. Концевая, Б.Э. Горный, О.М. Драпкина // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2020. — №19(3). — С.248-254.

85. Lisa Schölin, Предупреждение вреда, причиняемого подверженностью воздействию алкоголя в период беременности: экспресс-обзор и примеры из практики государств-членов ВОЗ. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. 2017
86. По следам развитых стран: сэкономим миллиарды тенге на здравоохранении. Forbes Kazakhstan. 3.06.2021. https://forbes.kz/process/medicine/po_sledam_razvityih_stran_sekonomim_milliardyi_tenge_na_zdravoohranenii/.
87. Правительство Шотландии объявило войну алкоголизму <https://www.pravda.ru/news/world/303519-alcohol/><https://www.pravda.ru/news/world/303519-alcohol> — Дата доступа 26.08.2022.
88. Концепция снижения вреда от источников неинфекционных заболеваний: оценка экономического эффекта от реализации КСВ: <https://clck.ru/NeRGz>.
89. Глобальный обзор политики в области питания. Европейский портал информации здравоохранения. URL: <https://gateway.euro.who.int/ru/datasets/gnpr-survey/#reformulation-of-foods-and-beverages>. — Дата обращения: 16.09.2022).
90. Salt reduction / World health organization. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/salt-reduction> (дата обращения: 06.10.2022).
91. Активизация мер по сокращению потребления соли в Европе. Комплект вспомогательных ресурсов для стран по снижению потребления соли в европейском регионе ВОЗ. Копенгаген : ВОЗ, 2021. 60 с.
92. Moran AJ, Wang J, Sharkey AL, Dowling EA, Curtis CJ, Kessler KA. US Food Industry Progress Toward Salt Reduction, 2009-2018. *Am J Public Health*. 2022 Feb;112(2):325-333. doi: 10.2105/AJPH.2021.306571. PMID: 35080946; PMCID: PMC8802589].
93. Farley T. Cut the salt. Get the facts: The National Salt Reduction Initiative. New York (NY) New York City Department of Mental Health and Hygiene. Available: www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/cardio/cardio-salt-nsri-faq.pdf. — Дата доступа 16.09.2022.
94. Smith-Spangler C.M., Jusuola J.L., Enns E.A. et al. Population strategies to decrease sodium intake and the burden of cardiovascular disease: a cost-effectiveness analysis. *Ann Intern Med*. 2010 152: 481-487, W170-W173.
95. Reeve B, Magnusson R. Food reformulation and the (neo)-liberal state: new strategies for strengthening voluntary salt reduction programs in the UK and USA. *Public Health*. 2015;129(4):351–363.].
96. Smolinski M., Hamburg M., Lederberg J. Threats to Health in the 21st Century. National Academy of Sciences: Washington DC, USA, 2003.
97. Khullar Dhruv, Rainu Kaushal “Precision Health” for High-Need, High-Cost Patients // *The American Journal of Managed Care*. — September 2018. — Vol. 24, Issue 9.
98. Kazi DS, Bibbins-Domingo K. Accurately Predicting Cardiovascular Risk-and Acting on It. *Ann Intern Med*. 2020;172(1):61-2. <https://doi.org/10.7326/M19-3662>.
99. Development of health technology assessment in China: New challenges / Y. Chen [et al.] // *Biosci Trends*. — 2018. — Vol. 12 (2). — P. 102-108.

100. Salt reduction and iodine fortification strategies in public health: report of a joint technical meeting convened by the World Health Organization and The George Institute for Global Health in collaboration with the International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders Global Network, Sydney, Australia, March 2013. 36 p. ISBN: 9789241506694. <https://www.who.int/publications/item/9789241506694>.– Дата доступа 16.09.2022.
101. Guideline: Sodium intake for adults and children. World Health Organization, 2012. ISBN 978 92 4 150483 <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/110243/retrieve>.–Дата доступа 12.09.2022.
102. ВОЗ: снизить потребление соли. Основные рекомендации. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/salt-reduction>.
103. National institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Guidance on the cardiovascular disease at the population level. Issued: June 2010.NICE public health guidance 25.
104. Howard S., Adams J., White M. Nutritional content of supermarket ready meals and recipes by television chefs in the United Kingdom: cross sectional study. BMJ 2012; 345; e7607– Дата доступа 17.09.2022.
105. He FJ, Brinsden HC, MacGregor GA. Salt reduction in the United Kingdom: a successful experiment in public health. J Hum Hypertens. 2014;28(6):345–352.
106. National Food Strategy: Your future, your food / 2020 Report. — London, 2020. — 35 p. — URL: https://www.nationalfoodstrategy.org/wp-content/uploads/2021/07/NFS_Young-Peoples-Consultation-Report-Final.pdf. — Дата доступа: 15.09.2022.
107. Healthy Schools London. Healthy eating // The London government: website. — URL:<https://www.london.gov.uk/what-we-do/health/healthy-schools-london/awards/resources/healthy-take-aways/healthy-eating> — Дата доступа: 15.09.2022.
108. Healthy Eating criteria map. National resources to help achieve the criteria. — URL:<https://www.london.gov.uk/what-we-do/health/healthy-schools-london/awards/sites/default/files/Healthy%20Eating%20Criteria%20Map.pdf> — Дата доступа: 15.09.2022.
109. Healthier Choice Symbol // Health Promotion Board: website. — URL: <https://www.hpb.gov.sg/food-beverage/healthier-choice-symbol> — Дата доступа: 15.09.2022.
110. Healthier Dining Programme // Health Promotion Board: website. — URL: <https://www.hpb.gov.sg/healthy-living/food-beverage/healthier-dining-programme> (дата обращения: 18.02.2022).
111. Webster J, Trieu K, Dunford E, et al. Salt reduction in Australia: from advocacy to action. Cardiovasc Diagn Ther. 2015;5(3):207–218].
112. Moore M, Jones A, Pollard CM, Yeatman H. Development of Australia’s front-of-pack interpretative nutrition labelling Health Star Rating system: lessons for public health advocates. Aust N Z J Public Health. 2019;43(4):352–354.
113. Shahid M, Neal B, Jones A. Uptake of Australia’s health star rating system 2014–2019. Nutrients. 2020;12(6):1791.
114. Batcagan-Abueg AP, Lee JJ, Chan P, Rebello SA, Amarra MS. Salt intakes and salt reduction initiatives in Southeast Asia: a review. Asia Pacific J Clin Nutr. 2013;22(4):490–504.

115. Zhang J, Astell-Burt T, Seo DC, et al. Multilevel evaluation of 'China Healthy Lifestyles for All', a nationwide initiative to promote lower intakes of salt and edible oil. *Prev Med.* 2014;67:210–215.
116. Li X, Jan S, Yan LL, Hayes A, Chu Y, Wang H, Feng X, Niu W, He FJ, Ma J, Han Y, MacGregor GA, Wu Y. Cost and cost-effectiveness of a school-based education program to reduce salt intake in children and their families in China. *PLoS One.* 2017 Sep 13;12(9):e0183033. doi: 10.1371/journal.pone.0183033. PMID: 28902880; PMCID: PMC5597122.
117. Euromonitor. Dataset: Soft Drinks 2017 [Available from: <http://www.portal.euromonitor.com>].
118. World Health Organization. Guideline: sugars intake for adults and children 2015 [Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149782/1/9789241549028_eng.pdf?ua=1].
119. Welsh JA, Cunningham SA. The role of added sugars in pediatric obesity. *Pediatr Clin N Am.* 2011;58(6):1455–66, xi. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2011.09.009>.
120. Jin, C., Lin, L., Li, C. et al. The sugar and energy in non-carbonated sugar-sweetened beverages: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 19, 1141 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7486-6>.
121. Marriott BP, Hunt KJ, Malek AM, Newman JC. Trends in Intake of Energy and Total Sugar from Sugar-Sweetened Beverages in the United States among Children and Adults, NHANES 2003-2016. *Nutrients.* 2019 Aug 25;11(9):2004. doi: 10.3390/nu11092004. PMID: 31450689; PMCID: PMC6770750.
122. Cawley, J. The impact of the Philadelphia beverage tax on purchases and consumption by adults and children / J. Cawley, D. Frisvold, A. Hill, D. Jones // *J. Health Econ.* — 2019. — 67:102225. doi: 10.1016/j.jhealeco.2019.102225.
123. Edmondson, E. K. Association of a Sweetened Beverage Tax With Soda Consumption in High School Students / E. K. Edmondson, C. A. Roberto, E. F. Gregory [et al.] // *JAMA Pediatr.* — 2021. — No. 175(12). — P. 1261-1268. doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.3991.
124. Sacks, G. Do taxes on unhealthy foods and beverages influence food purchases? / G. Sacks, J. Kwon, K. Backholer // *Curr. Nutr. Rep.* — 2021. — No. 10 (3). — P. 179-187. doi: 10.1007/s13668-021-00358-0.
125. Налоги на вредную пищу в разных странах мира // Электронный журнал: Бюджет.ru. — URL: <https://bujet.ru/article/312265.php?> (дата обращения: 12.09.2022). — Текст: электронный.
126. Shangguan S, Mozaffarian D, Sy S, Lee Y, Liu J, Wilde PE, Sharkey AL, Dowling EA, Marklund M, Abrahams-Gessel S, Gaziano TA, Micha R. Health Impact and Cost-Effectiveness of Achieving the National Salt and Sugar Reduction Initiative Voluntary Sugar Reduction Targets in the United States: A Microsimulation Study. *Circulation.* 2021 Oct 26;144(17):1362-1376. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.121.053678. Epub 2021 Aug 27. PMID: 34445886; PMCID: PMC8555680.
127. Брошюра «Рецепты Карусио» — блюда с низким содержанием соли и высокими вкусовыми качествами // Национальным кардиоваскулярным центром (Осака, Япония) и Национальным медицинским исследовательским центром профилактической медицины (Москва) / НМИЦ, 2013. — 40 с.
128. Eyles H, Trieu K, Jiang Y, Mhurchu CN. Reducing children's sugar intake through food reformulation: methods for estimating sugar reduction program targets, using New Zealand as a case study. *Am J Clin Nutr.* 2020 Mar 1;111(3):622-634. doi: 10.1093/ajcn/nqz313. PMID: 31880774.

- 129.** Moise N, Cifuentes E, Orozco E, Willett W. Limiting the consumption of sugar sweetened beverages in Mexico's obesogenic environment: a qualitative policy review and stakeholder analysis. *J Public Health Policy*. 2011 Nov;32(4):458-75. doi: 10.1057/jphp.2011.39. Epub 2011 Jun 9. PMID: 21654826.
- 130.** Barclay AW, Dietary Glycaemic Index Labelling: A Global Perspective /Barclay AW, [et all] //Nutrients. 2021 Sep 17;13(9):3244. doi: 10.3390/nu13093244. PMID: 34579120; PMCID: PMC8466312.
- 131.** МР 2.3.0122-18. 2.3. Гигиена питания. Цветовая индикация на маркировке пищевой продукции в целях информирования потребителей: методические рекомендации: утверждены Главным государственным санитарным врачом РФ 28.02.2018. — Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс». — Текст: электронный.]
- 132.** «Оценка предотвратимого ущерба при переходе от табакокурения на альтернативные никотино-содержащие продукты с потенциально сниженным уровнем риска на общественное здоровье»: отчет о НИР /ГУ РНПЦ МТ; рук. Д.Ю.Рузанов. — Минск. — 2021.— 110 с.
- 133.** Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation, Geneva, 28 January -- 1 February 2002 / Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva, Switzerland, 2002. 149 p. (WHO technical report series; 916).
- 134.** ФАО, МФСР, ЮНИСЕФ, ВПП и ВОЗ. 2021. Краткий обзор. Положение дел в области продовольственной безопасности и питания в мире — 2021. Преобразование продовольственных систем в интересах обеспечения продовольственной безопасности, улучшения питания и экономической доступности здоровых рационов питания для всех. Рим, ФАО. <https://doi.org/10.4060/cb5409ru>.
- 135.** Гигиеническое обоснование внедрения экспериментального двигательного режима в школах с физкультурно-оздоровительным уклоном / Ж.П. Лабодаева [и др.] // Здоровье и окружающая среда: сб. науч. тр. / Респ. науч.-практ. центр гигиены; гл. ред. В.П. Филонов. — Минск, БелСАинформ, Смэлток, 2009. — Вып. 14. — С 579-583.
- 136.** Жуковская И.В. Тенденции физического здоровья современных школьников в условиях мегаполиса / И.В. Жуковская, Н.А. Грекова, Т.В. Пятеренко // Здоровье и окружающая среда: сб. науч. тр. / Респ. науч.-практ. центр гигиены; гл. ред. Л.В. Половинкин. — Минск: РНПЦГ, 2011. — Вып. 19. — С. 379-383].
- 137.** Popkin, B. M. Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality / B. M. Popkin, C. Corvalan, L. M. Grummer-Strawn // *Lancet*. — 2020. — No. 395. — P. 65-74.
- 138.** Гмошинская М.В., Сафронова А.И., Алешина И.В., Тоболева М.А. Ретроспективное изучение пищевого поведения у детей в различных регионах РФ; *Российский педиатрический журнал*. 2022;3(1):90 — С.90.
- 139.** Доклад ВОЗ Руководство: по потреблению сахаров взрослыми и детьми Резюме Отделе подготовки документов ВОЗ, Женева, Швейцария, 2015. — 11 с.
- 140.** Социальное положение и уровень жизни населения Республики Беларусь Статистический сборник Национальный статистический комитет Республики Беларусь, Минск 2021 — 250 с.
- 141.** Социальное положение и уровень жизни населения Республики Беларусь Статистический сборник Национальный статистический комитет Республики Беларусь, Минск 2016 — 386 с.].

- 142.** Берёзова А.А., Янец А.Л. Осведомленность школьников о профилактике сахарного диабета второго типа // сборник материалов конференции студентов и молодых ученых, посвященной 100-летию со дня рождения А. З. Нечипоренко, Гродно, 21–22 апреля 2016 года, — С. 270].
- 143.** Гузик Е.О. Организация школьного питания в Республике Беларусь // Здоровье населения и среда обитания. 2022. Т. 30. № 10. С. 22—31. doi: <https://doi.org/10.35627/2219-5238/2022-30-10-22-31>].
- 144.** Гузик Е.О. Здоровье учащихся Республики Беларусь и пути минимизации факторов риска его формирующих: монография /Белорус. мед. акад. последиплом. образования; Е. О. Гузик. — Минск : БелМАПО, 2020. — 334 с.
- 145.** Tobacco control plan England — https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/630217/Towards_a_Smoke_free_Generation_-_A_Tobacco_Control_Plan_for_England_2017-2022__2_.pdf 2021.
- 146.** Kambovski, Vl., Fiti, T., Dimovski, A., Tonikj-Ribarska, J., Pejov, Lj, Mujoska Trpevska, E. The social approach and acceptance of harm reduction through science and research// Center for Strategic research «Ksente Bogoev», Macedonian Academy of Sciences and Arts, 2021.
- 147.** Федоренко Е.В., Коломиец Н.Д., Мохорт Т.В., Сычик С.И., Бельшева Л.Л., Мохорт Е.Г., Петренко С.В. К вопросу интеграции программ ликвидации йоддефицита и снижения потребления соли // Вопросы питания. 2022. Т. 91, № 3. С. 53–63. DOI: <https://doi.org/10.33029/0042-8833-2022-91-3-53-63>.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Направления деятельности в области питания и поощрения здорового пищевого рациона в Республике Беларусь

Направление	Характеристика	Реализация на национальном уровне, краткая характеристика
Политика, стратегии и планы, касающиеся питания	Национальная политика, стратегии и планы действий в области питания	Отдельный документ отсутствует. Отдельные элементы отражены в Государственных программах «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2016–2019 и 2021–2025 годы
Кадровый потенциал в области питания	Высшие учебные заведения, осуществляющие подготовку кадров в области питания	Подготовка по вопросам нутрициологии проводится в рамках учебных планов и программ на профильных кафедрах в медуниверситетах
	Подготовленные нутрициологи и диетологи, работающие в областях, связанных с питанием, в государственном или негосударственном секторе	Подготовка по вопросам нутрициологии проводится в рамках учебных планов и программ на профильных кафедрах БелМАПО
Питание матерей, детей грудного и раннего возраста	Инициатива «Больница, доброжелательная к ребенку» (ИБДР) Поощрение грудного вскармливания и консультирование по вопросам грудного вскармливания Консультирование или просвещение по вопросам введения прикорма Элементы мероприятий по поощрению грудного вскармливания и консультированию по вопросам грудного вскармливания Элементы консультирования или просвещения по вопросам введения прикорма Элементы мониторинга и создания благоприятных условий для физического развития детей младше 5 лет Мониторинг и создание благоприятных условий для физического развития детей младше 5 лет	Реализуется
Программы школьного здравоохранения и питания	Элементы политики, программы или стандарт в области здравоохранения и питания в школах	Отражены в специфических санитарно-эпидемиологических требованиях к содержанию и эксплуатации учреждений образования, утвержденных постановлением Совета министров Республики Беларусь от 7 августа 2019 г. № 525
	Политика и программы в области школьного здравоохранения и питания, а также связанные с этой областью стандарты	
	Стандарты или правила в отношении пищевых продуктов и напитков, потребляемых во время пребывания в школе	
Рекомендации по питанию	Национальные руководства по питанию	Разработаны рамочные

Направление	Характеристика	Реализация на национальном уровне, краткая характеристика
Маркировка с информацией о пищевой ценности	Внедрение маркировки с указанием пищевой ценности	Реализовано частично в части декларации количества нутриентов и энергетической ценности, перечня ингредиентов
	Маркировка пищевых продуктов и напитков с указанием их пищевой ценности	Реализовано
Изменение рецептуры пищевых продуктов и напитков	Меры по изменению рецептуры пищевых продуктов и напитков	Были реализованы в рамках Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2016-2019
	Меры по изменению рецептуры для снижения содержания определенных питательных веществ	
Исключение транс-жирных кислот	Меры, направленные на запрещение или фактическое исключение промышленных трансжирных кислот	Установлено предельное содержание транс-жиров не более 2% в отдельных видах масложировой продукции
Налогово-бюджетная политика	Меры налогово-бюджетной политики, направленные на поощрение здорового пищевого рациона	Не применяются
Маркетинг пищевых продуктов и безалкогольных напитков	Определения для ограничения ориентированного на детей маркетинга пищевых продуктов и безалкогольных напитков	Отсутствуют
	Меры по регламентированию или методическому руководству в вопросах ориентированного на детей маркетинга пищевых продуктов и безалкогольных напитков	Пищевой профиль в отношении пищевых продуктов для детей отражен в инструкции по применению
	Меры по регламентированию или методическому руководству в вопросах ориентированного на детей маркетинга пищевых продуктов для определенных каналов коммуникации	Отсутствуют
Контроль размеров порций	Меры по контролю размеров порций	Не применяются
Кампании в СМИ	Кампании в средствах массовой информации, посвященные здоровому пищевому рациону и питанию	Проводятся
Просвещение и консультирование	Просвещение и консультирование по вопросам питания в первичном звене медико-санитарной помощи или в других учреждениях	Проводятся
Обследование потребления пищевых продуктов/пищевых веществ	Исследования потребления пищевых продуктов/питательных веществ	Проводятся периодически для отдельных категорий населения
	Методы, использованные для оценки потребления пищевых продуктов/питательных веществ в ходе страновых исследований	Разработаны, внедрены
	Оценка потребления пищевых продуктов/питательных веществ в ходе исследований	Проводится

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Политики ВОЗ в области профилактики алиментарнозависимых НИЗ и оценка их реализации в Республике Беларусь

Политики ВОЗ		Текущая ситуация с осуществлением в Республике Беларусь	Оценка ВОЗ
Мера	Описание		
Соль			
Эпиднадзор: оценка и мониторинг потребления соли	Оценка и мониторинг моделей потребления соли среди населения, а также содержания натрия в пище	Исследование STEPS 2016–2017 гг. содержало вопрос о моделях потребления соли, включало анализ мочи для оценки потребления соли Мониторинг содержания натрия в пищевых продуктах отсутствует	75%
Вовлечение промышленности в процесс изменения состава продуктов	Установление целевых пределов содержания соли в пищевых продуктах и готовых блюдах и реализация стратегий, направленных на изменение состава продуктов	Установлены ограничения уровня соли в пищевой продукции для детского питания, определены критерии для отнесения продукта к категории с низким содержанием соли	50%
Установление стандартов маркировки: внедрение пищевых профилей для эффективной и точной маркировки и маркетинга продуктов питания	Принятие системы маркировки пищевых продуктов на лицевой стороне упаковок (например, цветная кодировка этикетки по содержанию соли, предупреждения о высоком содержании соли)	Реализована НИР по разработке качественных и количественных критериев по профилированию пищевой продукции на основе ингредиентного состава и пищевой ценности, 2019–2021 гг.	25%
Повышение осведомленности: информационно-просветительская работа, направленная на снижение уровня потребления соли	Осуществление интегрированных образовательных и просветительских кампаний с целью повышения осведомленности о пищевых источниках соли и вреде соли для здоровья, нацеленных на изменение пищевых привычек	Проводятся кампании по вопросам здорового питания	25%
Окружение: создание условий, способствующих поощрению здорового питания	Осуществление многокомпонентных стратегий, направленных на сокращение потребления соли в общественных местах (например, в школах, на рабочих местах, в больницах)	Сокращен уровень соли в продуктовых наборах для питания пациентов в организациях здравоохранения, образовательных учреждениях	25%
Сахар			
Сокращение потребления сахара за счет эффективного налогообложения сахаросодержащих напитков		Действия ограничены. Установлено льготное налогообложение для отделочных видов специализированной пищевой продукции	
Установление стандартов маркировки: внедрение пищевых профилей для эффективной и точной маркировки и маркетинга продуктов питания		Законодательно установлены критерии для маркировки продукции с низким / без содержания сахара, определен максимально допустимый уровень сахара в пищевой продукции, предназначенной для питания при сахарном диабете	
Вовлечение промышленности в процесс изменения состава продуктов		Реализовывались в рамках Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2016–2019 гг.	

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Общая заболеваемость некоторыми НИЗ у детей в возрасте 0–17 лет Республики Беларусь, 2012–2021 годы

Возраст детей, лет	Заболеваемость на 100 тыс. детей, 2021 г.	Соотношение заболеваемости 2021 / 2012 гг., %	Парный линейный коэффициент корреляции	Средний уровень заболеваемости за 10-летний период	Средний уровень темпа прироста (убыли)
Новообразования					
1–4	597,5	100,4	-0,09	589,1	0,04
5–9	456,0	122,7	0,82	435,2	2,30
10–14	589,4	134,8	0,91	533,0	3,37
15–17	884,6	132,5	0,91	807,8	3,17
0–17	668,9	120,6	0,76	636,9	2,10
Болезни системы кровообращения					
1–4	396,0	78,1	-0,85	444,9	-2,71
5–9	866,2	86,0	-0,19	990,5	-1,67
10–14	1968,5	85,2	-0,67	2183,5	-1,77
15–17	4856,0	91,2	-0,05	5458,3	-1,02
0–17	1631,9	83,6	-0,62	1815,5	-1,97
Сахарный диабет					
1–4	47,1	162,7	0,91	37,1	5,56
5–9	140,7	186,2	0,97	110,0	7,15
10–14	266,4	177,7	0,96	195,4	6,60
15–17	322,1	172,0	0,98	261,5	6,21
0–17	176,6	177,1	0,99	132,0	6,56
Ожирение					
1–4	42,9	83,9	-0,76	44,2	-1,93
5–9	264,9	69,3	-0,96	324,6	-3,99
10–14	808,7	82,0	-0,93	929,6	-2,19
15–17	1446,8	147,2	0,97	1220,0	4,39
0–17	531,9	97,3	-0,74	532,0	-0,31

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

КОНЦЕПЦИЯ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА ОТ ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ТАБАКОКУРЕНИЕ, ЧРЕЗМЕРНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ, САХАРА И СОЛИ)

Введение

Здоровье населения — безусловная общественная ценность, приоритет национальной социальной стратегии, основа национального богатства и национальной безопасности Республики Беларусь. На популяционном уровне здоровье населения влияет на социально-экономическое развитие, жизнестойкость и геополитические перспективы страны.

Поскольку перспективы развития Республики Беларусь определяются, прежде всего, состоянием и динамикой народонаселения, его количественными и качественными характеристиками, охрана общественного здоровья — одна из приоритетных задач социальной политики государства.

Однако, как и в других странах Европейского региона, в Беларуси остаются проблемы и трудности в области охраны здоровья.

Вызовом XXI века в условиях глобализации мировой цивилизации, внедрения новых стандартов поведения, культуры, общественной жизни является высокий уровень заболеваемости и смертности от неинфекционных болезней, связанный с:

- неправильным образом жизни (курение, чрезмерное потребление алкоголя, неадекватное питание);
- рискованным поведением молодежи (наркотики, алкоголь, преступность);
- экологическими проблемами, вызывающими, прежде всего, хромосомные нарушения и врожденные пороки развития;
- социальными неблагоприятными условиями жизни (безработица, миграция и др.).

Возникший в последние десятилетия комплекс социально-экономических, демографических и экологических факторов в обществе негативно влияет не только на состояние здоровья населения, но и на состояние здравоохранения. Все возрастающий спрос на медицинские услуги, с одной стороны, и недостаточное обеспечение матери-

альными и финансовыми ресурсами здравоохранения с другой, создают определенные проблемы в оказании медицинских услуг.

Принимая во внимание рост числа заболеваний, бремя которых затрагивает все сферы социально-экономической жизни страны, основой улучшения здоровья нации является усиление профилактики заболеваний на всех уровнях, снижение факторов риска заболеваний, формирование здорового образа жизни и усиление ответственности граждан за свое здоровье.

Обоснование необходимости разработки концепции снижения вреда от факторов риска НИЗ

Глобальный вызов последних лет — хронические неинфекционные заболевания (НИЗ): злокачественные новообразования (ЗН), болезни системы кровообращения (БСК), сахарный диабет (СД) и хронические респираторные заболевания (ХОБЛ). Они распространены во всех возрастных группах и всех странах, включая Республику Беларусь.

Преждевременная смертность, заболеваемость и инвалидизация населения, связанные с НИЗ, негативно воздействуют на социально-экономическое развитие. НИЗ вызывают увеличение расходов на здравоохранение, социальную поддержку и обеспечение, обуславливают рост временной нетрудоспособности.

В основе развития НИЗ лежат факторы риска (ФР) — потенциально опасные для здоровья факторы поведенческого, генетического, экологического, социального характера, повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирование и неблагоприятный исход. Дети, взрослые и пожилые люди — все уязвимы перед факторами риска, способствующими развитию НИЗ, это табакокурение, злоупотребление алкоголем, солью и сахаром.

Проблемы, связанные с табакокурением, чрезмерным потреблением алкоголя, соли и сахара перестали быть медицинскими проблемами или проблемами только отдельных лиц, они затрагивают здоровье, благополучие и безопасность всего населения страны, влияя на национальное развитие и потенциал страны.

Учитывая вышеизложенное, а также тот факт, что любую болезнь легче и дешевле предупредить, чем лечить, борьба с факторами риска — наиболее экономичный и эффективный подход к решению глобальной проблемы распространения НИЗ.

Обоснованием для разработки Концепции снижения вреда от факторов риска НИЗ явились следующие предпосылки и условия:

- высокий уровень заболеваемости, инвалидности и смертности от НИЗ;
- тенденция увеличения заболеваемости и смертности населения трудоспособного возраста от неинфекционных болезней;
- катастрофически высокая распространенность ФР среди населения страны;
- недостаточная эффективность запрещающих методик и ограничений опасного поведения;
- значительные прямые и косвенные экономические потери от алкоголизации населения, табакокурения, чрезмерного потребления соли и сахара, наносящие ощутимый вред развитию страны;
- научные данные, свидетельствующие о снижении потерь здоровья, связанных с факторами риска НИЗ, о меньшем экономическом ущербе для государства и минимизации нагрузки на здравоохранение страны;
- наличие альтернативной продукции.

Положительный опыт внедрения КСВ от табакокурения, меры по предотвращению чрезмерного потребления соли и сахара в других странах, а также от наркозависимости, в том числе в Республике Беларусь, позволяет считать данный подход приемлемым для нашей страны. Внедрение КСВ от ФР НИЗ в национальную политику в области общественного здоровья Республики Беларусь целесообразно, поскольку осуществляемые в настоящее время национальные меры политики, стратегии, законодательные механизмы и инвестиции разбиты на отдельные направления.

Таким образом, назрела необходимость разработки единого документа, определяющего государственную политику в области борьбы с факторами риска развития НИЗ — Концепции снижения вреда от факторов риска НИЗ в Республике Беларусь на основе имеющихся научных данных с учетом зарубежного опыта.

Общие положения

Сложившиеся тенденции в Республике Беларусь вкпе с научными данными международных исследователей определяют назревшую необходимость формирования единой политики в области общественного здравоохранения в отношении ФР НИЗ.

В качестве основы формирования национальной политики в области общественного здоровья Республики Беларусь разработана настоящая Концепция снижения вреда от факторов риска неинфекционных заболеваний (табакокурение, чрезмерное потребление алкоголя, соли и сахара), в соответствии с основными направлениями социально-экономического развития Республики Беларусь, Национальной стратегией устойчивого развития Республики Беларусь до 2035 года, Программой социально-экономического развития Республики Беларусь, Концепцией демографической политики Республики Беларусь, Стратегией научно-технического и инновационного развития здравоохранения Республики Беларусь до 2025 года и на период до 2040 года, иными нормативными правовыми актами, а также общепризнанными принципами и нормами международного права в области охраны здоровья населения и демографической безопасности страны с учетом местного и международного опыта.

Настоящая Концепция определяет цели, задачи и механизмы реализации государственной политики по снижению вреда от факторов риска неинфекционных заболеваний (табакокурение, злоупотребление алкогольной продукцией, чрезмерное потребление соли и сахара) среди населения Республики Беларусь на период до 2040 года.

Концепция снижения вреда от факторов риска неинфекционных заболеваний представляет собой новую парадигму политики в области общественного здоровья Республики Беларусь.

Концепция основывается на принципах преемственности, системности, комплементарности, научной обоснованности приоритетов государственной политики Республики Беларусь.

Цель и задачи КСВ непосредственно корреспондируют с новым подходом, предложенным в Национальной стратегии устойчивого социально-экономического развития Республики Беларусь, согласно которому показатели развития человеческих ресурсов носят приоритетный характер по отношению к параметрам экономического роста.

Новизна Концепции определяется тем, что впервые в реализации мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения с момента рождения до достижения пожилого возраста, достижения стабильной положительной динамики демографических показателей предполагается участие широкого круга министерств и ведомств путем тесного межведомственного взаимодействия, а также участие всего общества.

Задачи и мероприятия, предлагаемые в рамках реализации КСВ, не дублируются в других выполняемых или планируемых к выполнению госпрограммах, концепциях, стратегиях.

Реализация государственной политики по снижению вреда от ФР НИЗ среди населения Республики Беларусь на период до 2030 года направлена на снижение объемов потребления населением табака, алкогольной продукции, соли и сахара, сокращение уровня заболеваемости и смертности, увеличение продолжительности жизни населения, улучшение демографической ситуации в стране, формирование стимулов к здоровому образу жизни, а также будет способствовать достижению Целей устойчивого развития Республики Беларусь.

На основании анализа состояния здоровья населения Республики Беларусь за последние 10 лет, основных тенденций медико-демографических процессов и прогнозных показателей на период до 2040 года, исходя из необходимости решения проблем в целях улучшения демографической ситуации, определены содержание, цели и задачи настоящей Концепции.

Неинфекционные заболевания и факторы риска их развития — текущая ситуация в Республике Беларусь

В последние годы произошло изменение баланса заболеваний в популяции с преимущественного доминирования инфекционных заболеваний к преобладанию неинфекционных заболеваний. НИЗ являются основной причиной нетрудоспособности, заболеваемости и преждевременной смертности населения и на их долю, по данным Европейского Бюро ВОЗ, в настоящее время приходится 90% смертности и 77% бремени этих болезней.

Табакокурение — одна из наиболее важных причин заболеваемости и преждевременной смерти. По результатам исследования STEPS-2016 в Беларуси среди взрослого населения (от 18 до 69 лет) курили 48,4% мужчин и 12,6% женщин. Результаты STEPS-2020 показали небольшое, но статистически значимое снижение распространенности курения среди мужчин — до 41,9%, и незначительное снижение среди женщин — до 11,3%.

В результате многочисленных эпидемиологических и лабораторных исследований получены научные доказательства о связи курения с развитием заболеваний практически каждой патофизиологической системы организма человека и увеличением инвалидности.

Потребление алкоголя в Беларуси стабильно составляет более 10 л на человека в год, что значительно больше критического уровня, установленного ВОЗ (8 л), причем преобладает крепкий алкоголь (49%). В то же время очевидно, что чем меньше крепость потребляемых населением напитков, тем меньше негативных последствий для общественного здоровья.

Основные последствия злоупотребления алкоголем включают сверхсмертность мужчин, снижение продолжительности жизни, потерю здоровья, снижение рождаемости, ухудшение наследственности и здоровья детей. Злоупотребление алкоголем увеличивает вероятность смертности от БСК (ишемической болезни сердца, повышенного артериального давления, геморрагического инсульта, аритмии, кардиомиопатии), несчастных случаев, травм и внезапной остановки сердца.

Согласно экспертным оценкам, прямые экономические потери, связанные со злоупотреблением алкоголя, в Республике Беларусь составили 7,23% ВВП в 2008 г., 5,6% ВВП в 2012 г., что значительно превышает поступающие в государственный бюджет средства от производства и оборота алкогольной продукции.

Избыток поваренной соли оказывает вредное влияние на организм человека. В рамках исследования STEPS-2016 показано, что среднесуточное потребление соли мужчинами (12,4 г) значительно выше, чем среднесуточное потребление соли женщинами (9,0 г) при том, что рекомендуемое ВОЗ потребление соли — не более 5 г. Повышенное потребление соли способствуют повышению артериального давления и увеличивает риск развития БСК.

Потребление сахара в Беларуси составляет около 70 граммов в день, что значительно больше рекомендованной ВОЗ нормы (30 г). Неконтролируемое потребление сахара приводит к возникновению избыточной массы тела и отрицательному воздействию на сердечно-сосудистую и другие системы организма, вызывает развитие сахарного диабета II типа, атеросклероз, ожирение, бесплодие.

Опасения вызывает увеличение темпов распространения социально значимых неинфекционных заболеваний.

Анализ соотношения общей и первичной заболеваемости свидетельствует о значительном накоплении в стране хронической патологии. За последние 10 лет (2012–2021 гг.) уровень заболеваемости увеличился по нескольким классам болезней: болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (на 46,4%); новообразования (на 18,9%); БСК (на 9,6%).

В Республике Беларусь, как и во всем мире, сахарный диабет — значимая медико-социальная проблема. В настоящее время на диспансерном учете состоит 363 тыс. чел., ежегодно выявляется 29,7 тыс. новых случаев заболевания.

Следствием накопления в обществе хронической неинфекционной патологии является высокий уровень инвалидизации населения: в 2021 г. уровень первичной инвалидности составил 61,12

на 10 000 населения от 18 лет и старше. Лидирующие причины инвалидности — БСК, новообразования, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Демографические процессы в стране сопровождаются высоким уровнем смертности от неинфекционных болезней и, в первую очередь, от БСК, которые фактически определяют уровень общей смертности населения страны. Эти заболевания играют существенную роль в снижении средней продолжительности жизни населения.

На протяжении ряда лет фиксируется негативный феномен «сверхсмертности» мужчин трудоспособного возраста. Смертность мужчин 15–60 лет в стране в 3–4,5 раза выше, чем в странах Европейского Союза. По причине БСК смертность мужчин в трудоспособном возрасте более чем в шесть раз выше по сравнению с женщинами, в том числе по причине инфаркта миокарда — более чем в 20 раз. У мужчин более чем в 2 раза выше смертность по причине рака, в 6,4 раза — от внешних причин. Гендерное различие смертности следует рассматривать как серьезный вызов социально-экономическому развитию страны.

В ближайшие десятилетия все еще прогнозируется естественная убыль населения. Наблюдается снижение численности лиц трудоспособного возраста и ее доли в общей численности населения. Продолжается увеличение численности пожилых людей. На начало 2022 г. в стране проживало 2195,2 тыс. лиц в возрасте старше трудоспособного, или 23,0% населения (в городской местности — 22,1%; в сельской местности — 29,4%). Прогнозируется продолжение процесса старения населения.

Увеличение ожидаемой продолжительности жизни приводит к росту числа жителей старших возрастных групп. Накопление у них хронической патологии, с одной стороны, требует увеличения объемов медицинской помощи, а с другой — медицинской, социальной помощи и длительного ухода. Обеспечение социальных гарантий пожилым гражданам, равно как и несовершеннолетним, возможно только с опорой на трудоспособное население. В том числе и поэтому необходимо принятие мер по снижению смертности в трудоспособном возрасте и повышению уровня здоровья трудоспособных граждан.

В условиях нестабильности численности населения и снижения его трудоспособной части актуальным становится вопрос сохранения уже имеющихся человеческих ресурсов и повышения качественных характеристик населения, их соответствия требованиям инновационного развития.

Цель и задачи концепции

Цель Концепции – снижение уровня негативных медицинских, социальных и экономических последствий от факторов риска неинфекционных заболеваний и увеличение продолжительности здоровой жизни.

Для достижения поставленной цели необходимо:

- обеспечить приоритет профилактики и контроля неинфекционных заболеваний в соответствии с действующим законодательством в области здравоохранения, с глобальной и региональной политикой Всемирной организации здравоохранения;
- обеспечить эффективную координацию многосекторальных действий на основе коммуникаций правительства и общества с привлечением неправительственных организаций, ориентированных на общественное здравоохранение, профессиональных ассоциаций и групп гражданского общества;
- разработать и внедрить дифференцированные меры фискальной политики стимулирующего и ограничивающего характера в зависимости от степени вреда продукции;
- создать комплексную систему мониторинга неинфекционных заболеваний, их факторов риска и социальных детерминант, а также оценки результатов, полученных в результате внедрения КСВ от ФР НИЗ;
- обеспечить профилактику неинфекционных заболеваний на протяжении всего жизненного цикла посредством всеобщего и доступного охвата услугами первичной медицинской помощи;
- развивать и поддерживать научный потенциал для внедрения актуальных исследований и эффективных разработок в сфере профилактики неинфекционных заболеваний;
- обеспечить обучение и повышение осведомленности медицинских и педагогических работников об основных положениях КСВ.

Возможные варианты решения задач, оценка преимуществ и рисков

По задаче «Поднять приоритет профилактики и контроля неинфекционных заболеваний в соответствии с действующим законодательством в области здравоохранения, с глобальной и региональной политикой Всемирной организации здравоохранения»:

- разработка и внедрение информационной стратегии по пропаганде здорового образа жизни (ЗОЖ);
- создание сети «Школа — территория здоровья»;
- проведение массовых профилактических акций для всех возрастных групп населения по основным факторам риска неинфекционных заболеваний;
- создание постоянно действующих площадок формирования ЗОЖ, культуры здорового питания для детей, подростков и молодежи;
- продвижение и развитие проекта «Здоровые города и поселки» в регионах республики;
- усиление профилактической работы по трем компонентам: образовательный (представление о действии химических веществ, входящих в состав табачного дыма, алкоголя, а также сахарозы и хлорида натрия); психологический (коррекция особенностей личности, способствующих возникновению зависимостей); социальный (помощь в социальной адаптации человека, обучение навыкам здорового образа жизни).

По задаче «Обеспечить эффективную координацию многосекторальных действий на основе коммуникаций правительства и общества с привлечением неправительственных организаций, ориентированных на общественное здравоохранение, профессиональных ассоциаций и групп гражданского общества»:

- активизация работы Межведомственного координационного совета по профилактике, борьбе и контролю неинфекционных заболеваний при Совете Министров Республики Беларусь;
- обеспечение эффективных коммуникаций между регуляторами, секторами народного хозяйства, научными организациями, обществом, потребителями, в том числе посредством круглых столов, конференций, семинаров;

- унификация законодательства, направленного на борьбу с ФР НИЗ;
- актуализация законодательства в сфере производства, оборота и продвижения продукции, являющейся источником ФР НИЗ.

По задаче «Разработать и внедрить дифференцированные меры фискальной политики стимулирующего и ограничивающего характера в зависимости от степени вреда продукции»:

- обеспечение роста производства и оборота полезной (менее вредной) продукции и снижение налогов на нее;
- сокращение производства и оборота вредной продукции и увеличение налогов на нее.

По задаче «Создать комплексную систему мониторинга неинфекционных заболеваний, их факторов риска и социальных детерминант, а также оценки результатов, полученных в результате внедрения КСВ от ФР НИЗ»:

- выборочное обследование домашних хозяйств по изучению влияния поведенческих факторов на состояние здоровья населения;
- мониторинг стандартизированной по возрасту распространённости употребления табака среди лиц от 15 лет (STEPS исследование), недостаточной физической активности среди подростков и лиц от 18 лет;
- мониторинг организации диетического питания детей с избыточной массой тела и ожирением в учреждениях образования;
- мониторинг выпуска массовых сортов хлебобулочных изделий с постепенным снижением содержания соли;
- социологические исследования по выявлению уровней табакокурения, потребления населением алкоголя, соли и сахара.

По задаче «Обеспечить профилактику неинфекционных заболеваний на протяжении всего жизненного цикла посредством всеобщего и доступного охвата услугами первичной медицинской помощи»:

- осуществление специалистами амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения постоянного скрининга факторов риска, определение артериального давления в рамках диспансеризации населения, оказание необходимой медицинской помощи

пациентам с ФР с целью предотвращения развития у них острых и хронических заболеваний;

- внедрение новых программ по профилактике, борьбе и контролю НИЗ для различных целевых групп, в том числе для специалистов общественного здравоохранения;
- внедрение алгоритмов ведения пациентов с наиболее распространёнными неинфекционными заболеваниями и клинических протоколов по неинфекционным заболеваниям в практику врача общей практики;
- оснащение кабинетов профилактики и формирования ЗОЖ, школ профилактики диабета и диабетической стопы, школ для пациентов с артериальной гипертензией, болезнями органов дыхания, перенесших инфаркт миокарда и др. муляжами, информационными и тестовыми компьютерными программами;
- реализация комплекса мер, направленных на своевременное выявление, обеспечение постоянного контроля за группами риска смертности от предотвратимых причин; обучение населения групп риска (их родственников) навыкам распознавания угроз жизни, оказания первой помощи;
- обеспечение повышения квалификации медицинских работников с целью обучения эффективным методам многоуровневой профилактики заболеваемости и смертности населения из групп риска;
- расширение масштабов проведения скрининга состояния здоровья населения групп риска по неинфекционным заболеваниям, представляющим наибольшую угрозу для жизни.

По задаче «Стимулировать здоровьесохраняющее поведение индивидуумов и формирование соответствующих условий в трудовых коллективах»:

- обеспечить информирование заинтересованных, в том числе с использованием современных информационно-коммуникационных технологий;
- влияние на образ жизни индивидуума с целью коррекции поведения путем предложения менее вредной продукции и предоставления информации о ней.

По задаче «Развивать и поддерживать научный потенциал для внедрения актуальных исследований и эффективных разработок в сфере профилактики неинфекционных заболеваний»:

- проведение научно-исследовательских работ по разработке качественных и количественных критериев оценки влияния факторов риска заболеваний на их течение и прогноз;
- поиск новых альтернатив вредной продукции.

По задаче «Обеспечить обучение и повышение осведомленности медицинских и педагогических работников об основных положениях КСВ»:

- разработка тематического курса «Разработка и реализация профилактических программ на территориальном уровне» и включение его в учебный план последипломного профессионального обучения специалистов в области общественного здоровья и здравоохранения;
- разработка программ подготовки преподавателей-тренеров по повышению физической активности всех групп населения; по вопросам рационального и безопасного питания, снижения вреда от ФР НИЗ (табакокурение, чрезмерное потребление алкоголя, соли и сахара).

Одним из важнейших условий реализации поставленных задач КСВ станет тесное межведомственное взаимодействие, выработка единой политики в области профилактики развития НИЗ, производства и оборота вредной продукции, рекламы и других действий по предотвращению табакокурения, чрезмерного потребления алкоголя, соли и сахара. Преимуществом КСВ является выделение в качестве отдельных блоков мероприятий, проводимых на популяционном и индивидуальном уровнях.

Ключевые положения концепции снижения вреда от факторов риска НИЗ

Комплексный подход определяет необходимость создания межведомственной рабочей группы, включающей представителей всех регуляторов, по внедрению КСВ и разработке соответствующих нормативных правовых актов, которые должны

учитывать **общие рекомендации** по реализации КСВ от ФР НИЗ:

- обеспечить приверженность принципам КСВ республиканских органов государственного управления;
- обеспечить эффективную координацию многосекторальных действий на основе коммуникаций правительства и общества с привлечением неправительственных организаций, ориентированных на общественное здравоохранение, профессиональных ассоциаций и групп гражданского общества;
- актуализировать законодательство в сфере производства, оборота и продвижения продукции, являющейся источником ФР НИЗ, в соответствии с принципами КСВ;
- разработать и внедрить дифференцированные меры фискальной политики стимулирующего и ограничивающего характера в зависимости от степени вреда продукции;
- обеспечить эффективные коммуникации между регуляторами, секторами народного хозяйства, научными организациями, обществом, потребителями, в том числе посредством круглых столов, конференций, семинаров;
- обеспечить обучение и повышение осведомленности медицинских и педагогических работников об основных положениях КСВ;
- усилить профилактическую работу по трем компонентам: образовательный (представление о действии химических веществ, входящих в состав табачного дыма, алкоголя, а также сахарозы и хлорида натрия); психологический (коррекция особенностей личности, способствующих возникновению зависимостей); социальный (помощь в социальной адаптации человека, обучение навыкам здорового образа жизни);
- способствовать формированию общественного мнения о здоровьесохраняющем поведении и стимулировать такое поведение на уровне индивидуумов и трудовых коллективов.

Основной подход, который предусматривается КСВ — это влияние на образ жизни индивидуума путем коррекции поведения, а также предложения менее вредной продукции и предоставления информации о ней.

При разработке положений КСВ от факторов риска НИЗ (злоупотребление алкоголем, табакокурение, чрезмерное потребление соли и сахара) необходимо учитывать общие принципы снижения вреда:

- уважение прав людей, имеющих ФР развития НИЗ, избегание стигмы;
- использование только научно обоснованных данных, доказательной базы;
- принцип социальной справедливости;
- сотрудничество с группами людей, имеющих ФР НИЗ.

Для повышения эффективности проводимых мероприятий по снижению вредных последствий от потребления табака, алкоголя, соли и сахара, улучшению здоровья населения, снижению экономического ущерба наряду с применяемыми методами ограничений и запретов реализация комплексной политики снижения вреда путем поддержки перехода от курения сигарет к потреблению альтернативных инновационных продуктов; от потребления крепкого алкоголя к потреблению слабоалкогольных напитков; и снижение уровня соли и сахара в рационах, а также использование заменителей и пищевых добавок.

На популяционном уровне — стимулирование производства и оборота продукции с пониженным риском, которая является альтернативой для рассматриваемых факторов риска НИЗ (злоупотребление алкоголем, табакокурение, чрезмерное потребление соли и сахара).

На индивидуальном уровне — применение комплекса мер, стимулирующих мотивацию к здоровому образу жизни индивидуума.

Примечание: в условиях Республики Беларусь при совместной реализации программ по профилактике НИЗ, ассоциированных с избыточным поступлением соли, необходимо учитывать национальные условия — необходимость популяционной профилактики дефицита йода, обязательность использования йодированной соли в пищевой промышленности, уровень ее обогащения, содержание указанного микронутриента в пищевых продуктах и структуру их потребления среди отдельных групп населения.

Относительно отдельных факторов риска, учитывая их специфику, предлагается применить следующие меры регулирования.

Табакокурение. Реализация комплексной политики снижения вреда от табакокурения путем поддержки перехода от курения сигарет к потреблению альтернативных инновационных никотинсодержащих продуктов и никотинозаменителей наряду с применяемыми методами ограничений и запретов.

Мероприятия:

1. предотвращение начала потребления табака (организация и проведение мероприятий, направленных на профилактику табакокурения среди несовершеннолетних, среди беременных и кормящих матерей; дальнейшее ограничение фактической и экономической доступности табачных изделий);
2. поддержка отказа от курения, в том числе путем перехода от курения сигарет к потреблению альтернативных инновационных доказанно менее вредных для здоровья никотинсодержащих продуктов и никотинозаменителей;
3. информирование медицинского персонала и целевых групп населения об альтернативной продукции (организация и проведение тренингов по наиболее эффективным способам бросить курить; предоставление населению научно обоснованной информации об относительном вреде традиционной никотинсодержащей продукции, электронных сигарет, систем нагревания табака для принятия обоснованных решений);
4. поддержка научных исследований относительного вреда электронных сигарет и другой инновационной продукции и ее применение для помощи в отказе от курения, подготовка научно обоснованных рекомендаций медикам для консультирования курящего населения, которое хочет использовать электронные сигареты или другие системы употребления никотина, чтобы бросить курить.

Алкоголь. Наряду с применяемыми методами ограничений и запретов стимулировать изменение структуры потребления населением алкогольных напитков за счет уменьшения доли потребления крепких алкогольных напитков при одновременном существенном снижении общего уровня потребления алкогольных напитков.

Мероприятия:

1. предотвращение начала потребления алкоголя (организация и проведение мероприятий, направленных на профилактику потребления алкоголя среди несовершеннолетних, беременных и кормящих матерей; дальнейшее ограничение фактической и экономической доступности алкогольной продукции);
2. поддержка отказа от потребления алкоголя или отказа от потребления крепких алкогольных напитков, в том числе путём перехода на потребление виноградного вина или пива;
3. налоговое регулирование производства и потребления крепких спиртных напитков путем опережающего повышения акцизов на них по сравнению с виноградным вином и пивом (соотношение 3:1 и выше), а также применения более высоких ставок налогов;
4. комплексный и регулярный мониторинг оптовой и розничной торговли алкогольной продукцией, а также мониторинг негативных последствий от потребления алкоголя, на основе которых организовать ежегодное сопоставление доходов от производства алкоголя с затратами на содержание наркологической службы, профилактику, лечение и реабилитацию лиц, пострадавших от негативных последствий, связанных с потреблением алкоголя, на охрану правопорядка, на содержание специализированных изоляторов и лечебных профилакториев.

Соль и сахар. Невозможность полного отказа от использования в питании соли и сахара вследствие их широкого распространения в рационобразующих пищевых продуктах и определенной биологической (биохимической) роли обуславливает необходимость снижения уровня данных веществ в рационах, а также использование заменителей и пищевых добавок.

Мероприятия:

1. развитие системы маркировки пищевой продукции, направленной на поддержку здорового питания (по типу «Светофор»);
2. стимулирование потребительского спроса на здоровые пищевые продукты и блюда путём повышения осведомленности потребителей о здоровом питании.

Соль:

1. предотвращение начала потребления соли (досаливания пищи при приготовлении и перед непосредственным потреблением) — организация и проведение мероприятий, направленных на профилактику потребления соли среди несовершеннолетних, беременных и кормящих матерей;
2. поддержка отказа от потребления соли (натрия), в том числе путём перехода на потребление солезаменителей и солей, не содержащих натрий;
3. поддержка научных исследований, направленных на поиск альтернативных менее вредных, чем поваренная соль, продуктов, но с аналогичными органолептическими свойствами, и дальнейшее их внедрение в технологические процессы производства пищевой продукции.

Сахар:

1. предотвращение начала потребления сахара (организация и проведение мероприятий, направленных на профилактику потребления рафинированных сахаров среди несовершеннолетних, беременных и кормящих матерей);
2. поддержка отказа от потребления сахара, в том числе путём перехода на потребление сахарозаменителей и подсластителей с научно доказанным менее вредным влиянием на организм;
3. поддержка научных исследований, направленных на поиск альтернативных менее вредных сладких продуктов и дальнейшее их внедрение в технологические процессы производства пищевой продукции.

Особое внимание следует уделить мерам, направленным на снижение потребления соли и сахара детьми и подростками:

- обеспечить расширение ассортимента и объема выпуска пищевых продуктов с низким содержанием соли и сахара.
- учредить бренд «С заботой о здоровье» для предприятий пищевой промышленности и частных компаний, производящих продукты с низким содержанием соли и добавленного сахара;
- организовать обучение заинтересованных специалистов технологиям производства пищевых продуктов и изготовления блюд с низким содержанием соли и добавленного сахара;

- актуализировать сборники технологических карт блюд и кулинарных изделий с учетом снижения в рецептурах содержания соли и сахара, в том числе для организованных коллективов.

Механизм реализации концепции

Для планирования мероприятий в области общественного здоровья, учитывая необходимость системного и комплексного регулирования снижения вреда от ФР НИЗ, достижения межведомственного взаимодействия в указанной области, логичным и целесообразным является включение соответствующих положений и мероприятий КСВ в государственную программу.

Учитывая высокую эффективность реализации государственных программ, одним из возможных путей ускорения внедрения КСВ от факторов риска НИЗ в Республике Беларусь является имплементация раздела, посвященного снижению вреда, в действующую государственную программу «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021-2025 годы путем внесения в нее изменений и дополнений.

Ожидаемые результаты внедрения КСВ от ФР НИЗ

Внедрение КСВ способствует достижению целевых показателей государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021-2025 годы и обеспечит дальнейший прогресс в сфере противодействия распространению неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь.

Социальную и экономическую эффективность можно рассчитать после внедрения данной Концепции в государственную политику в области общественного здоровья.

Результатами внедрения КСВ от ФР НИЗ станет относительное сокращение распространенности факторов риска НИЗ (табакокурение, злоупотребление алкоголем, чрезмерное потребление

соли и сахара), снижение числа курильщиков табака, снижение потребления крепких алкогольных напитков, соли и сахара, что позволит обеспечить:

- снижение заболеваемости болезнями системы кровообращения, органов дыхания, раком, стабилизацию числа случаев сахарного диабета;
- снижение преждевременной смертности лиц трудоспособного возраста от НИЗ, что позволит сохранить трудовые ресурсы страны;
- увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни населения;
- снижение числа правонарушений и преступлений, совершенных лицами, находящимися в состоянии алкогольного опьянения;
- снижение числа дорожно-транспортных происшествий, совершенных лицами, находящимися в состоянии алкогольного опьянения;
- снижение числа несчастных случаев со смертельным исходом на производстве по причине нахождения работников в состоянии алкогольного опьянения;
- снижение нагрузки на общество вследствие социальных потерь, связанных с ФР НИЗ;
- снижение экономического ущерба от НИЗ.

Основные риски при выполнении концепции снижения вреда от факторов РИКА НИЗ. Механизмы управления рисками

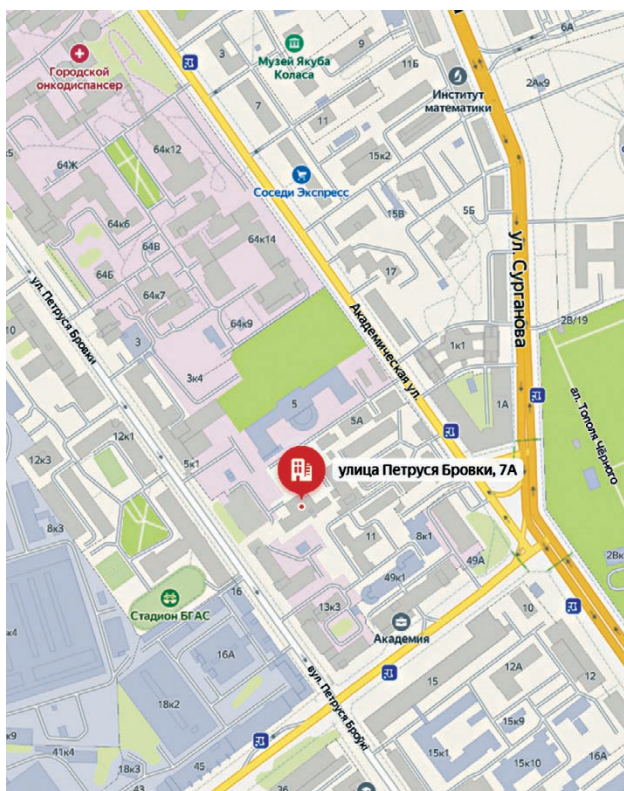
На реализацию Концепции снижения вреда от факторов риска НИЗ могут оказать влияние следующие риски:

- медицинские риски, связанные с эпидемиями (пандемиями) заболеваний. Преодоление указанных рисков возможно посредством выполнения масштабных профилактических мероприятий, принятия мер экстренного реагирования, направленных на локализацию эпидемий (пандемий) и минимизацию последствий, осуществления постоянного контроля за уровнем заболеваемости населения;

- социально-демографические риски, связанные с уменьшением числа женщин репродуктивного возраста, увеличением возраста женщин при рождении первого ребенка, планированием семьями деторождений на более поздний срок, со старением населения. Минимизация указанных рисков возможна путем проведения разъяснительной работы среди населения, начиная с подросткового возраста, по вопросам планирования семьи, обеспечения социально-экономической стабильности в обществе, повышения образовательного уровня лиц репродуктивного возраста и оказания социальной помощи молодым семьям;
 - медико-социальные риски, связанные с ранним формированием вредных привычек у населения. Данная группа рисков может быть устранена или минимизирована только в процессе масштабной профилактической работы с населением по формированию мотивации к здоровому образу жизни, борьбе с вредными привычками при условии привлечения широких слоев населения к занятию физической культурой, туризмом, к культурным мероприятиям и повышению уровня образования;
 - правовые риски, связанные с изменением законодательства, длительным периодом формирования нормативно-правовой базы, необходимой для эффективной реализации Концепции. Для минимизации воздействия данной группы рисков на этапе разработки нормативных правовых актов планируется привлекать к их обсуждению заинтересованные стороны, которые впоследствии должны участвовать в их согласовании, проводить мониторинг планируемых изменений в законодательстве;
 - финансовые риски могут быть вызваны недостаточностью объемов финансирования, сокращением предусмотренных средств на выполнение мероприятий. Преодоление таких рисков возможно путем ежегодного уточнения объемов финансовых средств, предусмотренных на реализацию мероприятий Государственной программы, в зависимости от достигнутых результатов, определения приоритетов первоочередного финансирования;
 - экологические риски, связанные с природными и техногенными катастрофами. Для минимизации воздействия данной группы рисков планируется осуществление мониторинга за природно-погодными условиями в стране, состоянием производств, выполнением превентивных мероприятий во избежание последствий природных и техногенных катастроф;
 - организационные риски, связанные с неэффективным управлением реализацией госпрограммы, межведомственным взаимодействием, дефицитом квалифицированных кадров. Основными условиями минимизации организационных рисков являются формирование эффективной системы управления реализацией подпрограмм, повышение межведомственного взаимодействия при их реализации, оперативное реагирование на выявленные недостатки в процедурах управления, контроля и кадрового обеспечения, своевременная корректировка мероприятий Государственной программы.
- Влияние названных рисков может повлечь невыполнение задач Концепции снижения вреда от факторов риска НИЗ и Государственной программы, снижение эффективности и качества выполнения мероприятий, недостижение плана.



РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ, ИНФОРМАТИЗАЦИИ, УПРАВЛЕНИЯ И ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Контактная информация:

Республика Беларусь, 220013, г. Минск,
ул. П. Бровки, 7-А

Тел: +375 (17) 292 30 80 (приемная)
Факс: +375 (17) 331 34 84

E-mail: rnpomt@belcmt.by

Website: <http://belcmt.by>



РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СОЮЗ ПРОМЫШЛЕННИКОВ И ПРЕДПРИНИМАТЕЛЕЙ (РСПП)



Контактная информация:

220029, г. Минск,
ул. Сторожевская, 5, помещение 15

Тел: +375 (17) 327 55 83 (приемная)
факс: +375 (17) 327 15 38,
пресс-центр: +375 (44) 741 11 89

E-mail: rspp@rspp.by

Время работы: пн.-пт. 8.30-17.30