



World Health Organization Organisation mondiale de la Santé

ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ Пункт 10.4 предварительной повестки дня
КОМИТЕТ
Сто первая сессия

ЕВ101/14
21 ноября 1997 г.

ПРОФИЛАКТИКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ И БОРЬБА С НИМИ

Доклад Генерального директора

В этом докладе рассматривается глобальная ситуация в отношении неинфекционных болезней, включая успехи в борьбе с ними. Акцент ставится на расширение мер общественного здравоохранения, включая интеграцию профилактических мер против основных факторов риска хронических болезней в медико-санитарной службе, и особенно в первичную медико-санитарную помощь, что доказало свою эффективность. Разработка и принятие политики здоровья для всех на двадцать первый век дает возможность предпринять действия по борьбе с неинфекционными болезнями в качестве высокоприоритетных.

"ГЛОБАЛЬНОЕ БРЕМЯ" НЕИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ: ВВЕДЕНИЕ И ОСНОВЫ ПОЛИТИКИ

1. На протяжении десятилетий ВОЗ возглавляла исследования и разработки в отношении мер общественного здравоохранения по борьбе с хроническими неинфекционными болезнями¹. Как предусмотрено, в ряде резолюций². Обзор, предпринятый Исполнительным советом в 1994 г., подтверждает значение профилактики и потребность в ней и поощряет правительства принимать национальную политику для профилактики и борьбы.

2. За последние 50 произошли замечательные улучшения в здоровье населения. Повышение доходов, улучшение питания и жилищных условий, лучшее образование и обеспечение элементарных мер общественного здравоохранения довели среднюю ожидаемую продолжительность жизни при рождении в развивающихся странах до 64 лет в 1990 г. К 2020 г. она может достичь 71. Однако "более длинная жизнь может стать наказанием, равно как и даром" (см. Доклад о состоянии здоровья в мире, 1997 г.). Большая продолжительность жизни, изменения в образе жизни благодаря мощному социально-экономическому развитию

¹ В данном докладе неинфекционные болезни включают хронические состояния, представляющие значение для общественного здравоохранения, а именно: сердечно-сосудистые болезни, некоторые онкологические заболевания, хронические неспецифические респираторные болезни, диабет, некоторые хронические скелетно-мышечные расстройства, психические расстройства и стоматологические болезни, имеющие один или более общих факторов риска (например, курение, вредная среда и нездоровый режим питания, злоупотребление алкоголем, отсутствие физической активности и стресс), которые могут осложнить существующую генетическую предрасположенность.

² См. особенно положения резолюций WHA29.66, WHA35.30, WHA36.32, WHA38.30, WHA42.35, WHA42.35, WHA42.36.

одновременно парадоксально способствует неинфекционным болезням, особенно расстройствам кровообращения и онкологическим болезням, и во многих отношениях им способствует международная коммуникация благодаря глобализации экономических тенденций, торговли, поездок и современных средств массовой информации.

3. Некоторые независимые оценки наиболее распространенных серьезных болезней стали доступными недавно (The Global Burden, Harvard, 1996; TDR/GEN/96.1; и Доклад о состоянии здоровья в мире, 1997 г.). В этих докладах содержится предупреждение о росте неинфекционных болезней и об их причинах, независимо от стран и социальных классов, неподготовленности правительств и недостаточности действий на международном уровне. Доклад о состоянии здоровья в мире за 1997 г. подчеркивает, что основные хронические неинфекционные болезни являются причиной почти половины оценочного числа в 52 миллиона смертей в 1996 г., т.е. примерно 67 в день. Они также являются причиной распространенной инвалидности и представляют нагрузку на экономические ресурсы во всем мире.

4. Неинфекционные болезни - это не только проблема богатых; на них приходится 40% всех смертей в развивающихся странах, где от них страдают более молодые люди, чем в развитых странах, - очень беспокойная тенденция. По мере роста покупательной способности в странах "со средним доходом" более низкие социальные группы населения подвергаются многочисленным факторам риска. Увеличение потребления табака и переход на "западные" рационы питания с высоким содержанием энергии, которые создают более высокий риск неинфекционных болезней, зачастую в загрязненной среде, происходят более быстро в развивающихся странах. "Эпидемиологический переход" с его двойным бременем инфекционных и неинфекционных болезней обычно явление во многих развивающихся странах, где примерно две трети болезней приходится на заболевания сердечно-сосудистой системы (64%), онкологические болезни (60%) и хронические обструктивные болезни легких (66%).

ПРОВЕРЕННЫЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРЫ

5. Многочисленные исследования, проведенные за последние 40 лет, выявили определенные факторы риска неинфекционных болезней и, таким образом, в пользу программ по сокращению таких рисков. К концу 1970-х годов демонстрационные программы в Европе и в Соединенных Штатах Америки убедительно показали, что такие риски могут быть снижены. Проект в Северной Карелии (Финляндия) продемонстрировал устойчивые эффекты на протяжении 20-летнего периода. Такие программы ВОЗ, как INTERHEALTH (интегрированная программа общинного здравоохранения) и CINDI (Интегрированные вмешательства в отношении неинфекционных болезней в масштабах всей страны) сопоставляют результаты в странах с различными схемами культурного и социоэкономического развития. На Маврикии на протяжении пяти лет наблюдается заметное сокращение в распространении гипертонии, повышенного содержания холестерина и курения; в Пекине и Тяньдзине в Китае наблюдались соответствующие положительные изменения в рационе питания и артериальном давлении; проект Чили показал, что можно предупреждать раннее курение среди школьников; во Франции закон Эвена привел к 10-процентному снижению употребления табака; изменения в ценообразовании на мясо и молочные продукты в Польше оказало четкое воздействие на показатели смерти от коронарной болезни сердца.

6. Имеется большой объем данных о таких воздействиях. В Северной Карелии опять же 60-процентное снижение смертности от коронарной болезни сердца среди населения среднего возраста в основном объясняется снижением трех главных рисков (холестерин, высокое артериальное давление, курение). Широкие контрольные исследования, например MONICA (Мониторинг сердечно-сосудистых болезней) подтверждают такие данные в более широком масштабе. Резкие снижения смертности от сердечно-сосудистых болезней в Австрии, Канаде, Финляндии, Новой Зеландии, Соединенных Штатах Америки и некоторых других странах связаны с изменением в уровнях риска параллельно с улучшением лечения.

7. Значительные завоевания в плане здоровья и качества жизни благодаря борьбе с неинфекционными болезнями и "подавлением заболеваемости", таким образом, практически возможны. В Докладе о состоянии здоровья в мире, 1997 г., также отмечается, что, несмотря на общее старение населения, не увеличивается серьезная инвалидность. Функциональная способность пожилых является важным фактором в затратах на социальную и медико-санитарную сферы. Профилактика неинфекционных болезней на базе общины в Финляндии в значительной мере вызвала шестилетнее увеличение средней ожидаемой продолжительности жизни за последние 25 лет, в ходе которых число людей, получающих пенсию по инвалидности из-за сердечно-сосудистых болезней, снизилось на 25%, ясно показывая, что такая профилактика и борьба обеспечивают крупные завоевания в области здоровья.

СТРУКТУРА ДЛЯ ДАЛЬНЕЙШИХ ДЕЙСТВИЙ

8. В результате эпидемиологических исследований и социальных исследований общин в различных частях мира были четко выявлены многочисленные факторы риска в распространении основных неинфекционных болезней и было установлено, что причина их возникновения связана с нездоровым образом жизни и загрязненной окружающей средой. Потенциальный риск можно определить уже в раннем детстве, что свидетельствует о том, что их предупреждение необходимо начинать в ранние годы жизни и продолжать в течение всего периода подросткового и зрелого возраста. Стратегия основана на значительном числе общих поддающихся изменению факторов риска, таких как потребление табака, высококалорийный рацион питания (особенно насыщенные жиры), алкоголь и недостаточная физическая активность (в последнее время в этот список добавлены стрессы и загрязнение окружающей среды); у взрослых они часто присутствуют в различных комбинациях. В развитых странах лишь одно курение является причиной 90% случаев рака легких, 75% случаев хронических обструктивных респираторных болезней и 25% случаев инфаркта миокарда. Высококалорийный рацион питания и малоподвижный образ жизни ведут к ожирению и ишемической болезни сердца, инсульту, некоторым формам рака, диабету и хронической ревматической болезни.

9. Первый принцип заключается в комплексном подходе, основанном на определении риска и детерминант здоровья, на которые можно оказывать положительное воздействие лишь в том случае, когда сектор здравоохранения и смежные сектора действуют согласованно. Сектор здравоохранения должен играть каталитическую роль и способствовать координации действий, которые являются многосекторальными, многодисциплинарными и осуществляются на уровне общины. Второй принцип заключается в более тесном взаимодействии и сотрудничестве служб здравоохранения при сосредоточении первичной медико-санитарной помощи на предупреждении или сокращении факторов риска. Первичная профилактика неинфекционных болезней, которая доступна всем странам, должна включать меры, касающиеся всего населения, и меры, касающиеся групп населения повышенного риска, - первые направлены на сокращение среднего уровня риска в общине, который имеет первостепенное значение и

дополняется стратегией лечения групп населения высокого риска, а последние направлены на группы населения высокого риска, обычно в связи с сочетанием факторов риска и/или в связи с тем, что уже имеется болезнь.

10. Широкая политика и стратегия, основанные на структуре общественного здравоохранения и службах по оказанию медико-санитарной помощи с хорошо продуманным соотношением вышеуказанных мер, а также укрепление здоровья, профилактика болезней, раннее обнаружение, лечение и реабилитация имеют существенное значение для разработки комплексной программы борьбы с неинфекционными болезнями на местном, национальном и региональном уровнях.

Основные элементы

11. Политика общественного здравоохранения. Предупреждение неинфекционных болезней и борьба с ними являются неотъемлемым компонентом устойчивого гуманитарного развития и общественного здравоохранения, поскольку в большинстве случаев преждевременная смертность поддается предупреждению, а заболеваемость возлагает огромное бремя на систему здравоохранения и социальную систему. На национальном уровне министерства здравоохранения играют каталитическую роль и должны сохранять свою способность определять политику страны в области здравоохранения и способствовать регулированию охраны здоровья и развития ресурсов здравоохранения, осуществляя мониторинг здоровья населения и качества медико-санитарной помощи в соответствии с имеющимися знаниями, опытом и мотивацией, а также отражая межсекторальные и многодисциплинарные функции на различных уровнях служб здравоохранения, как указано в Оттавской хартии по укреплению здоровья (1986 г.).

12. Сотрудничество и координация. Как затем подчеркнуто в Джакартской декларации (1997 г.), помимо предпринятия очень важных межсекторальных действий, существует как необходимость, так и возможность сотрудничества между министерствами здравоохранения, неправительственными организациями, частным сектором и группами населения. Неправительственные организации предлагают благоприятные возможности национального и международного характера для предпринятия продуманных усилий по выявлению общих моментов и по координации мероприятий в области предупреждения неинфекционных болезней и борьбы с ними. Международная "Инициатива по сохранению здорового сердца", изложенная в Викторианской декларации (1992 г.), является хорошим примером таких международных усилий по борьбе с сердечно-сосудистыми болезнями.

13. Переориентация служб здравоохранения и людские ресурсы. В контексте реформы сектора здравоохранения требуется осуществление двухцелевого подхода к вопросам предупреждения неинфекционных болезней: (1) новые функции общественного здравоохранения, направленные на решение проблем, связанных со структурой, существующей на уровне общины для предупреждения болезней и более тесного сотрудничества со службами по предоставлению медико-санитарной помощи; (2) опора на существующие службы для координации действий по профилактике и лечению, охватывающих весь период жизни, с оказанием поддержки программам укрепления здоровья в школе в целях создания моделей здорового питания и физических упражнений, а также предупреждения раннего появления привычек курения. Для конкретных групп риска в соответствующих протоколах лечения нефармакологическое воздействие должно сочетаться с эффективной с точки зрения затрат лекарственной терапией в отношении определенных болезней или условий, которым уделяется

первостепенное внимание, особенно в развивающихся странах, где ограничены лекарственные средства. Работники медико-санитарной помощи должны улучшать свои знания и навыки общения посредством подготовки по вопросам профилактики, прежде всего в результате непрерывного образования. Однако более прагматическое внедрение элементов общественного здравоохранения в систему начального и продвинутого медицинского образования и образования медицинских сестер должно быть одной из целей реформы. Такой комплексный подход в отношении основных функций сектора здравоохранения постепенно будет принимать устойчивый характер.

14. Эпиднадзор, мониторинг и оценка. База данных, в которой установлены нормы и стандарты, является существенным компонентом программ борьбы с неинфекционными болезнями для обеспечения планирования, мониторинга и оценки, а также для обеспечения обратной связи. Требуется больше времени для изменения коэффициентов заболеваемости неинфекционными болезнями, чем инфекционными болезнями. Поэтому необходимо определить факторы риска и показатели для измерения степени такого изменения, позволяющего осуществлять корректировку программ в процессе их осуществления. Неоценимое значение имеет опыт ВОЗ в создании надежных показателей для проведения оценки тенденций и сравнения опыта стран.

15. Применение данных и определение потребностей в области научных исследований. В целях дополнения существующих данных требуется проведение оперативных исследований, касающихся более эффективной поддержки службами здравоохранения программ, осуществляемых в общине, более эффективно действующих групп первичной медико-санитарной помощи, эффективных с точки зрения затрат клинических мер по сокращению риска, а также лечения случаев заболевания. Требуется также проведение дальнейших исследований, касающихся неинфекционных болезней у женщин, у пожилых и престарелых, а также генетической предрасположенности и резистенции к болезни.

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ДЕЙСТВИЯ И РОЛЬ ВОЗ

16. До настоящего времени меры по предупреждению неинфекционных болезней и борьбе с ними были ограничены из-за фрагментарного характера деятельности отдельных государств-членов. Требуются глобальные действия для дополнения таких усилий и, в случае необходимости, для содействия организации программ, поскольку многие факторы риска носят международный характер, такие как риск, возникающий в результате содействия торговле табачными изделиями или способствующими ожирению продуктами питания, не говоря уже о риске, связанном с загрязнением окружающей среды. ВОЗ мобилизовала международное сообщество, установив стандарты и нормы действий, направленных против сердечно-сосудистых болезней, рака, диабета, хронических ревматических болезней и нарушений гигиены ротовой полости, а также действий в области эпидемиологии, профилактики и лечения.

17. Учитывая это возрастающее бремя, ВОЗ должна занять лидирующее место в международном сотрудничестве в борьбе против неинфекционных болезней. Используя имеющиеся в ее распоряжении ресурсы и возможности для сотрудничества, ей необходимо поддерживать и координировать усилия по: (1) расширению региональных сетей сотрудничества в целях содействия комплексному подходу в области профилактики неинфекционных болезней и борьбы с ними; (2) разработке и, в случае необходимости, пересмотру норм и стандартов; и (3) укреплению технического потенциала в государствах-

членах для разработки политики и программ, а также для перехода от научно-исследовательских и демонстрационных проектов к комплексным национальным программам.

ДЕЙСТВИЯ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА

18. Исполнительный комитет, возможно, пожелает рекомендовать Генеральному директору создать план действий по предупреждению неинфекционных болезней и борьбе с ними в целях оказания поддержки государствам-членам в осуществлении практически реализуемых и эффективных программ; предложить Генеральному директору оказывать содействие и поддержку в разработке глобальной, национальной и местной систем эпиднадзора; и в качестве неотложной меры укрепить потенциал для осуществления таких мер.

= = =