



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНЗДРАВ РОССИИ)**

ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,

Москва, ГСП-4, 127994

тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

22 MAR 2018

№

дБ-1/10/2-1806

На № _____ от _____

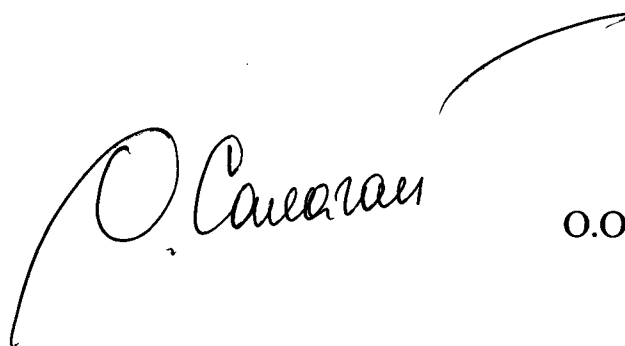
Руководителям органов
государственной власти
субъектов Российской Федерации
в сфере охраны здоровья
(по списку)

Министерством здравоохранения Российской Федерации совместно с ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России во исполнение пунктов 20 и 21 раздела 3 паспорта приоритетного проекта «Формирование здорового образа жизни», утвержденного протоколом от 26 июля 2017 г. № 8 президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам, разработана Методика оценки формирования культуры здорового образа жизни у населения с учетом особенностей целевых групп граждан (прилагается).

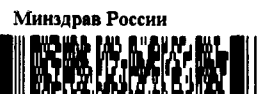
Просим Вас оказать поддержку в проведении исследования и направить предложения об участии в Минздрав России в срок до 16.04.2018.

Контактно лицо: Муромцева Галина Аркадьевна - ведущий научный сотрудник отдела эпидемиологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России (8 499 553 68 15, gmuromtseva@gnicpm.ru).

Приложение: на 8 л. в 1 экз.



О.О.Салагай



Проект

Методика оценки формирования культуры здорового образа жизни у населения с учетом особенностей целевых групп граждан

1. Введение

Неинфекционные заболевания (НИЗ) – в основном, сердечно-сосудистые онкологические, хронические респираторные заболевания и сахарный диабет – являются основными причинами смерти в мире. Ежегодно от НИЗ умирает более 36 миллионов человек (63% случаев смерти в мире), из которых 16 миллионов человек умирают преждевременно, то есть в возрасте до 70 лет. В связи с этим ВОЗ в 2013 году приняла Глобальный план действий, в котором указаны добровольные цели к 2020 году. Основной акцент сделан на четыре вида НИЗ, на которые приходится наибольшая доля заболеваемости и смертности от НИЗ, а также на четыре общих для указанных типов заболеваний поведенческих факторов риска: употребление табака, нездоровый режим питания, недостаточная физическая активность и злоупотребление алкоголем, которые формируют образ жизни населения. Модификация образа жизни и снижение уровней факторов риска, находящихся в самом начале сердечно-сосудистого континуума, может замедлить возникновение и развитие заболевания как до, так и после появления клинических симптомов. Поэтому концепция факторов риска в настоящее время является общепризнанной основой профилактики.

Целевой группой граждан является свободно живущая популяция в возрасте 18 лет и старше. В последующем анализ можно будет провести в отдельных группах граждан: по полу, возрастным группам, социально-экономическому статусу и др.

Настоящая методика охватывает такие показатели приоритетного проекта «Формирование здорового образа жизни» (далее – Проект) как:

- Доля граждан, приверженных здоровому образу жизни
- Распространенность потребления табака среди взрослого населения
- Доля граждан с артериальной гипертензией, контролирующей свое артериальное давление.

2. Общее описание методики мониторинга показателей Проекта

Эпидемиологический мониторинг показателей Проекта планируется проводить с помощью валидизированной технологии ВОЗ (STEPS) ежегодно в 2018-2025 гг. на основе сформированной выборки населения Российской Федерации.

2.1. Мониторимые показатели Проекта и их описание

Таблица 2.1. Мониторимые показатели Проекта и их описание

№	Индикатор	Описание	Ед. измерения
1.	Доля граждан, приверженных здоровому образу жизни, в том числе	Интегральный индикатор, включающий несколько компонентов (рассчитывается)	%
1.а	Доля лиц, потребляющих овощи и фрукты ежедневно не менее 400 г	Технология STEPS	%
1.б	Нормальное потребление соли	Технология STEPS	%
1.в	Отсутствие курения	Технология STEPS	%
1.г	Умеренный или высокий уровень физической активности	Технология STEPS	%
1.д	Отсутствие опасного и вредного потребления алкоголя	Технология STEPS	%
2.	Распространенность потребления табака среди взрослого населения	Технология STEPS	%
3.	Распространенность ожирения	Измерение роста, веса и объема талии в рамках STEPS	%
3.а	Распространенность общего ожирения	Измерение роста, веса	%
3.б	Распространенность абдоминального ожирения	Измерение объема талии в рамках STEPS	%
3.в	Распространенность избыточной массы тела	Измерение роста, веса	%
4.	Доля граждан с артериальной гипертензией, контролирующей свое артериальное давление	Измерение уровня АД и опрос в рамках STEPS	%

1. Доля граждан, приверженных здоровому образу жизни (%) рассматривается как интегральный показатель (Индекс приверженности здоровому образу жизни, далее - ИПЗОЖ), разработанный на основе рекомендаций ВОЗ и Европейского общества по

профилактике ССЗ в первичном звене здравоохранения, который является условной характеристикой здорового образа жизни и включает в себя 5 индикаторов/компонентов:

- потребление овощей и фруктов ежедневно не менее 400 г,
- адекватную физическую активность (не менее 150 мин умеренной или 75 мин интенсивной физической нагрузки в неделю),
- нормальное (не выше 5,0 г NaCl в сутки) потребление соли,
- отсутствие курения,
- употребление алкоголя не более 168 г чистого этанола в неделю для мужчин и не более 84 г – для женщин.

Величина ИПЗОЖ является расчетной и определяется как «идеальный» ИПЗОЖ при наличии всех индикаторов/компонентов здорового образа жизни или «хороший» ИПЗОЖ при отсутствии одного из компонентов (любого за исключением курения) и наличии 4 из 5 компонентов.

(По данным НМИЦПМ в 2013 году для населения 25-64 лет этот индикатор составил для «идеального» ИПЗОЖ - 16.1%).

2. Распространенность потребления табака среди взрослого населения (%)

Потребляющие табак лица – это лица, потребляющие табак (или курящие) в настоящее время ежедневно или не каждый день. По данным НМИЦПМ в 2013 году для населения 25-64 лет этот показатель составляет 22,4% (только курящих в настоящее время) или 37,1% (курящих и бросивших курить менее одного года назад). По данным ВЦИОМ 2016 г. доля взрослого населения 18 лет и старше, потребляющего табак составила 31%, а ежедневного курения – 29%. По данным GATS (ВОЗ) 2016 г. доля взрослого населения в возрасте 15 лет и старше, потребляющего табак составила 30,5%: из них 49,8% среди мужчин и 14,5% среди женщин.

3. Распространенность ожирения

3.а. Доля лиц с общим ожирением ($ИМТ \geq 30,0 \text{ кг/м}^2$) по данным НМИЦПМ в 2013 году для населения 25-64 лет этот показатель составил 29,7%

3.б. Доля лиц с абдоминальным ожирением ($ОТ \geq 102\text{см}$ для мужчин и $ОТ \geq 88\text{см}$ для женщин) по данным НМИЦПМ в 2013 году для населения 25-64 лет этот показатель составил 33,2%

3.в. Доля лиц с избыточной массой тела ($ИМТ \geq 25,0 \text{ кг/м}^2$).

Показатели ожирения планируется мониторировать в 2018, 2021 и 2025 гг

4. Доля граждан с артериальной гипертензией, контролирующей свое артериальное давление, определяется как доля лиц с АГ (повышение АД на момент измерения и/или прием антигипертензивных препаратов), имеющих АД ниже 140/90 мм рт. ст. По данным НМИЦПМ в 2013 году для населения 25-64 лет этот показатель составляет 23,3%.

2.2. Характеристика выборки и ее формирование

Выборка населения возраста 18+ формируется накануне года обследования или в начале года проведения мониторинга по методу Киша с учетом территориальной принадлежности к ближайшему ЛПУ. Коррекция списков на обследование проводится с учетом списков ОМС.

• Первоначальный отбор домохозяйств¹ для исследования осуществляется на основании стратифицированного трехступенчатого отбора по адресам, извлекаемым из списков врачебных участков фактически проживающего населения. Большие города, составляющие, как правило, самостоятельные административные единицы, равно как и городское и сельское население районов, являющихся другими типами административного деления страны, были отобраны как первичные единицы выборки (ПЕВ), избираемые на первой стадии отбора.

• В качестве начальной структуры на первом этапе выбираются все 8 Федеральных округов, в которых случайным образом отбираются районы (города с разным объемом населения или сельские образования). Это так называемые первичные единицы выборки (ПЕВ).

• На втором этапе в каждом из 8 округов отбираются по 4 ПЕВ. Внутри каждой из отобранных ПЕВ тем же методом из упорядоченного списка ЛПУ отбираются по 8, на каждом из которых случайно отбираются по 3 врачебных участка. Далее, на каждом врачебном участке систематически отбираются по 10 домохозяйств (адресов), по которым и направляются интервьюеры. Если по вышеупомянутому адресу находится всего одно домохозяйство, оно и является так называемой территориальной единицей выборки (ТЕВ) (табл.1). Если же по адресу проживает более одного домохозяйства, по специальной таблице (таблица Киша) отбирается одно, включающееся в выборку.

¹ домохозяйство есть группа лиц, не обязательно родственников, ведущих хотя бы частично общее хозяйство

Таблица 2.2. Схема отбора территорий

№ этапа	Содержание этапа
I этап	8 Федеральных округов
II этап	В каждом отбирается 4 субъекта РФ
III этап	В каждом субъекте РФ отбирается по 8 ЛПУ - ПЕВ
IV этап	В каждом ЛПУ отбирается по 3 врачебных участка - ВЕВ
V этап	В каждом врачебном участке отбирается 10 домашних хозяйств - ТЕВ (7680)

3. Порядок проведения мониторинга показателей Проекта

3.1. Организация проведения мониторинга показателей Проекта

3.1.1. ФГБУ «НМИЦПМ» Министерства здравоохранения Российской Федерации осуществляет координацию и организационно - методическое сопровождение проведения мониторинга показателей Проекта в субъектах Российской Федерации:

- разрабатывает методику сбора информации для ведения мониторинга;
- проводит тренинг команд интервьюеров/супервайзеров в субъектах РФ;
- осуществляет методическую помощь в формировании выборки для проведения мониторинга показателей Проекта в субъектах Российской Федерации формирование федеральной базы данных показателей;
- формирует федеральную Базу данных показателей Проекта, осуществляет модификацию единых технологий приема, обработки и передачи данных по информационным каналам связи для формирования федеральной информационной базы данных;
- проводит обобщение и анализ полученных данных, прогнозирование динамики изменений мониторируемых показателей Проекта на Федеральном уровне, формирует отчет для Министерства здравоохранения Российской Федерации.

3.1.2. Органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, главные внештатные специалисты по медицинской профилактики, руководители

региональных Центров медицинской профилактики обеспечивают проведение мониторинга в соответствии с настоящей Методикой:

- обеспечивают актуальные списки (с учетом списков ОМС) для формирования случайной выборки для проведения мониторинга показателей Проекта;

- формируют команды интервьюеров/супервайзеров, организуют проведение тренинга в субъекте РФ;

- осуществляют координацию и контроль проведения мониторинга показателей Проекта в субъекте РФ;

- участвуют в совершенствовании единой технологии приема и передачи данных по информационным каналам связи для формирования федеральной базы данных показателей Проекта.

- формируют региональные информационные базы данных и представляют данные и отчеты для федеральной базы данных в ФГБУ «НМИЦ ПМ» Минздрава РФ;

3.2. Формирование показателей Проекта

Параметры факторов для показателей Проекта формируются в ходе осуществления:

- эпидемиологического мониторинга при: сборе, хранении, обработки и систематизации данных по распространенности курения, артериальной гипертензии, потребления алкоголя, характера питания, физической активности;

- измерения артериального давления и пульса; антропометрических показателей – измерение роста стоя, массы тела и окружности талии, расчет индекса массы тела ($\text{вес}/\text{рост}^2$), отношения ОТ/Рост.

СПИСОК ДЛЯ РАССЫЛКИ
письма Министерства здравоохранения Российской Федерации
от __ марта 2018 г. № _____

Руководителям органов государственной власти субъектов Российской
Федерации в сфере охраны здоровья (85 субъектов).

Заместитель директора Департамента
общественного здоровья
и коммуникаций



В.Н. Бузин