



Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро

ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОНАЛЬНЫЙ КОМИТЕТ, ШЕСТЬДЕСЯТ ШЕСТАЯ СЕССИЯ

Копенгаген, Дания, 12–15 сентября 2016 г.

# План действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ



© shutterstock.com/YanLev



Рабочий документ



**Всемирная организация  
здравоохранения**

**Европейское** региональное бюро

**Европейский региональный комитет ВОЗ**

Шестдесят шестая сессия

Копенгаген, Дания, 12–15 сентября 2016 г.

Пункт 5(с) Предварительной повестки дня

EUR/RC66/11

+ EUR/RC66/Conf.Doc./7

1 августа 2016 г.

160522

ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

## **План действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ**

Предлагаемый План действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ представляет собой обновленную версию Плана действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями на 2012–2016 гг. В Плане действий принимаются во внимание новые фактические данные, последние достижения, данные государствами-членами обязательства и достигнутые успехи и приводятся приоритетные области действий и вмешательства на ближайшие десять лет (2016–2025 гг.), которые помогут достичь глобальные и европейские цели по сокращению преждевременной смертности и бремени болезней, повышению качества жизни и обеспечению более справедливого распределения показателей ожидаемой продолжительности здоровой жизни.

План действий разработан в рамках консультативного процесса, проведенного под руководством технических экспертов. В нем отражены основы политики Здоровье-2020, результаты совещаний высокого уровня Организации Объединенных Наций по неинфекционным заболеваниям в 2011 и 2014 гг. и значение недавно принятых Целей устойчивого развития.

## Основные принципы и важнейшие элементы

### Перспективное видение

Европа, нацеленная на укрепление здоровья и свободная от предотвратимых неинфекционных заболеваний (НИЗ), преждевременной смертности и предотвратимой инвалидности.

### Цель

Цель Плана действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ заключается в предотвращении преждевременных смертей и значительном снижении бремени болезней, связанных с НИЗ, путем комплексных действий по улучшению качества жизни и обеспечению более справедливого распределения показателей ожидаемой продолжительности здоровой жизни как внутри государств-членов, так и между ними.

### Задачи

- Предпринимать комплексные меры по всем секторам, направленные на факторы риска и их глубинные детерминанты
- Укреплять системы здравоохранения в целях совершенствования профилактики и борьбы с НИЗ.

### Стратегический подход

Всесторонний подход к борьбе с НИЗ, основанный на систематической интеграции политики и практики, направленных на сокращение неравенств в отношении здоровья, и предусматривающий параллельное проведение следующих видов деятельности:

- (1) развитие популяционных программ укрепления здоровья и профилактики болезней;
- (2) активное вовлечение групп и индивидуумов, подверженных высокому риску;
- (3) максимальный охват населения услугами эффективного лечения и ухода.

### Целевые ориентиры

Достижение глобальной и европейской цели по относительному снижению преждевременной смертности от четырех НИЗ на: 1,5% в год до 2020 г. (Здоровье-2020), 25% к 2025 г. (Глобальный механизм мониторинга НИЗ) и одну треть к 2030 г. (Цели устойчивого развития) (базовый уровень – 2010 г.).

### Основные и поддерживающие направления

Приоритетные области действий

- Стратегическое руководство
- Эпиднадзор, мониторинг и оценка и научные исследования
- Профилактика и укрепление здоровья
- Системы здравоохранения

Приоритетные вмешательства: популяционный уровень

- Поддержка потребительского выбора в интересах здоровья путем применения финансовых и рыночных механизмов: табак, алкоголь, пищевые продукты
- Изменение рецептуры пищевых продуктов: соль, жиры и сахара
- Снижение потребления соли
- Поддержка физически активного образа жизни и видов передвижения
- Содействие обеспечению чистого воздуха

Приоритетные вмешательства: индивидуальный уровень

- Оценка и сокращение кардиометаболического риска
- Раннее выявление и лечение заболевших

- Вакцинация и борьба с некоторыми инфекционными болезнями

Поддерживающие вмешательства

- Укрепление здоровья полости рта и опорно-двигательного аппарата
- Защита психического здоровья
- Укрепление здоровья в различных условиях социальной среды

**Содержание**

	Стр.
Введение .....	5
Сфера действия .....	7
Приоритетные области действий .....	8
Стратегическое руководство .....	8
Эпиднадзор, мониторинг и оценка и научные исследования .....	9
Профилактика и укрепление здоровья .....	11
Системы здравоохранения .....	12
Приоритетные вмешательства (на популяционном уровне) .....	14
Содействие потребителю выбору в интересах здоровья путем применения финансовых и рыночных механизмов .....	14
Изменение рецептуры пищевых продуктов: соль, жиры и сахара .....	15
Снижение потребления соли .....	17
Поддержка физически активного образа жизни и видов передвижения .....	17
Содействие обеспечению чистого воздуха .....	19
Приоритетные вмешательства (на индивидуальном уровне) .....	21
Оценка и сокращение кардиометаболического риска .....	21
Раннее выявление и эффективное лечение основных НИЗ .....	23
Вакцинация и борьба с некоторыми инфекционными болезнями .....	26
Поддерживающие вмешательства .....	27
Укрепление здоровья полости рта и опорно-двигательного аппарата .....	27
Защита психического здоровья .....	30
Укрепление здоровья в различных условиях социальной среды .....	31
Роль Европейского регионального бюро ВОЗ .....	33
Лидерство и информационно-разъяснительная работа .....	33
Наращивание потенциала .....	33
Мониторинг и эпиднадзор .....	33
Работа с другими организациями .....	34
Библиография .....	34

## Введение

1. По общей концепции Плана действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ, Европа будущего представляется регионом, нацеленным на укрепление здоровья и свободным от предотвратимых неинфекционных заболеваний (НИЗ), преждевременной смертности<sup>1</sup> и предотвратимой инвалидности.

2. Можно ли воплотить эту концепцию в жизнь? Основные причины преждевременной смертности и предотвратимой инвалидности в Европейском регионе ВОЗ хорошо известны, как известны и эффективные вмешательства, позволяющие предупреждать и устранять многие из них. Две трети случаев преждевременной смерти в Регионе вызваны четырьмя основными НИЗ (сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), диабет, рак и хронические респираторные заболевания), и воздействие на основные факторы риска (употребление табака и алкоголя, нездоровый рацион питания, недостаточная физическая активность, гипертензия, ожирение и факторы окружающей среды) позволит предотвратить по меньшей мере 80% болезней сердца, инсультов и случаев диабета, а также 40% случаев рака. Для ряда ведущих причин нетрудоспособности в Европейском регионе (измеряется показателем "число лет, прожитых с инвалидностью") – например, заболевания опорно-двигательного аппарата, психические расстройства и деменция, травмы и болезни полости рта – характерны те же факторы риска и детерминанты, что и для основных НИЗ.

3. Более того, за десять лет, прошедшие после принятия Европейской стратегии ВОЗ по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями (1) и, пятью годами позже, Плана действий по реализации Европейской стратегии по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями на 2012–2016 гг. (2), полномочия на осуществление действий по борьбе с НИЗ получили еще большую поддержку. За принятием в 2011 г. Политической декларации Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями (3) последовало утверждение на Шестидесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2013 г. Глобального плана действий по профилактике и борьбе с НИЗ на 2013–2020 гг. и глобального механизма мониторинга (4), а на втором совещании высокого уровня ООН в 2014 г. был принят комплекс обязательств с конкретными временными рамками, отчетность по которым будет представлена в 2018 г. Снижение преждевременной смертности от НИЗ стало отдельной задачей, предусмотренной в Целях устойчивого развития, а также отраженной в механизме мониторинга для основ европейской политики здравоохранения – Здоровье-2020.

4. В Докладе о состоянии здравоохранения в Европе (2015 г.) описаны тенденции в отношении достижения целевых ориентиров политики Здоровье-2020, которые позволяют сделать вывод о возможности выполнения Регионом указанных глобальных и европейских целевых ориентиров по снижению преждевременной смертности от НИЗ (5): продолжает снижаться смертность от ССЗ, а также наблюдается четкая тенденция к снижению распространенности

---

<sup>1</sup> Преждевременная смерть определяется как смерть в возрасте 30-69 лет.

курения и потребления алкоголя. Высокие темпы снижения, достигнутые в некоторых странах, предоставляют возможности для распространения передового опыта. Новый географически удаленный офис, открывшийся в Российской Федерации, также реализует проект по НИЗ, который призван способствовать активным действиям в 23 странах и значительно увеличит потенциал Региона в этой области.

5. Вместе с тем, за общей картиной скрываются значительные различия внутри стран и между странами, а также группами населения. На региональном уровне существует угроза невыполнения некоторых глобальных целей: в частности, это касается снижения употребления табака. В то же время, некоторые страны показали, что при достаточной решимости эта цель вполне достижима. По последним оценкам Европейского регионального бюро, Регион не выполнит цели, касающейся ожирения, и недостаточный прогресс в отношении повышения уровня физической активности способен лишь усугубить это отставание. В странах с высокими показателями смертности от НИЗ потребуются существенно активизировать прилагаемые усилия.

6. Более того, Европа, принимая во внимание перспективное видение, особенности и потенциал Региона, может ставить перед собой еще более смелые цели. Для Региона со стареющим населением, все еще восстанавливающегося после кризиса, еще более важной, чем когда-либо до этого, становится потребность в хорошем жизненном старте для каждого человека, в здоровом трудоспособном населении и в повышении качества жизни в старшем возрасте. По мере снижения преждевременной смертности, люди дольше живут с инвалидностью, зачастую вызванной хроническими заболеваниями. Все более распространенными становятся сочетанные заболевания: по оценкам, они встречаются примерно у 65% людей в возрасте старше 65 лет, в связи с чем требуются более комплексные, ориентированные на пациентов модели оказания помощи. Сокращение преждевременной смертности и снижение заболеваемости представляет собой актуальную задачу применительно ко всем людям, однако следует отметить, что в будущем бремя болезней будет расти в первую очередь для людей старшего возраста. Необходимо обеспечить, чтобы люди старше 70 лет могли дольше, по сравнению с предшествующими поколениями, жить без инвалидности, а также сократить гендерный разрыв во времени, прожитом при хорошем здоровье. Синергетическое взаимодействие между существующими стратегиями и планами действий может быть взаимовыгодным, и немалую поддержку здесь способны оказать общие стратегические цели политики Здоровье-2020 – улучшение здоровья для всех и сокращение неравенства в отношении здоровья, а также развитие лидерства и коллективного стратегического руководства в интересах здоровья.

7. План действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ представляет собой обновленную версию предыдущего плана. Во-первых, он позволит вновь обозначить и подчеркнуть ключевые тезисы, чтобы поддержать и продолжить действующие в Европейском регионе инициативы, объединяя усилия в отношении стратегического руководства, эпиднадзора, профилактики и систем здравоохранения. Во-вторых, будучи тактической и оперативной стратегией, он позволяет сосредоточиться на условиях, необходимых для выполнения девяти

глобальных целей в Европейском регионе, и поддержать страны в выполнении их собственных обязательств с конкретными временными рамками и актуальных национальных целей. В-третьих, он позволяет увидеть, в контексте политики Здоровье-2020 и особенностей Региона, в т.ч. интересов и бремени болезней, европейскую позицию в интерпретации дальнейших шагов, поощряя, таким образом, самые смелые устремления. Наконец, при подготовке Плана использовались новейшие идеи, научные исследования и фактические данные. План действий разработан в тесном сотрудничестве с консультативной группой высокого уровня, на основании технических дискуссий с государствами-членами, с учетом рекомендаций Постоянного комитета Европейского регионального комитета двадцать третьего созыва и новых данных о состоянии борьбы с НИЗ в Европе, а также актуальных тенденций в этой сфере.

8. Перспективное видение, цель, задачи, стратегический подход, руководящие принципы и ключевые положения настоящего Плана взяты из предыдущих Стратегии и Плана действий. Для удобства они перечислены в разделе "Основные принципы".

## **Сфера действия**

9. Настоящий План действий, сохраняя связь с Европейской стратегией по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями, по-прежнему продвигает те усилия, которые во многих странах уже начали приносить свои плоды.

10. Вместе с тем, следует усилить меры в отношении стратегических вопросов и вмешательств, чтобы обеспечить выполнение в согласованные сроки глобальных и региональных целевых ориентиров в отношении преждевременной смертности от НИЗ. Помимо этого, необходимо учесть новые достижения в отношении знаний и политики. В частности:

- необходимо признавать и всячески подчеркивать важность борьбы против табака для профилактики НИЗ;
- главной причиной преждевременной смертности в Европейском регионе остаются ССЗ, для борьбы с которыми необходимы действия на популяционном уровне и целенаправленные подходы к борьбе против табака, снижению потребления соли, насыщенных жиров и трансжирных кислот (трансжиров), противодействию гипертензии и, особенно в восточной части Региона, борьбе с алкоголем.

11. Воплощение в жизнь более широкой концепции, касающейся предотвратимой нетрудоспособности, принимая во внимание ее ведущие причины, потребует синергизма между соответствующими планами действий и стратегиями и особого внимания к широкому кругу факторов риска и детерминант, в частности – к нездоровому рациону питания, недостаточной физической активности, избыточной массе тела/ожирению и проблемам загрязнения воздуха внутри и вне помещений и раннего выявления и комплексного ведения болезней.



12. Для восполнения сохраняющихся пробелов были, по мере необходимости, дополнены, реструктуризированы, расширены и вновь выдвинуты на первый план уже существующие приоритетные области действий и вмешательства, предусмотренные Планом действий на 2012–2016 гг. Связь с существующими обязательствами и целевыми ориентирами описана в Приложении 2 к документу EUR/RC66/Inf.Doc./2.

13. В последующих разделах документа будут описаны четыре приоритетные области действий. Это широкие по своему охвату стратегические движущие элементы, которые тесно связаны с задачами Глобального плана действий по НИЗ и выполнением четырех обязательств с конкретными временными рамками, принятых министрами в итоговом документе ООН по НИЗ в 2014 г. (6).

14. За приоритетными областями действий следуют восемь приоритетных вмешательств, которые касаются первичной и вторичной профилактики, и структурированы в соответствии с вмешательствами на популяционном и индивидуальном уровне. Они опираются на наиболее выгодные мероприятия по профилактике и борьбе с НИЗ, для осуществления комплекса рациональных по соотношению затрат и эффективности и основанных на фактических данных вмешательств в Европейском регионе (4,7). Далее приводятся два поддерживающих вмешательства, которые имеют более широкий, комплексный охват. Все десять вмешательств представляют собой действия со стороны государств-членов, которые будут осуществляться при поддержке Регионального бюро; они будут описаны в последнем разделе.

## **Приоритетные области действий**

### ***Стратегическое руководство***

15. Благодаря реализации политики Здоровье-2020, правительства стран могут добиться реальных улучшений в здоровье населения при условии, что они будут работать во всех сферах государственного управления с целью выполнения двух взаимосвязанных стратегических задач: улучшение здоровья всех граждан и сокращение неравенств и укрепление лидерства и коллективного стратегического руководства в интересах здоровья. Особенности детерминант НИЗ и тот факт, что многие из них имеют общие факторы риска, говорят о том, что для профилактики и борьбы с этими заболеваниями требуются многосекторальные ответные меры общегосударственного и общесоциального характера. Для того чтобы снизить бремя НИЗ для здоровья населения, зачастую нужно задействовать государственную политику в таких секторах, как торговля, налоги, сельское хозяйство, образование, окружающая среда и транспорт. Межсекторальные действия могут быть сложны и затруднительны в осуществлении, однако в настоящее время имеется достаточно знаний и опыта в отношении институциональных процессов, которые действительно способствуют осуществлению межсекторальной политики; в числе таких ярких примеров можно назвать Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) и Европейский процесс "Окружающая среда и здоровье" (8).

16. Суть политики Здоровье-2020 – политический выбор в интересах здоровья (9). В современной Европе интересы экономики, торговли и индустрии слишком часто занимают на повестке дня главное место, оказываясь выше интересов здоровья. Заключаются торговые соглашения, в которых должным образом не учитываются возможные последствия для здоровья, что может нивелировать с таким трудом достигнутые успехи. В связи с этим необходимо повышать согласованность между торговой и экономической политикой и политикой в области питания и здоровья. Индустрия вновь становится силой, противостоящей прогрессу в борьбе против табака и алкоголя, а также в улучшении рациона питания. В некоторых странах три четверти всей потребляемой соли добавляется в продукты непосредственно пищевой промышленностью, продукты для детей младшего возраста могут на 30% состоять из свободных сахаров, и в целом в Европейском регионе чересчур распространено применение насыщенных жиров и трансжиров. Часто в обсуждениях относительно здоровья оно представляется как личный выбор человека, а не как сфера ответственности всего общества.

17. НИЗ оказывают весомый негативный эффект на развитие человека и общества в целом. Принятие Целей устойчивого развития (ЦУР) придало обязательный характер для мобилизации усилий по воздействию на различные детерминанты в разных секторах: большая часть из 17 целей затрагивают социальные, экономические и экологические детерминанты здоровья, основная ответственность за которые лежит не на секторе здравоохранения, а на иных сферах (10). Политическая декларация ООН призывает ВОЗ и другие организации в системе ООН вместе и согласованно поддерживать усилия стран по профилактике и борьбе с НИЗ и смягчению их последствий. Страновым группам ООН поручено вместе с уполномоченными представителями из правительств стран заниматься вопросами интеграции НИЗ в Рамочную программу ООН по оказанию помощи в целях развития и в связанные с ней процессы разработки и реализации программ. Группам предлагается наращивать потенциал для оказания странам поддержки в осуществлении таких приоритетных действий и в учреждении в странах координационных механизмов для борьбы с НИЗ (11).

### **Эпиднадзор, мониторинг и оценка и научные исследования**

18. Отчет о ходе работы, который будет представлен на третьем совещании высокого уровня ООН по НИЗ в 2018 г., покажет, располагают ли государства-члены функциональными системами для планового сбора достоверных, в разбивке по причинам, данных о смертности, и проводят ли интегрированное обследование факторов риска ВОЗ STEPS или комплексное обследование показателей здоровья (обследования проводятся раз в пять лет). В 2016–2017 гг. планируется провести 11 новых обследований по методике ВОЗ STEPS среди стран с наиболее высоким бременем НИЗ. Эпиднадзор за НИЗ и мониторинг должны быть встроены в национальные информационные системы здравоохранения, и во многих странах требуется создать адекватные для выполнения поставленных задач системы работы с данными. В странах Европейского союза продолжается гармонизация эпиднадзора – в частности, в рамках инициативы "Европейский опрос по показателям здоровья". Все более активно в Регионе проводятся обследования по конкретным факторам риска: так,

не менее 25 стран принимают участие в Европейской инициативе ВОЗ по надзору за ожирением в детском возрасте.

19. Целый ряд целевых ориентиров и показателей, зачастую одних и тех же, отслеживаются глобальным механизмом мониторинга НИЗ и в рамках политики Здоровье-2020. В Докладе о состоянии здравоохранения в Европе 2015 г. упоминались недостатки, присущие методам измерения благополучия, а системы здравоохранения зачастую не ведут мониторинг аспектов, которые действительно имеют немалое значение для пациентов, таких как индивидуальные исходы лечения с точки зрения самих пациентов. Особенно полезными в контексте старения населения Региона могут оказаться показатели продолжительности здоровой жизни, или "лет жизни без инвалидности". Более того, информационные системы здравоохранения зачастую не могут должным образом охватывать данные о причинах инвалидности или по родственным показателям. Европейская инициатива в области информации здравоохранения занимается улучшением качества информации, лежащей в основу политики в рамках единой системы. Требуется повысить согласованность показателей и определений случая, чему, по всей вероятности, поспособствует дальнейшее сотрудничество между Региональным бюро и Европейским союзом. Для того чтобы отразить меняющиеся тенденции и несправедливые различия в пределах групп и между ними и стимулировать необходимые согласованные действия, нужно предоставлять более качественные данные в разбивке, по крайней мере, по полу и возрасту.

20. Необходимо использовать на практике инновации в сфере сбора данных, в том числе новые методики анализа и прогнозирования. Благодаря прорыву в информационных технологиях появилось множество новых источников данных, позволяющих лучше понять детерминанты здоровья населения, несмотря на существование проблем в отношении качества и защиты данных и стратегического руководства в сфере информации. Внедрение электронных медицинских карт способно повысить качество охраны здоровья на всех ступенях систем здравоохранения и в целом способствовать мониторингу эффективности работы.

21. Своевременный сбор и использование данных, таких как показатели качества медицинской помощи, могут способствовать улучшениям. Что касается целевых ориентиров в отношении ведения болезней и оказания услуг здравоохранения, то здесь для уверенного определения исходного уровня явно не хватает фактических данных. Между странами и внутри стран наблюдаются поразительные различия в лечении НИЗ и связанных с этим расходах – например, по такому показателю, как вероятность госпитализации при диабете или выживаемость после инфаркта миокарда (12). Подобные вариации существуют и между социально-экономическими группами: так, различия в показателях выживаемости после инфаркта миокарда между мужчинами и женщинами свидетельствуют о важности изучения норм и ценностей, обусловленных гендерными различиями и гендерной предвзятостью в системах здравоохранения.

22. Оценка эффективности научных исследований и практическое внедрение их результатов, с надлежащим распространением, позволят добиваться максимального эффекта от знаний. Фактические данные могут представляться

лицам, формирующим политику, чересчур непонятными и вводящими в заблуждение, и потому необходимо развивать связи между специалистами и руководителями, обеспечивая доступность этих данных. Для того чтобы стать действительно эффективной, комплексная система эпиднадзора за НИЗ должна преодолеть трудности, связанные с интеграцией и анализом информации из источников, выходящих за традиционные границы болезней и факторов риска, и ключевые тезисы должны доводиться до лиц, формирующих политику, в более приемлемом виде, способствующем дальнейшему принятию решений.

### **Профилактика и укрепление здоровья**

23. Главной исходной позицией остаются основные факторы риска, связанные с поведением – употребление табака и алкоголя, нездоровый режим питания и недостаточная физическая активность. Существуют весьма действенные меры, направленные на истоки проблем, а инвестиции в эффективные меры политики, которые будут нивелировать факторы риска для населения, подкрепляются экономическими аргументами (13). Такие действия позволят снизить бремя не только четырех основных болезней (ССЗ, диабета, хронических респираторных заболеваний и рака), которые находятся в центре внимания Глобального плана действий по НИЗ, но и других неинфекционных заболеваний и проблем, на которые приходится значительная часть бремени болезней и снижения качества жизни в Регионе – это психические расстройства, заболевания опорно-двигательного аппарата и болезни полости рта, а также насилие и травматизм.

24. Для сокращения основных факторов риска в Регионе может быть сделано намного больше. Положительные тенденции относительно ряда факторов риска (таких как табак и алкоголь) существуют, однако они неравно распределены (например, между мужчинами и женщинами или между социально-экономическими группами) или недостаточно сильны для того, чтобы достичь соответствующих целей в масштабе Региона. Так, алкоголь – это ведущий фактор для бремени болезней в Восточной Европе, которому сопутствуют тревожно высокие показатели травматизма и насилия и колебания смертности от ССЗ; в целом, Европейский регион ВОЗ – мировой лидер по вредному употреблению алкоголя, особенно среди молодежи. В дополнение к этому, почти три четверти молодых людей не выполняют рекомендаций ВОЗ относительно физической активности. И у детей, и у взрослых наблюдаются тревожные тенденции относительно избыточной массы тела и ожирения, и рост его распространенности вызывает особую тревогу в Южной и Восточной Европе. Маркетинг высококалорийных пищевых продуктов, богатых солью, сахаром и насыщенными жирами, достигает при этом широких масштабов. Людям с нарушениями психического здоровья непропорционально часто угрожают поведенческие факторы риска. В странах Региона с низким уровнем доходов зачастую отмечается самое высокое употребление табака и наименее эффективные меры по борьбе с ним, и во всех странах употребление табака наиболее всего распространено среди граждан с самыми низкими доходами. Все четыре фактора риска охватываются стратегиями и планами, недавно принятыми Региональным комитетом (14–17), и сейчас ведущую роль играет их осуществление и оценка эффективности.

25. Новые сведения и идеи появляются и относительно роли социальных, экономических, гендерных и экологических детерминант в развитии НИЗ и их течении (18,19). Влияние подобных факторов начинается еще до зачатия и продолжается на протяжении всего жизненного пути. Факторы, такие как индекс массы тела выше  $25\text{кг}/\text{м}^2$  и курение на позднем этапе беременности, тесно связаны с риском рождения детей, у которых впоследствии разовьется избыточная масса тела или ожирение. Дети, пережившие в детском возрасте неблагоприятные события, такие как жестокое обращение, в три раза чаще начинают курить, в десять раз чаще – небезопасно употреблять алкоголь и реже занимаются физической активностью, что повышает вероятность того, что впоследствии у них разовьются избыточная масса тела/ожирение, рак, болезни сердца или хронические респираторные заболевания (20,21). Предоставление людям возможности вести активную и здоровую жизнь позволит им дольше полноценно участвовать в жизни общества, ограничивая нагрузку на системы здравоохранения и социальной защиты. Для этого нужны инвестиции в широкий диапазон мер политики, затрагивающих все этапы жизненного пути, и в улучшение профилактики и комплексного ведения НИЗ на максимально ранних этапах жизни, начиная с периода до зачатия и во время беременности. Пятая часть всех случаев смерти в Европейском регионе может быть отнесена на счет воздействия факторов окружающей среды, таких как загрязнение воздуха, воздействие химических веществ и физических агентов; в первую очередь, это касается смертности от сердечно-сосудистых и респираторных заболеваний и рака (22). ЦУР представляют собой новую отправную точку для продвижения интересов здоровья во всех стратегиях, но для этого потребуются дополнительная политическая приверженность и практические шаги.

### **Системы здравоохранения**

26. Надлежащее государственное финансирование для систем здравоохранения имеет важнейшее значение для всеобщего охвата услугами по охране здоровья, однако в период с 2010 по 2013 гг. уровень финансирования во многих странах Европы колебался или даже упал и как доля от ВВП, и в выражении на душу населения, а выплаты из собственных средств как доля от всех расходов на здравоохранение остались неизменными. Основная часть выплат из личных средств обычно приходится на лекарства, и во многих системах здравоохранения в Европе ведущими причинами такой неэффективности являются слабая политика в отношении фармацевтической продукции и ненадлежащее использование лекарств. Более того, появление дорогостоящих и при этом высокоэффективных методик лечения означает, что даже странам с высоким уровнем доходов нужно на стратегическом уровне планировать меры по сдерживанию нерациональных по своей сути растущих затрат и обусловленных ими неравенств.

27. Ориентированные на нужды людей системы здравоохранения характеризуются тем, что предоставляют высококачественные комплексные и скоординированные услуги, соблюдая принцип социальной справедливости, и привлекают людей к участию в принятии решений на правах партнеров (23). Уровень ожиданий пациентов возрастает, и они требуют, чтобы услуги предоставлялись им в более удобном формате и с учетом их ценностей. Особые трудности порождают хроническая природа и длительное течение многих

неинфекционных заболеваний, как и тот факт, что один и тот же человек может одновременно сталкиваться с целым рядом болезней и факторов риска, а также увеличение числа точек ввода данных, необходимых для принятия клинических решений, с интеграцией в режиме реального времени. Более того, страны с высокой продолжительностью жизни все больше ощущают на себе трудности, связанные с сочетанными состояниями у людей старшего возраста, и в связи с этим необходимо предпринимать меры по дальнейшей интеграции медицинского и социального обслуживания населения. Особое внимание проблеме сочетанных состояний и поиску подходящих моделей оказания помощи уделяет программа "Совместные действия в отношении хронических болезней, здорового старения и заботы о здоровье на всех этапах жизненного пути", которая финансируется из средств Европейского союза.

28. Все чаще признается, что во многих странах ведущими факторами для снижения смертности станут вмешательства на популяционном уровне и улучшение медико-санитарной помощи (24). Такая помощь предоставляется в различных условиях, в том числе и домашних, и нуждается в структурах для комплексного оказания услуг здравоохранения, в соответствии с потребностями отдельных людей и групп населения и созданием условий для того, чтобы процессы выбора, планирования, организации, контроля и улучшения услуг позволяли повышать общую эффективность (25). Она предоставляется при поддержке более широких функций системы здравоохранения и требует определенного уровня грамотности населения в вопросах здоровья, новых подходов к обучению и распределению кадровых ресурсов здравоохранения и управлению ими (26), более качественного управления в сфере лекарственных средств и надлежащего их применения, доступных и качественных технологий здравоохранения и качественной информации здравоохранения. Укрепление потенциала и услуг общественного здравоохранения также позволит более эффективно бороться с НИЗ (27). В секторе здравоохранения имеется немало возможностей для укрепления здоровья и профилактики болезней, но для этого персонал должен получить необходимую подготовку в области профилактики НИЗ.

29. По состоянию на начало 2016 г., в 12 странах проведена оценка существующих в системах здравоохранения препятствий и возможностей для улучшения показателей в отношении НИЗ, с принятием соответствующих мер по ее итогам. Это указывает на необходимость преобразований. В частности, особое внимание требуется к потребностям мужчин трудоспособного возраста, которые в значительной степени исключены (в том числе и по собственной воле) из эффективных мер клинической профилактики, а также следует расширить "тотальный охват всех факторов риска" при ведении сердечно-сосудистых заболеваний и диабета.

## **Приоритетные вмешательства (на популяционном уровне)**

### ***Содействие потребителю выбору в интересах здоровья путем применения финансовых и рыночных механизмов***

#### **Цель**

30. В полной мере использовать налоговую политику и меры маркетингового контроля для влияния на спрос, доступность и цены в отношении табака, алкоголя и пищевых продуктов и напитков с высоким содержанием насыщенных жиров, трансжиров, соли и сахара.

#### **Обоснование**

31. Потенциал некоторых весьма действенных инструментов, таких как РКБТ ВОЗ и принятая в 2014 г. директива Европейского союза о табачных изделиях, не используется в полной мере, и в Европейском регионе общий уровень практических действий все еще относительно невысок – в полном объеме эти инструменты реализуют лишь несколько стран. В то же время, в этой области существуют и примеры успеха, например, в отношении простой упаковки для табачных изделий. Такие примеры следует широко распространять. Определенные меры политики способны приводить к сокращению употребления алкоголя, принося при этом наибольшую пользу для молодых людей и тех, кто потребляет алкоголь в больших количествах, а также тех, кто страдает от пьянства окружающих их людей (28). Нельзя недооценивать влияние, которое оказывает на потребление алкоголя маркетинг, в том числе и в социальных сетях, причем в первую очередь – на молодых людей. Системы для регулирования маркетинга алкогольных напитков, такие как нормативные базы, могут снижать это влияние, действуя на благо здоровья населения. Добровольные же соглашения часто оказываются неэффективными, что еще раз подтверждает потребность в регулировании и законодательстве (29). Табачная и алкогольная индустрии, успешно прибегая к умелым приемам маркетинга и дорабатывая внешний вид своей продукции, смогли создать быстро растущий рынок для курящих и пьющих женщин и несовершеннолетних (30). Нацеленный на детей и подростков чрезмерно назойливый маркетинг пищевых продуктов и напитков, богатых энергией, насыщенными жирами, трансжирами, сахаром и/или солью, наряду с повышением их доступности, в том числе и по стоимости, способствует неправильному питанию и растущим показателям избыточной массы тела и ожирения. Необходимы инициативы, направленные на повышение доступности, в том числе по цене, фруктов и овощей и цельнозерновых продуктов. Алкогольные напитки также влияют на общее потребление калорий и способствуют набору веса. Комбинированные инициативы – например, в сферах борьбы с табаком и с алкоголем, или нацеленные одновременно на несколько проблем, зачастую оказываются более эффективными с экономической точки зрения, чем меры, охватывающие лишь какую-то одну сферу. Вместе с тем, экономически эффективной мерой в поддержку моделей поведения и выбора в пользу здоровья неизменно считается использование налоговых инструментов для влияния на потребление людьми табачной и алкогольной продукции (13). Целевое

использование полученных от таких налогов средств может способствовать финансированию программ общественного здравоохранения.

## **Действия**

32. Действия в данном направлении коррелируют с существующими планами действий и включают следующее:

- ратифицировать РКБТ ВОЗ, если это еще не было сделано, и принимать усиленные меры по ее всеобъемлющему осуществлению, включая выработку долгосрочной и слаженной налоговой политики, призванной регулярно отслеживать, повышать или корректировать ставки налогов на все виды табачных изделий, а также принятие полного запрета на все виды рекламы, стимулирования продаж и спонсорства табачных изделий (14);
- в рамках комплексного подхода к борьбе с алкоголем в странах следует вводить меры ценовой политики для снижения доступности алкоголя, а также системы для предотвращения некорректных и безответственных приемов рекламы и маркетинга, нацеленных на детей и молодежь (17);
- принимать строгие меры для сокращения воздействия на детей и взрослых любых форм маркетинга (в том числе онлайн-ового) пищевых продуктов с высоким содержанием энергии, насыщенных жиров, трансжиров, свободных сахаров и/или соли (31), изучить и внедрять экономические инструменты, которые могли бы противодействовать потреблению таких продуктов и, напротив, повышать доступность, в т.ч. ценовую, продуктов для здорового питания; в определенных случаях такими инструментами могут быть налоги на сахаросодержащие напитки (16).

## **Изменение рецептуры пищевых продуктов: соль, жиры и сахара**

### **Цель**

33. Изменить состав пищевых продуктов, путем замещения трансжиров и насыщенных жиров ненасыщенными жирами, и снижать содержание соли и сахара, избегая при этом использования вредных альтернатив

### **Обоснование**

34. Избыточное (>10% от общего потребления калорий) потребление насыщенных жиров связано с повышенным риском ССЗ. Во многих странах подавляющее большинство людей не выполняют рекомендации в отношении потребления насыщенных жиров и трансжиров, и в особенности это касается групп с низким социально-экономическим статусом. Увеличение потребления трансжиров способствует ухудшению липидного и липопротеинового профиля и повышает вероятность ССЗ и смертности больше, чем любые другие источники питательных веществ. Опыт Региона показывает, что принимаемые меры должны быть направлены на все элементы цепочки снабжения – предприятия, занимающиеся производством и переработкой пищевых продуктов, розничной торговлей и общественным питанием, что сможет обеспечить значительное



снижение содержания вышеупомянутых веществ во всем ассортименте продукции и, следовательно, сокращение их потребления населением. Постепенное исключение трансжиров из пищевых продуктов путем введения предельных показателей их содержания возможно, но при этом следует избегать одновременного увеличения содержания насыщенных жиров. Дополнительную пользу принесет изменение рецептуры пищевых продуктов с целью удаления из них насыщенных жиров таким образом, чтобы они не были заменены на рафинированные углеводы, такие как сахар.

35. Потребление сахара, который обычно входит в состав таких пищевых продуктов промышленного производства, как сахаросодержащие напитки, может приводить к набору веса и повышению риска избыточной массы тела/ожирения, а также к риску кариеса. Помимо этого, оно увеличивает риск развития диабета 2 типа. Согласно рекомендациям ВОЗ, потребление свободных сахаров не должно превышать 10% от общего потребления калорий, а сокращение потребления свободных сахаров до менее 5% от общего потребления калорий принесет дополнительную пользу для здоровья (32). Помимо вышеизложенной политики в сфере налогов и маркетинга, нацеленной на богатые свободными сахарами продукты и напитки, снизить потребление свободных сахаров можно и мерами общественного здравоохранения, такими как маркировка пищевых продуктов, просвещение потребителей и выработка стратегии по изменению рецептуры пищевых продуктов (в первую очередь, прошедших обработку и богатых свободными сахарами).

36. Важный источник соли в рационе питания – это пищевые продукты, подвергшиеся технологической обработке. Изменение рецептуры продуктов – один из компонентов стратегии по снижению потребления соли, которая более детально будет рассмотрена в следующем разделе.

## **Действия**

37. Действия в данной области коррелируют с существующими планами действий ВОЗ, включая следующее:

- разработать и внедрить национальные стратегии, направленные на установление баланса в содержании в пищевых продуктах насыщенных и ненасыщенных жиров, а также на запрет или фактическое исключение трансжиров из пищевой промышленности, в контексте общего улучшения качества пищевых продуктов (16);
- находить возможности и предпринимать конкретные действия, например – регуляторного характера, для дальнейшего снижения содержания свободных сахаров в прошедших обработку продуктах и напитках;
- приоритизировать повышение качества и изменение рецептуры продуктов, с дополнением в виде улучшенной информативной и понятной маркировки на лицевой стороне упаковки.

## **Снижение потребления соли**

### **Цель**

38. Снизить потребление соли в рационе питания в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

### **Обоснование**

39. Увеличенное потребление соли/натрия ассоциирует с повышенным артериальным давлением, а снижение потребления натрия, в свою очередь, уменьшает риск ССЗ. В то же время, во многих странах ежедневные уровни потребления соли превышают нормы, рекомендованные ВОЗ (не более 5 г соли (2000 мг натрия) в день), и в таких условиях выполнение поставленной цели по сокращению на 30% потребления соли к 2025 г. представляется весьма непростой задачей. В глобальном масштабе, абсолютные показатели смертности от ССЗ среди взрослых младше 70 лет, обусловленные потреблением более 2 г натрия в день, достигают наивысшего уровня в Центральной Азии и в Восточной и Центральной Европе, примерно в пять раз превышая таковые для Западной Европы (33). Снижение потребления соли населением возможно, и эта мера общественного здравоохранения является одной из наиболее экономически эффективных и осуществимых с финансовой точки зрения. Весьма эффективными могут быть интегрированные программы по снижению потребления соли, и их успех зависит от мониторинга, участия заинтересованных сторон и лидерства правительств в установлении целевых значений и задач. Другие меры общественного здравоохранения на уровне всего населения, такие как практика фторирования соли для профилактики кариеса, или йодирование соли для предупреждения йододефицитных расстройств, не противоречат мерам по снижению потребления соли. В то же время, по мере снижения потребления соли может потребоваться скорректировать показатели обогащения йодом, чтобы обеспечить достаточное количество этого вещества для самых уязвимых групп – беременных женщин и детей грудного и раннего возраста.

### **Действия**

40. Действия в данном направлении коррелируют с существующими планами действий и включают следующее:

- разрабатывать, расширять и оценивать эффективность стратегий по сокращению потребления соли для обеспечения дальнейшего прогресса по всем категориям пищевых продуктов и во всех сегментах рынка (16).

## **Поддержка физически активного образа жизни и видов передвижения**

### **Цель**

41. Содействовать повышению уровня физической активности и сокращению распространенности малоподвижного образа жизни, посредством внесения изменений в системы здравоохранения и условия окружающей среды.

## Обоснование

42. Физическая активность положительно сказывается на психическом здоровье и позволяет на протяжении всей жизни укреплять здоровье легких и опорно-двигательного аппарата. Она также снижает риск развития ССЗ, диабета, некоторых видов рака и нарушений памяти и играет важную роль в комплексном ведении хронических состояний и контроле веса. Высокий уровень физической активности с большой долей вероятности может приносить дополнительную пользу для здоровья как у взрослых, так и у детей, и меры в поддержку физической активности могут осуществляться в самых различных условиях и на всех этапах жизни. Движение – залог физического функционирования и самостоятельности человека. Недостаточная физическая активность считается серьезным фактором риска саркопении и остеопороза, и содействие физической активности среди людей старшего возраста помогает поддерживать здоровье, подвижность и функциональную самостоятельность, а также способствует предупреждению падений. Вместе с тем, уровни физической активности, использования общественного транспорта и безопасности дорожного движения зависят от гендерных норм, ролей и ценностей. Во многих случаях слишком низкие показатели соматического здоровья у людей с психическими расстройствами частично обусловлены такими поведенческими факторами риска, как курение, недостаточная физическая активность, неправильное питание и употребление алкоголя.

43. Некоторые заболевания, такие как нарушения опорно-двигательного аппарата или респираторные состояния, могут ограничивать физическую активность и способность выполнять упражнения. В настоящем документе уже упоминалась важность основанных на упражнениях программ реабилитации после коронарных событий (см. Приоритетные вмешательства). Реабилитация на базе упражнений также считается важным элементом комплексного ведения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), сердечной недостаточности и нарушений опорно-двигательного аппарата. Она может повышать качество жизни с точки зрения здоровья, дает больше возможностей для физической активности и снижает риск госпитализации.

44. Повышение уровня физической активности в повседневной жизни предусматривает модификацию среды в домах, детских садах, школах, на рабочем месте и в местных сообществах для поддержки здорового поведения, в первую очередь – ходьбы пешком и езды на велосипеде как средств передвижения. Активные способы передвижения могут поощряться созданием общественных мест и жилых районов, благоприятных для физической активности, повышением доступности и привлекательности общественного транспорта и обеспечением должной безопасности дорожного движения.

## Действия

45. Предлагаются следующие действия:

- максимально активно использовать основанные на упражнениях программы реабилитации при определенных болезнях и состояниях;

- обеспечить, чтобы вмешательства в сфере физической активности отражали особые потребности и возможности различных групп населения на всех этапах жизни.

46. Действия в данном направлении коррелируют с существующими планами действий и включают следующее:

- интегрировать физическую активность в профилактику и лечение заболеваний и реабилитацию после болезни и создать для людей с ограниченной подвижностью возможности максимально увеличить уровень физической активности и в полной мере реализовать свой потенциал (15);
- включить аспект изменения образа жизни в программы просвещения и лечения людей с проблемами психического здоровья (34);
- предложить рекомендации по содействию физической активности во всех учреждениях здравоохранения и социальной помощи, обслуживающих пожилых людей (35);
- улучшить доступ к спортивным сооружениям и предлагаемым возможностям для занятия физической активностью, особенно для уязвимых групп (15);
- обеспечить для детей доступ к здоровой и безопасной окружающей среде и к таким условиям повседневной жизни, которые бы позволяли им ходить пешком или ездить на велосипеде в детские сады и школы, и с возможностями для игр и других форм ежедневной физической активности (34,36,37);
- содействовать повышению физической активности пожилых людей и лиц с ограниченными возможностями путем создания благоприятных условий в местных сообществах и с помощью действий в социальной области, а также создания жилых помещений и жилых районов, которые способствовали бы мобильности и самостоятельности (34,35);
- поощрять физическую активность для людей всех возрастов путем надлежащего проектирования жилых зданий и медицинских учреждений, создания планов в поддержку активной мобильности и благоприятной транспортной инфраструктуры (36).

## **Содействие обеспечению чистого воздуха**

### **Цель**

47. Содействие обеспечению чистого воздуха путем борьбы с загрязнением воздуха внутри и вне помещений поможет снизить распространенность НИЗ, включая ССЗ, хронические и острые болезни органов дыхания и рак.

### **Обоснование**

48. Загрязнение воздуха – наиболее важный отдельно взятый фактор экологического риска для здоровья, на который приходится значительная часть бремени инсультов, болезней сердца, рака легких и острых и хронических

респираторных заболеваний, включая астму. По имеющимся оценкам, 80% смертей, связанных с загрязнением атмосферного воздуха, вызваны ишемической болезнью сердца и инсультом, 14% смертей приходится на ХОБЛ или острые инфекции нижних дыхательных путей, а 6% – на рак легких. Данные о качестве воздуха (в странах, где такие данные имеются) говорят о том, что более 80% населения ежегодно подвергаются такому уровню воздействия твердых частиц, который превышает нормы, приведенные в руководствах ВОЗ. В дополнение к загрязнению атмосферного воздуха, серьезную угрозу здоровью представляет дым от приготовления пищи внутри помещений на угле и топливе из биомассы, а также воздействие сырости и плесени. Проблема загрязнения атмосферного воздуха в целом не может быть решена усилиями отдельных людей или только лишь сектора здравоохранения – она требует действий со стороны лиц, вырабатывающих политику, на уровне муниципалитетов и стран и на международном уровне, в секторах транспорта, промышленности, энергетики, сбора и утилизации отходов, строительства и сельского хозяйства. В числе примеров политики и направлений для инвестиций, которые способны снизить загрязнение атмосферного воздуха из основных источников, следует отметить экологически чистый транспорт и отопление, энергосберегающее жилье, городское планирование и оптимизацию сбора и утилизацию отходов муниципалитетами. В свою очередь, сокращение выбросов от бытовых систем, работающих на угле и топливе из биомассы, а также воздействия табачного дыма, позволит снизить загрязнение воздуха внутри помещений. Вмешательства по снижению загрязнения воздуха одновременно с этим часто способствуют и снижению воздействия других факторов риска НИЗ: это касается, например, содействия активным способам передвижения, таким как ходьба пешком и езда на велосипеде.

## Действия

49. Действия в данной области коррелируют с существующими планами действий, резолюциями и конвенциями, в связи с чем сектор здравоохранения должен выполнять функцию стратегического управления в работе с различными секторами и уровнями государственного управления, и, в частности:

- содействовать осуществлению на региональном уровне резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA68.8 "Здоровье и окружающая среда: решение проблемы воздействия загрязнения воздуха на здоровье";
- продолжать и активизировать усилия для ратификации и осуществления Женевской конвенции 1979 г. о трансграничном загрязнении воздуха на большие расстояния;
- разработать надлежащие меры, направленные на предотвращение и снижение потребления табака, воздействия табачного дыма и зависимости от никотина, уделив при этом особое внимание молодежи, некурящим и представителям уязвимых групп (14,37);
- продолжать и наращивать усилия, направленные на снижение и мониторинг заболеваемости острыми и хроническими респираторными заболеваниями путем снижения воздействия твердых частиц и их прекурсоров, особенно связанных с продуктами горения производственного, транспортного и бытового происхождения, а также концентрации приземного озона и других

газообразных загрязняющих веществ, в соответствии с положениями руководства ВОЗ по качеству воздуха (36);

- разрабатывать эффективные межсекторальные стратегии и нормативы, внедрение которых способно радикальным образом обеспечить снижение уровней загрязнения воздуха внутри помещений, и создавать стимулы и возможности для предоставления гражданам доступа к устойчивым, экологически чистым и здоровым методам энергоснабжения в жилых и общественных зданиях (36).

## **Приоритетные вмешательства (на индивидуальном уровне)**

### ***Оценка и сокращение кардиометаболического риска***

#### **Цель**

50. Проводить оценку кардиометаболического риска в абсолютных цифрах и предпринимать меры по его снижению.

#### **Обоснование**

51. В Европейском регионе имеются возможности для очень значительных улучшений в сфере выявления и комплексного ведения повышенного артериального давления и других факторов риска: например, обследования по показателям здоровья демонстрируют, что проходит диагностику и получает лечение и/или комплексную помощь лишь мизерная часть граждан, которые были включены в группу риска. Группа факторов риска, таких как употребление табака, повышенное содержание холестерина и высокое артериальное давление, способствуют развитию атеросклероза, вызывающего ССЗ. Эти факторы риска взаимодействуют между собой, при этом часто умножая свой эффект. Обследования ВОЗ STEPS показывают, что около трети мужчин и женщин подвержены трем или более факторам риска. Особое внимание следует уделить общей оценке сразу целого комплекса, а не единичных факторов риска заболеваний сердца и инсульта, с целью снижения общего риска. В группу повышенного риска развития ССЗ входят лица с ССЗ (например, после инфаркта миокарда или инсульта), диабетом или нарушением функции почек в анамнезе или с очень высоким уровнем индивидуальных факторов риска; такие люди нуждаются в комплексном снижении всех факторов риска. Для остальных граждан могут использоваться схемы оценки общего риска, чтобы акцентировать внимание на лечении людей с высоким общим риском ССЗ, а не с незначительно увеличенными единичными факторами. Помимо избежания чрезмерной медикализации населения, это также позволит рациональнее расходовать ограниченные ресурсы. В дополнение к выявлению лиц, которым угрожает повышенный общий риск, схемы для оценки риска могут служить инструментом коммуникации, позволяя пациентам лучше понимать и выполнять рекомендации по снижению риска и требования лечения. Такая стратегия может преимущественно осуществляться в первичном звене медико-санитарной помощи. Внеплановый скрининг на предмет факторов риска при обращении в учреждения первичного звена позволит, с большой долей вероятности, более

эффективно, по сравнению с общими программами медицинских осмотров, расходовать ресурсы здравоохранения (38), хотя такая стратегия должна предусматривать способы для охвата категорий граждан, которые реже обращаются в медицинские учреждения в плановом порядке, зачастую будучи "спрятанными" от системы здравоохранения.

52. Существуют специальные программы реабилитации после коронарных событий, таких как инфаркт миокарда, которые повышают качество жизни и снижают вероятность заболеваний в будущем (39). В то же время все больше данных свидетельствуют о том, что под надлежащий врачебный контроль не попадают даже лица с подтвержденным повышенным риском ССЗ: например, только половина пациентов с сердечно-сосудистыми состояниями получают рекомендации об участии в программах вторичной профилактики и/или реабилитации, а меры по снижению факторов риска зачастую неадекватны (40). Пациенты, восстанавливающиеся после инсульта, имеют еще меньше шансов на получение оптимальной помощи по снижению факторов риска сосудистых заболеваний, при том, что программы реабилитации после инсульта позволяют повышать качество жизни таких пациентов. Ценный вклад во вторичную профилактику и реабилитацию могут внести медицинские сестры и представители родственных медицинских профессий, а также ассоциации пациентов, которые позволяют вовлекать членов семей в программы помощи на дому.

## **Действия**

53. Предлагаются следующие действия:

- укреплять потенциал первичного звена медико-санитарной помощи для предупреждения и оценки кардиометаболического риска и принятия необходимых мер, включая разработку клинических руководств, создание потенциала, мониторинг и оценку и подходы, ориентированные на пациента;
- повышать охват и качество контроля кардиометаболического риска по итогам обследования, чтобы лица, у которых общий риск ССЗ превышает пороговый уровень, могли получать медикаментозное лечение и консультации (включая гликемический контроль) для профилактики инфаркта и инсульта;
- повышать качество и охват мерами вторичной профилактики и реабилитации после инфаркта и инсульта.

54. Действия в данном направлении коррелируют с существующими планами действий и включают следующее:

- создать стабильно функционирующие, опирающиеся на научно обоснованные данные и прошедшие соответствующую аккредитацию службы и системы, оказывающие услуги по отказу от употребления табака, предусмотрев при этом возмещение их стоимости; внедрить короткие консультации по отказу от курения на всех этапах и уровнях оказания медико-санитарной помощи; содействовать интеграции оказания медицинской помощи при отказе от курения и профилактики курения в

программы подготовки всех работников здравоохранения; оказывать адресную поддержку при отказе от курения представителям определенных групп, в частности беременным женщинам, родителям детей младшего возраста, лицам с нарушениями психического здоровья, пациентам с нарушениями со стороны сердца и дыхательной системы (14);

- внедрять подходящие системы и проводить обучение поставщиков услуг, чтобы охватить программами раннего выявления и кратких консультаций как минимум 30% населения, которому угрожает риск потребления алкоголя в опасных или вредных количествах, в том числе граждан, которые обращаются за медицинской помощью в связи с такими категориями болезней, как гипертензия (17);
- укреплять системы здравоохранения, чтобы они способствовали формированию здорового рациона питания: развивать потенциал и улучшать подготовку работников первичной медико-санитарной помощи для адекватного консультирования по вопросам питания и контроля и регулирования веса; развивать потенциал и улучшать подготовку специалистов по вопросам питания с целью оказания высококачественных услуг по вопросам питания в учреждениях здравоохранения; содействовать здоровому питанию в учреждениях здравоохранения и социальной поддержки (16);
- интегрировать физическую активность в профилактику и лечение заболеваний и реабилитацию: добиваться того, чтобы поощрение физической активности работниками здравоохранения стало нормой, как одно из основных умений, которым должны обладать все специалисты первичной медико-санитарной помощи; рассмотреть стимулы и возможность компенсации, где это предусмотрено, стоимости профилактических и реабилитационных мероприятий на базе физической активности компаниями медицинского страхования (15).

## ***Раннее выявление и эффективное лечение основных НИЗ***

### **Цель**

55. Снизить смертность от рака шейки матки, молочной железы и ободочной и прямой кишки и снизить бремя других неинфекционных заболеваний и состояний.

### **Обоснование**

56. Многие заболевания выявляются слишком поздно, что не позволяет обеспечить эффективное лечение: например, 30–40% случаев рака в Восточной Европе выявляются уже на метастатической стадии. Раннее выявление некоторых видов рака возможно либо посредством повышения осведомленности населения и работников здравоохранения о ранних признаках и симптомах заболевания, что позволит незамедлительно направить человека для подтверждения диагноза и лечения, либо путем скрининга для лиц, которые не обнаруживают никаких симптомов и чувствуют себя здоровыми, с целью выявления предраковых нарушений или онкологического заболевания на ранней стадии его развития, с



последующим направлением для диагностики и лечения. В целях минимизации вреда и оптимизации результатов, скрининг на предмет раковых заболеваний следует проводить при наличии данных о его эффективности, силами организованных программ на популяционном уровне с надежными механизмами обеспечения качества. Большое распространение получают программы скрининга, однако не все они основаны на фактических данных. Это может истощать ресурсы, не приводя к улучшению показателей здоровья. В дополнение к этому, коммерческие компании могут предлагать программы скрининга сомнительного качества, прибегая к прямым методам маркетинга.

57. В условиях ограниченности ресурсов и возможностей систем здравоохранения и там, где большая часть раковых заболеваний, которые могут выявляться на ранних стадиях, диагностируются сегодня на поздних этапах, именно создание программ ранней диагностики (а не скрининг) может стать наиболее реалистичной стратегией для улучшения выживаемости. Как бы то ни было, программы раннего выявления должны поддерживаться рядом механизмов, таких как эффективные алгоритмы диагностики и лечения, мониторинг и эпиднадзор и реестры заболеваний на популяционном уровне. Вместе с тем, программы скрининга и раннего выявления не имеют смысла при отсутствии возможностей для дальнейшей диагностики и лечения. ВОЗ призывает обеспечить к 2025 г. доступность жизненно важных лекарственных средств на уровне не менее 80%, и для этого требуются конкретные действия, такие как адаптация национальных протоколов диагностики и лечения к ресурсам стран, а также обеспечение всем гражданам доступа к самому высокому возможному стандарту услуг.

58. Раннее выявление симптомов и признаков инфаркта миокарда или инсульта и своевременное оказание помощи согласно критически важным алгоритмам лечения ("цепочке выживания" или "цепочке восстановления") способно в значительной степени влиять на исход заболевания. Партнерства между ассоциациями пациентов и профессиональными объединениями, поставщиками услуг, лицами, ответственными за их разработку, и т.д. имеют огромное значение в условиях, предшествующих госпитализации, для определения алгоритмов оказания помощи и обеспечения скорейшей госпитализации в инсультное или инфарктное отделение. Особенно важными представляются информационные кампании, призванные помочь людям распознавать симптомы инсульта у пациентов, которые не могут обратиться за помощью сами. Неотложные медицинские службы с широко известным телефонным номером для вызова способны повысить оперативность первой специализированной помощи на основании принципов доказательной медицины, включая тромболит, тромбэктомия или чрескожные коронарные вмешательства. Скоординированные и многопрофильные действия при диагностике, помощи и ранней реабилитации способны снижать смертность и предотвращать или смягчать инвалидизацию.

59. Подобные вмешательства могут применяться и к другим неинфекционным заболеваниям, таким как сахарный диабет, хронические респираторные заболевания и многие болезни опорно-двигательного аппарата, где раннее выявление и лечение также способны приносить ощутимые результаты и не допускать ухудшения здоровья, повышать качество жизни и снижать потребность в дорогостоящей помощи на более поздних стадиях. Например, лица, отнесенные

к группе высокого риска развития диабета типа 2, могут включаться в основанные на фактических данных программы гарантированного качества по изменению образа жизни, чтобы не допустить или отсрочить развитие болезни. Внедрение минимального набора необходимых вмешательств в области НИЗ, таких как созданный ВОЗ Пакет основных вмешательств в области НИЗ (PEN) (41), в комплексе с надлежащими алгоритмами направления, профилактики, диагностики и лечения и с доступом к жизненно важным лекарствам и технологиям, поможет странам начать реформы для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения и справедливости в здоровье.

## Действия

60. Предлагаются следующие действия:

- повышать осведомленность медицинских работников и населения в целом о факторах риска, ранних признаках и симптомах рака, диабета и других основных НИЗ, развивать клинические навыки ранней диагностики и ведения болезней и внедрять эффективные алгоритмы для оперативного направления, диагностики и лечения пациентов с выявленными заболеваниями;
- там, где это уместно и подтверждено фактическими данными, и где системы здравоохранения в состоянии принимать соответствующие дальнейшие меры, осуществлять организованные, с гарантированным качеством, программы скрининга среди населения на предмет рака шейки матки, молочной железы и ободочной и прямой кишки, учитывая конкретные условия страны;
- провести оценку государственных и частных учреждений в первичном звене медико-санитарной помощи и, при необходимости, обеспечить доступные базовые технологии и основные лекарственные средства, включая препараты-генерики, необходимые для лечения основных НИЗ;
- поддержать реализацию хотя бы минимального набора основных вмешательств в связи с НИЗ в первичном звене, для повышения охвата базовой помощью и уровня ее социальной справедливости;
- способствовать раннему выявлению симптомов и признаков инфаркта миокарда или инсульта у мужчин и женщин и своевременному оказанию помощи согласно критически важным алгоритмам лечения ("цепочке выживания" или "цепочке восстановления");
- осуществлять скоординированные и многопрофильные действия при диагностике, ранней помощи и ранней реабилитации при инфаркте миокарда, инсульте и других состояниях, в том числе при заболеваниях опорно-двигательного аппарата.

61. Действия в данном направлении коррелируют с существующими планами действий и включают следующее:

- обеспечить, в рамках систем здравоохранения Региона, оказание долгосрочной помощи детям и подросткам с хроническими заболеваниями (37);

- повышать, для людей с проблемами психического здоровья, доступность медико-санитарной помощи по поводу соматических заболеваний, таких как ССЗ, рак, диабет и болезни полости рта, на том же уровне, как и для всего населения в целом (34).

## **Вакцинация и борьба с некоторыми инфекционными болезнями**

### **Цель**

62. Способствовать, в подходящем контексте и при наличии ресурсов, вакцинации и мерам по борьбе с соответствующими инфекционными болезнями в целях профилактики развития и осложнений НИЗ.

### **Обоснование**

63. Несмотря на общее название "неинфекционные заболевания", в данную группу входит ряд болезней, которые имеют инфекционное происхождение и/или протекают с осложнениями в связи с определенными инфекциями, что требует определенных ответных мер. Здесь существуют причинно-следственные пути, такие как недостаточность питания и неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия; общие факторы риска, такие как табак, алкоголь и бедность, у НИЗ и у туберкулеза; и такие общие причинные факторы, как нелеченные инфекции (напр., стрептококковая инфекция и ревматический вальвулит) у рака и некоторых ССЗ. У одного человека могут одновременно присутствовать несколько заболеваний (как инфекционных, так и неинфекционных), что определенным образом сказывается на особенностях их лечения. Наличие одного заболевания может повышать вероятность развития другого – например, и употребление алкоголя, и курение, и диабет повышают риск развития туберкулеза. Лечение одного заболевания может также повышать риск развития другого – например, антиретровирусная терапия при ВИЧ-инфекции способна увеличивать риск метаболического синдрома. Присутствие одного заболевания может приводить к ухудшению исхода другого – например, сочетание ТБ и диабета может усугубить исход обоих заболеваний (42), а употребление табака и алкоголя может отрицательно сказываться на исходах лечения ВИЧ-инфекции и/или ТБ.

64. Некоторые заболевания, предупреждаемые с помощью вакцин, могут способствовать развитию НИЗ: так, главной причиной рака шейки матки является устойчивое или хроническое заражение одним из онкогенных (высокого риска) типов вируса папилломы человека (ВПЧ), который передается половым путем; материнская краснуха может приводить к развитию у младенца врожденного порока сердца; у некоторых людей хроническое заражение гепатитом В приводит к циррозу и раку печени. Вакцинация – очень эффективное медико-санитарное вмешательство, и за последние годы достигнут значительный прогресс в защите детей от гепатита В на протяжении всей жизни посредством всеобщей вакцинации новорожденных или детей грудного возраста. Достигнут значительный прогресс в разработке и внедрении новых вакцин и в расширении охвата существующих программ иммунизации. Вакцинация девочек-подростков и

молодых женщин против ВПЧ играет важную роль в более широком подходе по профилактике и борьбе с раком шейки матки. Некоторые данные также указывают на то, что вакцинация против гриппа снижает вероятность осложнений у больных ХОБЛ (43), а пациентам с некоторыми видами хронических легочных болезней может идти на пользу пневмококковая вакцина.

## **Действия**

65. Предлагаются следующие действия:

- оценить и максимально расширить возможности для профилактики и борьбы с НИЗ, которые предоставляются программами по борьбе с инфекционными болезнями.

66. Действия в данном направлении коррелируют с существующими планами действий и включают следующее:

- внедрить национальные календари иммунизации, в том числе для лиц пожилого возраста (35,37);
- бороться с инфекцией гепатита В (43);
- принимать решения о применении новых вакцин на основании фактических данных – например, при планировании внедрения программ по иммунизации против ВПЧ и программ иммунизации для людей с хроническими состояниями (44);
- внедрять рамочные основы для взаимодействия и механизмы комплексного ведения НИЗ и наиболее актуальных в данном контексте инфекционных болезней, например, наиболее часто встречающихся патологических состояний, ассоциируемых с ТБ, таких как сахарный диабет, расстройства, связанные с употреблением алкоголя и наркотиков, и заболевания, связанные с курением (45).

## **Поддерживающие вмешательства**

### ***Укрепление здоровья полости рта и опорно-двигательного аппарата***

#### **Цель**

67. Укрепление здоровья полости рта и опорно-двигательного аппарата.

#### **Обоснование**

68. Болезни полости рта входят в число наиболее распространенных (и среди детей, и среди взрослых) НИЗ в Европейском регионе. Такие заболевания, как кариес, пародонтоз (болезнь десен), потеря зубов, рак полости рта и болезни полости рта, связанные с ВИЧ/СПИДом, являются серьезными проблемами здравоохранения. Боль в полости рта и связанные с зубами проблемы, которые проявляются при еде, пережевывании пищи, улыбке или разговоре, серьезно сказываются на здоровье и благополучии людей – например, они ограничивают

возможности для здорового питания. Болезни полости рта связаны с другими НИЗ, такими как ССЗ и диабет, и приводить к их развитию могут одни и те же устранимые факторы риска, такие как употребление продуктов и напитков с высоким содержанием сахара, табака и алкоголя. Во всем Регионе высокий относительный риск болезней полости рта имеет социально-экономические и гендерные детерминанты. Борьба с болезнями полости рта требует доступных систем охраны здоровья полости рта, и при этом соответствующие услуги, предоставляемые по справедливой стоимости, следует интегрировать с первичным звеном медико-санитарной помощи и мерами профилактики, способными снизить риск заболеваний. Во всех странах Региона существуют глубокие социальные неравенства в отношении получения услуг по охране здоровья полости рта для детей, взрослых и людей старшего возраста. Работники стоматологических специальностей могут играть роль в раннем выявлении рака полости рта и ВИЧ/СПИДа, а также в консультировании по вопросам отказа от курения, потребления алкоголя и здорового питания (46).

69. Нарушения опорно-двигательного аппарата – главная причина инвалидности в Европейском регионе. Данная проблема затрагивает все возрастные группы. Это главная причина невозможности найти работу, а также, в старшем возрасте, потери самостоятельности. Здоровый опорно-двигательный аппарат – залог активной жизни, экономической независимости и активной и здоровой старости. Более того, это важный фактор для профилактики НИЗ, в силу значения физической активности. Опорно-двигательному аппарату угрожают такие состояния, как артрит, боль в пояснице и в шее, остеопороз и остеопоротические переломы, а также производственные и спортивные травмы. Факторы риска для нарушений опорно-двигательного аппарата аналогичны таковым для других НИЗ, и воздействие на такие факторы, в т.ч. поощрение физической активности, поддержание идеальной массы тела, отказ от курения и ограничение употребления алкоголя, а также профилактика травматизма, содействует укреплению здоровья опорно-двигательного аппарата. Борьба с нарушениями опорно-двигательного аппарата и профилактика инвалидности требуют наличия и оперативной доступности систем охраны здоровья опорно-двигательного аппарата, позволяющих осуществлять своевременные вмешательства и реабилитацию. Услуги таких систем должны быть ориентированы на нужды людей, интегрированы в системы здравоохранения, устремлены к созданию для людей возможностей для самостоятельного ведения своих заболеваний опорно-двигательного аппарата и на снижение медикализации при распространенных патологиях.

## **Действия**

70. Действия в данном направлении могут способствовать выполнению целого ряда планов действий, однако в самих этих планах достаточно редко упоминаются конкретные меры, имеющие отношение к здоровью полости рта или опорно-двигательного аппарата. Здоровье полости рта и опорно-двигательного аппарата имеет немалое значение для повышения общих показателей здоровья на всех этапах жизни и для смягчения последствий для здоровья от недостаточной физической активности, нездорового рациона питания и употребления табака, алкоголя и сахаросодержащих напитков. Таким образом, предоставляется

хорошая возможность для восполнения этого пробела. В числе подходящих для этого действий можно назвать следующее:

- укреплять здоровье полости рта путем улучшения рациона питания и снижения потребления сахара; внедрения систем автоматического фторирования (воды, соли, молока) и оптимизации использования зубных паст с фтором; улучшения гигиены полости рта; борьбы против табака и алкоголя и профилактики челюстно-лицевого травматизма путем создания безопасных средовых условий и повышения безопасности в спорте;
- укреплять здоровье опорно-двигательного аппарата во всех возрастных категориях для повышения физической функциональности организма путем содействия физической активности, борьбы с ожирением и недопущения травматизма;
- способствовать улучшению здоровья полости рта и опорно-двигательного аппарата на всех этапах жизни: оказывать детям и подросткам поддержку для сохранения здоровья полости рта и опорно-двигательного аппарата, привлекая для этого их семьи и сверстников, а также программы по охране здоровья в дошкольных и школьных учреждениях; интегрировать меры по улучшению здоровья полости рта и опорно-двигательного аппарата в деятельность по укреплению здоровья на рабочем месте и повышение гигиены труда; внедрять организованные программы по улучшению здоровья полости рта и опорно-двигательного аппарата для пожилых людей в домах престарелых; защищать уязвимые категории граждан, таких как живущих за чертой бедности или маргинализированных лиц (например, бездомных или беженцев), людей с ограниченными возможностями, а также представителей групп риска, таких как беременные женщины и лица, которые на протяжении длительного времени находятся в специализированных учреждениях (например, тюрьмах или психиатрических больницах);
- создавать системы охраны здоровья полости рта, ориентированные на профилактику и на укрепление здоровья; предоставлять услуги по охране здоровья полости рта на справедливых с финансовой точки зрения условиях, организовывать услуги общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи для улучшения здоровья полости рта, согласно принципам социальной справедливости;
- создавать системы охраны здоровья опорно-двигательного аппарата, которые обеспечивали бы своевременный доступ к ориентированной на нужды людей помощи при его нарушениях, с упором на ранние вмешательства для сохранения и восстановления функций опорно-двигательного аппарата и создание для людей возможностей для самостоятельного ведения заболеваний; повышать осведомленность о возможностях услуг по охране здоровья опорно-двигательного аппарата;
- укреплять эпиднадзор и обеспечивать квалифицированные и разнопрофильные кадровые ресурсы для охраны здоровья полости рта и опорно-двигательного аппарата.

## **Защита психического здоровья**

### **Цель**

71. Защищать психическое здоровье для снижения вероятности развития и усугубления НИЗ.

### **Обоснование**

72. Психическое здоровье имеет немалое значение для эффективного предупреждения и ведения НИЗ, поскольку оно во многом связано с физическим здоровьем человека, а его нарушения часто сопутствуют соматическим патологиям. Оно оказывает немалое влияние на факторы риска, особенно на рискованные модели поведения, и у людей с нарушениями психического здоровья показатели смертности от НИЗ в два-три раза превышают таковые у людей без подобных нарушений. Хронический стресс, одиночество и социальная изоляция способны повышать вероятность первого проявления ишемической болезни сердца. Краткосрочный эмоциональный стресс может провоцировать проявления сердечных заболеваний у лиц с прогрессирующим атеросклерозом, а длительный стресс может повышать риск повторных проявлений ишемической болезни сердца, а также вероятность летального исхода у людей с подобным заболеванием. Имеющиеся данные говорят о том, что психологический стресс провоцирует и осложнения астмы, а у людей с диабетом 2 типа – повышение уровня глюкозы в крови.

73. В настоящее время знания о стрессе как о факторе риска, а также применение методик контроля стресса в клинических условиях, достаточно ограничены. Контроль психосоциальных факторов риска рекомендовано сделать частью многопрофильного, ориентированного на пациентов подхода к профилактике ССЗ в условиях клинической практики (50). Учитывая, что в половине случаев психические расстройства проявляются в возрасте до 14 лет, их профилактика должна начинаться уже в детском возрасте. Потенциально полезным для эмоционального благополучия может оказаться и подход, исходящий из наличия общих факторов риска, к профилактике НИЗ; например, это касается снижения риска деменции (51).

### **Действия**

74. Действия в данной области детально описываются в уже существующих европейских планах действий по охране психического здоровья (34) и по предупреждению жестокого обращения с детьми (21), а также в других разделах настоящего Плана действий, в т.ч. посвященных оценке и сокращению кардиометаболического риска, физически активному образу жизни и видам передвижения, а также форматам оказания помощи и условиям социальной среды.

## **Укрепление здоровья в различных условиях социальной среды**

### **Цель**

75. Улучшать здоровье и благополучие посредством создания более благоприятных для здоровья условий.

### **Обоснование**

76. Рациональные с точки зрения затрат и результатов меры по укреплению здоровья могут носить всеобщий характер, а также осуществляться применительно к целевым группам населения – например, в школах и на работе (13). Вмешательства в рамках инициативы "Школы, способствующие укреплению здоровья", могут способствовать улучшениям в таких вопросах здоровья, как уровень физической активности, хорошая физическая форма, потребление фруктов и овощей и отказ от курения (47). Для некоторых вмешательств экономическая целесообразность может стать заметной лишь спустя продолжительное время (например, это касается действий по снижению риска ожирения), а другие меры – такие как охрана психического здоровья на рабочем месте – наиболее эффективны как раз в краткосрочной перспективе. Подобные меры должны учитывать гендерные особенности. Существует множество различных условий социальной среды, в которых можно осуществлять вмешательства по укреплению здоровья – места проживания людей, детские сады, учреждения социальной помощи и места лишения свободы, университеты и т.д.

77. Люди, страдающие хроническими заболеваниями или, например, госпитализированные в связи с обострением хронических респираторных заболеваний, инфарктом миокарда или инсультом, могут нуждаться в поддержке для того, чтобы продолжить обучение или трудовую деятельность. Во многих промышленных странах болезни опорно-двигательного аппарата стали главной причиной нетрудоспособности или отпуска по болезни, и вмешательства, осуществляемые на рабочих местах, способны сокращать время отсутствия на работе, снижать боль и улучшать функциональный статус людей (48). Значительное негативное воздействие на производительность, условия, гигиену и безопасность труда оказывает употребление алкоголя. Многопрофильные вмешательства, включающие элементы соматического здоровья, психологической помощи и просвещения, а также элементы профессиональной подготовки, зарекомендовали себя как более действенные для помощи онкологическим больным в возвращении к работе, нежели обычные виды помощи (49).

### **Действия**

78. Действия в данном направлении коррелируют с существующими планами действий и включают следующее:

- оказывать поддержку людям, затронутым НИЗ и живущим с НИЗ, предоставляя возможности учиться и работать, невзирая на заболевания, а также возвращаться на (или не прекращать) учебу или работу;
- реализовывать существующие полномочия и выполнять обязательства в отношении оздоровления среды обитания, чтобы снизить подверженность



факторам, повышающим риск возникновения НИЗ (таким как радон, ультрафиолетовое излучение, шум, асбест и изменение климата), и снижать влияние выявленных факторов риска (36).

79. Действия для школ и других учебных заведений:

- развивать связи с сетью "Школы за здоровье в Европе", стимулируя здоровые модели поведения и создавая здоровые условия окружающей среды;
- установить стандарты для обеспечения пищевыми продуктами, в т.ч. напитками, в школах и создавать условия для того, чтобы в школах и других местах, где собираются дети, не осуществлялось никаких мероприятий по маркетингу пищевых продуктов и напитков с высоким содержанием калорий, насыщенных жиров, трансжиров, сахара или соли, и отсутствовал доступ к таким продуктам как таковым (16);
- способствовать тому, чтобы в школах и других учебных заведениях не было места для табака и алкоголя; обеспечить, чтобы помещения дошкольных учреждений, школ и общественных мест отдыха для детей стали свободными от табачного дыма, посредством выполнения руководства ВОЗ по качеству воздуха внутри помещений (14,17,36,37);
- рассмотреть возможность включения уроков физкультуры в обязательную школьную программу.

80. Рабочие места:

- разработать политику, законодательство и инструменты стратегического руководства, направленные на решение проблем, связанных с профессиональными НИЗ, и не допускающие дискриминации в отношении людей с НИЗ, и обеспечить соблюдение работодателями соответствующих правил и нормативов;
- стимулировать разработку комплексных программ по охране здоровья на рабочих местах, предоставляя для этого стимулы нормативного и финансового характера, осуществляя социальный маркетинг, мониторинг, распространение информации и обмен опытом;
- создавать для работодателей стимулы к снижению психосоциального и связанного с работой стресса, усилению мер по контролю стресса и внедрению на предприятиях и в организациях простых в реализации программ для повышения благополучия работников (34);
- поддерживать здоровое питание в столовых предприятий и организаций, а также продвигать строгие правила в отношении алкоголя и табака на работе, с мониторингом и оценкой;
- обеспечить возможности для физической активности и проводить консультирование по вопросам физической активности на предприятиях и в организациях, в том числе рассмотрев меры для создания условий, лучше способствующих физической активности в течение рабочего дня и стимулирующих активные способы передвижения на работу и с работы (15);
- защищать, поощрять и поддерживать грудное вскармливание на работе.

## **Роль Европейского регионального бюро**

### ***Лидерство и информационно-разъяснительная работа***

81. Европейское региональное бюро ВОЗ продолжит выполнять ведущую роль в координации общеевропейских мер реагирования на конкретные вызовы, связанные с НИЗ, посредством настоящего Плана действий и других актуальных стратегий и планов действий, региональных и глобальных, которые вместе представляют собой основу для согласованного и действенного подхода. Также Региональное бюро будет тесно сотрудничать со штаб-квартирой ВОЗ в целях содействия в реализации Глобального плана действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями на 2013–2020 гг. в масштабе Европейского региона. Региональное бюро продолжит тесное сотрудничество с Европейской комиссией и взаимодействии с соответствующими межправительственными учреждениями, такими как Программа развития ООН, Европейская экономическая комиссия ООН, Программа ООН по окружающей среде и Всемирный банк, чтобы добиваться включения вопросов борьбы с НИЗ в актуальные повестки дня социального и экономического характера и, в частности, в Рамочные программы ООН по оказанию помощи в целях развития.

### ***Наращивание потенциала***

82. Региональное бюро будет оказывать поддержку государственным органам на национальном и субнациональном уровнях, чтобы сделать профилактику и борьбу с НИЗ задачей высокой приоритетности, в первую очередь в странах с высокими показателями обусловленных НИЗ нетрудоспособности и смертности. Региональное бюро поддержит усилия стран по дальнейшему изучению природы НИЗ, характерных для населения, по анализу имеющихся ресурсов и потенциала для планирования и организации эффективных ответных мер, и оценке потенциальных препятствий и возможностей для профилактики и борьбы с НИЗ в своих системах здравоохранения. Региональное бюро будет работать вместе с государствами-членами и с экспертами, стимулируя создание сетей и формирование профильных сообществ, занимаясь поиском и распространением актуальных знаний и информации, опыта и примеров из практики в поддержку разработки, осуществления и оценки эффективности мер политики на доказательной основе, а также содействуя подготовке вспомогательных материалов. Оно будет помогать странам формулировать, разрабатывать и осуществлять планы действий в отношении НИЗ с четкими задачами, стратегиями и целевыми показателями и с достаточным финансированием, а также создавать или укреплять механизмы для межсекторальной работы и коллективного руководства в интересах здоровья.

### ***Мониторинг и эпиднадзор***

83. Региональное бюро продолжит, во взаимодействии со штаб-квартирой ВОЗ и другими партнерами, вести мониторинг и оценку прогресса в профилактике и борьбе с НИЗ, в особенности посредством периодических обследований потенциала для борьбы с НИЗ, а также мониторинга прогресса на основании

глобальных и европейских целевых показателей и индикаторов. ВОЗ будет и далее стремиться к повышению качества, актуальности и сопоставимости данных в отношении НИЗ и их факторов риска. В 2015 г. начал работу проект по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями ("Проект по НИЗ") Европейского регионального бюро ВОЗ в Москве (Российская Федерация). Его задача – оказывать поддержку государствам-членам, объединяя, анализируя и распространяя данные мониторинга и эпиднадзора и организуя деятельность в странах, например, по проведению обследований STEPS и работе канцер-регистров, в том числе в рамках проекта комплексного эпиднадзора за НИЗ.

### ***Работа с другими организациями***

84. Региональное бюро будет работать в сотрудничестве с другими структурами, такими как ЕС и его учреждения, а также организации в системе ООН. Поддержку Региональному бюро будут оказывать сотрудничающие центры ВОЗ и сети по укреплению здоровья, такие как Международная сеть больниц и служб здравоохранения, содействующих укреплению здоровья, сеть "Школы за здоровье в Европе", сеть ВОЗ "Здоровые города" и сеть "Регионы – за здоровье". Что касается консультаций и сотрудничества с гражданским обществом, неправительственными организациями и соответствующими профессиональными организациями и объединениями пациентов, у которых нет конфликта интересов с общественным здравоохранением, то Европейское региональное бюро ВОЗ, признавая опыт и потенциальный вклад этих структур, будет уделять такому сотрудничеству больше внимания. Важными партнерами на международном и национальном уровне представляются коалиции организаций здравоохранения, которые также ставят перед собой цели борьбы с НИЗ.

### **Библиография<sup>2</sup>**

1. Курс на оздоровление. Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2006 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/gaining-health.-the-european-strategy-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases>).
2. План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями (2012–2016 гг.). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/publications/2012/action-plan-for-implementation-of-the-european-strategy-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-20122016>).
3. Резолюция 66/2. Политическая декларация совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Нью-Йорк: Генеральная Ассамблея ООН; 2011 (A/66/2;

---

<sup>2</sup> Все ссылки даны по состоянию на 1 июля 2016 г.

[http://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/66/2&referer=/english/&Lang=R](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/66/2&referer=/english/&Lang=R)).

4. Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/ru/>).
5. Прогресс в достижении целевых ориентиров политики Здоровье-2020. В: Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2015: целевые ориентиры и более широкая перспектива – новые рубежи в работе с фактическими данными. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (Глава 2; <http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2015/european-health-report-2015-the-targets-and-beyond-reaching-new-frontiers-in-evidence.-highlights>).
6. Резолюция 68/300. Итоговый документ совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по всеобъемлющему обзору и оценке прогресса, достигнутого в профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Нью-Йорк: Генеральная ассамблея ООН; 2014 (A/68/300; [http://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/68/300&referer=/english/&Lang=R](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/68/300&referer=/english/&Lang=R)).
7. World Economic Forum, World Health Organization. From burden to “best buys”: reducing the economic impact of non-communicable diseases in low- and middle-income countries. Geneva: World Economic Forum; 2011 ([http://www.who.int/nmh/publications/best\\_buys\\_summary/en/](http://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary/en/)).
8. Wismar M, Martin-Moreno JM. Intersectoral working and Health in All Policies. In: Facets of public health in Europe, 199–216. Maidenhead, New York: Open University Press; 2014 (European Observatory on Health Systems and Policies series; <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/facets-of-public-health-in-europe>).
9. Развитие межсекторального взаимодействия в интересах здоровья и благополучия в Европейском регионе ВОЗ. Здоровье – это политический выбор. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (EUR/RC65/16; <http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/65th-session/documentation/working-documents/eurrc6516-promoting-intersectoral-action-for-health-and-well-being-in-the-who-european-region-health-is-a-political-choice>).
10. Health in 2015: from MDGs to SDGs. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/>).
11. Integrating NCDs into the UNDAF design processes and implementation. In: Noncommunicable diseases and mental health [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/nmh/highlights/undaf/en/>).

12. Cardiovascular disease and diabetes: policies for better health and quality of care. In: OECD Health Policy Studies. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2015. doi:10.1787/9789264233010-en.
13. Merkur S, Sassi F, McDaid D. Promoting health, preventing disease: is there an economic case? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2013 (Policy Summary 6; <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/promoting-health,-preventing-disease-is-there-an-economic-case>).
14. Дорожная карта действий с целью усиления мер по осуществлению Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака в Европейском регионе на 2015–2025 гг.: оставить табак в прошлом. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (EUR/RC65/10; <http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/65th-session/documentation/working-documents/eurrc6510-roadmap-of-actions-to-strengthen-implementation-of-the-who-framework-convention-on-tobacco-control-in-the-european-region-20152025>).
15. Стратегия в области физической активности для Европейского региона ВОЗ, 2016–2025 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (EUR/RC65/9; <http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/65th-session/documentation/working-documents/eurrc659-physical-activity-strategy-for-the-who-european-region-20162025>).
16. План действий в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (EUR/RC64/14; <http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/64th-session/documentation/working-documents/eurrc6414-european-food-and-nutrition-action-plan-20152020>).
17. Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2012/european-action-plan-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol-20122021>).
18. Обзор социальных детерминант и разрывов по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ. Заключительный доклад. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report>).
19. Минская декларация. Охват всех этапов жизни в контексте положений политики Здоровье-2020. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/ru/media-centre/events/events/2015/10/WHO-European-Ministerial-Conference-on-the-Life-course-Approach-in-the-Context-of-Health-2020/documentation/draft-of-minsk-declaration>).

20. Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, Galea G. European report on preventing child maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-report-on-preventing-child-maltreatment-2013>).
21. Инвестируя в будущее детей: Европейский план действий по предупреждению жестокого обращения с детьми, 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (EUR/RC64/13; <http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/64th-session/documentation/working-documents/eurrc6413-investing-in-children-the-european-child-maltreatment-prevention-action-plan-20152020>).
22. Окружающая среда и здоровье в Европейском регионе ВОЗ: достижения, трудности и извлеченные уроки. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (EUR/RC65/11; <http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/65th-session/documentation/working-documents/eurrc6511-environment-and-health-in-the-who-european-region-progress,-challenges-and-lessons-learned>).
23. Приоритетные задачи в области укрепления систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ на 2015–2020 гг. Ориентация на нужды людей: от слов к делу. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (EUR/RC65/13; <http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/65th-session/documentation/working-documents/eurrc6513-priorities-for-health-systems-strengthening-in-the-who-european-region-20152020-walking-the-talk-on-people-centredness>).
24. Ezzati M, Obermeyer Z, Tzoulaki I, Mayosi VM, Elliott P, Leon DA. Contributions of risk factors and medical care to cardiovascular mortality trends. *Nat Rev Cardiol*. 2015;12(9):508–30. doi:10.1038/nrcardio.2015.82.
25. Tello J, Barbazza E. Health services delivery: a concept note (2015). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-service-delivery/publications/2015/health-services-delivery-a-concept-note-2015>).
26. Стратегические направления укрепления сестринского и акушерского дела в Европе для достижения целей политики Здоровье-2020. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications/2015/european-strategic-directions-for-strengthening-nursing-and-midwifery-towards-health-2020-goals>).
27. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 (EUR/RC62/12 Rev.1; <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/public-health-services/publications/2012/european-action-plan-for-strengthening-public-health-capacities-and-services>).

28. Goryakin Y, Roberts B, McKee M. Price elasticities of alcohol demand: evidence from Russia. *Eur J Health Econ.* 2015;16(2):185–99. doi:10.1007/s10198-014-0565-9.
29. Knai C, Petticrew M, Durand MA, Eastmure E, Mays N. Are the Public Health Responsibility Deal alcohol pledges likely to improve public health? An evidence synthesis. *Addiction.* 2015;110(8):1232–46. doi:10.1111/add.12855.
30. Расширение возможностей женщин – борьба с маркетингом табачной продукции в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2010 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/tobacco/publications/2010/empower-women-combating-tobacco-industry-marketing-in-the-who-european-region>).
31. Свод рекомендаций по маркетингу пищевых продуктов и безалкогольных напитков, ориентированному на детей. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/recsmarketing/ru/>).
32. Руководство по потреблению сахаров взрослыми и детьми. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 ([http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sugars\\_intake/ru/](http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sugars_intake/ru/)).
33. Mozaffarian D, Fahimi S, Singh GM, Micha R, Khatibzadeh S, Engell RE et al. Global sodium consumption and death from cardiovascular causes. *N Engl J Med.* 2014;371(7):624–34. doi:10.1056/NEJMoa1304127.
34. The European mental health action plan 2013–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-mental-health-action-plan-20132020-the>).
35. Стратегия и план действий в поддержку здорового старения в Европе, 2012–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 (EUR/RC62/10 Rev.1; <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/2012/eurrc6210-rev.1-strategy-and-action-plan-for-healthy-ageing-in-europe,-20122020>).
36. Пармская декларация по окружающей среде и охране здоровья. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2010 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/publications/2010/parma-declaration-on-environment-and-health>).
37. Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/policy/investing-in-children-the-european-child-and-adolescent-health-strategy-20152020>).

38. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Larsen CG, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2012;345:e7191. doi:10.1136/bmj.e7191.
39. Anderson L, Taylor RS. Cardiac rehabilitation for people with heart disease: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;12:CD011273. doi:10.1002/14651858.CD011273.pub2.
40. Kotseva K, Wood D, De Bacquer D, De Backer G, Rydén L, Jennings C et al. EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. *Eur J Prev Cardiol*. 2016;23(6):636–48. doi:10.1177/2047487315569401.
41. Implementation tools: Package of Essential Noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Geneva: World Health Organization; 2013 ([http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/publications/implementation\\_tools\\_WHO\\_PEN/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/implementation_tools_WHO_PEN/en/)).
42. Baker MA, Harries AD, Jeon CY, Hart JE, Kapur A, Lönnroth K et al. The impact of diabetes on tuberculosis treatment outcomes: a systematic review. *BMC Med*. 2011;9:81. doi:10.1186/1741-7015-9-81.
43. Poole P, Chacko E, Wood-Baker RW, Cates CJ. Influenza vaccine for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(1):CD002733.
44. Европейский план действий в отношении вакцин, 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/2014/european-vaccine-action-plan-20152020>).
45. План действий по борьбе с туберкулезом для Европейского региона ВОЗ на 2016–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (EUR/RC65/17 Rev.1; <http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/65th-session/documentation/working-documents/eurrc6517-rev.1-tuberculosis-action-plan-for-the-who-european-region-20162020>).
46. Carr AB, Ebbert J. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(6):CD005084. doi:10.1002/14651858.CD005084.pub3.
47. Langford R, Bonell CP, Jones HE, Pouliou T, Murphy SM, Waters E et al. The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(4):CD008958. doi:10.1002/14651858.CD008958.pub2.



48. van Vilsteren M, van Oostrom SH, de Vet HC, Franche RL, Boot CR, Anema JR. Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(10):CD006955. doi:10.1002/14651858.CD006955.pub3.
49. de Boer AG, Taskila TK, Tamminga SJ, Feuerstein M, Frings-Dresen MH, Verbeek JH. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(9):CD007569. doi:10.1002/14651858.CD007569.pub3.
50. Piepoli, MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL et al. 2016 European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: the Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur Heart J.* 2016; doi:10.1093/eurheartj/ehw106 [e-pub ahead of print].
51. Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, Levälähti E, Ahtiluoto S, Antikainen R et al. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet.* 2015;385(9984):2255–63. doi:10.1016/S0140-6736(15)60461-5.

= = =