



ЕВРОПА

Европейский региональный комитет Пятьдесят четвертая сессия

Копенгаген, 6–9 сентября 2004 г.

Пункт 8(а) предварительной повестки дня

EUR/RC54/8

15 июня 2004 г.

40212

ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

К созданию европейской стратегии борьбы с неинфекционными болезнями

Неинфекционные заболевания – это одна из важнейших причин глобального бремени болезней, а в Европе это бремя выше, чем в каком-либо другом регионе ВОЗ. Эти болезни во многом определяют имеющиеся различия в состоянии здоровья жителей Европейского региона. Причины этих болезней известны, равно как известны и эффективные методы борьбы с ними, уже используемые во многих европейских странах. В этой области имеются огромные возможности для улучшения здоровья населения, однако до настоящего времени эти возможности реализуются далеко неоднородно как в различных странах, так и применительно к различным группам населения и областям внутри стран. В последние годы, и в Европе, и на глобальном уровне был предпринят ряд важных инициатив для того, чтобы повысить осведомленность общественности об этой проблеме, должным образом проинформировать лиц, формирующих политику, а также побудить государства-члены взять на себя обязательства по принятию соответствующих мер. Несмотря на то, что в последние годы приоритетность работы, направленной на устранение факторов риска неинфекционных заболеваний повысилась в политической повестке дня стран Региона, все еще имеется такая проблема, как недостаточно комплексный подход к профилактике и борьбе с этой группой болезней.

В данном докладе рассматривается положение дел с неинфекционными заболеваниями и подчеркиваются как имеющиеся достижения, так и настоятельная необходимость в дальнейших действиях. В нем дается описание тех задач, которые уже решаются, проблем, важность которых начинает все лучше пониматься, а также аргументов в пользу разработки конкретной европейской стратегии борьбы с неинфекционными болезнями, которая должна быть представлена на рассмотрение Регионального комитета в 2006 г.

Проект соответствующей резолюции прилагается к данному документу для рассмотрения на сессии Регионального комитета.

Содержание

	<i>Стр.</i>
Введение.....	1
Важность проблемы.....	1
Цель настоящего документа	1
Тенденции, наблюдаемые в Европейском регионе ВОЗ в последнее время	2
Нынешняя проблема	2
Прогнозы на будущее	3
Основные стратегии и направления действий.....	6
Лечебно-профилактические меры	6
Принципы действий.....	7
Стоящие перед нами проблемы и задачи	8
Системы медицинского обслуживания.....	8
Бедность и несправедливость	8
Пробелы в знаниях.....	9
Политическая повестка дня.....	9
Рыночные силы	10
Обеспечение сбалансированности	10
База для действий.....	11
Европейская стратегия борьбы с неинфекционными болезнями	13
Библиография	14

Введение

Важность проблемы

1. Неинфекционные заболевания (НИЗ) представляют важную проблему для глобального здравоохранения как в настоящее время, так и на обозримую перспективу. Согласно оценкам, в 2002 г. эти заболевания были причиной 59% всех случаев смерти и 47% глобального бремени болезней¹ (1). Они оказывают все более сильное негативное воздействие на здоровье людей и на системы здравоохранения и препятствуют экономическому и социальному развитию стран. В сопоставлении с другими регионами ВОЗ Европа находится на первом месте по величине ущерба, наносимого этими болезнями.

(Примечание переводчика. В силу того факта, что в современной медицинской литературе термины “хронические/неинфекционные заболевания” приобрели статус даже более распространенных синонимов терминов “хронические/неинфекционные болезни”, в данном документе эти термины используются как равнозначные).

2. Несмотря на то, что нам уже многое известно и о причинах НИЗ, и об эффективных способах борьбы с ними, все еще многое предстоит сделать для обеспечения того, чтобы эти знания использовались на практике, чтобы все слои общества получали пользу от предпринимаемых действий и чтобы эти действия проводились во всех частях Региона. Суть этого вопроса не сводится только к принятию здорового образа жизни и повышению личной ответственности людей за свое здоровье. Для успешного решения этой проблемы необходима политическая приверженность и создание на всех уровнях государственного аппарата четких стратегий по обеспечению благоприятных для здоровья условий.

Цель настоящего документа

3. После консультативного совещания экспертов ВОЗ в мае 2002 г. Региональный директор предложил Европейскому региональному комитету ВОЗ на его следующей сессии принять меры для усиления проводимой Европейским региональным бюро (ЕРБ) программы борьбы с инфекционными заболеваниями, с тем чтобы по своим масштабам данная программа соответствовала значимости данной группы болезней и чтобы в консультации с государствами-членами для этой цели была создана соответствующая европейская стратегия. Это должно делаться в рамках глобальной стратегии по профилактике и борьбе с инфекционными болезнями, а в качестве предлагаемого конечного срока для представления отчета был назван 2004 г. На совещании Постоянного комитета Регионального комитета (ПКРК) в ноябре 2003 г. был согласован график работы в этом направлении, согласно которому концептуальный документ будет обсужден на сессии Регионального комитета (РК) в 2004 г., а проект европейской стратегии будет вынесен на рассмотрение РК в 2006 г. Это позволит провести всесторонние консультации с государствами-членами в 2004–2006 гг. в интересах обеспечения прозрачности и устойчивости стратегии. Благодаря этому подходу можно будет также принять во внимание результаты соответствующих европейских конференций на уровне министров и планы действий, принятые в этот период.

4. В настоящем документе будет проведен обзор нынешней ситуации, подчеркнуты стоящие перед Регионом проблемы и задачи, и будут приведены аргументы в пользу европейской стратегии борьбы с НИЗ, а также предложена концепция этой стратегии. Одна из целей данного документа заключается в том, чтобы стимулировать обсуждение по основным вопросам и выяснить мнение государств-членов относительно того, какие действия Европейский регион должен предпринять в этой области. Документ был подготовлен с учетом результатов трех совещаний сотрудников из всех подразделений ЕРБ, интервью с менеджерами

¹ Измеряемого в годах здоровой жизни, утраченных из-за болезней и инвалидности (DALYs).

15 соответствующих программ ВОЗ, а также совещания внешних экспертов, включающего членов ПКРК и представителей Европейской комиссии и штаб-квартиры ВОЗ. Для того чтобы не ограничиваться только лишь результатами научных исследований, к участию в этом процессе были привлечены эксперты, преподаватели ВУЗов, консультанты по политическим вопросам и лица, формирующие политику. Группа партнеров, сотрудничающих с проводимой ЕРБ общенациональной программой интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний (СИНДИ), подготовила в ноябре 2003 г. соответствующие предложения для Регионального директора, которые послужили основой для вышеуказанного процесса. Кроме того, по мере необходимости использовались другие источники опубликованной информации.

5. С самого начала следует отметить, что, несмотря на то, что эти понятия часто используются взаимозаменяемо, между терминами “неинфекционные заболевания/болезни” и “хронические заболевания/болезни” существует различие в определениях, масштабах и последствиях. Хронические заболевания – это такие проблемы со здоровьем, которые требуют непрерывного лечения в течение нескольких лет или десятилетий; помимо неинфекционных заболеваний, они также могут включать болезни инфекционной этиологии, характеризующиеся постоянным хроническим течением. Некоторые неинфекционные болезни могут приобрести хронический характер и стать хроническими состояниями, но это происходит не во всех случаях. Данный документ в основном посвящен неинфекционным заболеваниям в соответствии с первоначальным мандатом секретариата. Решения относительно терминологии и масштабов стратегии основываются на результатах обсуждений, состоявшихся на сессиях Регионального комитета и на его стратегических рекомендациях. В этой связи следует отметить, что штаб-квартира ВОЗ сейчас решила использовать термин “хронические болезни” вместо термина “неинфекционные болезни” (заболевания).

Тенденции, наблюдаемые в Европейском регионе ВОЗ в последнее время

Нынешняя проблема

6. Согласно оценкам, в 2002 г. причинами 86% всех случаев смерти и 77% бремени болезней в Европейском регионе ВОЗ были НИЗ и эти показатели продолжают повышаться. С точки зрения смертности, в 2002 г. ведущими в Европе НИЗ² были следующие сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), злокачественные новообразования, респираторные расстройства, расстройства пищеварения и нейропсихиатрические нарушения. С точки зрения вклада в общее бремя болезней, наибольшую значимость, согласно оценкам, имеют ССЗ (23%) и нейропсихиатрические нарушения (20%), а также злокачественные новообразования (11%).

7. Сердечно-сосудистые заболевания (болезни сердца и инсульт) стали причиной более половины всех случаев смерти в Европе в 2002 г. За последние 30 лет смертность от ССЗ (во всех возрастных группах) последовательно снижалась в экономически развитых странах Западной Европы и некоторых новых странах-членах Европейского союза. Напротив, в новых независимых государствах (ННГ) наблюдалось общее повышение показателей смертности, которые достигли пика в 1994 г. В 2000 г. средние показатели смертности от ССЗ (для всех возрастных групп) в ННГ были в три раза выше соответствующих показателей в странах ЕС. Онкологические болезни были причиной около 20% всех случаев смерти в Европе в 2002 г., при этом наиболее распространенной причиной этого вида смерти был рак трахеи/бронхов/легких.

8. Наибольшая доля ресурсов систем здравоохранения расходуется на лечение хронических патологий. Из общего объема всей внебольничной медицинской помощи 80% приходится на хронические болезни. Согласно проведенной оценке, в Нидерландах 23,2% всех расходов на

² Ранжированные с учетом удельного веса рассматриваемой болезни в общей смертности.

медицинскую помощь в течение года приходились на лечение психических расстройств. В Швеции 6% всех расходов на здравоохранение в 1998 г. были связаны с лечением больных диабетом второго типа. Что касается Таджикистана, то, согласно прогнозам, в 2025 г. 10,7–19,3% всех расходов на здравоохранение в стране будет приходиться на лечение диабета. В начале 1990-х годов Федеральное министерство здравоохранения Германии провело оценку общих расходов, связанных с лечением алиментарных заболеваний, которые составили 83,5 млрд. нем. марок, что соответствовало 30% всех расходов на здравоохранение, при этом наибольший удельный вес в этой группе болезней имели ССЗ, так как на них пришлось 12% от общих национальных расходов на медицинскую помощь.

9. Экономическое воздействие НИЗ не ограничивается только расходами для служб здравоохранения. Значительная доля общих расходов, связанных с лечением, приходится на больных и членов их семей. Косвенные расходы в виде потери производительности могут быть практически равными прямым расходам, а в ряде случаев даже превышать их. В Швеции структура расходов, связанных с сахарным диабетом, выглядела следующим образом: оказание медицинской помощи – 28%; расходы муниципалитетов и родственников – 31%; потери производительности – 41%. В Соединенном Королевстве общие расходы, связанные с ишемической болезнью сердца в 1999 г., составили, согласно проведенной оценке, 7,06 млрд. фунтов стерлингов, из которых только 25% приходились на систему здравоохранения, в то время, как оставшаяся часть расходов была связана с уходом за больными и потерями производительности. При этом примерно в трех из четырех случаев причиной этих потерь была нетрудоспособность по болезни, а не смерть больных.

10. Неинфекционные заболевания часто не диагностируются и не лечатся. Так, например, было обнаружено, что в Шотландии, равно как и в других частях Региона, половина случаев гипертензии была невыявленной. Более того, даже среди лиц с выявленной гипертензией лечение получала только половина, при этом только у половины получавших лечение пациентов обеспечивалась нормализация показателей артериального давления. Вполне возможно, что в последние годы в ряде промышленно развитых стран положение дел применительно к гипертензии улучшилось, к сожалению, это “правило половины” применимо и к другим хроническим болезням, что позволяет предположить, что связанное с ними реальное экономическое бремя может быть даже выше, чем об этом свидетельствуют вышеприведенные показатели. Согласно оценкам, в Соединенном Королевстве применение наилучших подходов и схем лечения применительно к таким четырем нозологическим категориям, как ишемическая болезнь сердца, болезни почек, психические заболевания и диабет, по-видимому, будет связано с увеличением на 5–9% реальных расходов, связанных с лечением этих болезней.

Прогнозы на будущее

11. Основываясь на нынешних тенденциях, можно предположить, что на глобальном уровне НИЗ станут причиной 73% всех случаев смерти и 60% бремени болезней к 2020 г. Факторы риска могут служить показателями будущего состояния здоровья населения в сравнении с данными о заболеваниях и их последствиях, которые, как правило, касаются необходимости оказания лечебной и паллиативной помощи, оценки бремени болезней, основанные на учете факторов риска, относятся прежде всего к потенциальной возможности профилактики этих факторов. Факторы риска аккумулируются на протяжении всей жизни – от стадии внутриутробного развития до взрослого возраста – и будущее бремя хронических болезней зависит от совокупного их воздействия.

12. В основе большей части бремени болезней, связанных с НИЗ, лежит небольшое число общих факторов риска. В развитых странах (включая все страны Европейского региона) в их число входят следующие семь факторов: употребление табака, злоупотребление алкоголем, повышенное артериальное давление, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела, недостаточное потребление фруктов и овощей, малоподвижный образ жизни. В развитых странах свыше половины бремени болезни от пяти основных причин (ишемическая болезнь

сердца, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), нарушения, обусловленные алкоголем, хронические обструктивные болезни легких и злокачественные новообразования трахеи/bronхов/легких) объясняются воздействием только четырех факторов риска, а именно: употребление табака, злоупотребление алкоголем, высокое артериальное давление, гиперхолестеринемия. По крайней мере, в 75–85% всех новых случаев ишемической болезни сердца причиной этого являются такие факторы риска ССЗ, как употребление табака, неадекватный рацион питания и дефицит двигательной активности, последствиями которых являются неблагоприятные уровни липидов, высокий индекс массы тела и гипертензия.

13. Согласно оценкам, на употребление табака приходится 12,2% общего бремени болезней в развитых странах. В масштабах Европы курит около 30% взрослого населения, однако распространенность курения варьируется между странами, мужчинами и женщинами и социально-экономическими группами. Эпидемия курения возрастает среди женщин в странах с высоким уровнем доходов и несколько повышается среди мужчин в странах с низким уровнем доходов, при этом во всех странах бедные мужчины курят больше, чем богатые. Показатели курения среди детей школьного возраста повышаются в ряде стран, в то время как в других странах они снижаются. Что касается различий между мужчинами и женщинами, то здесь наблюдаются большие географические различия (2). Так, например, в странах Балтии и Чешской Республике показатели ежедневного курения среди 15-летних мальчиков и/или девочек существенно повысились (в ряде случаев на 12%) в последние четыре года, в то время как в большинстве стран Западной Европы этот показатель стабилизировался или упал до менее чем 5%. Доля курящих девочек повышается, и во многих странах Северной и Западной Европы среди 15-летних показатели распространенности курения выше среди девочек, чем среди мальчиков.

14. Основная причина для обеспокоенности относительно употребления алкоголя связана с его вредными эффектами, несмотря на то, что, согласно некоторым данным, низкий общий уровень употребления алкоголя без достижения степени опьянения, ассоциируется с некоторым снижением риска ишемической болезни сердца у лиц среднего и старшего возраста. Согласно оценкам, на употребление алкоголя приходится 9,2% общего бремени болезней в развитых странах. Чрезмерное употребление алкоголя также является социальным бременем. Согласно оценкам, в странах Центральной Европы употребление алкоголя является одним из причинных факторов в 50–75% случаев утоплений, непреднамеренных травм, убийств и автомобильных катастроф. В целом в Европейском регионе наблюдается самый высокий уровень потребления алкоголя в мире, при этом доля стран с высокими показателями (свыше 10 литров на человека в год) увеличивается. В период с 1988 по 1998 г. значительное повышение употребления спиртного было зарегистрировано в Российской Федерации, Белоруссии, Ирландии, Латвии и Чешской Республике. С другой стороны, в ряде стран, например во Франции, потребление алкоголя на душу населения имеет тенденцию к снижению. Во всех европейских странах показатели заболеваемости и смертности, обусловленные употреблением алкоголя, выше среди мужчин, чем среди женщин. Даже среди детей школьного возраста мальчики чаще, чем девочки, регулярно употребляют спиртное и чаще напиваются до состояния опьянения.

15. Согласно имеющимся оценкам, малоподвижный образ жизни является причиной 3,3% общего бремени болезней в развитых странах. Среди детей школьного возраста уровни физической активности широко варьируются в зависимости от географического положения, пола и возраста. Во всех странах мальчики более активны, чем девочки, однако уровень физической активности с возрастом снижается. При этом в большинстве стран эта тенденция более выражена среди девочек, чем среди мальчиков. Показатели физической активности являются более высокими в Австрии, Финляндии, Ирландии и Литве и более низкими в Бельгии (фламандская община), Франции, Италии и Португалии. Следует отметить, что аналогичная картина наблюдается и среди взрослых. Свыше 30% взрослых европейцев недостаточно активны в своей повседневной жизни. Более того, показатели двигательной активности продолжают снижаться.

16. Рацион питания также оказывает существенное влияние на здоровье людей. Две основные причины нездорового питания – это высокое потребление соли, сахара и жиров, с одной стороны, и низкое потребление фруктов и овощей, с другой. Согласно оценкам, на последний фактор приходится 3,9% общего бремени болезней в развитых странах. Одним из последствий экономического роста, ассоциируемого с изменением таких факторов, как имеющиеся доходы, цены и доступность пищевых продуктов, является переход многих людей на рацион питания, характеризующийся более высоким потреблением насыщенных жиров, сахара и соли. Ни одному государству - члену Региона не удалось полностью достичь рекомендуемых целей ВОЗ в отношении рациона питания, однако Греция, Португалия и Испания близко подошли к рекомендуемым уровням применительно к потреблению жиров. Многие подростки употребляют много конфет, кондитерских изделий и сладких газированных напитков (около одной трети мальчиков и одной четверти девочек ежедневно пьют сладкие газированные напитки). Только 30% мальчиков и 37% девочек сообщают о том, что они ежедневно едят фрукты (выше всего этот показатель в Израиле, и ниже всего – в Эстонии) и менее 50% ежедневно едят овощи. Почти во всех странах доля молодежи, ежедневно употребляющей фрукты и овощи, снижается с возрастом, при этом это снижение более выражено среди мальчиков.

17. В Европе наблюдается распространенность ожирения, которое, в частности, становится значительной проблемой среди детей. В большинстве европейских стран излишний вес имеет свыше половины населения, при этом 20–30% взрослых относятся к категории лиц с клиническими признаками ожирения. В Финляндии, Германии и Соединенном Королевстве от ожирения страдает каждый пятый взрослый, а в странах Центральной и Восточной Европы (СЦВЕ) и ННГ этот показатель еще выше. Распространенность детского ожирения в Европе имеет тенденцию к быстрому росту: в некоторых частях Европы до 27% детей страдают от этой проблемы. Следует отметить, что 80% случаев диабета могут быть отнесены за счет ожирения.

18. Эти общие факторы риска имеют экономические, социальные, гендерные, политические, поведенческие и средовые детерминанты. С точки зрения структуры заболеваемости, существует сложное взаимодействие между факторами риска и другими детерминантами здоровья (3). Опасное и вредное для здоровья употребление алкоголя и курение тесно связаны с показателями социального и экономического неблагополучия. Люди с низким уровнем доходов имеют наихудшие возможности с точки зрения обеспечения здорового питания и доступа к свежим пищевым продуктам. Социальные и психологические обстоятельства могут стать причиной длительного стресса, в результате чего люди становятся более подверженными развитию депрессии и сердечно-сосудистых заболеваний. Изоляция и отчуждение от общества связаны с повышением риска преждевременной смерти и более низкими шансами выживания после инфаркта миокарда. Такой фактор, как невозможность самоорганизации труда, тесно связан с повышенным риском поясничных болей, временной нетрудоспособности и сердечно-сосудистых заболеваний. Лица с более низким социально-экономическим статусом подвергаются по крайней мере в два раза большему риску серьезного заболевания или преждевременной смерти по сравнению с представителями более высоких социальных слоев. Во многих странах регистрируются различия между социально-экономическими группами применительно к показателям смертности от сердечно-сосудистых болезней и соответствующим факторам риска. В Западной Европе в направлении с севера на юг наблюдается градиент в плане показателей относительного и абсолютного неравенства, которые более выражены на севере, чем на юге (4). Ликвидация различий в состоянии здоровья между более низкими и более высокими социально-экономическими группами имеет огромный потенциал с точки зрения снижения общей смертности от сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний.

Основные стратегии и направления действий

Лечебно-профилактические меры

19. В настоящее время нам уже известны эффективные методы профилактики и лечения НИЗ и снижения связанных с ними заболеваемости и инвалидности. Использование на практике имеющихся знаний дает людям возможность получать соответствующую лечебно-профилактическую помощь и уход на протяжении всей жизни.

20. Мы уже располагаем большим объемом знаний об эффективных способах уменьшения рисков, и среди работников общественного здравоохранения и представителей международного научного сообщества по этому поводу имеется хорошее взаимопонимание. Например, совершенно очевидно, что наиболее эффективным способом борьбы с курением является повышение налогов на все табачные продукты. Так, повышение на 10% цены пачки сигарет позволит снизить, согласно прогнозам, потребление табака на 4% в странах с высоким уровнем доходов и приблизительно на 8% в странах с низким и средним уровнем доходов. Европа уже располагает значительным опытом применения методик борьбы с НИЗ, а в ряде стран в этом отношении были достигнуты особо значительные успехи. Так, например, в Финляндии (в рамках проекта “Северная Карелия”) за 25 лет смертность от ишемической болезни сердца удалось снизить на 73%, благодаря проводимым по месту жительства мероприятиям, направленным на поощрение здорового рациона питания, в сочетании с реализацией национальных стратегий, направленных на уменьшение факторов риска. В Польше изменения в характере потребления жиров позволили снизить на 20% смертность от болезней сердца.

21. Профилактическая деятельность, как правило, имеет долгосрочный характер. В то же время даже в ближайшей перспективе значительного реального улучшения показателей здоровья можно добиться за счет лечения лиц, подвергающихся высокому риску, например, лиц с уже установленным диагнозом ИБС, или лиц, еще не имеющих каких-либо симптомов, но с высоким риском развития этой болезни. Такие лекарства, как бета-блокаторы, аспирин и препараты, снижающие уровень липидов, могут очень эффективно уменьшить риск сердечно-сосудистой патологии и летального исхода (5). С точки зрения профилактики, самые ближайшие результаты могут быть получены посредством выявления и целенаправленной работы с людьми, подвергающимися повышенному риску развития первичного или последующего клинического эпизода.

22. Уже определены эффективные подходы ведения хронических больных (6). Применение методик, основанных на фактических данных, может позволить улучшить качество ведения целого ряда хронических проблем со здоровьем. Программы ведения больных могут улучшить качество медицинской помощи, оказываемой лицам с хроническими болезнями, как об этом свидетельствуют оценки, основанные на использовании показателей деятельности. Также имеются эффективные стратегии, позволяющие уменьшить уровни инвалидизации, связанной с диагностированными нарушениями или болезнями. Так, например, в случае онкологических больных простые меры, включающие паллиативную помощь, внимательное, тактичное отношение и коммуникацию и хорошо скоординированный уход, позволяют эффективно уменьшить симптомы и страдания больных (7).

23. Вмешательства целесообразно предпринимать на всех этапах жизни человека. Основы здоровья взрослого закладываются в раннем детстве и даже во внутриутробном периоде. Неблагоприятные условия во время беременности могут привести к неадекватному развитию плода с вытекающими из этого рисками для здоровья ребенка в последующей жизни (так, например, выявлена ассоциация между низкой массой тела при рождении и повышенным риском развития диабета). Здоровые привычки формируются в детстве. В то же время переход на более здоровый образ жизни в более старшем возрасте может снизить риск развития заболеваний и ухудшения функций организма, продлить жизнь и улучшить ее качество.

Исследования, проведенные в Нидерландах, показали, что чем выше физическая активность пожилых мужчин, тем дольше они живут. Так, в частности, среди трети наиболее активных лиц старшего возраста показатель смертности снижен наполовину.

24. Эффективность вмешательств повышается, когда они проводятся комбинированно, независимо от того, идет ли речь об отдельных или об общих факторах риска. Как показывает опыт, эффективность борьбы с табаком и злоупотреблением алкоголем наиболее высока в случае систематической реализации комплексных стратегий снижения отдельных факторов риска. Осознание того факта, что небольшое число факторов риска являются общими для основных НИЗ, способствует принятию интегрированных подходов к профилактике этих болезней. Сочетание ориентированных на население стратегий снижения холестерина в крови и уменьшения общего уровня употребления соли является очень эффективным методом снижения гипертензии и гиперхолестеринемии. С точки зрения затрат, экономически эффективным является также сочетание мер, направленных одновременно на население в целом и на лиц, подвергающихся высокому риску заболевания. Так, например, проведены оценки, указывающие на эффективность популяционных вмешательств, направленных на снижение употребления соли, уровней холестерина в крови и индекса массы тела, наряду с использованием такого подхода к уменьшению риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, который основан на учете абсолютного риска. Во всех частях Европы уже имеется множество примеров успешного применения интегрированного профилактического подхода.

Принципы действий

25. Для того чтобы обеспечить охрану и улучшение здоровья населения, больший акцент следует поставить на предупреждение причин наиболее важных болезней, а также на их лечение. При этом важно обеспечить высококачественную медицинскую помощь в сочетании с успешными мерами в области общественного здравоохранения. Для того чтобы существенным образом уменьшить уровень смертности в будущем, правительственным органам необходимо направлять больший объем средств на предупреждение рисков. Приоритет должен отдаваться борьбе с наиболее известными, общими, важными и широко распространенными рисками, для борьбы с которыми имеются эффективные и приемлемые для населения стратегии.

26. Формирующие политику лица должны уделить особое внимание основанное на фактических данных вмешательств, с помощью которых легче всего добиться наибольшего улучшения здоровья населения на базе имеющихся ресурсов, определяя, какие из вмешательств являются наиболее подходящими в конкретных условиях. Значительного улучшения здоровья населения можно добиться с помощью самых скромных ресурсов, выделяемых на работу в этой области, а некоторые вмешательства (например, повышение налогов на табак и меры, направленные на снижение содержания соли и других нездоровых компонентов в продуктах питания) могут быть использованы даже самыми бедными странами. Устойчивые и решительные действия, начатые уже сегодня против относительно небольшого числа важнейших факторов риска для здоровья, вполне способны привести к значительному улучшению здоровья населения уже через десять лет как в бедных, так и в богатых странах.

27. Все вмешательства, направленные на предупреждение и борьбу с неинфекционными заболеваниями, должны основываться на следующих принципах: целенаправленная работа по уменьшению неравенства в области здоровья; уделение особого внимания наиболее уязвимым группам населения; принятие подхода, при котором учитываются все этапы жизни человека; вовлечение граждан в процесс принятия решений; уделение первоочередного внимания интересам пациентов при оказании им медицинской помощи; обеспечение наиболее эффективного использования служб здравоохранения на первичном и местном уровнях; мобилизация всех соответствующих секторов общества; обеспечение участия всех звеньев государственного аппарата; использование потенциала тех мест, где люди учатся, живут,

работают и проводят досуг; включение проводимой политики в более широкие и комплексные усилия в области общественного здравоохранения.

Стоящие перед нами проблемы и задачи

Системы медицинского обслуживания

28. Многие неинфекционные заболевания (НИЗ) имеют хроническое течение на протяжении всей жизни, и больные (и их семьи) нуждаются в помощи для того, чтобы в течение длительных периодов времени успешно решать сложные и многочисленные проблемы, связанные с НИЗ. В этой связи перед системами медицинского обслуживания, при создании которых акцент ставился прежде всего на эпизодическом оказании неотложной помощи, могут возникнуть большие трудности. В данной области можно выделить целый ряд проблем. В частности, многие хронические заболевания остаются недиагностированными и нелеченными, а больные, состояние которых может быть улучшено за счет вторичной профилактики или медикаментозной терапии, часто не получают той поддержки, в которой они нуждаются. Показатель соблюдения долгосрочного режима лечения и медикаментозной терапии среди больных с хроническими состояниями в среднем составляет в развитых странах только 50% (8). В некоторых странах нормализация артериального давления достигается только лишь менее чем у 25% больных, получающих антигипертензивное лечение, и только у 28% больных, получающих лечение по поводу диабета, обеспечивается хороший гликемический контроль.

29. Для ведения хронических больных различного профиля необходимы общие стратегии. У таких больных наблюдается лучший прогресс, если они получают эффективное лечение в рамках интегрированной системы здравоохранения, включающей такие элементы, как работа многодисциплинарных бригад, содействие формированию у больных навыков самопомощи и самообеспеченности, а также регулярное динамическое наблюдение. Для того чтобы добиться этого, необходимо перейти от системы медицинского обслуживания, ориентированной главным образом на лечебную помощь, к координированной системе оказания всеобъемлющей медико-санитарной помощи. В деле борьбы с хроническими заболеваниями ведущую роль должен играть сам больной, при поддержке, конечно же, медицинских работников. Бригады здравоохранения должны быть организованы таким образом, чтобы оказываемая медицинская помощь координировалась на всех уровнях и во всех местах ее оказания. Врачи, медсестры и другие работники здравоохранения должны обладать необходимыми навыками и компетентностью, что, в свою очередь, указывает на необходимость соответствующей модификации базового специализированного и непрерывного образования.

Бедность и несправедливость

30. Распространенность НИЗ не является однородной в рамках общества, и больше всего от этих заболеваний страдают малоимущие. Возникает своего рода порочный круг, с одной стороны, эта группа населения более уязвима по отношению к НИЗ, с другой стороны, эти болезни еще больше усугубляют их бедность. Малоимущие также могут иметь больше трудностей с точки зрения получения необходимой медицинской помощи (9). Более того, распространенность НИЗ также не является однородной и в рамках Европы. Так, например, в странах Центральной и Восточной Европы возрастная структура смертности от хронических болезней значительно моложе по сравнению с 15 странами, входившими в состав ЕС до 1 мая 2004 г. Преждевременная смерть основных кормильцев и квалифицированных и обученных рабочих может иметь неблагоприятное воздействие не только на доходы семей, но и на национальную экономику.

31. Объем финансирования здравоохранения в странах с низким уровнем доходов недостаточен для решения стоящих перед ними проблем в этой области. В Европейском регионе ВОЗ в восьми странах валовой национальный продукт на душу населения (ВНП)

составляет менее 750 долл. США. Общие расходы на здравоохранение на душу населения в этих странах составляют 11–54 долл. США, и значительная (и по-видимому увеличивающаяся) доля этих расходов приходится на самих пациентов. Системы здравоохранения в этих странах не располагают адекватными возможностями для решения проблемы НИЗ. Более того, в ряде стран Европы наблюдается так называемое двойное бремя болезней, характеризующееся тем, что в этих странах на фоне продолжающейся угрозы инфекционных заболеваний проблемы неинфекционных болезней также становятся все более и более распространенными. Необходимо, чтобы системы здравоохранения вели комплексную борьбу со всеми общими болезнями, независимо от их происхождения, а для того, чтобы эти системы могли справиться с этой задачей необходимо увеличить выделяемые для них средства.

Пробелы в знаниях

32. Существует целый ряд весьма распространенных мифов относительно НИЗ. В частности, утверждается, что они являются “болезнями изобилия”; что они с трудом поддаются лечению; что они являются естественным последствием процессов старения и дегенерации; что требуется много времени для того, чтобы профилактические меры начали срабатывать; что невозможно изменить образ жизни и поведение людей. Неправильные представления такого рода широко распространены не только среди широких слоев населения, но живут и в умах некоторых лиц, определяющих политику. Для изменения ситуации в этой области необходимы хорошая и четкая коммуникация, доступная информация, медико-санитарное просвещение и прозрачность, с тем чтобы все люди были хорошо проинформированы по этим вопросам.

33. Несмотря на то, что нам уже многое известно о причинах болезней и эффективных методах борьбы с ними, наши умения применять эти знания остаются недостаточными. При предоставлении соответствующих рекомендаций лицам, определяющим политику, необходимо учитывать не только наилучшие имеющиеся фактические данные, но также и общий характер и возможность использования этих данных в других условиях, так как в ряде случаев такие знания отсутствуют. Очень важно выявлять имеющиеся пробелы и проводить научные исследования, нацеленные на их устранение, а также принимать все меры к тому, чтобы принимаемые стратегии и направления политики основывались на достоверных фактических данных. Необходимо создать общеевропейские эффективные системы эпиднадзора, особенно систему для мониторинга факторов риска, благодаря которой можно будет проводить оценку распространенности проблем в Регионе в целом, сравнительную оценку между странами и внутри них, мониторинг тенденций, оценку эффективности вмешательств и моделирование сценариев развития ситуации в будущем.

Политическая повестка дня

34. Проведенный в 2001 г. ВОЗ опрос показал, что хотя многие министерства здравоохранения и считают профилактику НИЗ одним из важных приоритетов в области здравоохранения, лишь некоторые из них трансформировали это сознание в конкретную и всестороннюю политику в этой области (10). Стратегии в отношении НИЗ существовали в 59% из 41 европейской страны, ответившей на вопросник. При этом конкретные планы борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, диабетом и раком имелись соответственно в 50, 54 и 62% государств-членов. Менее чем 46% стран сообщили о том, что у них имеется специальная бюджетная статья, предназначенная для борьбы с НИЗ. Подход, используемый при разработке политики в отношении НИЗ, и схемы ведения этих болезней представляются фрагментарными и нескоординированными во многих случаях, а инфраструктура системы здравоохранения, по-видимому, недостаточна для эффективной борьбы с НИЗ. Анализ результатов проведенного опроса свидетельствует о приоритетной потребности в экспертной помощи и других видах поддержки применительно к разработке национальной политики, усовершенствованию систем эпиднадзора, а также повышению компетентности практических работников и администраторов в области здравоохранения.

35. Важно также, чтобы вопросы борьбы с НИЗ стояли во главе повестки дня не только отрасли здравоохранения, но и других отраслей и секторов на национальном уровне. Проблемы, относящиеся к рациону питания и неадекватной двигательной активности, могут быть решены только усилиями целого ряда отраслей и ведомств. Для того чтобы добиться реальных изменений и создать благоприятные условия для необходимых изменений, необходимо, чтобы неинфекционные болезни рассматривались не как проблема, относящаяся исключительно к прерогативе отрасли здравоохранения, а как проблема государственной важности.

Рыночные силы

36. Многие общества и системы здравоохранения все еще не в состоянии эффективно решать проблемы, связанные с открытием границ, рыночными силами и глобализацией. Поскольку транснациональные фирмы всегда ищут новые рынки для своей продукции, их кампании маркетинга охватывают население всего мира. Таким образом, с глобальной экономикой связано появление новых образов, товаров и, в свою очередь, новых факторов риска, таких, например, как табак и алкоголь. Здесь следует отметить, что если международная торговля табачными изделиями всегда связана с негативными последствиями, то международная торговля пищевыми продуктами может иметь как положительные, так и отрицательные эффекты.

37. Коммерческие интересы могут оказать негативное воздействие на практику рационального назначения лекарственных средств. В частности, фармацевтические компании могут использовать рекламные кампании для того, чтобы оказать нужное им влияние на практику назначения лекарств. Во многих случаях медикаментозной терапии отдается предпочтение по сравнению с нефармакологическими методами лечения. В средствах массовой информации излишний акцент может ставиться на медицинских путях решения проблемы; так, например, вместо того, чтобы пропагандировать здоровый образ жизни в СМИ рекламируются статины, используемые для регулирования уровня холестерина в крови. Общественные деньги могут направляться на приобретение новых лекарственных препаратов даже в тех случаях, когда уже имеются столь же эффективные и более дешевые альтернативные методы лечения.

Обеспечение сбалансированности

38. Для эффективной борьбы с неинфекционными заболеваниями необходимо обеспечить сбалансированность в ряде областей, которые все вместе представляют собой сложный комплекс взаимоотношений и связей. Прежде всего, должна быть обеспечена сбалансированность между ответственностью отдельных лиц и ответственностью государственных органов. Многие стратегии уменьшения риска в качестве одного из компонентов включают изменение поведения людей в отношении здоровья, однако в ряде случаев для изменения поведения людей необходимы активные действия со стороны государственных структур.

39. Во-вторых, необходимо обеспечить должную сбалансированность всех элементов континуума “укрепление здоровья – профилактика – оказание медицинской помощи”. Необходимо обеспечить рациональное сочетание различных подходов, например, подходов, ориентированных на все население и на отдельных лиц, и подходов, ориентированных на профилактику и лечение. Некоторым областям не уделяется должного внимания, а ресурсы, уже имеющиеся в рамках системы здравоохранения, используются недостаточно эффективно. Возможно, что в недостаточной степени используются возможности, имеющиеся для вторичной профилактики. Необходимо пересмотреть роль профилактики болезней в общей системе охраны здоровья населения, равно как и роль медицинских работников в области предупреждения болезней и укрепления здоровья.

40. В-третьих, необходимо обеспечить должную сбалансированность между ролью систем здравоохранения и ролью других отраслей, ведомств, инфраструктур и мест, в которых живут, учатся и работают люди. По сравнению с отраслью здравоохранения другие отрасли и ведомства могут оказать большее воздействие на детерминанты здоровья и имеют большие возможности для создания благоприятных для здоровья условий жизни. Так, например, отрасли, занимающиеся вопросами планирования развития городов и транспорта, могут внести значительный вклад в пропаганду и содействие физической активности в рамках повседневной жизни.

База для действий

41. Определенная база для действий уже имеется. На глобальном и европейском уровнях государства-члены взяли на себя обязательства принять меры для профилактики и борьбы с НИЗ, хотя в последние годы основной акцент ставился на первичной профилактике основных факторов риска.

42. Глобальная стратегия по профилактике неинфекционных болезней и борьбе с ними была принята Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2000 г. Она нацелена на комплексное устранение факторов риска, общих для наиболее распространенных НИЗ, и состоит из трех элементов: эпидемиологический надзор, профилактика, управление отраслью здравоохранения. Государствам-членам было настоятельно предложено разработать национальные политику и программы по профилактике и борьбе с основными неинфекционными заболеваниями.

43. С этой же целью в мае 2004 г. была принята Глобальная стратегия по рациону питания, физической активности и здоровью. В этой стратегии настоятельно предлагается, чтобы при проведении своих общих стратегий и программ государства-члены пропагандировали и содействовали тому, чтобы люди придерживались здорового режима питания и были физически активными, мобилизуя для этой цели все соответствующие социальные и экономические группы, привлекая к этому процессу соответствующие отрасли и ведомства и создавая такие условия, которые бы содействовали формированию более здоровых стереотипов поведения.

44. Еще до этих инициатив, но также в духе оздоровления рациона питания, была принята Глобальная стратегия по кормлению детей грудного и раннего возраста (2002 г.), которая включает конкретные действия по уменьшению рисков, связанных с ожирением, а также первый европейский план действий в области пищевых продуктов и питания (2000–2005 гг.). Предполагается, что новый региональный план действий в области пищевых продуктов и питания (на 2006–2010 гг.) будет принят на конференции по пищевым продуктам и питанию на уровне министров, которая запланирована на 2006 г.

45. В рамках Европы большая значимость физической активности и воздействия физической среды на здоровье людей была подчеркнута в связи с проводимым Региональным бюро процессом “Окружающая среда и здоровье”, в рамках которого в последнее время были организованы конференции в Лондоне (1999 г.) и Будапеште (2004 г.), а также в рамках общеевропейской программы по транспорту и охране окружающей среды и здоровья (ОПТООСЗ), в которой особое внимание уделяется развитию таких средств передвижения, как ходьба и езда на велосипеде.

46. Стратегии в отношении рациона питания и физической активности основываются на значительной работе, уже проделанной в деле борьбы с табаком и алкоголем. На глобальном уровне Рамочная конвенция по борьбе против табака представляет собой первый юридический механизм, предназначенный для уменьшения вреда для здоровья, наносимого потреблением табака. Европейская стратегия борьбы против табака (2002 г.) представляет собой основанную на фактических данных стратегическую основу и руководство для эффективных национальных действий и международного сотрудничества в этой области. Стокгольмская декларация по

молодежи и алкоголю, утвержденная Региональным комитетом в 2001 г., и вторая фаза Европейского плана действий по борьбе с алкоголем (2000–2005 гг.) служат основой для разработки и реализации антиалкогольных стратегий и программ в государствах-членах.

47. Психические расстройства представляют собой и отдельную нозологическую категорию, и фактор риска развития других неинфекционных заболеваний. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г., одобренный на Пятьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, повысил информированность общественности о реальном бремени психических расстройств. Он также содержит предназначенные для государств-членов полезные рекомендации относительно основанных на фактических данных действиях, которые можно предпринять в этой области. Действия, относящиеся к политике по охране психического здоровья в Европе, поддерживаются как Афинской декларацией по психическому здоровью, антропогенным катастрофам, стигматизации и обслуживанию населения по месту жительства, так и в рамках подготовки к конференции на уровне министров, которая будет проведена в 2005 г. под лозунгом “Охрана психического здоровья в Европе – проблемы и пути их решения”. В последние годы основной акцент в деле борьбы с хроническими болезнями ставился на системах медицинской помощи, а не на отдельных болезнях. Так, например, значимость проблемы сахарного диабета в последний раз была подчеркнута на глобальном уровне только в 1989 г., когда была принята Сент-Винсентская декларация.

48. В Оттавской хартии по укреплению здоровья (1986 г.), продолжающей сохранять свою актуальность и сегодня, отрасли здравоохранения предлагается все в большей степени переносить акцент на укрепление здоровья, не ограничиваясь функциями оказания клинической и лечебной помощи. Десять лет спустя в принятой в Европе Люблянской хартии была определена группа принципов, позволяющих улучшить медицинское обслуживание, в которых, в частности, подчеркивалось, что деятельность систем здравоохранения должна быть направлена на удовлетворение потребностей людей и что она должна быть переориентирована на первичную медико-санитарную помощь. Эта хартия призывала к тому, чтобы базовое, специализированное и непрерывное обучение медицинского персонала не ограничивалось традиционным лечебным подходом и чтобы такие вопросы, как качество медицинской помощи, профилактика заболеваний и укрепление здоровья, были неотъемлемыми компонентами подготовки. Глобальное совещание по первичной медико-санитарной помощи (Мадрид, 2003 г.) и ряд резолюций Всемирной ассамблеи здравоохранения также способствовали поддержанию ориентации на первичную медико-санитарную помощь, предусматривающую укрепление систем здравоохранения, а также на обеспечение скоординированного и направленного на пациентов медицинского обслуживания на всех неразрывных этапах профилактики и лечения. Принятая в 2000 г. стратегия ВОЗ по лекарственным средствам послужила руководством в работе, направленной на обеспечение и расширение доступности основных лекарственных средств, а также на обеспечение рационального применения лекарств.

49. Кроме того, для конкретных возрастных и популяционных групп разработаны специальные стратегии профилактики и борьбы с НИЗ, основанные на учете особенностей различных этапов жизненного цикла. Всемирная стратегия по охране репродуктивного здоровья, принятая всеми государствами-членами в мае 2004 г., подчеркивает важность таких вопросов, как профилактика онкологических заболеваний и обеспечение качественной антенатальной, материнской и неонатальной помощи. Глобальные стратегии по улучшению здоровья и развития детей и подростков (2003 г.) представляют собой основу для разработки соответствующей европейской стратегии, принятие которой запланировано на 2006 г. В частности, в ней говорится о важности хорошего питания и здорового поведения, а также о том, что поддержка, предоставленная ребенку в первые годы жизни, оказывает значительное воздействие на его последующую жизнь. Более того, Всемирная ассамблея здравоохранения поддержала в 1999 г. инициативу по активному и здоровому долголетию, которая была также впоследствии поддержана Второй всемирной ассамблеей по проблемам старения (2002 г.) посредством принятия международного плана действий по проблемам старения.

Европейская стратегия борьбы с неинфекционными болезнями

50. В заключение можно сделать следующие выводы: неинфекционные заболевания представляют значительную проблему в Европе; при отсутствии эффективной борьбы с ними ситуация может только ухудшиться, особенно в восточной части Региона; выявлены общие факторы риска развития этих болезней; эффективные вмешательства имеются и срабатывают на практике; некоторые страны уже добились значительных успехов в этой области, и их положительный опыт может быть распространен среди всех других стран; четкие принципы могут послужить хорошей основой для действий; устранение разрыва между более низкими и более высокими социально-экономическими группами позволит добиться значительного улучшения здоровья населения в целом; перед странами стоят специфические для них проблемы, для решения которых необходима международная поддержка и действия; достаточно прочная основа для дальнейшей работы в этом направлении уже имеется; между странами Европы имеются значительные различия и для них не имеется какого-либо одного унифицированного решения.

51. Некоторые вопросы представляются вполне очевидными. Проблемы, связанные с неинфекционными болезнями, являются сложными как с политической точки зрения, так и с точки зрения общественного здравоохранения. Глобальные межотраслевые и межсекторальные подходы необходимы, но в то же время страны не должны чувствовать себя поставленными перед таким большим количеством задач, что они либо не будут предпринимать никаких действий, либо будут выбирать только самые легкие варианты. Когда лица, формирующие политику, принимают решения о том, какие меры следует предпринять, им необходимо принять во внимание целый ряд аспектов, например, с какими основными факторами риска они должны бороться, как обеспечить наиболее оптимальное соотношение между первичной, вторичной и третичной профилактикой, а также какие действия следует предпринимать для управления неопределенными рисками и обеспечения выполнимости принимаемых мер.

52. Европейская стратегия борьбы с неинфекционными болезнями должна вдохновлять и поддерживать страны, а не приводить их в замешательство. Государства-члены совершенно не нуждаются в том, чтобы у них появились дополнительные проблемы. Вместо этого стратегия должна помочь им внедрять и осуществлять подходы, которые им уже известны и в поддержку которых они уже высказались. Она должна идентифицировать те аспекты, которые пока что не известны, и указывать, где необходимо предпринять дополнительные усилия; она должна способствовать укреплению тех направлений работы, по которым мало что делается; и она должна помочь всем государствам-членам достичь по крайней мере минимального уровня функционирования в ключевых областях. В ней, однако, должны быть предусмотрены возможности для дополнительных действий в тех случаях, когда для этого имеются благоприятные условия.

53. В пользу принятия европейской стратегии борьбы с неинфекционными болезнями имеется множество аргументов. Благодаря этой стратегии будет подчеркнута важность этой проблемы для Европейского региона, а также необходимость политической поддержки для принятия приоритетных мер. В этой стратегии должны учитываться разнообразные условия, имеющиеся в рамках Региона, и она должна быть полезной для стран, имеющих различные уровни знаний и опыта. Она должна способствовать созданию поддерживающей инфраструктуры, полезной для государств-членов. Она должна помогать странам успешно решать эти проблемы с должным учетом их особенностей и стоящих перед ними задач и трудностей. Она позволит усилить то, что уже имеется, помогая странам выполнять уже взятые обязательства. Она принесет пользу всему Региону, что имеет большую важность для Европы, внутри которой все в большей степени исчезают государственные границы. Она даст возможность соединить уже имеющиеся структуры и системы, основываясь на принципах согласованности и синергизма, она послужит важным механизмом для усиления связей с Европейской комиссией, штаб-квартирой ВОЗ и другими международными организациями на

основе таких принципов, как достижение общих целей и гармоничная интеграция с глобальными и другими региональными стратегиями.

54. С концептуальной точки зрения, предлагаемая стратегия должна служить стратегической основой, при разработке которой были учтены все особенности Европейского региона. Поэтому в ней должны быть определены такие экономически эффективные меры, которые могли бы быть приняты уже сейчас всеми странами (даже странами со слабой ресурсной базой). При этом комплекс принимаемых мер может постепенно расширяться, с тем чтобы страны могли включать в него дополнительные меры, как только для этого появляются необходимые условия. Акцент при этом будет ставиться на том, чтобы создать комплекс интегрированных и экономически эффективных стратегий, и на том, чтобы помочь государствам-членам выбрать из них те, которые больше всего им подходят в конкретных условиях. Интенсификация действий в области первичной профилактики имеет огромное значение. Вместе с тем, необходимо также обеспечить в масштабах всего Региона более широкое использование уже известных эффективных методик и подходов, а также поставить акцент на тех аспектах, которым в последние годы не уделялось достаточно внимания, а именно: на вторичной и третичной профилактике, оптимальном ведении больных, рациональном управлении ресурсами системы здравоохранения. Стратегия должна быть нацелена на практические действия, обеспечивая при этом наиболее оптимальное соотношение функций, выполняемых странами и ВОЗ.

55. Огромную важность имеет процесс разработки стратегии. Он может иметь такую же важность, как сам конечный документ с описанием стратегии. Предполагается, что он будет основываться на участии всех задействованных сторон и обширных консультациях, в которых будут принимать участие государства-члены, представляющие части Европейского региона с различными условиями, а также партнеры, имеющие решающее значение для осуществления стратегии: неправительственные организации, ассоциации родителей, профессиональные ассоциации, другие соответствующие отрасли и сектора и международные организации, имеющие особую важность для Региона, такие, например, как Европейская комиссия. Для того чтобы поддержать процесс разработки стратегии и ее последующую реализацию, возможно потребуется создать те или иные механизмы и системы (в частности, может возникнуть необходимость в укреплении систем эпиднадзора).

56. В заключение следует отметить, что время для разработки европейской стратегии борьбы с неинфекционными болезнями уже назрело и что в пользу такой стратегии имеются очень сильные аргументы. Предполагается, что эта стратегия будет подготовлена к сессии Регионального комитета в 2006 г., так как при таком графике будет иметься достаточно времени для проведения широких консультаций и обсуждений с государствами-членами, для сбора фактических данных и опыта, для повышения осознания важности этой проблемы и для усиления сотрудничества с партнерами. Государствам-членам предлагается рассмотреть проект резолюции, содержащейся в документе EUR/RC54/Conf.Doc./3, принять подготовленный график работы и изложить свое мнение относительно предпочитаемого ими курса действий, концептуальных установок и приоритетов, имеющих значение для всего Европейского региона.

Библиография

1. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2002 г.* – Уменьшение риска и содействие здоровому образу жизни. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2002 г. (таблица на с. 162 и таблица 16 в Приложении на с. 232 – англ. текста)
2. Currie, C. et al (eds.) *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents series, no.4).
3. Wilkinson, R. Marmot, M (редакторы). *Социальные условия и здоровье – убедительные факты* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2003 г.

4. Mackenbach, JP. et al, Socioeconomic inequalities in cardiovascular disease mortality: an international study. *European Heart Journal*, 21(14): 1141–51, (2000).
5. European guidelines on CVD prevention. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*. (10), Supplement 1 (2003).
6. *Innovative care for chronic conditions. Building blocks for action*. Geneva, World Health Organization, 2002.
7. Davies, E. Higginson, IJ. eds. *Palliative care – the solid facts*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004.
8. *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. Geneva, World Health Organization, 2003.
9. *Системы здравоохранения против бедности*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2003 г.
10. *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).