

Стратегия предупреждения хронических заболеваний в Европе

**Основное внимание – действиям общества по
укреплению общественного здоровья**

Видение стратегии с позиций CINDI

РЕЗЮМЕ

Хронические заболевания ложатся тяжким бременем на население всех государств-членов Европейского региона ВОЗ, как в плане здоровья людей, так и с экономической точки зрения. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что такие основные хронические заболевания, как сердечно-сосудистые, рак, хронические обструктивные заболевания легких и диабет, являются следствием нескольких типов поведения, связанных с образом жизни. Эти типы поведения – нездоровое питание, низкий уровень физической активности, употребление табака и злоупотребление алкоголем – приводят к ожирению и гипертензии и к нарушениям жирового и углеводного обмена. И хотя появляется все больше данных, указывающих на то, что эти заболевания можно предупредить, во многих европейских государствах-членах отсутствует национальная государственная и общественная политика, и, следовательно, не принимаются меры, необходимые для борьбы с хроническими заболеваниями и их предупреждения.

В 2002 году Региональный комитет на своей пятьдесят второй сессии выступил с официальным предложением о том, чтобы Европейское региональное бюро ВОЗ разработало принципиально новую и гибкую, основанную на фактах стратегию предупреждения хронических заболеваний и борьбы с ними. Благодаря тому, что Программой CINDI ("Общенациональная интегрированная профилактика неинфекционных заболеваний") накоплен опыт в вопросах разработки, оценки и контроля осуществления политики и программ, создания организационно-кадрового потенциала по интегральной профилактике хронических заболеваний более чем в половине государств-членов Региона и в Канаде и оказания поддержки подобной деятельности в других регионах, эта программа обладает исключительными возможностями для того, чтобы играть ведущую роль в оказании помощи при разработке такой стратегии. Для того, чтобы стратегические рамки, которые предлагается разработать, можно было эффективно внедрить по всему Региону, они должны быть приспособлены к специфическим условиям каждой страны и к организационно-кадровым возможностям ее системы здравоохранения.

Ключевые слова

CHRONIC DISEASE – prevention and control
STRATEGIC PLANNING
HEALTH POLICY
PUBLIC HEALTH
NATIONAL HEALTH PROGRAMMES
PROGRAMME DEVELOPMENT
EUROPE

Обращения с просьбой прислать экземпляры публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу: publicationrequests@euro.who.int; разрешить их перепечатку – по адресу: permissions@euro.who.int; и разрешить их перевод – по адресу: pubrights@euro.who.int. По всем этим вопросам вы можете также связаться с отделом публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ по адресу: Publications, WHO Regional Office for Europe, Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark.

© Всемирная организация здравоохранения, 2005 г.

Все права сохранены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Там, где в заголовках таблиц используется обозначение "страна или район", оно охватывает страны, территории, города или районы. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

| | Стр. |
|--|-------------|
| Выражение благодарности | 1 |
| Коллектив авторов | 1 |
| Авторская группа | 1 |
| Консультанты авторской группы | 2 |
| Директоры программы CINDI | 3 |
| Резюме | 5 |
| Краткая характеристика проблемы и цель | 7 |
| Бремя хронических заболеваний и обоснование необходимости принятия мер | 8 |
| Вызов для Европы | 10 |
| Ответ ВОЗ | 13 |
| Разработка и апробация концепций CINDI | 13 |
| Дальнейшая работа на основе концепций CINDI | 14 |
| Принятые на сегодняшний день ответные меры – движение к политике в отношении хронических заболеваний | 15 |
| Появление новых возможностей для европейской стратегии в области хронических заболеваний | 17 |
| Предлагаемые цель и задачи европейской стратегии в области хронических заболеваний | 18 |
| Доказательная база и стратегическая основа для действий | 18 |
| Накопление и распространение знаний | 19 |
| Укрепление организационно-кадрового потенциала | 24 |
| Проведение исследований и мониторинг | 24 |
| Интегрирование профилактики в системы здравоохранения | 25 |
| Партнерство и мобилизация ресурсов | 27 |
| Использование и развитие опыта CINDI | 27 |
| Общенациональный аспект | 28 |
| Демонстрация | 28 |
| Распространение опыта | 29 |
| Интегрированная профилактика | 29 |
| Оптимальное соотношение между стратегиями для всего населения и для групп риска | 30 |
| Улучшение показателей CINDI | 31 |
| Вклад CINDI в глобальные инициативы по борьбе с хроническими заболеваниями | 32 |
| Движение в направлении европейской стратегии предупреждения хронических заболеваний | 34 |
| Роль ключевых действующих лиц | 34 |
| Государства-члены | 34 |
| Европейское региональное бюро ВОЗ | 36 |
| Сотрудничество и партнерские отношения | 37 |
| Рекомендации CINDI, касающиеся разработки Европейской стратегии в области хронических заболеваний | 38 |
| Литература | 41 |
| Члены сети Программы CINDI | 45 |
| Цели и программно-стратегические принципы CINDI | 46 |

Выражение благодарности

Авторская группа благодарна д-ру Н. Nikogosian, региональному советнику, программа "Европа без табака" Европейского регионального бюро ВОЗ, за технические рекомендации.

Авторская группа выражает большую благодарность за редакционное руководство г-же С. Brown, г-же М. Crooks и г-же L. Giles (Управление по вопросам укрепления здоровья Северной Ирландии) и г-же Р. Hansen (Европейское региональное бюро ВОЗ). Группа также высоко оценивает мастерство дизайнера г-жи S. Arbuckle (Управление по вопросам укрепления здоровья Северной Ирландии).

Авторская группа хотела бы выразить особую благодарность г-ну Т. Sheridan (Управление по вопросам укрепления здоровья Северной Ирландии) за его разносторонний вклад в публикацию настоящего документа, включая редактирование и координацию издательских работ.

Коллектив авторов

В настоящем документе представлено видение стратегии в отношении хронических заболеваний для Европейского региона ВОЗ с позиций CINDI. Документ был подготовлен по инициативе директоров Программы CINDI. При его составлении были использованы предложения, сформулированные на совещании ВОЗ по планированию разработки европейской стратегии предупреждения неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (Копенгаген, Дания, апрель 2002 г.). Процесс подготовки и публикации документа включал в себя ряд совещаний авторской группы, многочисленные консультации с Советом директоров Программы CINDI и рецензирование консультантами.

Авторская группа

Д-р В. Gaffney, директор CINDI-Соединенное Королевство (Северная Ирландия); исполнительный директор Управления по вопросам укрепления здоровья Северной Ирландии, г. Белфаст, Соединенное Королевство.

Профессор И.С. Глазунов, исполнительный директор CINDI-Россия, Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, г. Москва, Российская Федерация.

Профессор V. Grabauskas, директор CINDI-Литва, председатель Комитета по управлению CINDI, ректор Каунасского медицинского университета, г. Каунас, Литва.

Профессор Р. Puska, генеральный директор Национального института общественного здравоохранения, г. Хельсинки, Финляндия.

Д-р А. Shatchkute, координатор CINDI, региональный советник отдела хронических заболеваний Европейского регионального бюро ВОЗ, г. Копенгаген, Дания.

Профессор S. Stachenko, директор CINDI-Канада, генеральный директор Центра профилактики и борьбы с хроническими заболеваниями министерства здравоохранения Канады, г. Оттава, Канада.

Консультанты авторской группы

Г-жа V. Bales Harris, директор отделения охраны здоровья взрослых и местных общин (DACH) Национального центра профилактики хронических заболеваний и укрепления здоровья (NCCDPHP) Центров по борьбе с заболеваниями и их предупреждению (CDC), г. Атланта, США.

Д-р G. Diem, директор CINDI-Австрия, директор Arbeitskreis Für Vorsorge-und Sozialmedizin Gemeinn. Betriebs Gesmbh, г. Брегенц, Австрия.

Д-р K. Douglas, отделение неинфекционных болезней (NCD/NMH), Штаб-квартира ВОЗ, Женева, Швейцария.

Профессор T. Kottke, клиника и фонд Майо, Рочестер, шт. Миннесота, США.

Профессор J. Menard, медицинский факультет Бруссэ-Отель Дье, г. Париж, Франция.

Д-р L. Millward, Управление развития здравоохранения, г. Лондон, Соединенное Королевство.

Профессор A. Nissinen, директор CINDI-Финляндия, Национальный институт общественного здравоохранения, г. Хельсинки, Финляндия.

Профессор F. de Padua, директор CINDI-Португалия, Национальный институт профилактической кардиологии, г. Лиссабон, Португалия.

Профессор H. Pardell, Исполнительный директор CINDI-Каталония, главное управление общественного здравоохранения, г. Барселона, Испания.

Д-р A. Robertson, региональный советник, программа "Питание и продовольственная безопасность" Европейского регионального бюро ВОЗ, г. Копенгаген, Дания.

Д-р W. Rutz, региональный советник, программа "Психическое здоровье" Европейского регионального бюро ВОЗ, г. Копенгаген, Дания.

Профессор И. Смирнова, исполнительный директор CINDI-Украина, НИИ кардиологии, г. Киев, Украина.

Профессор T. I. A. Sørensen, Институт профилактической медицины, г. Копенгаген, Дания.

Профессор M.T. Tenconi, директор CINDI-Италия, Павианский университет, г. Павиа, Италия.

Директоры программы CINDI**Австрия** – д-р G. Diem

Директор Arbeitskreis Für Vorsorge-und Sozialmedizin Gemeinn. Betriebs Gesmbh, Bregenz, Австрия.

Беларусь – д-р А.А. Гракович

Директор Белорусского центра медицинских технологий, компьютерных систем, администрации и управления здравоохранением (БелЦМТ), г. Минск, Беларусь.

Болгария – д-р Н.И. Василевски

Исполнительный директор программы CINDI, отдел укрепления здоровья и профилактики болезней Национального центра общественного здравоохранения, г. София, Болгария.

Канада – профессор S. Stachenko

Генеральный директор отдела вмешательств против болезни Центра профилактики и борьбы с хроническими заболеваниями Отделения охраны здоровья населения и общественного здравоохранения министерства здравоохранения Канады, г. Оттава, Канада.

Хорватия – профессор Z. Metelko

Директор клиники диабета, эндокринологии и болезней обмена веществ Института "Вук Врховач" Загребского университета, г. Загреб, Хорватия.

Кипр – д-р С. Komodiki

Главный врач министерства здравоохранения, г. Никозия, Кипр.

Чешская Республика – профессор L. Komarek

Заведующий Центром здравоохранения и окружающей среды Национального института общественного здравоохранения, г. Прага, Чешская Республика.

Эстония – д-р M. Vigimaa

Больница Тартуского университета, г. Тарту, Эстония.

Финляндия – профессор A. Nissinen

Национальный институт общественного здравоохранения (КТЛ), г. Хельсинки, Финляндия.

Германия – профессор E. Nüssel

Директор Wissenschaftliches Institut der Praxisärzte, г. Гейдельберг, Германия.

Венгрия – профессор E. Morava

Заведующий кафедрой общественного здравоохранения медицинского факультета Земмельвейсского университета, г. Будапешт, Венгрия.

Италия – профессор M.T. Tenconi

Павианский университет, г. Павиа, Италия.

Казахстан – профессор А. Аканов

Первый заместитель министра здравоохранения, г. Алматы, Казахстан.

Кыргызстан – профессор Т.С. Мейманалиев
Первый заместитель министра здравоохранения Кыргызстана, г. Бишкек, Кыргызстан.

Латвия – д-р V. Dzerve
Латвийский институт кардиологии, г. Рига, Латвия.

Литва – профессор V. Grabauskas,
Ректор Каунасского медицинского университета, г. Каунас, Литва.

Мальта – д-р M. Spiteri
Директор отдела укрепления здоровья департамента укрепления здоровья и международного здравоохранения, г. Флориана, Мальта.

Польша – профессор W.K. Drygas
Заведующий кафедрой профилактической и социальной медицины медицинского университета, г. Лодзь, Польша.

Португалия – профессор F. de Padua
Директор Национального института профилактической кардиологии, г. Лиссабон, Португалия.

Республика Молдова – профессор M. Popovici
Директор института кардиологии, г. Кишинев, Республика Молдова.

Румыния – д-р A. Mărcu
Директор института общественного здравоохранения, г. Бухарест, Румыния.

Российская Федерация – профессор Р.Г. Оганов
Директор Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины, г. Москва, Российская Федерация.

Словакия – д-р M. Avdikova
Заведующий отделом эпидемиологии Государственного института общественного здравоохранения, г. Банска Быстрица, Словакия.

Словения – д-р J. Maucēs Zakotnik
Государственный секретарь по вопросам укрепления здоровья, министерство здравоохранения, г. Любляна, Словения.

Испания – профессор H. Pardell
Исполнительный директор CINDI-Каталония, главное управление общественного здравоохранения, г. Барселона, Испания.

Туркменистан – д-р Р. Казимов
Заведующий образовательно-информационным центром "Укрепление здоровья и профилактика" Научно-исследовательского института профилактической и клинической медицины Туркменистана, г. Ашгабат, Туркменистан.

Украина – профессор И.П. Смирнова

Исполнительный директор CINDI-Украина, Научно-исследовательский институт кардиологии, г. Киев, Украина.

Соединенное Королевство - д-р В. Gaffney

Исполнительный директор Управления по вопросам укрепления здоровья Северной Ирландии, г. Белфаст, Соединенное Королевство.

Резюме

Время, которое ложится на экономику, системы здравоохранения и общество в государствах-членах из-за таких неинфекционных заболеваний (НИЗ), как сердечно-сосудистые заболевания, рак, хронические обструктивные заболевания легких, диабет и психические расстройства, требует поисков более эффективных стратегий для решения проблем на международном, национальном и местном уровнях.

Несмотря на наличие убедительных доказательств того, что меры, принимаемые против общих детерминант и факторов риска развития данной группы заболеваний, содействуют укреплению здоровья и предупреждают болезнь, приводя тем самым к значительному снижению болезни и страданий, во многих государствах-членах Европейского региона по-прежнему не существует общенациональной политики в отношении хронических заболеваний. Многие системы здравоохранения раздроблены, ведут борьбу с конкретными нозологическими единицами или с отдельно взятыми детерминантами или факторами риска, такими, как употребление табака, злоупотребление алкоголем, нездоровое питание и низкая физическая активность. Аналогичным образом, несмотря на потребность в принятии комплексных мер против основных хронических заболеваний на протяжении всей жизни человека, отсутствует согласованность между техническими программами на международном уровне.

Ввиду ограниченных ресурсов в некоторых государствах-членах и особенно учитывая продолжающиеся реформы систем здравоохранения в Регионе, чрезвычайно большое значение имеют разумные, взвешенные рекомендации о том, как подходить к решению той или иной важной проблемы здравоохранения. Эти рекомендации должны строиться на доказательной базе, т.е. иметь под собой прочный теоретический фундамент и основываться на передовой практике; при этом должна быть реальная возможность адаптации существующих научных знаний и опыта к местным потребностям и организационно-кадровому потенциалу таких систем здравоохранения.

Прочной основой для достижения успеха в разработке стратегии в области хронических заболеваний для всего Региона может служить опыт, накопленный Программой ВОЗ CINDI в деле мобилизации государств-членов Европейского региона, а также международного научно-исследовательского сообщества на выработку и проверку реализации концепции комплексных подходов к борьбе с основными хроническими заболеваниями.

Подход CINDI строится на том, что имеются данные, доказывающие наличие небольшого числа факторов риска и причинных условий, которые являются общими для основных хронических заболеваний. Эта общность означает, что комплексные меры против отдельных факторов риска, осуществленные в социальном контексте, могут привести к снижению заболеваемости основными хроническими болезнями, а также к улучшению состояния здоровья населения.

Страны, участвующие в Программе CINDI, сообща работают над проблемами, связанными с факторами риска, социальными и экологическими детерминантами, а также проблемами борьбы с некоторыми хроническими заболеваниями через первичную медико-санитарную помощь. Страны CINDI ведут работу по снижению заболеваемости хроническими болезнями путем осуществления стратегий на уровне всего населения, поощряющих здоровый образ жизни и создание такой социальной среды, которая благоприятствует здоровью, а также стратегий для категорий повышенного риска, которые направлены на улучшение характеристик степени риска посредством профилактических мероприятий на индивидуальном уровне. Эти действия осуществляются в настоящее время через региональную или национальную политику в области хронических заболеваний и четко увязаны с национальной политикой здравоохранения.

Сеть CINDI обобщила свой опыт в виде предлагаемой **системы стратегических целей и принципов**, касающихся хронических заболеваний. **Общей целью** этой стратегии в области хронических заболеваний является укрепление и охрана здоровья, а также предупреждение хронических заболеваний посредством задания направления разработки мероприятий в сфере общественного здравоохранения на местном уровне, на уровне страны и Европейского региона. Осуществление этой стратегии должно привести к снижению бремени болезней, которое ложится на общество.

- Данная стратегия, которая направлена на снижение бремени НИЗ, выделяет в качестве цели **четыре** основных хронических заболевания: сердечно-сосудистые заболевания, рак, хронические обструктивные заболевания легких и диабет.
- Основное внимание в ней уделяется **четырем** факторам, связанным с образом жизни: табак, рацион питания, физическая активность и алкоголь.
- Это в свою очередь должно привести к улучшению характеристики индивидуального риска путем воздействия на **четыре** биологических фактора риска – избыточную массу тела, гипертензию, нарушения жирового и углеводного обмена.
- Для того, чтобы достичь этого, необходимо применить **четыре** комплексных подхода: снижение индивидуального риска (этот подход нацелен на лиц, входящих в категорию высокого риска), снижение риска в масштабах населения в целом (этот подход нацелен на социальные детерминанты), рациональное использование медико-санитарных служб (путем придания более широких возможностей системе первичной медико-санитарной помощи) и поддержка со стороны системы направления к узким специалистам.
- Эти усилия будут определяться **четырьмя** основными стратегиями: выработка политики, укрепление организационно-кадрового потенциала, надзор и распространение информации и опыта.
- Все вышеизложенное должно быть связано с улучшением функционирования социально-экономической среды, для чего необходимо сосредоточить главное внимание на **четырех** основных социальных детерминантах НИЗ: бедности, отсутствии возможностей получать образование, безработице и социальном неравенстве.

Стратегия должна разрабатываться и осуществляться через партнерские отношения на нескольких уровнях. Международный уровень – это государства-члены ВОЗ, Европейский Союз (ЕС), профессиональные объединения медицинских работников и

неправительственные организации (НПО). Национальный уровень – это правительства, все секторы общества, оказывающие влияние на здоровье, НПО и сообщества ученых, работников системы медико-санитарной помощи и общественного здравоохранения. Местный уровень – это местное население и существующие на этом уровне организации, учреждения и группы особых интересов. Однако в случае Европы Региональное бюро ВОЗ обладает исключительным авторитетом и четко сформулированными полномочиями для того, чтобы возглавить разработку и осуществление европейской стратегии в области хронических заболеваний и тем самым помочь в создании более благоприятной среды для здоровья во всем Регионе.

Краткая характеристика проблемы и цель

1. Хотя основные хронические заболевания¹ и поддаются в значительной степени предупреждению, они являются одной из главных причин преждевременной смертности и общего бремени болезней в Европейском регионе ВОЗ (1,2). Они вносят немалый вклад в разницу в состоянии здоровья, существующий между Восточной и Западной Европой. В странах Центральной и Восточной Европы заболеваемость хроническими болезнями и смертность от них характеризуются значительно более молодым возрастом, чем в странах ЕС (3). В то же время имеются убедительные доказательства того, что эти заболевания связаны с несколькими факторами риска, имеющими отношение к образу жизни, такими, как употребление табака, нездоровое питание, недостаток физической активности, злоупотребление алкоголем и психосоциальный стресс, действующий в неблагоприятной социально-экономической среде. В странах Региона хронические заболевания и связанные с ними факторы риска поражают в особенности бедные и социально неблагополучные сообщества людей.
2. Документально установлено, что хронические заболевания оказывают значительное влияние на национальную экономику стран, лишая способности трудиться и убивая население трудоспособного возраста (3), однако, несмотря на это, системы здравоохранения большинства европейских стран и во всем мире не обладают необходимой и достаточной структурой, позволяющей им отвечать на возникающие новые потребности. Даже в самой ВОЗ, которая располагает кадрами высочайшего профессионального уровня, многие технические программы действуют изолированно друг от друга. Выработаны новаторские подходы к разработке и осуществлению политики здравоохранения в условиях реформирования систем здравоохранения, которые были рекомендованы государствам-членам Европейского региона и положительно восприняты ими. Однако выраженной концентрации усилий на хронических заболеваниях с ориентацией на достижение положительных результатов для здоровья так и не произошло, и не было установлено эффективной координации между такими важными блоками, как инициативы по укреплению здоровья (например, "Города здоровья", "Школы, способствующие укреплению здоровья") и Европейские планы действий (по достижению "Европы без табака", по выработке политики в области пищевых продуктов и питания и по злоупотреблению алкоголем).
3. Концепция "интегрированной" профилактики хронических заболеваний как важнейшей составляющей существующих систем здравоохранения зародилась в

¹ По всему тексту документа используются оба термина – НИЗ и "хронические заболевания" для обозначения группы основных заболеваний, включающих сердечно-сосудистые заболевания, рак, хронические обструктивные заболевания легких и диабет.

Европе вместе с инициативой Программы CINDI. Ее следует считать примером всеобъемлющих мер в сфере общественного здравоохранения, направленных на решение важнейших вопросов здравоохранения. Сеть CINDI², объединяющая ориентированные на практические действия программы из многих европейских стран и Канады, систематически использует для достижения своих целей инициативы, принятые в области укрепления здоровья и профилактики болезней в Европе и за ее пределами (4,5,6). Данная стратегия продолжает процесс распространения концепций и опыта CINDI.

4. Цель настоящего документа состоит в том, чтобы представить расширенному Европейскому сообществу, политикам, медицинским работникам и всему обществу в целом такую модель, которая направлена на комплексное решение важной проблемы европейского здравоохранения – проблемы хронических заболеваний – посредством практических действий в сфере общественного здравоохранения, модель, основанную на научных знаниях, практике и опыте участников Программы CINDI. В документе большое внимание уделено обоснованию необходимости стратегии, представлен обзор мер, принимаемых на национальном и международном уровне для борьбы с хроническими заболеваниями, описывается (исходя из опыта CINDI), что еще нужно сделать в рамках принимаемых мер в области общественного здравоохранения, и проповедуется мысль о необходимости извлекать пользу из уроков, полученных в ходе осуществления CINDI.

Бремя хронических заболеваний и обоснование необходимости принятия мер

5. НИЗ во всем мире являются ведущими причинами смерти и нетрудоспособности. Всемирная ассамблея здравоохранения (ВАЗ) в 1998 году признала угрозу, которую представляют НИЗ, и была разработана глобальная стратегия предупреждения НИЗ и борьбы с ними (7), в которой было заявлено, что отныне предупреждение НИЗ и борьба с ними становится приоритетной задачей. ВОЗ призвала все государства-члены разработать собственную государственную политику в области предупреждения хронических заболеваний и борьбы с ними, которая определялась бы положениями глобальной стратегии (8).
6. На долю НИЗ приходится 85% смертей и 70% бремени болезни в Европейском регионе (1). Однако, по данным проведенного недавно Штаб-квартирой ВОЗ обследования национальных политики и программ в области хронических заболеваний, лишь 60% государств-членов в этом Регионе имеют политику в области борьбы с хроническими заболеваниями (9). Хотя важность детерминант здоровья, вызывающих развитие НИЗ, хорошо понятна, и накоплен обширный опыт "вертикальных" программ борьбы с хроническими заболеваниями, а также опыт программы CINDI, бремя нездоровья, создаваемое НИЗ, продолжает увеличиваться среди значительной части европейского населения, увеличивая тем самым уже существующее неравенство в состоянии здоровья между группами населения и странами на всей территории Европы (2). Даже в наиболее богатых государствах-членах, где наблюдаются тенденции к снижению смертности от НИЗ (в первую очередь от сердечно-сосудистых заболеваний), стоимость лечения последствий НИЗ

² Приложение 1.

представляет собой колоссальное бремя для экономики страны, не говоря уже о людских страданиях.

7. Имеются достоверные документальные подтверждения того, что у основных НИЗ есть общие поддающиеся предупреждению факторы риска, связанные с образом жизни, такие, как употребление табака, нездоровое питание, злоупотребление алкоголем и пониженная физическая активность. Кроме этого, факторы риска развития хронических заболеваний могут быть напрямую связаны с социальными, экономическими и экологическими детерминантами здоровья. К числу факторов, которые оказывают большое влияние на развитие хронических заболеваний, относятся образование, наличие и доступность здоровой пищи, доступ к услугам здравоохранения, крупномасштабные программные меры и инфраструктуры, поддерживающие здоровый образ жизни, например, дорожки для безопасной езды на велосипеде.
8. НИЗ и факторы риска их возникновения связаны не только с уровнем развития данной страны, но и все в большей степени с низким социально-экономическим статусом и с бедностью. Непропорционально быстрый рост распространенности хронических заболеваний наблюдается особенно в бедных и маргинальных слоях населения, способствуя расширяющемуся неравенству в состоянии здоровья между странами и внутри отдельно взятых стран. Поэтому направления политики общественного здравоохранения должны быть сосредоточены на уменьшении неравенства в состоянии здоровья и создании более благоприятных условий для здоровья населения. Эти направления политики больше не могут быть изолированы от политики в других секторах, таких, как занятость, поддержание уровня доходов, социальное обеспечение, обеспечение жильем, образование и средства массовой информации, включая телевидение.
9. Психосоциальный стресс в целом считается фактором, способствующим развитию целого ряда состояний, включая ишемическую болезнь сердца и гипертензию. Наблюдается тенденция к возрастанию значимости этих состояний в странах, осуществляющих экономические и социальные преобразования и не имеющих адекватной социальной политики. Таким образом, есть необходимость в осуществлении пристального наблюдения за последствиями, как положительными, так и отрицательными, социальной и экономической политики для социального потенциала, структуры социальных отношений и социального единения (2).
10. В Европейском регионе происходит старение населения. Это совершенно отчетливо проявляется в заболеваемости и смертности от хронических болезней, в бремени, которое ложится на службы здравоохранения, и в сопутствующих издержках. Из 20 стран мира, в населении которых пожилые люди составляют самый высокий процент, 18 находятся в Европейском регионе (1).
11. На распространение хронических заболеваний оказывают влияние глобализация и социальные изменения, которые ведут к повышению подверженности факторам риска: рост транснациональных компаний, выпускающих табачные изделия, пищевые продукты и напитки, в значительной мере повлек за собой распространение неблагоприятных форм образа жизни. Изменения в технологии переработки и производства пищевых продуктов и в торговой политике повлияли на суточный рацион питания населения. В то же время изменения в организации жизни и характере труда привели к уменьшению физической активности и сокращению

физического труда. Конечно, процессы глобализации управляются потребностями рыночной экономики, но нужны действенные меры для обуздания негативных социальных последствий для здравоохранения и окружающей среды.

12. Изменения в структуре потребления и в характере условий жизни привели к росту распространенности ожирения во всех регионах Европы. В 80-е и 90-е годы показатели распространенности ожирения в нескольких странах удвоились. Например, в Англии эти показатели у женщин повысились с 8% до 16%. В Швеции показатели у мужчин повысились с 5% до 10%. За период 1980-2000 гг. распространенность ожирения утроилась, и теперь многие страны вплотную подошли к уровню 20% и выше. Например, в Португалии распространенность ожирения достигла 30%.
13. Мировая экономика сегодня интегрирована больше, чем когда-либо ранее, возрастают потоки торговли, инвестиций и информации между странами и расширяются возможности правительств стран соответствующим образом реагировать на эти процессы. И хотя правительства несут ответственность за здоровье своей нации, ответственность за здоровье людей в современном глобальном сообществе больше не может ограничиваться границами государств. Обязанность по созданию согласованной системы общественного здравоохранения и переводу задачи предупреждения хронических заболеваний из категории "важных, но не срочных" в категорию "важных и срочных" отныне лежит на многих участниках этого процесса.
14. Сохраняющееся бремя НИЗ давит тяжким грузом на новую Европу, которая сейчас находится в процессе политического, социального и экономического объединения. Это со всей очевидностью требует новой стратегии в области НИЗ для всего Региона, основанной на знаниях и фактических данных, накопленных в государствах-членах Европейского региона и во всем мире. Имеющие разную степень достатка государства-члены теперешнего столь разнообразного Европейского региона ВОЗ должны активно участвовать в разработке этой новой стратегии. Они должны на всех уровнях развития иметь ясное понимание того, что, если сегодня не будут вкладываться средства в профилактику основных хронических заболеваний, это приведет к слишком высокой цене, которую придется платить всей Европе в последующие годы (10,11).

Вызов для Европы

15. Потребность иметь новый и единый взгляд на вещи, чтобы можно было решать проблему хронических заболеваний в современной Европе, очевидна. Уровень смертности по причине основных НИЗ в странах центральной и восточной части Европейского региона и особенно в Новых Независимых Государствах почти в два раза выше, чем в странах ЕС (база данных "Здоровье для всех" Европейского регионального бюро ВОЗ). Один из уроков, которые уже извлечены из опыта богатых государств-членов Европейского региона, состоит в том, что традиционные подходы к хроническим заболеваниям вели к колоссальному увеличению издержек для общества, но к весьма скромным результатам. Следование этими "традиционными" путями в борьбе с хроническими заболеваниями привело бы к росту социального неравенства и неравноправия в вопросах охраны здоровья внутри государств-членов и между ними.

16. Этот урок также является логическим итогом экономического анализа того, во что обходится обществу борьба с хроническими заболеваниями преимущественно методами лечения болезни (9,10). С 90-х годов Европа стала больше по числу входящих в нее государств. Больше стало и проявлений социального неравенства и неравноправия в вопросах охраны здоровья. Новые нарождающиеся демократии находятся во многих отношениях на переходном этапе. Однако тревожит то, что некоторые детерминанты здоровья, такие, как поведение населения с точки зрения здоровья (например, курение среди женщин) начинают развиваться в негативном направлении. Если не принять срочных мер в масштабах отдельно взятых стран и на международном уровне, будет продолжаться увеличение разрыва в вопросах здоровья между группами государств-членов Европейского региона (1,10,12,13).
17. Представляется чрезвычайно важным, чтобы у правительств и политических органов государств-членов Европейского региона, а также у органов здравоохранения было единое понимание и видение стратегии, нацеленной на борьбу с хроническими заболеваниями. Это привело бы к выработке подходов, эффективных с точки зрения затрат, и к улучшению состояния здоровья. Единое понимание позволило бы также консолидировать действия на уровне Региона, ибо в принципе возможности влияния на такие области, как употребление табака, злоупотребление алкоголем и питание, больше при осуществлении усилий на международном уровне, чем на уровне отдельной страны.
18. Разработка действенных стратегий по предупреждению НИЗ и уменьшению неравенства в вопросах охраны здоровья – задача сложная. Ни у одной страны нет достаточного потенциала для того, чтобы представить все необходимые для этого знания. Различия в тенденциях смертности внутри Региона за последние десятилетия двадцатого века в целом показали увеличение разрыва в относительном выражении и в лучшем случае стабильную ситуацию в абсолютном выражении. Как положительный момент следует отметить большой прогресс, достигнутый в разработке широкомасштабных программных мер и вмешательств в области здравоохранения в 90-е годы. Это усиливает возможности Региона по уменьшению неравенства в вопросах охраны здоровья в будущем. Второй обнадеживающий момент состоит в том, что несколько стран разработали наметки всеобъемлющих и комплексных мер борьбы с НИЗ. В них имеется прочная теоретическая база, и лицам, вырабатывающим политику здравоохранения, следует продолжать рассматривать их со всей серьезностью (13).
19. При решении проблемы хронических заболеваний в Регионе важно избавляться от бытующих мифов. Приведенные ниже мифы или неверные представления создают значительные помехи, а также представляют собой трудности при разработке направлений национальной политики в области хронических заболеваний.

Неверные представления

- **Хронические заболевания – это болезни достатка.** Низкий социально-экономический статус приводит к кумулятивному воздействию факторов риска, большей уязвимости и меньшему доступу к качественной медицинской помощи.
- **Хронические заболевания являются результатом риска, на который люди идут по собственной воле.** Хроническими болезнями не заболевают исключительно из-за недостатка личной ответственности – в них также повинны и государство и

промышленность, а дети особенно незащищены от угроз, которые создают поведение и нормы жизни в семье и обществе.

- **Хронические заболевания – это болезни преклонного возраста.** В обществах с меньшим уровнем достатка хроническими заболеваниями поражен значительно больший процент людей сравнительно молодого возраста (многие из них находятся в трудоспособном возрасте).
- **Глобальное экономическое развитие приведет к улучшению всех медико-санитарных условий.** Несмотря на то, что увеличение инвестиций в экономику и рост доходов облегчили проблемы охраны здоровья в некоторых группах населения в обществах с невысоким уровнем достатка, экономическая глобализация осложнила ситуацию с хроническими заболеваниями.
- **Положительные эффекты борьбы с хроническими заболеваниями проявляются только на уровне отдельного лица.** Отдельные лица, вне всякого сомнения, получают пользу, но точно так же ее получает и общество в целом, так как борьба с хроническими заболеваниями благотворно сказывается на обществе в экономическом плане и с точки зрения улучшения благополучия населения.
- **Лечение на индивидуальном уровне в секторе здравоохранения является правильной стратегией профилактики хронических заболеваний.** Акцент, который делает медицинское сообщество на лица, входящие в группы риска, благотворно сказывается на отдельном человеке, однако эффективная профилактика, рассчитанная на долгосрочную перспективу, помимо вмешательства медико-санитарной службы на индивидуальном уровне, требует гораздо более широких обязательств и поддержки со стороны многих секторов.
- **Хронические заболевания вызываются генами, а факторы риска являются всего лишь статистическими ассоциациями.** Хронические заболевания не вызываются генами, а обусловлены взаимодействием факторов риска и генетической подверженностью; факторы риска являются сильными причинными факторами, и их устранение может быть мощным средством предупреждения хронических заболеваний.

Врезка 1

Предупреждение хронических заболеваний и борьба с ними: факты против мифов

- Хронические заболевания не являются привилегией достатка.
- Хронические заболевания не развиваются исключительно вследствие риска, на который люди идут по своей воле.
- Старение не является единственным фактором, повышающим риск развития хронических заболеваний.
- Глобализация сама по себе не улучшит ситуации с хроническими заболеваниями.
- Положительные эффекты предупреждения хронических заболеваний и борьбы с ними не ограничиваются только пользой для здоровья отдельных людей.
- Лечение только лиц, входящих в группы риска, не даст оптимальных результатов.
- Хронические заболевания не вызываются генами; устранение факторов риска может быть мощным средством предупреждения этих заболеваний.

Ответ ВОЗ

20. В своем докладе на Пятдесят пятой Всемирной ассамблее здравоохранения (14) Генеральный директор ВОЗ подчеркнула, что действия по предупреждению НИЗ должны быть сосредоточены на интегрированном подходе к борьбе с факторами риска. Важнейшее значение для профилактики имеет вмешательство на уровне семьи и местной общины, так как причинные факторы риска коренятся глубоко в социальной и культурной основе общества. В любой стратегии предупреждения НИЗ и борьбы с ними первоочередное внимание необходимо уделять работе с основными факторами риска. Основополагающее значение для анализа и оценки профилактических мероприятий имеет постоянное наблюдение за уровнями и характером факторов риска (1).
21. Одним из самых важных подходов, используемых в стратегии в области НИЗ, является принятие мер в социальной сфере. Это относится к трем задачам политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе в XXI веке ("Здоровье-21") (11): Задаче 1 – солидарность в интересах здравоохранения в Европейском регионе, Задаче 2 – равенство в вопросах охраны здоровья и Задаче 8 – сокращение распространенности неинфекционных болезней. Эти задачи должны быть выполнены путем уменьшения социального неравенства и неравенства в вопросах охраны здоровья между государствами-членами и между категориями населения в каждой стране. Основными видами вмешательства для решения этих задач являются сокращение бедности и предоставление возможности получить образование.

Разработка и апробация концепций CINDI

22. Под руководством ВОЗ для демонстрации общности факторов риска, связанных с образом жизни, для целого ряда НИЗ были использованы существующие базы данных, например, в Северной Карелии (Финляндия) и Каунасе (Литва) о профилактике ишемической болезни сердца в начале 80-х годов (15). В 1982-1983 гг. группа государств-членов Европейского региона, к которым позднее присоединилась Канада, объединили свои усилия в создании Программы CINDI (4). Программа CINDI, которая направлена на борьбу с НИЗ путем принятия комплексных мер против общих факторов риска, накопила большой опыт в организации совместной работы различных партнеров из сектора здравоохранения, а также из других секторов по решению общей задачи улучшения состояния здоровья с точки зрения НИЗ посредством осуществления мероприятий, направленных на укрепление здоровья, профилактику заболеваний и улучшение медико-санитарной помощи. Опыт Программы CINDI, за которой последовали и другие регионы ВОЗ, сочетает профилактическую работу на местном уровне (апробированную в демонстрационных районах, которые имеются в каждой стране, участвующей в Программе CINDI, и которых во всей сети CINDI насчитывается 106) и проведение этой работы на общенациональном уровне. Для того, чтобы эффективно контролировать и оценивать вмешательства, осуществляемые на уровне населенных пунктов с участием местного населения, CINDI разработала принципиально новые системы информации о НИЗ, которые охватывают демонстрационные районы и связывают их с политикой и практикой в общенациональных масштабах. К концу 90-х годов в совместной работе активно участвовали более 30 государств-членов, которые вносили коллективный вклад в общую базу данных о биологических и

поведенческих факторах риска, методиках осуществления вмешательств и случаях из практики, а также о тенденциях смертности. База данных CINDI отражает различные составляющие реализации программы CINDI и содержит значительное количество фактов о том, что получается успешно в различных условиях разных стран, а что требует доработки в плане направлений политики и подходов к решению проблем НИЗ.

23. Европейское региональное бюро ВОЗ может строить свою работу на нескольких платформах, которые при условии их согласованного использования могли бы послужить основой для разработки новой стратегии для Европы в области предупреждения НИЗ и борьбы с ними. К этим важным платформам относятся Европейская стратегия по борьбе против табака, Европейские планы действий в области пищевых продуктов и питания и в области алкоголя. Такие глобальные инициативы, как Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака, Глобальная стратегия в области рациона питания, физической активности и здоровья и инициатива "Движение ради здоровья" будут способствовать осуществлению деятельности по укреплению здоровья и профилактике хронических заболеваний (16).

Дальнейшая работа на основе концепций CINDI

24. Изменение форм поведения, связанных с образом жизни, обычно считается чрезвычайно трудным делом. Однако имеются убедительные доказательства того, что изменения в образе жизни могут произойти за относительно короткое время. Это было продемонстрировано со всей очевидностью в совместном научно-исследовательском проекте, который был начат как проект "Мониторинг здоровья ФИНБАЛТ" с участием Финляндии и балтийских государств (Эстонии, Латвии и Литвы), а недавно превратился в проект "Мониторинг здоровья CINDI". Он показал, что пищевые привычки (и связанная с ними избыточная масса тела), употребление табака, потребление алкоголя и физическая активность поддаются быстрым изменениям как в лучшую, так и в худшую сторону (17,18). Кроме того, показатели смертности по отдельным причинам и общей смертности во всех балтийских государствах после кризиса здравоохранения в начале 90-х годов начали возвращаться к прежнему уровню, а с 1994 года значительно улучшаться каждый год и, в конце концов стали ниже уровня, существовавшего до 1990 года.

Врезка 2

Стратегические действия по укреплению здоровья

- Формировать государственную политику, способствующую укреплению здоровья.
- Создавать окружающие условия, благоприятствующие здоровью.
- Усиливать меры на уровне местного населения и с его участием.
- Вырабатывать личные навыки у людей.
- Добиваться переориентации служб здравоохранения.

Источник: Ottawa Charter for health promotion, 1986

25. Воодушевленные положениями Оттавской хартии, ряд стран-участниц Программы CINDI в 90-е годы принимали активное участие в движении за укрепление здоровья ("Города здоровья", "Школы, содействующие укреплению здоровья", "Больницы,

занимающиеся вопросами укрепления здоровья"). Они собирали информацию нового типа о детерминантах здоровья, связанных с НИЗ, и на практике наводили мосты между укреплением здоровья, профилактикой заболеваний и медико-санитарными мероприятиями на уровне первичной медико-санитарной помощи. Опыт Программы CINDI, выступившей зачинателем интегрального подхода к профилактике НИЗ и борьбе с ними, был широко использован при создании Сети ВОЗ по укреплению здоровья в мега-странах, Программы CARMEN Регионального бюро ВОЗ для стран Северной и Южной Америки ("Совместные действия по интегральному снижению распространенности неинфекционных болезней"), а также Глобального форума ВОЗ по профилактике неинфекционных болезней и борьбе с ними.

Принятые на сегодняшний день ответные меры – движение к политике в отношении хронических заболеваний

26. Несмотря на значительные усилия, предпринимаемые медицинскими работниками под руководством ВОЗ по разработке политики в отношении хронических заболеваний, меры программно-стратегического характера, принимаемые ключевыми действующими лицами в ответ на эту проблему общественного здравоохранения в Европейском регионе, не всегда однозначны и неадекватны как на уровне отдельной страны, так и на международном уровне (см. таблицу 1). Это означает, что значительная часть государств-членов Европейского региона по-прежнему не имеет политики в отношении хронических заболеваний, что их системы здравоохранения по-прежнему довольно бессистемно реагируют на появляющиеся проблемы хронических заболеваний, что их бюджеты для борьбы с хроническими заболеваниями недостаточны и что хронические заболевания вызывают очень мало интереса в средствах массовой информации и побуждают общество лишь к ограниченным действиям. Такие важнейшие глобальные инициативы, как инициативы "Большой восьмерки" и группы 77 стран, "Цели развития тысячелетия ООН", глобальные исследования в области здравоохранения и партнерство частного и государственного секторов, тоже либо вообще не предполагают ответных мер, либо не предусматривают выделения кадрово-организационных и материальных ресурсов на борьбу с хроническими заболеваниями. Таким образом, важнейшими препятствиями остаются нехватка кадрово-организационного потенциала для предупреждения хронических заболеваний (особенно для решения проблем социально-экономических детерминант, лежащих в их основе) и ограниченность финансовых средств.

Таблица 1. Меры программно-стратегического характера, принятые ключевыми действующими лицами в ответ на бремя хронических заболеваний

| Ключевые действующие лица | Меры программно-стратегического характера | |
|---------------------------------------|---|--|
| | Общие | Конкретно в связи с хроническими заболеваниями |
| Международные организации: ВОЗ | <ul style="list-style-type: none"> • Резолюции ВАЗ и Европейского регионального комитета об основах Региональной политики достижения здоровья для всех (ЗДВ) • Стратегия Европейского региона по достижению ЗДВ к 2000 году. • "Здоровье-21" | <ul style="list-style-type: none"> • Резолюции ВАЗ о комплексных мерах по предупреждению неинфекционных болезней и борьбе с ними • Резолюции ВАЗ о факторах риска хронических заболеваний (употребление табака, питание, физическая активность, алкоголь) • Планы действий Европейского регионального бюро ВОЗ по достижению Европы без табака, по политике в области пищевых продуктов и питания, алкоголю • Мобилизация потенциала CINDI для принятия вызова: основы политики Программы CINDI ВОЗ в отношении профилактики неинфекционных болезней (1993 г.) (5) • Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака • Глобальная стратегия ВОЗ в области рациона питания, физической активности и здоровья • Инициатива ВОЗ "Движение ради здоровья" • "Питание и здоровье в Европе: новая основа для действий." Европейское региональное бюро ВОЗ (2004 г.) |
| ЕС | <ul style="list-style-type: none"> • Действия на уровне местных общин в сфере общественного здравоохранения (программа на 1997-2002 гг.) • Программа общественного здравоохранения на 2003-2008 гг. | <ul style="list-style-type: none"> • Подпрограммы по табаку, алкоголю, сердечно-сосудистым заболеваниям и раку • Детерминанты здоровья • Информационные системы для здравоохранения • Укрепление здоровья населения – европейский консенсус (во время председательства в ЕС Ирландии) |
| НПО | <ul style="list-style-type: none"> • Инициативы Ассоциации школ общественного здравоохранения в Европейском регионе (ASPHER) по укреплению организационно-кадрового потенциала | <ul style="list-style-type: none"> • Европейская сеть по болезням сердца (ЕСБС): Употребление табака – приоритеты в действии (1998 г.) • Группа экспертов ЕСБС по вопросам физической активности (1999 г.) |

| | | |
|---|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> Группа экспертов ЕСБС по вопросам питания. Пищевые продукты, питание и сердечно-сосудистые заболевания в Европейском регионе: задачи на новое тысячелетие (2002 г.) Третья Совместная специальная рабочая группа европейских и других обществ по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (2003 г.) |
| Главы государств | <ul style="list-style-type: none"> "Большая восьмерка": Признание того, что "здоровье является ключом к процветанию", а "плохое здоровье усугубляет бедность" | <ul style="list-style-type: none"> Однако реальных обязательств по борьбе с хроническими заболеваниями почти не было, не считая некоторой поддержки Рамочной конвенции по борьбе против табака |
| Министерства здравоохранения | <ul style="list-style-type: none"> Национальная политика здравоохранения государств-членов Европейского региона | <ul style="list-style-type: none"> Конкретные направления политики по отдельным хроническим заболеваниям; однако, в большинстве из них не предусматривается выделения достаточных кадровых ресурсов и бюджетов |
| Учебные и научно-исследовательские учреждения | <ul style="list-style-type: none"> Общее признание проблемы, отстаивание необходимости научных исследований | <ul style="list-style-type: none"> Поддержка и помощь в выработке направлений политики по отдельным хроническим заболеваниям без предоставления достаточных финансовых средств |
| Частный сектор | <ul style="list-style-type: none"> Интереса к первичной профилактике мало | <ul style="list-style-type: none"> Значительные инвестиции во вторичную профилактику |
| СМИ | <ul style="list-style-type: none"> Отсутствие интереса к первичной профилактике и долгосрочным стратегиям | <ul style="list-style-type: none"> Хронические заболевания занимают низкое место на шкале интереса по сравнению с острыми инфекциями и сенсациями |

27. В этом отношении инициатива, предпринятая Ирландией как страной, председательствующей в ЕС, с целью достижения консенсуса в отношении укрепления здоровья сердечно-сосудистой системы в Европе, создает неплохие возможности для того, чтобы пересмотреть программно-стратегические решения, направленные на мобилизацию государств-членов Европейского региона на оказание помощи населению Европы в том, чтобы быть здоровее и жить дольше более продуктивной жизнью (19).

Появление новых возможностей для европейской стратегии в области хронических заболеваний

28. Опыт, накопленный CINDI и другими международными программами, служит уникальным фундаментом, на котором государства-члены могут разрабатывать и осуществлять эффективную стратегию по снижению распространенности хронических заболеваний. Эта стратегия должна проводиться в жизнь путем таких мер в сфере общественного здравоохранения, которые тесно координируют работу по укреплению здоровья, профилактике заболеваний и улучшению медико-санитарной помощи. Имеются серьезные, основательные документы, в которых описываются действенные меры вмешательства, позволяющие людям жить дольше и быть здоровее (1,20,21,22,23,24,25,26), снижающие неравенство в вопросах охраны

здоровья (12,13) и способствующие развитию здравоохранения (27,28,29). Мобилизация полного потенциала государств-членов должна превратить мечту в реальность – эффективная борьба с хроническими заболеваниями приведет к улучшению состояния здоровья во всем Регионе (11).

Предлагаемые цель и задачи европейской стратегии в области хронических заболеваний

29. Общая цель Европейской стратегии в области хронических заболеваний состоит в укреплении и охране здоровья и предупреждении хронических заболеваний посредством принятия комплексных мер общественного здравоохранения на местном, национальном и региональном уровнях. В конечном итоге стратегия должна привести к снижению бремени болезней для общества.
30. Стратегия включает в себя три главные задачи:
- стимулировать разработку и осуществление национальной политики в отношении хронических заболеваний;
 - ускорить распространение накопленных знаний и опыта;
 - улучшить международное сотрудничество в вопросах многосекторных стратегий по уменьшению бремени, создаваемого хроническими заболеваниями.

Эта стратегия должна быть основана на фактических данных, доказывающих общность основных факторов риска, на необходимости применения интегральных подходов к противодействию этим факторам и на мобилизации всех государств-членов Европейского региона на практические действия. Достижение общей цели будет зависеть от международного сотрудничества в разработке и практическом осуществлении общей стратегии борьбы с хроническими заболеваниями.

Доказательная база и стратегическая основа для действий

31. В *"Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2002 г."* (1) подробно описывается, как на долю нескольких основных факторов риска приходится значительный процент всех смертей и заболеваний в большинстве стран. Для развития хронических заболеваний важнейшими факторами риска являются высокое кровяное давление, употребление табака, высокое содержание холестерина, низкое потребление фруктов и овощей, избыточная масса тела и низкий уровень физической активности. Если в этих факторах не произойдет никаких изменений, они будут показателями, прогнозирующими тенденцию к повышению распространенности НИЗ в предстоящие годы.
32. Для того, чтобы профилактические меры были действенными, они должны строиться на прочной базе знаний, в которой соединяются наука, практический опыт и разумная политика. Самой главной потребностью и одновременно главной трудностью является проведение в жизнь наиболее перспективных направлений политики и принятие программ по максимально полному предупреждению хронических заболеваний. Здесь CINDI может предоставить для использования свой огромный потенциал и те уроки,

которые были получены из опыта осуществления этой программой демонстрационных проектов на уровне населенных пунктов и реализации наиболее рациональных методов профилактики хронических заболеваний.

Врезка 3 Интегрированный подход

Опыт Программы CINDI, а также "вертикальных" программ борьбы с хроническими заболеваниями дает нам достаточно доказательств того, что при разработке и осуществлении интегральной стратегии борьбы с хроническими заболеваниями нужно следовать по нескольким направлениям действий.

- Формулирование определенной политики в отношении хронических заболеваний
- Укрепление и охрана здоровья на практике
- Профилактика заболеваний, в которой сочетаются стратегии, рассчитанные на все население, и стратегии для групп риска
- Сбалансированная система медико-санитарной помощи, предполагающая наличие сильного первичного звена медико-санитарной помощи, опирающегося на логичную систему направления к специалистам (включая реабилитацию)

Накопление и распространение знаний

33. Прогресс в исследовании этиологии основных НИЗ, в первую очередь сердечно-сосудистых заболеваний, привел к появлению многочисленных проектов и программ вмешательства по всей Европе, как, впрочем, и по всему миру. Масштабы этой деятельности чрезвычайно широки – от мер профилактики, нацеленных на какой-либо один фактор риска, такой как употребление табака или гипертензия, или одну болезнь, как, например, ишемическая болезнь сердца, до интегрированного подхода, охватывающего несколько факторов риска, общих для нескольких хронических заболеваний.
34. Научные исследования в области профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, в первую очередь ишемической болезни сердца, претерпели длительный процесс развития в Европейском регионе на уровне отдельных стран, на международном уровне и, особенно, на уровне работ, координируемых ВОЗ. С мер вмешательства, нацеленных на какой-либо один фактор риска, в начале 70-х годов исследования вмешательств были распространены на несколько факторов риска, после чего стали проводиться научные исследования в области методов борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями на местном уровне и с участием местных сообществ населения. Кульминацией таких исследований стали "Интегральные программы борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями на уровне местных сообществ", которые в некоторых государствах-членах в Европе, например, в Финляндии, были реализованы на уровне всей страны. Эти программы со всей очевидностью показали осуществимость всеобъемлющих программ борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями на уровне и с участием местных сообществ и необходимость в распространении мер вмешательства и на другие хронические заболевания. Хорошим примером того, как демонстрационный проект может быть распространен на общенациональный уровень, служит проект "Северная Карелия" в Финляндии (20,27).
35. Наблюдение в течение длительного времени за выборками населения, прошедшего обследование в ходе проекта "Северная Карелия" в Финляндии, показало, что снижение на 82% смертности от ишемической болезни сердца среди мужского

населения в возрасте 35-64 лет в течение 30 лет можно было предсказать и в значительной степени объяснить снижением уровня трех факторов риска: высокого кровяного давления, высокого содержания холестерина и курения. Кроме того, весьма сходная картина наблюдалась и по показателям смертности от рака легких, которая за этот же период сократилась на 60% (30). Аналогичным образом, на основании уровней систолического кровяного давления, содержания холестерина, индекса массы тела и курения были предсказаны и объяснены тенденции смертности от ишемической болезни сердца и общей смертности за 10-летний период в каунасской когорте (Литва) в исследовании с вмешательством в Каунасе и Роттердаме (31,32).

36. Проведенный недавно мета-анализ данных, полученных в результате ряда эпидемиологических исследований, ясно указывает на то, что в отношении относительной значимости классических факторов риска существуют неправильные представления. Одним из них является убеждение в том, что на их долю приходится лишь примерно половина всех сердечно-сосудистых заболеваний (33). Реальная значимость того или иного фактора риска будет систематически недооцениваться, если не делать определенной поправки на погрешность "регрессионного разбавления". Например, если группа "низкого риска" определялась как группа людей, находящихся в нижних пятых частях по общему холестерину (<5,5 ммоль/л) и диастолическому кровяному давлению (<74 мм рт.ст.) и в настоящее время некурящих, доля риска, относимая ко всему населению (ДРОН), составляла 70% до внесения поправки на регрессионное разбавление и 81% после внесения поправки. Аналогичным образом, когда группа "низкого риска" определялась как группа людей, находящихся в нижних десятых частях по холестерину (<5,2 ммоль/л) и диастолическому кровяному давлению (<70 мм рт.ст.) и в настоящее время некурящих, оценки ДРОН составляли 75% до внесения поправки на регрессионное разбавление и 86% после внесения поправки. Это значит, что эффективные меры по борьбе с факторами риска могут привести к снижению частоты ишемической болезни сердца на величину до 86% (34).
37. Накопленная в Программе CINDI информация о передовой практике и новых методах планирования, осуществления и оценки программ профилактики должна быть открытой для использования другими программами. Нужны объединенные усилия для распространения и внедрения этих знаний на международном уровне.
38. Данных, доказывающих научную обоснованность действий, предостаточно. Однако имеется мало данных о том, какой эффект в сопоставлении с затратами даст наличие политики общественного здравоохранения и политики предупреждения хронических заболеваний или проведение этих направлений политики в жизнь.
39. Для получения таких данных для компонента детальной оценки, включенного в метод реализации CINDI, можно использовать структуру CINDI. Можно привлечь действующие научно-исследовательские кадры CINDI для улучшения понимания эффективных с точки зрения затрат подходов к осуществлению профилактики хронических заболеваний, которое может напрямую отразиться в программно-стратегических решениях и решениях о распределении ресурсов.
40. На уровне Региона срочно нужна строго целенаправленная и ориентированная на научные исследования программа работы в области хронических заболеваний. На

состоявшемся в 2001 году в Женеве совещании ВОЗ по вопросам партнерства в научных исследованиях в области НИЗ было выделено несколько приоритетных направлений исследований. В число приоритетов вошли определение оптимального сочетания и последовательности стратегий по предупреждению хронических заболеваний, определение и разработка эффективных с точки зрения затрат стратегий борьбы с хроническими заболеваниями и научные исследования по проблеме воздействия глобализации на факторы риска (35). CINDI может послужить ценной платформой для осуществления научных исследований по указанным выше приоритетным направлениям.

41. Для проведения научных исследований в области профилактики хронических заболеваний нужна инфраструктура, на которую можно было бы опереться. Национальные программы CINDI представляют собой уникальные сети, обладающие огромной массой знаний о том, как реализуются программы. Этот накопленный богатый опыт в области профилактики хронических заболеваний может послужить ценным руководством к действию для других стран. Однако знания эти зачастую оказываются рассеянными и потому не используются в полную силу. Необходимо выработать пути и методы сбора и анализа этого богатого опыта CINDI вместе с ее успехами и неудачами.
42. В прежние времена меры по борьбе с НИЗ чаще всего осуществлялись по модели, ориентированной на какой-то один конкретный вопрос здравоохранения. Каждая из основных нозологических единиц или каждое из состояний риска рассматривались как исходная точка для разработки и осуществления программы по ее или его профилактике, отдельной от программ, разрабатываемых для других нозологических единиц, и потому называемой вертикальной программой. Эти вертикальные программы поэтому не являются интегральными, и это отражается в большом количестве инициатив по профилактике НИЗ, которые никак не связаны между собой. Такое отсутствие интеграции или согласованности приводит к фрагментарному подходу к профилактике хронических заболеваний. Акцент на одной узкой теме также может означать, что другие области оказываются обделенными вниманием, или что прекращается их финансирование для того, чтобы можно было начать работу над родственной, но все же другой программой.

Врезка 4

Цели профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в Европе на уровне всего населения

- Уменьшение потребления насыщенных жиров и *транс*-жиров
- Увеличение потребления фруктов и овощей
- Уменьшение потребления соли
- Повышение уровней физической активности
- Снижение индекса массы тела

Источник: European Heart Network's Expert Group on Nutrition. Food, nutrition and cardiovascular disease prevention in the European Region: challenges for the New Millennium: European Heart Network, 2002.

43. Увязывание между собой ряда инициатив по отдельным нозологическим единицам и профилактике факторов риска создает подлинные возможности для перехода к интегральному подходу к общественному здравоохранению. Такой интегральный подход представляет собой логический шаг в эволюции планирования профилактической работы, поскольку он позволяет извлечь максимальные выгоды из вложения средств в профилактику. Как показано во врезках 4, 5 и 6, многие инициативы, такие, как рекомендации по предупреждению сердечно-сосудистых заболеваний, уже охватывают интегрированные в одно целое элементы. Еще одним примером попытки подойти к профилактике хронических заболеваний комплексно является Руководство CINDI по здоровому питанию (врезка 5).

Врезка 5
Двенадцать принципов здорового питания

1. Ешьте питательную пищу, в основе которой лежат разнообразные продукты главным образом растительного, а не животного происхождения.
2. Несколько раз в день ешьте хлеб, зерновые продукты, макаронные изделия, рис или картофель.
3. Несколько раз в день ешьте разнообразные овощи и фрукты, предпочтительно в свежем виде и местного происхождения (не менее 400 г в день).
4. Поддерживайте массу тела в рекомендуемых пределах.
5. Контролируйте потребление жиров (не более 30 % суточной энергии) и заменяйте большую часть насыщенных жиров ненасыщенными растительными маслами или мягкими маргаринами.
6. Заменяйте жирное мясо и мясные продукты фасолью, бобами, чечевицей, рыбой, птицей или нежирным мясом.
7. Употребляйте молоко и молочные продукты (кефир, простоквашу, йогурт и сыр) с низким содержанием жира, и соли.
8. Выбирайте такие продукты, в которых мало сахара, и поменьше ешьте рафинированного сахара, ограничивая частоту употребления сладких напитков и сладостей.
9. Выбирайте пищу с низким содержанием соли. Суммарное потребление соли должно быть не более одной чайной ложки (6 г) в день, включая соль, содержащуюся в хлебе и переработанных, вяленых, копченых и консервированных пищевых продуктах. (Там, где недостаточность йода приобрела эндемический характер, должно проводиться сплошное йодирование соли).
10. Если допускается употребление алкоголя, необходимо ограничить его двумя порциями (по 10 г алкоголя каждая) в день.
11. Готовьте пищу безопасным и гигиеничным способом. Уменьшить количество добавляемых жиров помогает приготовление пищи на пару, выпечка, варка или обработка в микроволновой печи.
12. Способствуйте исключительному грудному вскармливанию детей и введению безопасного и достаточного прикорма, начиная примерно с шестимесячного возраста, но не ранее четырех месяцев, с сохранением грудного вскармливания в течение первых лет жизни.

Источник: Руководство CINDI по питанию, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2000 г. (EUR/00/5018028) (<http://www.who.dk/document/e70041.pdf>)

44. Центральное место в стратегии по предупреждению хронических заболеваний и борьбе с ними должно занимать интегральное воздействие на общие факторы риска. Поскольку реально может оказаться невозможным взяться сразу за все факторы риска, в стратегии должен быть отдан наивысший приоритет тем факторам риска, с которыми связан наибольший потенциал улучшения здоровья, как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе.

Врезка 6

Рекомендации в отношении уровня физической активности

- Молодым людям, которые в настоящее время ведут малоподвижный образ жизни, следует заниматься физическими упражнениями хотя бы умеренной интенсивности в течение не менее получаса в день.
- Всем молодым людям (в возрасте от 5 до 18 лет) нужно заниматься физическими упражнениями хотя бы умеренной интенсивности в течение одного часа в день.
- Каждому взрослому европейцу необходимо набирать не менее 30 минут физической активности умеренной интенсивности большинство дней в неделю, а лучше каждый день.

Источник: European Heart Network's Expert Group on Physical Activity. Physical activity and cardiovascular disease prevention in the European Union. Brussels: European Heart Network, 1999.

45. Самым важным фактором риска остается табак (36). Питание и физическая активность также оказывают большое воздействие на здоровье населения. Они влияют на ожирение и другие факторы риска, такие, как гипертония и гиперхолестеринемия. Благодаря всеобъемлющим многоуровневым подходам, применявшимся на протяжении определенного времени, удалось достичь некоторых успехов в борьбе против табака. Однако по сей день инициативы по борьбе против табака не интегрировались полностью с мерами по борьбе с другими факторами риска. Существует очевидная возможность использовать более комплексные идеи и программы для улучшения эффективности мер медико-санитарного вмешательства.

Врезка 7

Рекомендации в отношении мер по борьбе против употребления табака

Первоочередные рекомендации

- Запретить рекламу табачных изделий
- Повысить налоги на табачные изделия
- Ограничить доступность табачных изделий для несовершеннолетних
- Способствовать созданию окружающей среды без табака внутри помещений

Общие рекомендации

- Установить в законодательном порядке общественные места, в которых не допускается курение.
- Максимально снизить содержание смол
- Ужесточить законы о предупреждении влияния табака на здоровье
- Прекратить субсидии ЕС на производство табака
- Увеличить выделение средств на укрепление здоровья и прекращение курения

Адаптировано из: European Heart Network. Tobacco use: the dramatic effect on cardiovascular disease in the European Union and priorities for action. Brussels: European Heart Network, 1998.

46. В основе интегрального подхода к борьбе с хроническими заболеваниями лежит принцип партнерства при планировании, осуществлении и оценке программ вмешательства. Для этого может потребоваться какая-либо структура стратегического руководства, как на уровне страны, так и на уровне Региона. В практике Программы CINDI документально отражен опыт использования различных моделей успешных партнерских отношений.
47. Заметное возрастание какого-либо отдельного фактора риска позволяет прогнозировать нездоровье у отдельного лица. Однако бремя, создаваемое для общества хроническими заболеваниями, является следствием высокой распространенности факторов риска среди населения. Поэтому для уменьшения бремени хронических заболеваний нужен интегральный подход, охватывающий всю систему общественного здравоохранения, нацеленный на все население, в дополнение к работе с лицами, входящими в группы риска (37). В этом отношении Программа CINDI вносит вклад в расширение знаний о профилактических мерах в триединой области укрепления здоровья, профилактики заболеваний и медико-санитарной помощи.
48. Факторы риска уходят своими корнями глубоко в социальные и экономические условия. Это означает, что борьба с хроническими заболеваниями должна выходить за рамки сектора здравоохранения (38,39,40). Следовательно, комплексный подход подразумевает сотрудничество между различными секторами. В этой связи необходимо исследовать и развивать возможности увязывания профилактики заболеваний с укреплением здоровья в таких проектах, как "Города здоровья" или "Школы, содействующие укреплению здоровья".

Укрепление организационно-кадрового потенциала

49. Существует совершенно очевидная потребность в укреплении организационно-кадрового потенциала служб общественного здравоохранения для осуществления профилактики хронических заболеваний. Это означало бы дальнейшее развитие систем подготовки кадров, создание коалиций и улучшение работы по распространению знаний. В настоящее время существует немало инициатив по подготовке кадров в области эпидемиологии и наук о поведении, но подготовка специалистов по комплексным мерам вмешательства и практическому осуществлению профилактики хронических заболеваний ведется весьма и весьма ограниченно. Международная программа патронажных работников в проекте "Северная Карелия" (Финляндия), Недели Программы CINDI в Португалии и Зимняя школа CINDI в настоящее время обладают самым продолжительным опытом подготовки кадров по вопросам разработки, осуществления и оценки программ профилактики хронических заболеваний. Можно было бы и дальше использовать 20-летний опыт реализации Программы CINDI, для чего необходимо знакомить с ним людей, используя современную технику передачи информации.

Проведение исследований и мониторинг

50. Проведение исследований и мониторинг является одной из фундаментальных составляющих в разработке, осуществлении и оценке программ борьбы с хроническими заболеваниями. В большинстве стран институциональный потенциал для осуществления надзора слаб, а методики не единообразны. Программа CINDI имеет

стандартную методику и всеохватывающую систему контроля и оценки программ профилактики хронических заболеваний. В Протоколе и Руководстве CINDI (4) указаны важнейшие индикаторы, источники данных и методы, которые должны использоваться для оценки на местном, национальном и международном уровнях.

51. Особо важное стратегическое значение имеет полноценный контроль целевых факторов риска и форм поведения. Для более эффективного контроля поведения, влияющего на здоровье, на уровне местных сообществ в странах, в которых применяется интегральный подход, программа CINDI предлагает реально осуществимую методику надзора – "Систему мониторинга здоровья CINDI".
52. Для обеспечения разработки политики необходимо собирать на многих уровнях количественную и качественную информацию (41,42,43). Необходимы улучшения в доведении информации о профилактике хронических заболеваний до тех, кому она предназначена. Результаты надзора должны доводиться не только до лиц, принимающих решения, но и до общественности. Важнейшая роль в этом процессе принадлежит средствам массовой информации, особенно телевидению.
53. Несмотря на то, что хронические заболевания создают такое тяжелое бремя, у государств-членов нет всеобъемлющей системы мониторингования этих заболеваний, факторов риска и детерминант. В отличие от инфекционных болезней, для которых во многих законах определены требования по их учету, хронические заболевания не привлекли к себе такого же политического интереса и таких же финансовых вложений в проведение их изучения, несмотря на то, что они оказывают гораздо большее влияние на все общество. Создание всеохватывающей системы мониторингования за НИЗ потребовало бы согласования действий многих различных организаций и центров ответственности на местном, национальном и международном уровнях.

Интегрирование профилактики в системы здравоохранения

54. Служба здравоохранения является одним из важнейших элементов любых интегральных действий по улучшению здоровья населения. Национальные программы CINDI уходят корнями глубоко в системы здравоохранения своих стран, и для их осуществления привлекаются ресурсы систем, как в сфере общественного здравоохранения, так и в сфере медико-санитарной помощи. Поэтому Программа CINDI располагает прекрасными возможностями для того, чтобы обеспечить организационное и методическое руководство для выполнения задачи по созданию профилактических служб как органической части систем здравоохранения. Программа CINDI продемонстрировала свою способность организовывать профилактические меры вмешательства, как на местном уровне, так и на уровне всей страны. В ее ресурсы входит система программно-стратегических целей и принципов профилактической работы, обученный персонал и методические разработки по методам профилактики в первичном звене медико-санитарной помощи, а также международная сеть стран, ведомств и экспертов, которые глубоко привержены делу предупреждения хронических заболеваний.

Врезка 8

Цели вторичной профилактики ишемической болезни сердца

- Не курить
- Выбирать здоровую пищу
- Быть физически активным
- Индекс массы тела <25 кг/м²
- Кровяное давление <140/90 мм рт.ст. у большинства людей, <130/80 мм рт.ст. у особых групп (групп высокого риска, таких, как лица, страдающие диабетом)
- Общее содержание холестерина <5 ммоль/л (190 мг/дл) у большинства людей, <4,5 ммоль/л (175 мг/дл) у групп высокого риска
- Содержание холестерина ЛПНП <3 ммоль/л (115 мг/дл) у большинства людей, <2,5 ммоль/л у групп высокого риска
- Строгий контроль гликемии у всех лиц, страдающих диабетом
- Решить вопрос о проведении других форм профилактической фармакотерапии у групп высокого риска

Источник: de Backer G. et al. Third Joint Task Force of European and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur J Cardiovascular Prevention Rehabilitation 2003, 10 (4) (Suppl 1): S1–S78.

55. Реформы систем здравоохранения должны предусматривать адекватный ответ на растущее бремя хронических заболеваний. Этого можно достичь посредством разработки комплексов медико-санитарных мероприятий, эффективных с точки зрения соотношения затрат на их проведение и получаемого эффекта; составления методических рекомендаций на фактической основе для ведения борьбы с основными хроническими заболеваниями, а также посредством преобразования роли руководителей медико-санитарных служб путем возложения на них ответственности не только за учреждения, например, больницы, но и за рациональное использование ресурсов в целях укрепления и сохранения здоровья определенной группы населения.
56. Чрезвычайно важно, чтобы борьба с хроническими заболеваниями была эффективной и чтобы ресурсы системы здравоохранения каждой страны использовались с максимальной отдачей. В *"Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2002 г."* (1) содержатся рекомендации о стратегиях, эффективных с точки зрения связанных с ними затрат, как на уровне всего населения, так и на индивидуальном уровне. Наиболее успешными мерами вмешательства являются те, в которых направления политики и конкретные действия реализуются на местном и национальном уровнях и в которых активное участие принимают службы здравоохранения. Примером здесь служат успешные меры вмешательства, которые в течение многих лет осуществлялись в Северной Карелии (Финляндия), в провинции Сетубаль (Португалия) и в других местах.
57. Профилактическая работа требует от служб здравоохранения формирования более тесных связей с больным и с клиентом. Этот принцип относится ко всем проблемам здоровья, независимо от того, что именно – инфекционные или неинфекционные заболевания – выносятся в центр внимания. Из опыта, приобретенного в ходе разработки комплексных программ, таких, как программа ВОЗ "Интегрированное

ведение болезней детского возраста", можно извлечь ценные уроки для профилактики хронических заболеваний.

Партнерство и мобилизация ресурсов

58. Региональные и национальные структуры партнерства в профилактике хронических заболеваний, такие, как сеть CINDI, дают возможность умножать ресурсы, делиться опытом и извлекать пользу из полученных уроков. Однако, если не будут вкладываться значительные средства в укрепление организационно-кадрового потенциала, прогресс будет ограничен и непостоянен. Богатой кладью профессионального опыта и кадров в области исследований, касающихся практической работы, и подготовки специалистов являются центры, сотрудничающие с ВОЗ. Немаловажную роль в установлении партнерских отношений и мобилизации ресурсов на глобальном уровне может сыграть Глобальный форум ВОЗ по профилактике неинфекционных болезней и борьбе с ними. В то же время сеть CINDI может установить новые партнерские отношения с учреждениями, занимающимися вопросами развития, с НПО, профессиональными организациями, Всемирным банком.

Использование и развитие опыта CINDI

59. Опыт CINDI показал, что даже при небольших ресурсах можно сделать многое. Самым важным ресурсом оказались люди. В странах с самыми разными уровнями организационно-кадрового потенциала для решения проблем хронических заболеваний важным вкладом в разработку программ явилось создание сетей неформального обмена информацией и опытом и работа по укреплению вышеуказанного потенциала. Модели развития CINDI в разных странах широко различаются между собой (врезка 9). Опыт CINDI показал, что странам нужно давать возможность начинать с небольших проектов, ограниченных по масштабам и различающихся по числу демонстрационных районов. С течением времени такие проекты могут вырасти до реализации в масштабах всей страны.

Врезка 9

Модели развития Программы CINDI в отдельных странах

- В масштабах всей страны с самого начала – Кипр, Исландия, Мальта
- Всеобъемлющее вмешательство в одном демонстрационном районе с постепенным расширением до масштабов всей страны – Финляндия, Португалия, Словения
- Политика в отношении хронических заболеваний принята для всей страны, апробирована в одном демонстрационном районе – Канада
- Несколько демонстрационных районов, представляющих административную структуру страны, с последующей разработкой национальной политики здравоохранения и плана действий по борьбе с хроническими заболеваниями – Литва
- Крупный регион в качестве демонстрационного района с последующей комплексной программой для всего Европейского региона – Австрия, Германия, Испания, Соединенное Королевство
- Демонстрационные районы в нескольких административных единицах с элементами вмешательства в масштабах всей страны – Беларусь, Чешская Республика, Эстония, Венгрия, Польша, Румыния, Словакия, Украина

- Несколько демонстрационных районов, постепенно перерастающих в программы для всего Региона и ведущие к разработке планов действий в масштабах всей страны – Болгария, Российская Федерация
- Один демонстрационный район с элементами действий в масштабах всей страны – Латвия, Казахстан, Кыргызстан, Туркменистан

Общенациональный аспект

60. Конечной целью национальных программ CINDI является распространение интегральных мер вмешательства по всей территории страны либо путем расширения программы на всю страну, либо путем полного содействия в осуществлении комплексных действий в масштабах страны. Проведенное недавно Программой CINDI изучение процесса разработки и осуществления политики в отношении НИЗ показало, что большинство программ начиналось на уровне демонстрационного района. Постепенно действия расширялись до общенационального уровня, хотя в некоторых случаях они были ограничены лишь несколькими элементами. Тем не менее, тот факт, что примерно в половине программ одним из главных источников финансирования было центральное правительство, а в одной трети программ его называли одним из ведущих партнеров, свидетельствует о важности программ для страны в целом.
61. Цель расширения программ до масштабов всей страны представляет собой огромную трудность, но в то же время придает программе политическую привлекательность. Большинство национальных программ CINDI, которые еще действуют на демонстрационном уровне, движутся к цели превращения в общенациональные, хотя и с разной скоростью. Возможно, так и должно быть в случае программ, находящихся на разных ступенях своего развития. Для страны, недавно вступившей в CINDI, может быть и лучше начинать с демонстрационных районов, пока у программы еще только складывается и закрепляется ее потенциал в сфере контроля и оценки, создания устойчивых структур управления и финансирования и формирования элементарных партнерских отношений.
62. Возможно также, что полезнее рассматривать цель превращения в общенациональную программу как непрерывный процесс (при этом страны находятся в таком непрерывном спектре на разных этапах), а не как состояние, разделенное на два совершенно различных качества. Такое понимание показало бы, что большинство национальных программ CINDI (но не все) движутся в сторону достижения влияния на всю страну по мере того, как они расширяют свое сотрудничество с общенациональными организациями, устанавливают партнерские связи на национальном и международном уровне и все активнее участвуют в выработке национальной политики здравоохранения.

Демонстрация

63. Демонстрационные программы образуют основу программ CINDI (Приложение 2). В разных странах, где деятельность CINDI началась в разное время, концепция демонстрации может означать разные вещи. Например, в Финляндии проект "Северная Карелия" был демонстрацией осуществимости предупреждения сердечно-сосудистых и других хронических заболеваний среди местного населения. Потребовалось чуть ли не десять лет, чтобы этот проект превратился в программу

CINDI, действующую по всей Финляндии. Другие примеры можно видеть во втором поколении программ CINDI, которые используют демонстрационную платформу для создания потенциала для осуществления своей деятельности или для принятия методов профилактики и укрепления здоровья, которые хорошо зарекомендовали себя в других программах. Эти и аналогичные им подходы в настоящее время принимаются программами CINDI-Канада, CINDI-Россия (в которой имеется много демонстрационных районов) и другими странами-участницами CINDI.

Распространение опыта

64. В качестве одной из ключевых стратегий вмешательства на первый план выходит распространение опыта осуществления программы. Диссеминация опыта позволяет распространить эффект от работы, проводимой на местном уровне, на всю страну и делает эту работу чрезвычайно актуальной на общенациональном уровне. Переход от демонстрации к распространению опыта в первую очередь требует финансовых средств. Он также требует подготовленных кадров, наличия соответствующей политики и политической поддержки со стороны медицинских работников, поддержки со стороны населения в целом, нужных партнерских связей и структур управления, переориентированных на новые задачи (41).
65. Важной задачей является выработка практических способов распространения опыта и уроков, полученных в ходе осуществления программ CINDI, например, как успешно выполнить программу, какие меры вмешательства эффективны или как организовать повышение кадрового потенциала. Процесс распространения опыта изучен относительно мало, и мало выделяется ресурсов на создание баз данных о ситуационных исследованиях и на ведение учета приобретенного опыта.
66. Активизация участия программ CINDI в выработке национальной политики здравоохранения дает возможность убедить государственных деятелей, вырабатывающих политику, в правильности концепции распространения опыта. Для того, чтобы оказывать эффективное воздействие, программы борьбы с хроническими заболеваниями должны достигать «профилактической дозы»: осуществлять правильное вмешательство для достаточного количества людей с достаточной продолжительностью и нужной интенсивностью вмешательства (44). Практический опыт программ CINDI – это богатейший материал для науки об осуществлении профилактических мер вмешательства в области хронических заболеваний. Анализ этого материала позволил бы усилить работу по распространению опыта.

Интегрированная профилактика

67. Интегральность, или комплексность является ключевым принципом в подходе CINDI к профилактике хронических заболеваний. Этот термин имеет несколько значений. Интегральность относится:
 - а) к такой мере вмешательства, которая нацелена на несколько факторов риска и осуществляется национальной программой CINDI в рамках системы здравоохранения страны;
 - б) к всеобъемлющему подходу, в котором сочетаются различные стратегии осуществления, в том числе выработка политики, повышение организационно-

кадрового потенциала, партнерство и информационное обеспечение на всех уровнях;

- в) к межсекторным действиям по реализации направлений политики здравоохранения, включая согласованные действия, предпринимаемые несколькими секторами в отношении основных детерминант нездоровья, которые выпадают из сферы компетенции сектора здравоохранения;
- г) к сочетанию стратегий, осуществляемых для всего населения и для групп риска, которое позволяет связать воедино профилактические меры, предпринимаемые различными составными элементами системы здравоохранения, такими, как укрепление здоровья, службы общественного здравоохранения, первичная медико-санитарная помощь и стационарное лечение.

Для достижения результата в профилактике хронических заболеваний странам необходимо помнить об этих важных составляющих разработки и осуществления программ независимо от того, являются ли эти страны членами сети CINDI или стремятся вступить в нее или же просто желают воспользоваться опытом CINDI.

68. Для того, чтобы осуществить принцип интегральности на практике, страна должна создать возможности для таких комплексных действий. Это означает, что нужно выбрать области, стратегии, методы, условия и характер вмешательства. Большинство национальных программ CINDI предпочитает работать одновременно по нескольким факторам риска. Три самых приоритетных области вмешательства включают употребление табака, физическую активность и пищевые привычки. К числу основных стратегий вмешательства относятся профессиональное образование, контроль и оценка, мобилизация общества на местном уровне, выработка политики и распространение опыта. Приоритет отдается мерам вмешательства в условия жизни на местном уровне – на работе, в школах, среди местного населения. Важно, чтобы с самого начала программы предусматривали разработку и осуществление мер вмешательства в тесном взаимодействии с широким кругом партнеров, особенно со службами первичной медико-санитарной помощи и общественного здравоохранения. Опыт CINDI свидетельствует о том, что поддержка со стороны министерства здравоохранения и сотрудничество с партнерами является положительным фактором, способствующим осуществлению профилактики хронических заболеваний через сектор здравоохранения.

Оптимальное соотношение между стратегиями для всего населения и для групп риска

69. Несколько программ CINDI показывают, что для претворения в жизнь стратегий укрепления здоровья и профилактики заболеваний, рассчитанных на все население, нужны особые усилия. К числу факторов, облегчающих эту задачу, относятся следующие:
- а) структура, на которую можно опереться в деятельности по укреплению здоровья на общенациональном уровне;
 - б) сбалансированность между научно-исследовательскими учреждениями и системой здравоохранения в выполнении функций методического руководства и координации программ;

- в) обеспечение оптимального соотношения между партнерами из сектора здравоохранения, сектора, не связанного со здравоохранением, и частного сектора, а также внутри секторов.
70. Интеграция мероприятий, нацеленных на укрепление здоровья и профилактику заболеваний, не может быть достигнута без межсекторных действий. На здоровье оказывают влияние детерминанты и проблемы, возникающие вне сектора здравоохранения, и ими необходимо заниматься. Сюда входят социальное неравенство, бедность, экономика, структуры общества и политические структуры, образование, сельское хозяйство, пищевая промышленность, торговля, социальные услуги и обеспечение, общественные организации и т.д. Привлечение к принятию решений о приоритетах различных партнеров из других секторов дает возможность осуществить интегральные действия.
71. Предпосылкой для осуществления интегральных мер вмешательства является наличие ресурсов. Программы CINDI имеют многочисленных партнеров и очень широкий круг источников финансирования. Переходя к действиям в масштабах всей страны, программы должны иметь стратегию, которая позволяла бы обеспечить еще более широкий круг сотрудничающих с нею партнеров и устойчивость в поступлении средств.

Улучшение показателей CINDI

72. Для того, чтобы двигаться вперед, к цели достижения общенациональных масштабов и к интеграции различных секторов и направлений в профилактике хронических заболеваний и укреплении здоровья, программам CINDI нужен достаточный потенциал у себя в стране (ресурсы, структуры и профессиональные кадры). База данных CINDI показывает, что примерно две трети национальных программ улучшили свой потенциал в сфере стратегий вмешательства, таких как профессиональное образование, контроль и оценка. Однако программам все еще необходимо вкладывать средства в укрепление своего потенциала в других областях, таких, как развитие управления и структуры программ, использование современной техники связи, мобилизация ресурсов, маркетинг, партнерство и в особенности мобилизация общества и распространение опыта.
73. Одной из ключевых стратегий вмешательства является выработка политики. База данных CINDI показывает, что программы значительно повысили свой потенциал в этой сфере. Почти во всех странах они внесли вклад в подготовку документа о национальной политике здравоохранения, а большинство из них также подготовили документ с изложением политики в области хронических заболеваний. Однако есть необходимость в дальнейшем укреплении национального потенциала в сфере выработки политики в отношении хронических заболеваний.
74. Профилактика хронических заболеваний требует, чтобы CINDI была тесно интегрирована в практику, установившуюся в службе здравоохранения. Программы CINDI в большинстве стран тесно взаимодействуют со службами общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи и участвуют в пропаганде профилактики, подготовке кадров и профессиональном обучении, издании методических руководств по профилактике, создании систем эпиднадзора за НИЗ и составлении учебных программ по профилактике. Задачи, которые предстоит решать

в будущем, предполагают еще более тесное сотрудничество. Большие возможности (такие, как новые инфраструктуры и новые ресурсы для профилактики НИЗ) для дальнейшей интеграции проектов и методов работы CINDI в системы здравоохранения открываются благодаря реформе систем здравоохранения.

75. Членство в сети CINDI дает странам возможность широкого доступа к ноу-хау и передовым методам работы по укреплению здоровья и профилактике заболеваний. Сеть CINDI предлагает различные способы изучения передовых методов работы и обмена информацией и опытом. Примером могут служить курсы по предупреждению хронических заболеваний для общественного здравоохранения на основе фактических данных, предназначенные для обучения будущих инструкторов. Курсы организованы совместно с Центрами профилактики болезней и борьбы с ними (CDC) в г. Атланта (шт. Джорджия, США) и университетом г. Сент-Луис (США), а также с программами CINDI-Австрия, CINDI-Канада, CINDI-Финляндия и CINDI-Литва. После прохождения такого обучения несколько стран CINDI провели собственные курсы, разработали учебные материалы для медицинских работников и составили учебную программу для обучения студентов вузов профилактике хронических заболеваний. Следует продолжать эти курсы и, если позволяют ресурсы, расширять их.

Вклад CINDI в глобальные инициативы по борьбе с хроническими заболеваниями

76. CINDI представляет собой единственную в своем роде международную сеть, ориентированную на практические действия, которая ставит перед собой задачу внедрить в практику комплексный подход к укреплению здоровья и предупреждению хронических заболеваний. Ее члены имеют общие цели, делятся ресурсами и опытом. Опыт CINDI в Европейском регионе ВОЗ послужил толчком к возникновению аналогичных инициатив в других регионах ВОЗ, например, сети CARMEN в странах Северной и Южной Америки, которая построена на принципах и протоколе CINDI.
77. Сетью CINDI была признана необходимость расширить свои совместные действия с регионального до глобального уровня. В 2001 году CINDI взяла на себя инициативу по созданию Глобального форума по профилактике НИЗ и борьбе с ними. В соответствии с Глобальной стратегией ВОЗ по предупреждению НИЗ и борьбе с ними, утвержденной Пятьдесят третьей Всемирной ассамблеей здравоохранения (45), Глобальный форум осуществляет свою деятельность через региональные сети. В число целей Глобального форума входят следующие:
- поощрение развития региональных сетей национальных комплексных программ по предупреждению хронических заболеваний и борьбе с ними во всех шести регионах ВОЗ;
 - поддержка региональных сетей через межрегиональное сотрудничество и международное партнерство;
 - распространение научных данных и опыта и обеспечение новейшими методическими указаниями по вопросам первичной и вторичной профилактики хронических заболеваний;

- повышение информированности о предупреждении хронических заболеваний и борьбе с ними посредством пропаганды и поддержки этой деятельности на региональном и глобальном уровнях;
- содействие гармонизации методик проведения исследований и мониторинга;
- содействие укреплению сотрудничества, научным исследованиям и усилению организационно-кадрового потенциала в области первичной и вторичной профилактики;
- участие в подготовке и повышении квалификации кадров.

78. Национальные программы CINDI являются ключевыми действующими лицами в реализации мер общественного здравоохранения по предупреждению хронических заболеваний и борьбе с ними и в поддержании оптимального соотношения между стратегиями для всего населения и для групп риска. В силу такой роли эти программы могут вносить свой вклад в дебаты по вопросу о том, как системы здравоохранения могут откликаться на первоочередные потребности здравоохранения, поддерживая равновесие ресурсов здравоохранения и повышая эффективность их распределения. Это означает помощь в исправлении ситуации, при которой непропорционально большие ассигнования выделяются на лечебную помощь по сравнению с ассигнованиями на предупреждение болезней и укрепление здоровья, особенно в области хронических заболеваний (1).
79. Сеть CINDI может играть реальную роль в распространении опыта, выступая в качестве связующего звена, которое устанавливает связи с другими инициативами и сетями, и делаясь опытом, накопленным за многие годы в области осуществления мер вмешательства через системы здравоохранения, в частности, в первичной медико-санитарной помощи. Двумя естественными союзниками в этом деле являются Глобальный форум по профилактике НИЗ и борьбе с ними и Сеть ВОЗ по укреплению здоровья в мега-странах. Есть много веских причин, по которым сеть CINDI должна устанавливать контакты с другими сетями и инициативами. Обогащая потенциал других, национальные программы CINDI будут еще больше обогащать свой собственный потенциал.
80. Осуществление международных действий на широкой основе в области предупреждения хронических заболеваний представляет собой организационную задачу огромной сложности. Такая программа, как CINDI, охватывает так много вопросов, затрагивающих системы здравоохранения, заинтересованных партнеров и содержательную сторону дела, что было бы невозможно применять обычные модели организации. Партнерские связи и сети – это стратегические инструменты. Они являются выражением понятия А. Бандуры о "коллективной эффективности". В объединении людей и организаций, которые доказали, что могут эффективно вести профилактику хронических заболеваний, и в предоставлении им возможности заниматься вопросами профилактики сообществ заключается большая ценность. Главная задача на будущее – сохранить эти сети, добиться их устойчивости и полезности.

Движение в направлении европейской стратегии предупреждения хронических заболеваний

81. При разработке такой стратегии необходимо на региональном, национальном и международном уровне обеспечивать поддержку следующих направлений:
- Для количественного определения и отслеживания тенденций в распространении НИЗ и их детерминант важнейшее значение имеет **система мониторингования**. Она также служит основанием для ведения пропаганды, для национальной политики и действий на различных уровнях.
 - **Профилактика заболеваний** и укрепление здоровья в случае успеха являются двумя наиболее важными факторами в снижении бремени преждевременной заболеваемости, смертности и инвалидности. Они также представляют собой два направления действий, которые всегда оказывают самое значительное влияние на экономику и развитие каждого государства-члена.
 - Для осуществления стратегии решающее значение имеют **нововведения в медико-санитарной помощи** и эффективное руководство сектором здравоохранения, соответствующие реальной ситуации и потенциалу в каждом государстве. Не меньшее значение в борьбе с установленными НИЗ имеют оправданные с точки зрения затрат и адекватные меры вмешательства.

Роль ключевых действующих лиц

Государства-члены

82. Можно надеяться, что процесс выработки стратегии в области НИЗ для Европейского региона послужит стимулом к тому, чтобы государства-члены играли активную роль в этой проводимой во всем Регионе работе, внося в стратегию специфический опыт своей страны и разрабатывая свои национальные программы и политику в области НИЗ.
83. На национальном уровне государства-члены должны быть в состоянии апробировать и разработать несколько ключевых элементов формирования, осуществления, контроля и оценки политики в области НИЗ. К числу задач здесь относятся следующие:
- **Создание локальной информационной базы, необходимой для осуществления действий:** Оценить уровень смертности и вести наблюдение за смертностью от НИЗ, и за уровнем воздействия на население детерминант и факторов риска НИЗ. Создать механизм, посредством которого информация могла бы быть использована в процессе формирования политики, в пропаганде идеи о необходимости принятия мер и при оценке медико-санитарной помощи.
 - **Учреждение национальной программы по предупреждению НИЗ:** Сформировать общенациональную коалицию всех заинтересованных партнеров, разработать общенациональный план, определить стратегии и поставить реальные цели. Учредить пилотные (демонстрационные) программы, в основе которых лежит интегральный подход к факторам риска и которые затем могут быть

распространены на всю страну. Создать организационно-кадровый потенциал на уровне страны и на местном уровне для разработки, осуществления и оценки интегральных программ профилактики. Способствовать проведению научных исследований по вопросам профилактики заболеваний и борьбы с ними.

- **Добиться того, чтобы реформы сектора здравоохранения отвечали насущным задачам:** Разработать эффективные с точки зрения затрат комплексы мероприятий в области медико-санитарной помощи и составить основанные на фактах методические рекомендации по эффективному ведению основных НИЗ. Изменить роль руководителей системы медико-санитарной помощи, возложив на них ответственность не за учреждения, например, больницы, а за рациональное распоряжение ресурсами в целях укрепления и сохранения здоровья определенной группы населения.

- **Решение вопросов, выходящих за рамки ответственности сектора здравоохранения, которые влияют на борьбу с НИЗ:** Оценить влияние социально-экономического развития на бремя основных НИЗ для проведения многопрофильного анализа с позиций разных дисциплин. Создать принципиально новые механизмы и процессы, помогающие координировать деятельность государства постольку, поскольку она влияет на здоровье людей, с охватом различных органов государственной власти. Уделять первоочередное внимание таким видам деятельности, которые ставят профилактику на первый план в общественной повестке дня, и мобилизовать силы в поддержку необходимых действий со стороны общества.

84. Во врезке 10 представлено упрощенное и структурированное руководство по разработке национальных программ борьбы с хроническими заболеваниями. Аналогичным образом в Приложении 2 дается схема Программы CINDI (с требованиями в отношении структуры, подхода, политики и протокола).

Врезка 10

Предлагаемые методические рекомендации на уровне страны для осуществления интегральной стратегии в области хронических заболеваний

Создание информационной базы для осуществления действий:

- Оценить и контролировать смертность от НИЗ, воздействие факторов риска и их детерминант среди населения
- Создать механизм, посредством которого информация, полученная в результате проведения исследований, использовалась бы при формировании политики, для пропаганды идеи о необходимости принятия мер и для оценки медико-санитарной помощи

Учреждение национальной программы предупреждения хронических заболеваний:

- Сформировать общенациональную коалицию всех заинтересованных партнеров и поставить реальные цели
- Учредить пилотные программы предупреждения НИЗ на основе интегрального подхода к факторам риска, которые затем могут быть распространены на всю страну
- Создать организационно-кадровый потенциал на уровне страны и на местном уровне для разработки, осуществления и оценки комплексных программ предупреждения НИЗ
- Способствовать проведению научных исследований по вопросам профилактики НИЗ и борьбы с ними

Решение вопросов, выходящих за рамки ответственности сектора здравоохранения, которые влияют на борьбу с НИЗ:

- Оценить влияние социально-экономического развития на бремя основных НИЗ для проведения всеобъемлющего анализа с позиций разных дисциплин
- Создать принципиально новые механизмы и процессы, помогающие координировать деятельность государства постольку, поскольку она влияет на здоровье людей, с охватом различных органов государственной власти

Добиться того, чтобы реформы сектора здравоохранения отвечали насущным задачам:

- Разработать эффективные с точки зрения затрат комплексы мероприятий в области медико-санитарной помощи и составить основанные на фактах методические рекомендации по эффективному ведению приоритетных НИЗ
- Изменить роль руководителей системы медико-санитарной помощи, возложив на них ответственность не за учреждения, а за рациональное распоряжение ресурсами в целях укрепления и сохранения здоровья определенной группы населения.

Европейское региональное бюро ВОЗ

85. Европейскому региональному бюро следует продолжать свои усилия по сбору и объединению существующих знаний и научных данных о предупреждении НИЗ. Сюда должно входить систематическое проведение обзора эффективности мер вмешательства в отношении отдельных и нескольких факторов риска или проблем и анализ уроков, полученных при осуществлении отдельных исследований (case studies) как успешных, так и неудачных мер. Это также включает экономические анализы профилактических мероприятий и другие виды анализа. На более позднем этапе это могло бы привести к созданию некоего хранилища или обсерватории по проблемам НИЗ для Европейского региона ВОЗ, где была бы солидная база данных для проведения быстрого анализа ситуации, оценок или обзоров в зависимости от того, что потребуется.
86. Ресурсы Регионального бюро включают сети сотрудничающих с ним центров в области предупреждения НИЗ, сети узкоспециализированных центров в Регионе и доступ к техническим специалистам высшей квалификации. Региональному бюро следует использовать эти и другие ресурсы по просьбе государств-членов для оказания им помощи в разработке и внедрении интегрированных подходов к предупреждению НИЗ. В прагматическом плане эта помощь могла бы включать:
- методические рекомендации по созданию программ, в которых особое внимание уделяется интеграции, и по конкретным мероприятиям, связанным с отдельно взятыми проблемами;
 - советы и методические рекомендации по созданию вспомогательных систем для охвата всего спектра действий, требующих межсекторного сотрудничества, и для помощи в интегрировании функций планирования, управления, связи и информации;
 - методические рекомендации по разработке механизмов подотчетности по вопросам здравоохранения во всех секторах общества, возможно, начиная с оценок воздействия на здоровье;
 - отстаивание необходимости разработки и помощь в разработке моделей риска и прогнозирования НИЗ, включая методы моделирования, анализ политики и

экономический анализ, оценку мер вмешательства прикладного характера с точки зрения эффективности затрат.

87. Региональному бюро следует оказывать помощь и способствовать развитию систем надзора за НИЗ. В Европейском регионе, как, впрочем, и в большинстве других регионов ВОЗ, этих систем нет. Роль ВОЗ как катализатора в создании в странах систем надзора за НИЗ и международного банка данных трудно переоценить. Первоочередное внимание следует уделять данным о распространенности факторов риска и индикаторам процесса выработки направлений политики и программ по предупреждению НИЗ.
88. Региональному бюро следует способствовать проведению прикладных исследований в области предупреждения НИЗ, чтобы усовершенствовать базу данных и знания, и поддерживать страны в выработке политики в отношении хронических заболеваний. Первоочередное внимание нужно уделять научным исследованиям по вопросам осуществления, что необходимо в качестве основы для формирования политики, оценки потенциала и создания программ по предупреждению НИЗ.
89. Региональному бюро следует поддерживать создание механизмов для совместного пользования информацией и использования современных технологий связи. Это помогло бы решить многие из вопросов, упомянутых выше. В настоящее время государствам-членам нужны банки данных и веб-сайты, которые имеют отношение к предупреждению НИЗ и которые удовлетворяют их потребности. Технология "Интернет" также может быть использована для создания систем образования, как для профессиональных работников, так и для населения.
90. Обобщая вышеизложенное, стратегическая поддержка в сфере научных исследований и разработок со стороны Регионального бюро (при тесном сотрудничестве с другими партнерами) должна охватывать исследования в приоритетных направлениях укрепления здоровья и профилактики заболеваний и борьбы с ними, чтобы облегчить тем самым осуществление и оценку программ по борьбе с НИЗ. Сюда должны входить аналитические, оперативные и поведенческие исследования. Особое внимание следует уделять новому типу исследований – изучению проявлений социального неравенства, бедности, гендерных проблем, оптимального соотношения между затратами и эффектом в системе оказания помощи и генетическим подходам к профилактике. Региональному бюро следует усилить роль центров, сотрудничающих с ВОЗ, в оказании поддержки осуществлению Региональной стратегии в области НИЗ, особенно в том, что касается координации совместных исследований.

Сотрудничество и партнерские отношения

91. Новая Программа общественного здравоохранения ЕС содержит несколько важных элементов интегрированного подхода к хроническим заболеваниям, которые были разработаны ВОЗ. Это разделы по медико-санитарной информации, детерминантам здоровья, укреплению здоровья и профилактике заболеваний, включая конкретные направления по предупреждению рака и борьбе с ним. В области укрепления здоровья и профилактики заболеваний работают многочисленные национальные и международные неправительственные организации (НПО) и ведомства. Они вполне

определенно ориентированы на результаты уменьшения бремени, которое создают хронические заболевания, и улучшения качества жизни. Еще одним примером международного сотрудничества является недавно предпринятая странами "Большой восьмерки" инициатива по созданию базы данных о программах предупреждения сердечно-сосудистых заболеваний (в рамках их же программы "Предупреждение, диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний, прикладные программы медико-санитарной помощи"). Существует очевидная потребность в установлении более тесного контакта с этими многочисленными инициативами и в нахождении механизма координации, что дало бы возможность извлечь выгоду из мероприятий, которые придадут новое качество действиям и партнерским связям в области борьбы с хроническими заболеваниями.

92. Нужен принципиально новый механизм для координации усилий по борьбе с хроническими заболеваниями, предпринимаемых в системе Организации Объединенных Наций, включающей ВОЗ, а также совместно с ведущими международными учреждениями, профессиональными объединениями, научно-исследовательскими учреждениями, центрами, сотрудничающими с ВОЗ, и частным сектором. Общие усилия против этих заболеваний требуют, чтобы все партнеры играли более активную роль в региональной и глобальной сети, деятельность которой направлена на такие области, как отстаивание необходимости принятия мер, мобилизация ресурсов, укрепление организационно-кадрового потенциала и совместные исследования. Создание такой сети будет входить в региональную стратегию.
93. Региональное бюро обладает исключительным авторитетом и четкими полномочиями для того, чтобы возглавить разработку и осуществление региональной стратегии в области НИЗ и тем самым улучшить условия для охраны здоровья людей, живущих в Регионе.
94. Совершенно очевидно, что нужно установить прочные связи с глобальной стратегией ВОЗ по предупреждению неинфекционных болезней и борьбе с ними и извлечь из нее максимальную выгоду. Программа CINDI, которая представляет Европейский регион на Глобальном форуме ВОЗ по профилактике НИЗ и борьбе с ними, вполне в состоянии вносить свой вклад в усиление работы по предупреждению хронических заболеваний и борьбе с ними в глобальных масштабах.

Рекомендации CINDI, касающиеся разработки Европейской стратегии в области хронических заболеваний

95. Таким образом, на основании анализа накопленных во всем мире знаний и опыта в области укрепления здоровья и предупреждения хронических заболеваний, а также на основании практики и опыта CINDI, партнеры по Программе CINDI выдвигают предложение о разработке и осуществлении общерегиональной стратегии предупреждения хронических заболеваний в Европе.

Рисунок 1. Ориентированная на практические действия стратегия предупреждения хронических заболеваний для Европы



96. Представленная на рисунке 1 стратегическая основа, предназначенная для снижения распространенности НИЗ, выделяет в качестве цели **четыре** основных хронических заболевания: сердечно-сосудистые заболевания, рак, хронические обструктивные заболевания легких и диабет. Главное внимание в ней уделяется **четырем** факторам, связанным с образом жизни: употреблению табака, питанию, физической активности и алкоголю. Это в свою очередь должно привести к улучшению характеристики индивидуального риска путем воздействия на **четыре** биологических фактора риска – избыточную массу тела, гипертензию, нарушения жирового и углеводного обмена. Для того, чтобы достичь этого, необходимо применить **четыре** комплексных подхода: снижение индивидуального риска (этот подход нацелен на лиц, входящих в категорию высокого риска), снижение риска в масштабах населения в целом (этот подход нацелен

на социальные детерминанты), рациональное использование медико-санитарных служб (путем придания более широких возможностей системе первичной медико-санитарной помощи) и поддержка со стороны системы направления к узким специалистам. Эти усилия будут направляться **четырьмя** основными стратегиями: выработка политики, укрепление организационно-кадрового потенциала, проведение исследований и распространение информации и опыта. Все вышеизложенное должно быть связано с улучшением функционирования социально-экономической среды, для чего необходимо сосредоточить главное внимание на **четырёх** основных социальных детерминантах НИЗ: бедности, отсутствии возможностей получать образование, безработице и социальном неравенстве.

97. Стратегия должна разрабатываться и осуществляться через партнерские отношения на нескольких уровнях. Международный уровень – это ВОЗ, государства-члены, Европейский Союз (ЕС), профессиональные объединения медицинских работников и неправительственные организации. Национальный уровень – это правительства, все секторы общества, оказывающие влияние на здоровье, сообщества ученых и работников системы медико-санитарной помощи и неправительственные организации. Местный уровень – это местное население и существующие на этом уровне организации, учреждения и группы особых интересов. Однако в случае Европы Региональное бюро ВОЗ обладает исключительным авторитетом и четко формулированными полномочиями для того, чтобы возглавить разработку и осуществление европейской стратегии в области хронических заболеваний и тем самым помочь в создании более благоприятной среды для здоровья во всем Регионе.

Литература

1. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2002 г. Уменьшение риска, содействие здоровому образу жизни.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2002 г. (http://whqlibdoc.who.int/whr/2002/WHR_2002.pdf, доступ 30 апреля 2004 г.).
2. *Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2002 г.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002 (Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, № 97) (<http://www.who.dk/document/e76907.pdf>, доступ 30 апреля 2004 г.).
3. European Task Force on Macroeconomics and Health: outcomes 1 and 2 – preliminary results. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003.
4. *Protocol and Guidelines: Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention (CINDI) Programme.* (Revision of 1994). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/EUR_ICP_CIND_94.02_PB04.pdf, доступ 30 апреля 2004 г.).
5. Positioning CINDI to meet the challenges. A WHO/CINDI policy framework for noncommunicable disease prevention. Report of the working group on policy development. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1992.
6. Bridging the health gap in Europe: a focus on noncommunicable disease prevention and control. The CINDI–EUROHEALTH Action Plan. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995. (http://whqlibdoc.who.int/euro/1994-97/EUR_ICP_CIND_94.02_PB01.pdf, доступ 30 апреля 2004 г.).
7. Brundtland GH. *Global Strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. Report by the Director-General.* Geneva, World Health Organization, 1999 (document EB 105/42) (http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=ebdocen&jump=EB105%2f42&softpage=Browse_Frame_Pg42#JUMPDEST_EB105/42, доступ 4 мая 2004 г.).
8. Резолюция WHA53.17. Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними. Резолюции и решения Всемирной ассамблеи здравоохранения, 15-20 мая 2000 г. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2000 (http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=WHA&softpage=Browse_Frame_Pg42 and browse, доступ 4 мая 2004 г.).
9. Alwan A, Maclean D, Mandil A. Assessment of national capacity for noncommunicable disease prevention and control. The report of a global survey. Geneva, World Health Organization, 2001 (document WHO/MNC/01.2) (http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MNC_01.2.pdf, доступ 30 апреля 2004 г.).
10. Wanless D. *Securing our future health: taking a long-term view. Final report.* London, HM Treasury, 2002 (http://www.hm-treasury.gov.uk/Consultations_and_Legislation/wanless/consult_wanless_final.cfm, доступ 30 апреля 2004 г.).
11. *ЗДОРОВЬЕ-21 – основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1999 (Европейская серия по достижению здоровья для всех, № 6) (<http://www.who.dk/document/health21/wa540ga199heeng.pdf>, доступ 30 апреля 2004 г.).
12. Grabauskas V, Kalediene R. Tackling social inequalities through development of health policy in Lithuania. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2002, 30:12–19.

13. Mackenbach JP, Bakker MJ. Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. *Lancet*, 2003, 362(9393):1409–1414.
14. Brundtland GH. Address by Dr Gro Harlem Brundtland, Director-General, to the Fifty-fifth World Health Assembly, Geneva, Monday, 13 May 2002. Geneva, World Health Organization, 2002 (document A55/3).
15. Glasunov I et al. An integrated programme for the prevention and control of noncommunicable diseases. A Kaunas report. Report of a meeting, 16–20 November 1981. *Journal of Chronic Diseases*, 1983, 36(5):419–426.
16. *Режим питания, физическая активность и здоровье*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2001 (document EB109/14; A74333) (http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=ebdoc en&jump=EB109%2f14&softpage=Browse_Frame_Pg42#JUMPDEST_EB109/14, доступ 4 мая 2004 г.).
17. Puska P et al. Health behaviour in Estonia, Finland and Lithuania 1994-1998. Standardized comparison. *The European Journal of Public Health*, 2003, 13(1):11–17.
18. McQueen DV, Puska P (eds). *Global Behavioural Risk Factor Surveillance*. Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2003.
19. Martin M. Address. *Promoting Heart Health: A European Consensus, EU meeting under the Irish Presidency, Cork, Ireland, 24-26 February 2004* (unpublished document) (Speech by Micheál Martin at the opening of Promoting Heart Health – A European Consensus, Cork, 25th February, 2004, доступ 4 мая 2004 г.)
20. Puska P et al. (eds). *Comprehensive cardiovascular community control programmes in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1988 (EURO Reports and Studies, No. 106) (document WG 100) (http://whqlibdoc.who.int/euro/r&s/EURO_R&S_106.pdf, доступ 3 мая 2004 г.).
21. *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2002 (document QZ 200 2002NA) (<http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545577.pdf>, доступ 3 мая 2004 г.).
22. Robertson A и др. (ред.). *Питание и здоровье в Европе: новая основа для действий*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004 (document WA 695 2004FO) (<http://www.euro.who.int/document/e82161.pdf>, доступ 3 мая 2004).
23. Kuulasmaa K et al. Estimation of contribution of changes in classic risk factors to trends in coronary event rates across the WHO MONICA Project populations. *Lancet*, 2000, 355(9205):675–687.
24. Ezzati M et al. Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors. *Lancet*, 2003, 362(9380):271–280.
25. Tunstall-Pedoe H (ed.). *MONICA monograph and multimedia sourcebook. World's largest study of heart disease, stroke, risk factors, and population trends 1979–2002*. Geneva, World Health Organization, 2003 (document WG 16 2003MO) (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562234.pdf>, доступ 3 мая 2004 г.).
26. de Padua F et al. *Portugal CINDI - third Quinquennium? (1998–2002)*. National Institute of Preventive Cardiology, Lisbon, 1998.
27. Puska P et al (eds). *The North Karelia Project: 20 years results and experiences*. Helsinki, Helsinki University Publishing House, 1995.

28. *A public health action plan to prevent heart disease and stroke*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, US Department of Health and Human Services, 2003.
29. *Active ageing: a policy framework*. Geneva, World Health Organization, 2001 (document WT 104 2002AC) (http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf, доступ 3 мая 2004 г.).
30. Vartiainen E et al. Changes in risk factors explain changes in mortality from ischaemic heart disease in Finland. *British medical journal*, 1994, 309:23–27.
31. Grabauskas V, Prochorskas R, Miseviciene I. Risk factors as indicators of ill health. In: *Preventive Cardiology: Proceedings of the International Conference on Preventive Cardiology, 1985 June 23–26, Moscow, USSR*. Cardiology, Basle, 1985, 1985: 301–310.
32. Grabauskas V. Population approaches in the prevention of cardiovascular and other noncommunicable diseases [dissertation]. Kaunas University, 1990:84.
33. Magnus P, Beaglehole R. The Real Contribution of the Major Risk Factors to the Coronary Epidemics: Time to End the “Only-50%” Myth. *Archives of Internal Medicine*, 2001, 161:2657–2660.
34. Lewington S. The importance of cholesterol, blood pressure and smoking for coronary heart disease. *European Heart Journal*, 2003, 24:1703–1704.
35. *NCD Research Partners, Meeting Report, Geneva, December 10–12, 2001*. Geneva, World Health Organization, 2002 (document WHO/NMH/Res.Partners/02.1; A79202) (http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_Res.Partners_02.1.pdf, доступ 3 мая 2004 г.).
36. *WHO European country profiles on tobacco control 2003*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (document EUR/03/5041305; online) (<http://www.euro.who.int/document/E80607.pdf>, доступ 3 мая 2004 г.).
37. Hajjar I, Kotchen TA. Trends in Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in the United States, 1988–2000. *Journal of the American Medical Association*, 2003, 290(2):199–206.
38. Bosma H. A cross-cultural comparison of the role of some psychosocial factors in the etiology of coronary heart disease. Follow-up to the Kaunas-Rotterdam Intervention Study (KRIS). Maastricht, Universiteit Press, 1994.
39. Marmot M. Economic and social determinants of disease. *Bulletin of the World Health Organization – the International Journal of Public Health*, 2001, 79(10):988–989 (document A73833) (<http://www.who.int/bulletin/pdf/2001/issue10/bu1409.pdf>, доступ 3 мая 2004 г.).
40. Liu JLY et al. The economic burden of coronary heart disease in the UK. *Heart*, 2002, 88:597–603.
41. Stachenko S. The Canadian Heart Health Initiative: dissemination perspectives. *Canadian Journal of Public Health*, 1996, 87 (suppl. 2): S 57–59.
42. Brownson RC et al (eds). *Evidence-Based Public Health*. Oxford, Oxford University Press, 2003.
43. Lock K et al. Health impact assessment of agriculture and food policies: lessons learnt from the Republic of Slovenia. *Bulletin of the World Health Organization - the International Journal of Public Health*, 2003, 81(6):391–398 ([http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2003/Vol81-No6/bulletin_2003_81\(6\)_391-398.pdf](http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2003/Vol81-No6/bulletin_2003_81(6)_391-398.pdf), доступ 3 мая 2004 г.).

44. Marketing the heart health vision: delivering the “preventive dose”. Ottawa, Health Canada, 2000.
45. Proceedings of the Global Forum on Noncommunicable Disease Prevention and Control, convened in Geneva, Switzerland, 12-13 November 2001. Geneva, World Health Organization, 2002 (document WHO/NPH/02.5; online) (http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NPH_02.5.pdf, доступ 3 мая 2004 г.).

Приложение 1

Члены сети Программы CINDI

Австрия, Беларусь, Болгария, Венгрия, Германия, Испания, Италия, Канада, Казахстан, Кипр, Кыргызстан, Латвия, Литва, Мальта, Польша, Португалия, Республика Молдова, Российская Федерация, Румыния, Словакия, Словения, Соединенное Королевство, Туркменистан, Украина, Финляндия, Хорватия, Чешская Республика, Эстония.

Страны, находящиеся в процессе вступления в сеть Программы CINDI

Азербайджан, Босния и Герцеговина, Грузия, Сербия и Черногория, бывшая Югославская Республика Македония.

Приложение 2

Цели и программно-стратегические принципы CINDI

Цели

Общей целью CINDI является улучшение здоровья населения за счет сокращения заболеваемости и смертности от основных НИЗ путем осуществления интегральных программ вмешательства по предупреждению заболеваний и укреплению здоровья. Главная цель состоит в одновременном уменьшении общих факторов риска развития основных НИЗ, таких, как курение, нездоровое питание, злоупотребление алкоголем, малоподвижный образ жизни и психосоциальный стресс. Главная цель CINDI соотносится с общими факторами риска и связанными с ними изменениями в образе жизни населения, и поэтому основной упор делается на первичную профилактику и укрепление здоровья. Помимо упомянутых выше факторов риска, в национальных программах CINDI должны приниматься во внимание и другие факторы, являющиеся актуальными в местных условиях, такие, как гигиена ротовой полости или злоупотребление наркотиками. Кроме первичной профилактики, национальные программы могут включать цели, связанные с вторичной профилактикой: раннее выявление и лечение некоторых основных НИЗ и реабилитация после этих болезней.

Для достижения этих целей в странах-членах CINDI должны быть созданы действенные механизмы сотрудничества и методология интегрального предупреждения НИЗ и борьбы с ними общими усилиями различных секторов. Все цели должны быть конкретизированы с точки зрения показателей практической работы, и в рамках программ должны быть поставлены достижимые задачи, в частности, позволяющие оценить их достижение.

В программе предусмотрено шесть главных практических целей.

1. Добиться согласованного подхода к предупреждению или уменьшению распространенности НИЗ. Это требует создания соответствующей организационной структуры для осуществления программы и составления общенациональных методических рекомендаций для дальнейшего развития программы.
2. Определить относительное значение общих факторов риска и их влияние на развитие НИЗ в условиях страны в качестве основы для включения программ предупреждения среди разных секторов национальной системы здравоохранения и, следовательно, для выявления возможных средств вмешательства.
3. Выработать всеобъемлющий подход к просвещению населения, структуру службы здравоохранения и другие стратегии для предупреждения НИЗ и борьбы с ними. Должны быть определены основные целевые группы, пути и стратегии вмешательства, заданы основные направления их реализации.
4. Создать информационное обеспечение для осуществления и контроля программы. Это требует разработки и использования соответствующих показателей результата и процесса, касающихся различных факторов риска, и определения типов НИЗ.

5. Оценить результаты программы. Это требует измерения и последующего контроля соответствующих показателей среди населения, охваченного программой CINDI, чтобы оценить процесс и эффективность программы и высказать предложения относительно ее дальнейшего укрепления.
6. Способствовать проведению исследований в области предупреждения НИЗ и борьбы с ними и установить методы, создать благоприятные условия и определить конкретные работы для этой цели.

Основные особенности программы

Страны-участницы должны планировать и осуществлять национальные программы CINDI, в которых поставлены цели и использованы стратегии, описанные выше, и делать это совместно с международной Программой CINDI в Европейском региональном бюро ВОЗ. Целью каждой страны-участницы CINDI должно быть осуществление такой общенациональной программы, которая объединяет и координирует различные стратегии и мероприятия.

Большинство стран для апробации программы и подготовки кадров с целью поддержки национальной программы используют демонстрационный район. Как правило, демонстрационные и общенациональные мероприятия должны разрабатываться одновременно, и опыт, полученный в ходе демонстрационных мероприятий, должен быть использован для усиления общенациональной программы. Общенациональные программы могут разрабатываться поэтапно.

Организационная основа для осуществления программы должна быть межсекторальной и включать все заинтересованные организации и административные структуры. Функцию централизованной координации должно исполнять министерство, ответственное за здравоохранение. Представляется жизненно важным, чтобы была создана руководящая группа программы, отвечающая за реализацию направлений политики, целей и плановых заданий программы. Эта группа может располагаться в министерстве здравоохранения, в каком-либо общенациональном учреждении или вузе или в каком-либо другом выбранном с учетом всех обстоятельств месте.

Национальная руководящая группа программы готовит подробный протокол и план работы по осуществлению программы на уровне всей страны, постоянно консультируясь с международным Комитетом по управлению CINDI и Региональным бюро. Это делается в начале программы, и затем план работы периодически обновляется.

Обычно нужно рассматривать следующие этапы и части разработки программы:

- анализ ситуации;
- создание национального руководства программы;
- выработка окончательного варианта национального протокола и плана работы;
- разработка методических рекомендаций и методов вмешательства в отношении общих факторов риска;
- оценка исходной ситуации;
- начало вмешательства;

- совещания национальной руководящей группы и участие директора Программы в международных совещаниях CINDI;
- совместные крупномасштабные оценки раз в пять лет;
- дальнейшее развитие национальной Программы CINDI.

Региональное бюро и международный Комитет по управлению CINDI будут продолжать оказывать странам активную поддержку путем организации встреч, поездок в страны, консультаций и другой необходимой технической помощи.

Центральные программно-стратегические вопросы

Центральные программно-стратегические задачи можно охарактеризовать следующим образом:

- достижение интегрального подхода
- принятие межсекторного принципа работы
- ликвидация разрыва между наукой и политикой: принятие демонстрационных программ
- усиление международного сотрудничества.

- Интегральный подход

Интегральный подход является центральной концепцией CINDI. Он подразумевает признание того факта, что основные НИЗ имеют целый ряд общих факторов риска (в основном связанных с образом жизни). CINDI выступает за осуществление совместных действий против этих факторов риска как эффективный способ снижения распространенности заболеваний.

В практическом плане интеграция означает организацию работы на базе существующих инфраструктур здравоохранения и ресурсов и охват всего непрерывного спектра мероприятий по укреплению здоровья, профилактике заболеваний и медико-санитарной помощи. CINDI принадлежит важная роль в выявлении пробелов в профилактических мероприятиях на местном и общенациональном уровнях и в выполнении функций центра по координации этих мероприятий. Интеграция также означает внедрение модулей нескольких одновременных медико-санитарных мер вмешательства для противодействия основным факторам риска во всех группах населения, на которые эти факторы риска воздействуют. Эти модули должны охватывать целый ряд стратегий и пользоваться поддержкой заинтересованных организаций. Руководители национальных программ CINDI должны стремиться к тому, чтобы облегчать увязку друг с другом разных модулей, создавая для этого механизмы планирования и координации. Мероприятия, проводимые в демонстрационных районах CINDI или на местном уровне, должны согласовываться с направлениями общенациональной политики и общенациональными программами.

Интеграция дает преимущества: больше последовательности между различными направлениями политики здравоохранения, возможность использовать в просвещении населения логически связные и подкрепляющие друг друга идеи и распространение результатов на другие местные сообщества, благодаря чему повышается зримость и значимость деятельности CINDI по всей стране.

- Совместные действия разных секторов

Профилактика НИЗ требует сотрудничества между различными подразделениями сектора здравоохранения, а также между сектором здравоохранения и другими секторами общества. CINDI должна играть ведущую роль в создании коалиций или поддерживать усилия ведомств здравоохранения, на которые может быть возложена общая ответственность за координацию на уровне всей страны. В зависимости от решаемого в данный момент вопроса, в комплексных межсекторных мерах профилактики могут участвовать секторы сельского хозяйства, образования, финансов, транспорта, охраны окружающей среды, труда, жилищно-коммунального хозяйства и защиты потребителей, а также средства массовой информации, профсоюзы и неправительственные объединения, такие, как Красный Крест, религиозные институты и спортивные организации. Примером тому может служить область питания. Всеобъемлющих направлений политики, включающих просвещение населения и профессиональное образование, выработку умений и навыков и доступ к здоровым рационам питания, не может быть без сотрудничества между государством, общественными организациями, сектором сельского хозяйства и пищевой промышленностью.

Создавая союзы с профессиональными объединениями и общественными организациями, такими, как организации, занимающиеся раковыми, сердечными заболеваниями и диабетом, национальные программы CINDI могут расширить свои сети, базу своих ресурсов и извлечь выгоды из партнерских отношений на местном, общенациональном и международном уровнях.

- Ликвидация разрыва между наукой и политикой

Ядром большинства программ CINDI являются демонстрационные программы. Они предназначены для апробации методов вмешательства в ограниченных масштабах, а также для улучшения информированности общественности о необходимости мер вмешательства против НИЗ и о пользе этих мер. Вместо того, чтобы пытаться убедить лиц, принимающих решения, и средства массовой информации с помощью теоретических аргументов, национальные программы CINDI могут отослать их к вполне осязаемым результатам.

Демонстрационные программы могут служить мощным средством формирования национальной политики. Они не только позволяют получить новые знания о мерах вмешательства, но и дают возможность повысить уровень умений и навыков и создать модели, которые могут быть использованы другими местными сообществами в стране.

Типичные демонстрационные программы CINDI должны включать следующие составные элементы:

- применение имеющихся знаний о профилактике, как на индивидуальном уровне, так и на уровне сообщества людей;

- информационные системы, обеспечивающие планирование, контроль и оценку мер вмешательства;
- оценка процесса и результатов с целью получения представления о ценности мер вмешательства и сравнения их с подходами, применяемыми в других странах-участницах CINDI;
- организационные структуры, такие, как коалиции и координационные комитеты, для поддержки согласованных профилактических мероприятий на национальном, региональном и местном уровнях;
- увязка с направлениями национальной политики здравоохранения, имеющими отношение к данной проблеме, такими, как законодательство о курении или методические указания о практике работы для профилактической медицины.

В демонстрационной программе CINDI может участвовать какой-либо район, область или вся страна. Структуры управления в разных программах могут быть разными.

Демонстрационные программы должны планироваться, осуществляться и оцениваться профессионально. Для того, чтобы добиться успеха, демонстрационные программы должны пользоваться поддержкой центральных органов и всем ходом своего осуществления должны быть увязаны с национальными программами и направлениями политики. В практическом плане это означает, что должно выделяться время сотрудников и другие ресурсы для того, чтобы держать центральные органы государственного управления в курсе проводимых мероприятий и результатов; для распространения опыта CINDI, не ожидая окончания демонстрационного проекта.

В демонстрационных проектах значительное содействие в обретении поддержки со стороны органов медико-санитарной помощи могут оказать исследования путей и средств обеспечения эффективности затрат, связанных со стратегиями профилактики. Важную роль в содействии достижению консенсуса, который представляет основу политики предупреждения заболеваний, могут играть результаты демонстрационных программ CINDI. Суждение о том, когда можно считать, что имеется достаточно научных знаний для обеспечения выработки политики, является обязанностью, возложенной совместно на ученых и практиков. В профилактике НИЗ имеющиеся научные данные (хотя порой и неполные) часто оцениваются как достаточно убедительные для обоснования мер общественного здравоохранения.

- Международное сотрудничество

Одной из сильных сторон CINDI является то, что ее программы черпают знания, полученные в результате национальных и международных эпидемиологических и профилактических исследований. CINDI служит механизмом, посредством которого страны-участницы могут обмениваться своим опытом разработки национальных программ.

Международное сотрудничество имеет особенно большую ценность при планировании программ, разработке протоколов и распространении результатов программ. Программа CINDI/ВОЗ может обеспечивать доступ к литературе о научных исследованиях, материалам первоисточников, облегчать связь с другими программами Европейского регионального бюро, доступ к семинарам и мероприятиям, на которых участники могут обмениваться информацией по вопросам, представляющим интерес.

CINDI поддерживает тесные рабочие отношения с рядом международных профессиональных объединений. К числу потенциальных партнеров относятся Всемирная лига гипертензии, Международная ассоциация диабета, Всемирная организация семейных врачей, Международный союз борьбы с раковыми заболеваниями, Международная сеть здоровья сердца, Европейское общество атеросклероза и Совет по эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний Американской ассоциации кардиологов.

Страны-участницы CINDI как группа отражают не только разнообразие культур, опыта и идей, но и широкий спектр политических и социальных систем и подходов к здравоохранению. CINDI обеспечивает своих участников общей концептуальной основой и организационной структурой для совместных мероприятий.

Основные вопросы, связанные с мерами вмешательства

Общие принципы

Программы вмешательства CINDI должны основываться на указанных выше целях. Они должны быть комплексными и объединять несколько стратегий.

Стратегии Программы CINDI должны объединять мероприятия, связанные с разными подразделениями сектора здравоохранения (укрепление здоровья, профилактика заболеваний, лечение и реабилитация), и некоторые из мероприятий, предпринимаемых другими секторами. Главное внимание в них должно быть сосредоточено на:

- службах здравоохранения;
- просвещении населения;
- организации общества;
- нормативной регламентации.

- Службы здравоохранения

Поскольку первичная медико-санитарная помощь охватывает как первичную, так и вторичную профилактику, задачи программы должны быть объединены с задачами служб здравоохранения, которые может потребоваться реорганизовать.

- Просвещение населения

Цель здесь должна состоять в обучении людей таким образом, чтобы они были в состоянии производить необходимые изменения в своем поведении, убеждать их и помогать им осуществлять такие изменения и обеспечивать необходимую социальную поддержку и поддержку среды. Общеобразовательная работа должна включать использование средств массовой информации, подготовку учебно-просветительных материалов, созыв встреч и т.д. Следует также включать обучение в школах.

- Организация общества

Цель должна состоять в мобилизации ресурсов общества в максимально возможной степени для поддержки достижения целей программы. Сюда должны входить как формальные, так и неформальные подходы к принятию решений, и к этому должны привлекаться другие государственные службы, общественные организации, профессиональные движения, церковь и т.д. Необходимо также подумать о привлечении ведущих деятелей из числа непрофессионалов.

- Нормативная регламентация

Наконец, достижению общих целей программы должны служить механизмы государственной политики, обеспечивающие принятие мер в других секторах, – путем изменения среды, видоизменения структуры производства, влияния на цены и т.д. Это может делаться в законодательном порядке, путем принятия решений на уровне центрального правительства или местной власти или же добровольных решений промышленности. В программе может также быть сделана попытка стимулировать спрос населения на такие меры.

Задачи, связанные с факторами риска

В большинстве государств-членов Европейского региона ВОЗ более двух из трех взрослых подвержены действию одного или более основных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Ситуация тем более серьезна, что люди, подверженные нескольким факторам риска, даже при умеренном повышении этих факторов подвергаются значительно более значительному риску.

- Факторы образа жизни

Курение не только играет роль в развитии рака, но и является главным фактором, способствующим развитию сердечно-сосудистых заболеваний примерно в одной трети случаев. Сегодня искоренение курения признается самым эффективным отдельно взятым средством улучшения здоровья населения в промышленно развитых и многих развивающихся странах.

Первостепенное значение для предупреждения таких факторов риска развития ССЗ, как гипертензия, диабет, гиперхолестеринемия и ожирение, и для борьбы с ними имеют правильные пищевые привычки и поддержание энергетического баланса (нормальной массы тела). Кроме того, некоторые данные указывают на то, что увеличение потребления овощей и пищевых волокон и снижение потребления жира может помочь предупредить развитие некоторых основных видов рака.

Проблемы в области питания многочисленны и разнообразны, и решать их лучше всего, применяя межсекторальный подход. Например, потребители должны иметь доступ к здоровой пище по приемлемым ценам, а также подробную информацию о питательной ценности, когда покупают себе продукты питания. Страны-участницы должны знать, что повсеместное изменение пищевых привычек может оказать глубокое воздействие на сельское хозяйство и пищевую промышленность. Осуществимость крупномасштабных стратегических мер в области питания зависит от того, в какой степени будут приниматься во внимание социально-

экономические реалии в странах. Наиболее эффективными программно-стратегическими мерами в области питания будут такие меры, которые будут разработаны совместно всеми партнерами, как в государственном, так и в частном секторе, заинтересованными в решаемом вопросе.

С широким спектром заболеваемости связано ожирение. Так, в частности, ожирение в области живота связано с несколькими основными факторами риска развития болезни сердца – повышенным кровяным давлением, аномальным содержанием липидов и триглицеридов в крови, а также с инсулиннезависимым сахарным диабетом. Для предупреждения ожирения можно использовать целый ряд практических подходов. К ним относятся: повышение информированности населения о главной роли малоподвижного образа жизни как одной из детерминант, предоставление населению информации, поощряющей граждан к тому, чтобы узнать о здоровой массе тела для себя, и разработка соответствующих программ питания и физических упражнений на работе.

Физическая активность и личная физическая подготовленность способствуют поддержанию правильного энергетического баланса и в целом сохранению здоровья и благополучия. Самым приемлемым и разумным способом первичной профилактики расстройств, связанных с питанием, таких, как ожирение, повышенное кровяное давление и гиперхолестеринемия, являются программы здорового образа жизни, предусматривающие сочетание физической нагрузки и рациона питания.

Серьезными проблемами общественного здравоохранения являются алкоголизм и наркозависимость. Бремя острых и хронических заболеваний, развивающихся в результате потребления алкоголя, подтверждено документально. В некоторых странах-участницах за последние два десятилетия заметно возросла смертность от цирроза печени. Достоверные научные данные убедительно доказывают наличие связи между потреблением алкоголя и развитием высокого кровяного давления, даже когда алкоголь потребляется в дозах, которые далеко не всеми считаются чрезмерными (меньше двух порций спиртного в день). Одной из задач для всех национальных программ CINDI является пропаганда социальных норм, поощряющих умеренность в потреблении алкоголя. К другим возможным путям, которыми программы CINDI могут помочь в решении этой важнейшей социальной проблемы, относятся санитарно-гигиеническое просвещение профессиональных работников и отстаивание необходимости более тесного межсекторного сотрудничества среди ведомств, отвечающих за политику в отношении алкоголя.

- Биологические факторы

Одной из серьезных проблем общественного здравоохранения является высокое кровяное давление. Все большее признание получает тот факт, что борьба с гипертензией должна быть частью всеобъемлющих усилий по борьбе с угрозой ССЗ, т.е. усилий, направленных на другие факторы риска, которые могут иметь место, такие, как курение, аномальное содержание липидов в крови и ожирение. Лица, входящие в группу риска по развитию высокого кровяного давления и высокого содержания липидов, могут быть выявлены и взяты на лечение через эпидемиологические обследования в системах первичной помощи и гигиены труда. Улучшение санитарного просвещения в сочетании с нефармакологическим ведением

больных как единственным или дополнительным видом лечения может послужить усилению борьбы с факторами риска и дать возможность сэкономить средства в секторе медико-санитарной помощи. Кроме того, очень важны для снижения уровней кровяного давления и содержания липидов в крови диетологические вмешательства в целях первичной профилактики на местном уровне.

Серьезным фактором риска развития ССЗ и других заболеваний, вызывающих потерю трудоспособности, является диабет. Стратегии первичной и вторичной профилактики могли бы получить дальнейшее развитие в контексте Сент-Винсентской декларации о медико-санитарной помощи при диабете и исследованиях в области диабета, которая вооружает национальные программы CINDI полезной моделью для организации мероприятий по борьбе с другими хроническими заболеваниями, в частности, с точки зрения качества медико-санитарной помощи.

- Психосоциальные факторы

Все больше признается, что определенную роль в развитии ССЗ играют психосоциальные факторы (такие, как переутомление на работе и чувства гнева и враждебности). В CINDI меры против психосоциальных факторов могут быть приняты в контексте программ по гигиене труда или посредством мер, направленных на снижение стресса, связанного с работой или с безработицей, и на улучшение нездоровых условий физической окружающей среды. Кроме того, повышенные уровни распространенности НИЗ связаны с бедностью и социальным неблагополучием. Это имеет особое значение для CINDI, учитывая политические и социальные изменения и сопутствующие им экономические трудности в странах центральной и восточной Европы и в новых независимых государствах.

- Факторы, связанные с несчастными случаями

Предупреждение несчастных случаев – это дело CINDI, так как несчастные случаи являются одной из основных причин смерти и травм, а меры предупреждения связаны с изменением поведения, в частности, в отношении употребления алкоголя. Программа возможных действий здесь широкая. Цели политики ВОЗ "Здоровье для всех" предполагают, что внимание должно быть сосредоточено на предупреждении травматизма, инвалидности и смерти в следующих областях: ответственное управление автотранспортными средствами, безопасность дорожного движения, навыки личной безопасности (такие, как недопущение вождения автомашины в нетрезвом виде и использование ремней безопасности и отражателей света) и предупреждение несчастных случаев в быту, на работе и во время занятий спортом и на отдыхе. В будущем программы CINDI могли бы уделять больше внимания этой важной проблеме общественного здравоохранения, которая затрагивает все категории населения.

- Скрининг с целью выявления рака груди и шейки матки

Страны-участницы CINDI могут сотрудничать в разработке баз данных с целью облегчения планирования оценки результатов скрининга для выявления раковых заболеваний.

- Гигиена ротовой полости

Профилактические мероприятия по гигиене ротовой полости часто связаны с другими целями CINDI, такими, как здоровый рацион питания. Кроме того, стоматологи могут помогать в других видах деятельности в рамках CINDI, например, направленных на борьбу против курения.

- Опасные факторы окружающей среды

Одним из новых направлений, представляющих интерес для Программы CINDI, является гигиена окружающей среды. В некоторых странах повышается осведомленность населения о радиации и химическом загрязнении пищевых продуктов, загрязнении воздуха и загрязнении воды, и это еще больше увеличивает необходимость скорейшего решения этих проблем. Существуют возможности сотрудничества в разработке баз эпидемиологических данных об актуальных опасных факторах окружающей среды и в осуществлении проектов по отслеживанию долгосрочных последствий мер вмешательства.

Основные стратегии вмешательства

Главный акцент в Программе CINDI делается на интегральном подходе к снижению риска, при котором программы профилактики направлены на все население в целом, а также на определенные группы риска. Помимо мероприятий, нацеленных на все взрослое население, национальные программы CINDI также могли бы предусмотреть специальные мероприятия для детей и молодежи, лиц пожилого возраста и социально неблагополучных категорий.

Меры вмешательства могут приниматься на уровне от общенационального до местного (демонстрационный район) в самых разнообразных условиях по месту осуществления действий – в школах, местах работы и центрах здоровья и помещениях общественных организаций. Обычно вмешательство объединяет несколько мест проведения мероприятий.

К числу приоритетов стратегий вмешательства и международного сотрудничества в большинстве стран-участниц CINDI относятся следующие:

- выработка политики, законодательство и координация;
- маркетинг и организационное развитие;
- просвещение населения и средства массовой информации;
- методические руководства для практической работы;
- профессиональное образование и привлечение специалистов.

Выработка политики, законодательство и координация

В контексте CINDI под политикой понимается консенсус между заинтересованными партнерами в отношении вопросов, которые требуют решения, и в отношении подходов или стратегий, которые должны при этом использоваться. Программа CINDI также могла бы стимулировать действия по выработке политики на уровне страны и посредством

обмена опытом облегчать попытки стран-участниц осуществлять крупномасштабные стратегические меры профилактики.

Решающая роль в осуществлении крупномасштабных стратегических мер по предупреждению НИЗ и борьбе с ними принадлежит первичной медико-санитарной помощи. CINDI обладает возможностями влиять на системы первичной медико-санитарной помощи таким образом, чтобы они были больше ориентированы на профилактику.

Координация работы различных секторов по выработке политики в таких вопросах, как курение, питание, физическая подготовленность и предупреждение несчастных случаев, должна охватывать широкий спектр различных заинтересованных групп и секторов. Например, помощь потребителям в выборе здорового питания предполагает санитарное просвещение, производство и поставку пищевых продуктов, решение вопросов маркетинга, политику в области ценообразования и потребительский спрос.

Маркетинг и организационное развитие

Для долгосрочной программы профилактики важнейшее значение имеет политическая поддержка и поддержка партнеров. Одной из главных задач является отыскание путей обретения такой поддержки на общенациональном и местном уровнях. В области маркетинга:

- предупреждение НИЗ может привести к значительному улучшению показателей здоровья;
- первичная профилактика позволит сэкономить ресурсы;
- даже скромные суммы дополнительных средств могут обеспечить значительный прогресс.

Участники программы CINDI, должны сделать так, чтобы ученые и практические работники здравоохранения осознали свою роль в просвещении лиц, принимающих решения в государственном и частном секторах на международном уровне, на уровне страны и на местном уровне, относительно имеющихся у них возможностей улучшить здоровье и качество жизни населения.

Просвещение населения и средства массовой информации

Общественность должна знать, какие меры могут быть приняты для предупреждения НИЗ. Изменение образа жизни, пропаганда необходимости действовать, расширение возможностей местных сообществ людей и создание здоровой окружающей среды – все это требует, чтобы общественность и основные лица, принимающие решения, были хорошо информированы о потенциальной ценности профилактики.

Необходимо добиться лучшего понимания того, как разные целевые группы воспринимают вопросы здоровья, и каковы наилучшие способы выхода на различные аудитории, поскольку не все одинаково реагируют на содержание распространяемой информации о здоровье. В таких областях, как курение и питание, результаты с большей вероятностью будут лучше, если распространяемые идеи будут рассчитаны на четко определенные целевые группы и будут доводиться именно до этих групп. Также важно не только доводить до людей информацию, касающуюся здоровья, но и обучать их практическим навыкам реализации изменений, оказывать социальную поддержку,

способствовать изменениям в окружающей среде и выносить на общую повестку дня вопрос предупреждения болезни и укрепления здоровья.

Осуществление и оценка инициатив по санитарному просвещению включает работу со средствами массовой информации, а также со школами, предприятиями и организациями. Программа CINDI могла бы использовать совместные семинары для обмена опытом социального маркетинга, проведения оценки потребностей, мобилизации сообществ людей и обучения патронажных работников тому, как поддерживать инициативы по просвещению населения.

Методические руководства для практической работы

Важной составной частью вмешательства CINDI является интеграция и усиление профилактических методов в различных учреждениях медико-санитарной помощи. Этому способствует разработка общенациональных методических руководств. Руководства также следует использовать для профессионального образования, с их помощью можно добиться более эффективного использования ресурсов здравоохранения.

Программа CINDI должна помогать в создании условий для разработки и осуществления методических руководств по предупреждению НИЗ. Это означает определение приоритетности в разработке руководств, согласование процесса анализа научных данных и разработку совместной стратегии, направленной на то, чтобы врачи и другие медицинские работники внедряли руководства в свою практику. Апробировать и разработать такие руководства для использования в масштабах всей страны можно в рамках демонстрационных программ CINDI.

Профессиональное образование и привлечение специалистов

Врачи, а в некоторых странах и медсестры являются именно теми людьми, которые могут вести работу по предупреждению болезней и пропагандировать и поощрять изменения в поведении и образе жизни. В программах обучения врачей, медсестер и других медицинских работников необходимо делать особый акцент на то, какое влияние они могут оказывать как образцы для подражания для изменения поведения среди больных.

Медицинским работникам нужна подготовка в таких вопросах, как общение с людьми и консультирование, динамика группы, мотивация к позитивным изменениям в образе жизни и работа в коллективе. Принятие комплексных подходов подразумевает, что обучение должно быть больше сосредоточено на обслуживаемом сообществе людей и что больше внимания должно уделяться работе в составе многопрофильной группы.

Есть три главных пути усиления профилактической работы медицинских работников:

- обучение студентов
- курсы усовершенствования
- непрерывное обучение.

Страны-участницы CINDI располагают большими возможностями для сотрудничества в области профессионального образования. Они могли бы вместе разрабатывать учебные пособия и материалы и организовывать семинары для обучения "инструкторов" по профилактической работе.

Оценка и контроль

Главная цель оценки программы CINDI состоит в том, чтобы оценить изменения в главных целях и получить полное представление о ходе и результатах выполнения программы, а не в том, чтобы сделать какое-либо научное заключение о причинно-следственных связях.

Оценка внутри CINDI должна касаться как процесса, так и итога программы. Оценка процесса относится к информации о том, как осуществляются мероприятия и как они доходят до целевых групп населения. Она требует ясного определения методов и стратегий программы и показателей их реализации. Она также требует ссылки на цели в отношении поведения людей и на показатели их достижения. При оценке процесса используется информация об осуществлении программы (например, полевые дневники и опросы) и информация, полученная в результате обследований населения.

Оценка итога касается информации об изменениях в образе жизни и в факторах риска и должна включать мониторинг информации об изменениях в распространенности НИЗ. Показатели распространенности основных НИЗ контролируются для того, чтобы получить важную для программы информацию о положении дел и дать заключение о тенденциях в масштабах страны. Для оценки итога должны быть четко определены и точно измерены показатели прогресса в достижении целей. Информация поступает из статистических данных (таких, как статистика смертности, о выписке из больниц и о заболеваниях) и из тщательно стандартизованных обследований поведения и факторов риска в выборках населения, сформированных по случайному принципу.

- Оценка и контроль внутри страны

Общая оценка программы внутри страны должна включать:

- Оценку осуществимости и хода осуществления программы, т.е. определяется, как и в какой степени были фактически осуществлены запланированные мероприятия. Это имеет жизненно важное значение для любой оценки возможного успеха или неудачи программы. Для этого должны быть определены показатели.
- Оценку того, в какой степени программа достигла своих целей, сформулированных в измеряемых терминах с соответствующими показателями. Посредством непрерывного и периодического сбора данных от целевой группы населения можно оценивать изменения в показателях. Показатели должны относиться как к факторам риска (биологическим, экологическим и поведенческим), так и к заболеваниям.

Каждая национальная программа CINDI должна организовать контроль и оценку исходя из ситуации на месте и имеющихся возможностей. Оценка результатов даст информацию, которую можно будет использовать при планировании непрерывного развития. В то время как оценка главным образом сосредоточена на программе в масштабах страны, можно организовать более всеобъемлющую оценку для демонстрационного проекта. Мероприятия, проводимые в демонстрационном районе CINDI, контролируются и оцениваются для того, чтобы сравнить показатели и тенденции в демонстрационном

районе с тем, что наблюдается во всей стране. Показатели развития CINDI на этих двух уровнях могут различаться и иногда могут быть свойственны только одному уровню, например, законодательство для уровня страны.

- Международная оценка и контроль

Главная цель оценки CINDI состоит в том, чтобы сравнить тенденции в разных странах-участницах и демонстрационных районах, имеющих разные исходные ситуации и разный опыт вмешательства. Для обеспечения сопоставимости между районами программы, которая позволяет сравнивать тенденции, методы оценки должны быть основаны на тщательно стандартизованных критериях. В Протоколе и Руководстве CINDI (глава 4) указаны основные показатели и методы, которые должны использоваться для их измерения в целях международного сотрудничества. Каждая страна-участница должна применять указанные там критерии оценки CINDI и таким образом вносить вклад в международную оценку. Страны-участницы соглашаются представлять эту информацию в международный Центр управления данными CINDI. Сравнение данных CINDI на международном уровне должно показать ценность различных мер вмешательства в разных странах. Информация, которую дает оценка, должна использоваться для того, чтобы вносить постоянные улучшения в программу.

- Методы сбора информации

Программа CINDI основывается на подходящих научных методах оценки процесса и итога, и для выполнения этих функций в ней используются нужные существующие источники данных и специальные сборники данных CINDI.

Следует использовать два основных источника информации:

- сбор информации для базы данных из официальной и иной опубликованной статистики;
- рандомизированные обследования населения для контроля уровней факторов риска и связанного со здоровьем поведения; при этом программа сосредоточивается на основных позициях, которые могут быть стандартизованы.

Показатели и источники данных

Показатели, подлежащие контролю, касаются оценки как процесса, так и итога и группируются следующим образом:

- существенные, или обязательные для участия в программе;
- рекомендованные, или имеющие большое значение для программы (страны, которые не могут представить информации по этим показателям, должны иметь особые причины).

Обязательные показатели включают минимальную базу данных для международных анализов данных CINDI.

Для обязательных показателей требуются точные измерения и процедуры стандартизации. Качество рекомендованных показателей должно быть такого же высокого уровня, как и качество обязательных показателей, и должны использоваться стандартизованные процедуры. Информация о показателях должна собираться из официальной и иной опубликованной статистики и из специальных обследований населения.