



# Генеральная Ассамблея

Distr.: General  
19 May 2011  
Russian  
Original: English

**Шестьдесят шестая сессия**  
**Пункт 117 первоначального перечня\***  
**Последующие меры по итогам**  
**Саммита тысячелетия**

## **Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними**

### **Доклад Генерального секретаря**

#### *Резюме*

Неинфекционные заболевания представляют собой новую область борьбы за улучшение состояния здоровья в мире. По всему миру увеличение числа таких заболеваний означает, что они вызывают большее количество смертных случаев, чем все другие причины, взятые вместе.

Главными неинфекционными заболеваниями, обычно известными как хронические заболевания или болезни, связанные с образом жизни, являются сердечно-сосудистые болезни, диабет, раковые заболевания и хронические респираторные заболевания. В то время как международное сообщество сосредоточило внимание на таких инфекционных болезнях, как ВИЧ/СПИД, малярия и туберкулез, четыре главных неинфекционных заболевания возникли относительно незаметно в развивающемся мире и сейчас становятся глобальной эпидемией. Однако можно существенно уменьшить и предотвратить такие заболевания, спасти миллионы жизней и избежать невыразимых страданий посредством

\* A/66/50.

*Примечание.* В центре внимания настоящего доклада находятся четыре группы заболеваний, охваченных Глобальной стратегией по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними: сердечно-сосудистые заболевания, раковые заболевания, диабет и хронические заболевания легких, которые в значительной мере вызываются четырьмя совместными поведенческими факторами риска. Эти же моменты находятся в фокусе резолюции 64/265 Генеральной Ассамблеи. Более широкие рамки неинфекционных заболеваний включают также такие патологические состояния, как желудочно-кишечные болезни, болезни почек, неврологические и психические нарушения. На эти болезни приходится значительная часть глобального бремени заболеваний. Хотя они не затрагиваются конкретно содержанием и сутью настоящего доклада, многие из изложенных подходов и возможностей для борьбы с неинфекционными заболеваниями также имеют непосредственное отношение к указанным болезням.



вом испытанных и доступных мер, многие из которых дополняют уже осуществляемые глобальные усилия в области здравоохранения. Знания и технология для борьбы с возникновением и последствиями неинфекционных заболеваний уже существуют. Настало время действовать, дабы спасти будущие поколения от вреда для здоровья и социально-экономического вреда таких заболеваний.

В 2008 году от неинфекционных заболеваний умерло 36 миллионов людей, что составляет 63 процента от 57 миллионов людей, умерших в том году во всем мире. В 2030 году, согласно прогнозам, такие болезни унесут жизни 52 миллионов человек. Однако демографические показатели потерянных жизней не совсем очевидны; люди, страдающие от неинфекционных заболеваний, часто умирают молодыми: ежегодно 9 миллионов человек умирают в возрасте моложе 60 лет. Эта эпидемия разжигается сочетанием усиливающихся факторов риска, к которым относятся использование табака, нездоровый режим питания, отсутствие физической активности и пагубное злоупотребление алкоголем. Четыре главные неинфекционные болезни, разделяющие эти факторы риска, вызывают почти 80 процентов смертей от общего количества смертных случаев, связанных с такими болезнями.

Неинфекционные болезни сильнее всего воздействуют на развивающийся мир и на группы населения с более низкими уровнями доходов. Существуют весомые доказательства связи нищеты, отсутствия образования и других социальных детерминантов с такими болезнями и их факторами риска. Эпидемия создает порочный цикл, когда неинфекционные болезни и их факторы риска усугубляют нищету, а нищета приводит к увеличению количества таких болезней. Профилактика неинфекционных болезней уменьшит нищету, особенно потому, что большинство расходов на лечение в странах с низкими и средними уровнями доходов оплачивается частным порядком или системами здравоохранения за наличный расчет. В то же время, вследствие серьезности заболеваний, потери трудоспособности и преждевременной смерти, к которым они приводят, и требующегося длительного ухода неинфекционные болезни снижают производительность и увеличивают затраты на здравоохранение, тем самым ослабляя национальное экономическое развитие.

Хотя традиционно неинфекционные заболевания затрагивали в основном группы населения с высокими доходами, сейчас имеются доказательства, показывающие, что распространение таких болезней связано с увеличивающимися уровнями развития. Число людей, умирающих от неинфекционных заболеваний или страдающих ими, сейчас превосходит число случаев инфекционных заболеваний во всех регионах, за исключением Африки, где количество таких заболеваний быстро растет. К 2030 году, согласно прогнозам, неинфекционные заболевания будут вызывать в пять раз больше смертей, чем инфекционные болезни, во всем мире, включая страны с низкими и средними уровнями доходов.

Время неинфекционных болезней в странах с низкими и средними уровнями доходов выходит за рамки того, что в этих странах проживает наибольшая часть населения мира. Незапланированная урбанизация, стареющее население и глобализация торговли и товарного маркетинга, особенно в том, что касается табака, алкоголя и продовольствия, приводят к усилению факторов риска таких болезней. Отсутствие потенциала в области здравоохранения и систем социальной защиты в странах с более низкими уровнями доходов означает более высокую вероятность того, что люди будут заболевать неинфекционными болезнями и умирать от них в более молодом возрасте.

Более того, воздействие эпидемии неинфекционных заболеваний на состояние здоровья и их социально-экономические последствия затрудняют достижение целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, которые далеки от показателей, установленных во многих странах. В особенности это относится к целям 4 и 5, касающимся охраны здоровья женщин и детей, которые неразрывно связаны с неинфекционными заболеваниями, в частности потому, что плохое питание во время беременности и на раннем этапе жизни вызывает предрасположенность к высокому кровяному давлению, болезням сердца и диабету на более поздних этапах жизни.

Однако последствия неинфекционных заболеваний можно предотвратить за счет подхода, включающего эффективные с точки зрения затрат, охватывающие все население медико-санитарные меры для устранения факторов риска, известные как «лучшие покупки» в области общественного здравоохранения, и меры первичного медицинского обслуживания для лечения тех, кто заразился этими болезнями или находится под высокой угрозой заражения ими. Повсеместное осуществление таких мер, которые требуют скромных инвестиций, может привести к быстрым успехам в борьбе с последствиями неинфекционных болезней.

«Лучшие покупки» в плане мер по охвату всего населения включают меры по борьбе с табаком, такие как повышение налогов и запрещение рекламирования табачных изделий и курения в общественных местах; повышение налогов на алкоголь и введение в силу запретов на рекламу алкоголя; уменьшение потребления соли; замена транс-жиров в продуктах питания полиненасыщенными жирами; стимулирование понимания общественностью важности режима питания и физической активности; и обеспечение вакцинации против гепатита В. Первичная медицинская помощь включает консультации, множественную лекарственную терапию и осмотр и раннее лечение рака шейки матки и груди.

Препятствий много, но моральная, социальная и экономическая императива ясна. В настоящее время имеется беспрецедентная способность критически проанализировать слабости и возможности в развертываемой битве за профилактику неинфекционных заболеваний и борьбу с ними. На протяжении всех прений по поводу наилучших политических и программных действий необходимо помнить о том, что медицинские и социально-экономические последствия таких заболеваний в значительной мере предотвратимы и что основа общественного здравоохранения в виде исследований и технических навыков, необходимых для прогресса, является прочной.

Ниже изложены пять рекомендаций для достижения прогресса:

а) самые большие сокращения в плане неинфекционных заболеваний будут вытекать из цельного правительственного подхода к принятию охватывающих все население мер по устранению факторов риска. Такие меры могут быть осуществлены посредством скромных и экономически эффективных капиталовложений;

б) последовательные меры в сфере первичной медицинской помощи, включая приоритизированные пакеты абсолютно необходимых мер вмешательства, наряду с паллиативным и долговременным уходом, должны осуществляться в интересах тех, кто уже страдает от неинфекционных заболеваний и кто находится под большой угрозой заражения ими. Многие из медико-санитарных мер могут — с небольшими затратами — поддерживаться общественной политикой по вопросам здравоохранения;

с) борьба с неинфекционными заболеваниями требует укрепления потенциала государств-членов по наблюдению за такими заболеваниями, их факторами риска и детерминантами, особенно в странах с более низкими доходами и включая социальные данные, дезагрегированные, например, по признаку пола;

д) уроки, извлеченные из национальных программ, касающихся ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии, в странах с низкими и средними уровнями доходов должны использоваться для эффективной интеграции инициатив в области инфекционных и неинфекционных болезней;

е) профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними должны пользоваться первоочередным вниманием, и соответствующие обязательства должны быть приняты на самых высоких уровнях правительств, частного сектора, гражданского общества, Организации Объединенных Наций и международных организаций, которые должны работать все вместе.

## I. Введение

1. Настоящий доклад подготовлен в ответ на резолюции 64/265 и 65/238 Генеральной Ассамблеи. В нем рассматривается нынешнее положение дел в сфере неинфекционных заболеваний, обрисовывается то бремя, которое они накладывают на состояние здоровья населения мира и социально-экономическое развитие, и выносятся рекомендации относительно борьбы с такими болезнями посредством отслеживания их тенденций, активизации мер по уменьшению факторов риска, укрепления систем и служб здравоохранения и улучшения доступа к медицинской помощи. Данные относительно бремени неинфекционных заболеваний и стратегий по их профилактике и борьбе с ними основаны на докладе Всемирной организации здравоохранения под названием *Global Status Report on Non-communicable Diseases 2010* («Доклад о положении дел в мире в сфере неинфекционных заболеваний, 2010 год»)<sup>1</sup>.

2. Глобальные инициативы по решению проблемы неинфекционных заболеваний начались в 2000 году с принятия Всемирной ассамблеей здравоохранения ее резолюции 53.17, в которой Ассамблея одобрила глобальную стратегию по профилактике таких заболеваний и борьбе с ними<sup>2</sup>. Эта стратегия зиждется на трех столпах: наблюдение, первичная профилактика и усиленная медицинская помощь. С 2000 года Всемирная ассамблея здравоохранения приняла несколько резолюций в поддержку конкретных инструментов глобальной страте-

<sup>1</sup> Имеется по адресу [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf).

<sup>2</sup> Имеется по адресу [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA53/ea14.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/ea14.pdf).

гии, включая Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака в 2003 году, Глобальную стратегию в области режима питания, физической активности и здоровья в 2004 году и Глобальную стратегию сокращения вредного употребления алкоголя в 2010 году. В 2008 году Ассамблея одобрила План действий на 2008–2013 годы по реализации Глобальной стратегии по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. План действий имеет шесть целей с уделением особого внимания странам с низкими и средними уровнями доходов и уязвимым группам населения. Он включает набор действий, которые — при условии их коллективного осуществления государствами-членами, международными партнерами и секретариатом — будут содействовать борьбе с растущим бременем для общественного здравоохранения, налагаемым неинфекционными заболеваниями. Его шесть целей включают повышение приоритета, придаваемого инфекционным болезням в работе в области развития на глобальном и национальном уровнях, и интеграцию профилактики таких болезней и борьбы с ними в политику всех департаментов правительства; разработку и укрепление национальной политики и планов; содействие мероприятиям по сокращению факторов риска, главным образом употребления табака, нездорового питания, отсутствия физической активности и вредного употребления алкоголя; содействие научным исследованиям; укрепление партнерских связей; и мониторинг неинфекционных заболеваний и их детерминантов и оценку прогресса на национальном, региональном и глобальном уровнях.

## II. Растущая эпидемия

3. Из 57 миллионов человек, умерших в мире в 2008 году, 36 миллионов, или 63 процента, умерли вследствие неинфекционных заболеваний, главным образом сердечно-сосудистых болезней, диабета, раковых болезней и хронических респираторных болезней<sup>3</sup>. Общее количество смертей от неинфекционных заболеваний, согласно прогнозам, вырастет до 52 миллионов в 2030 году. Стремительно растущие масштабы таких заболеваний объясняются отчасти старением населения, негативным воздействием урбанизации и глобализацией торговли и маркетинга. Они усугубляются неослабным ростом факторов риска, связанных с неинфекционными заболеваниями, а именно употреблением табака, нездоровым режимом питания, отсутствием физической активности и злоупотреблением алкоголем, особенно в странах с низкими и средними уровнями доходов.

### A. Скрытые, непонятые и недоучитываемые

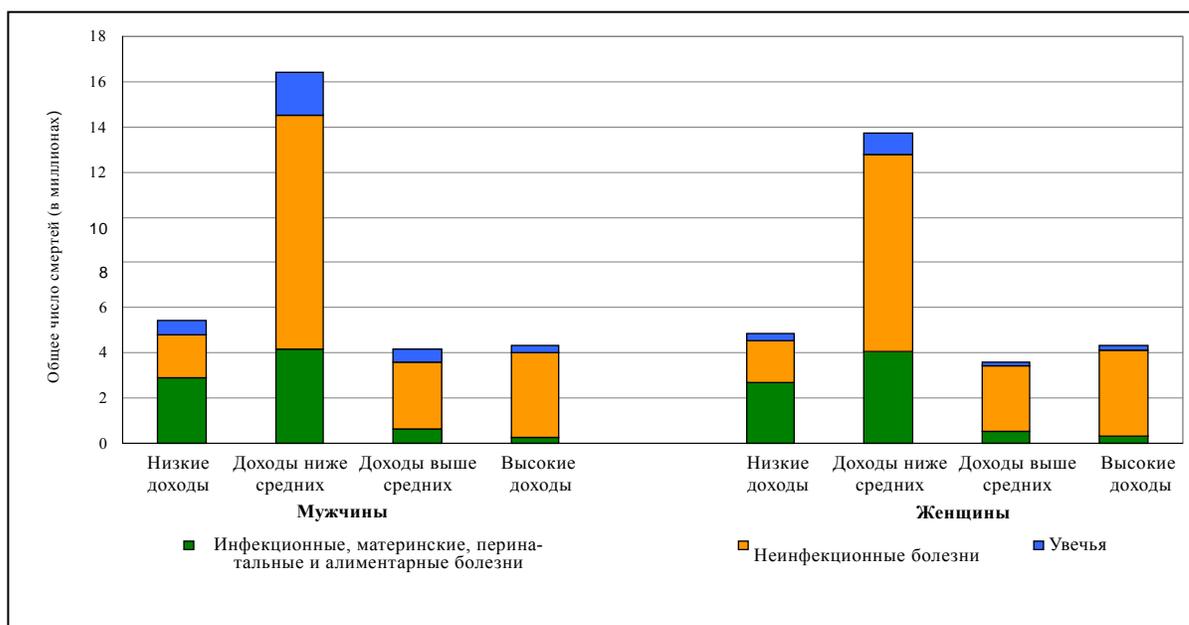
4. В то время как международное сообщество активизировало усилия по борьбе с такими инфекционными болезнями, как ВИЧ/СПИД, малярия и туберкулез, растущее бремя неинфекционных заболеваний возникло относительно незаметно в развивающемся мире. Сегодня бремя неинфекционных заболеваний в странах с низкими и средними уровнями доходов превышает такое бремя в странах с высокими доходами. Хотя, согласно бытующему мнению, неинфекционные заболевания сказываются сильнее всего на группах населения

<sup>3</sup> A. Alwan et al. "Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries". *The Lancet* (2010).

с высокими доходами, почти 80 процентов случаев смерти от неинфекционных заболеваний происходят в развивающихся странах. Неинфекционные болезни являются самой частой причиной смерти во всех регионах мира, за исключением Африки (см. диаграмму I), где такие болезни стремительно растут и, по прогнозам, вызовут на три четверти больше смертей, чем инфекционные, материнские, перинатальные и алиментарные болезни, к 2020 году и превзойдут их в качестве самой распространенной причины смерти к 2030 году.

Диаграмма I

**Общее число смертей по широким группам причин, группам доходов Всемирного банка и по признаку пола, 2008 год**



Источник: WHO, The Global Status Report on Non-communicable Diseases 2010.

5. В странах с низкими и средними уровнями доходов неинфекционные заболевания будут вызывать почти в пять раз больше смертей, чем инфекционные болезни, к 2030 году. Свыше 80 процентов смертей от сердечно-сосудистых болезней и диабета, почти 90 процентов смертей от хронических обструктивных болезней легких и более двух третей всех смертей от раковых болезней происходят в странах с низкими и средними уровнями доходов. Предполагаемое процентное увеличение частотности раковых заболеваний к 2030 году по сравнению с 2008 годом будет более значительным в странах с низкими доходами (82 процента) и доходами ниже средних (70 процентов), чем в странах с доходами выше средних (58 процентов) и с высокими доходами (40 процентов).

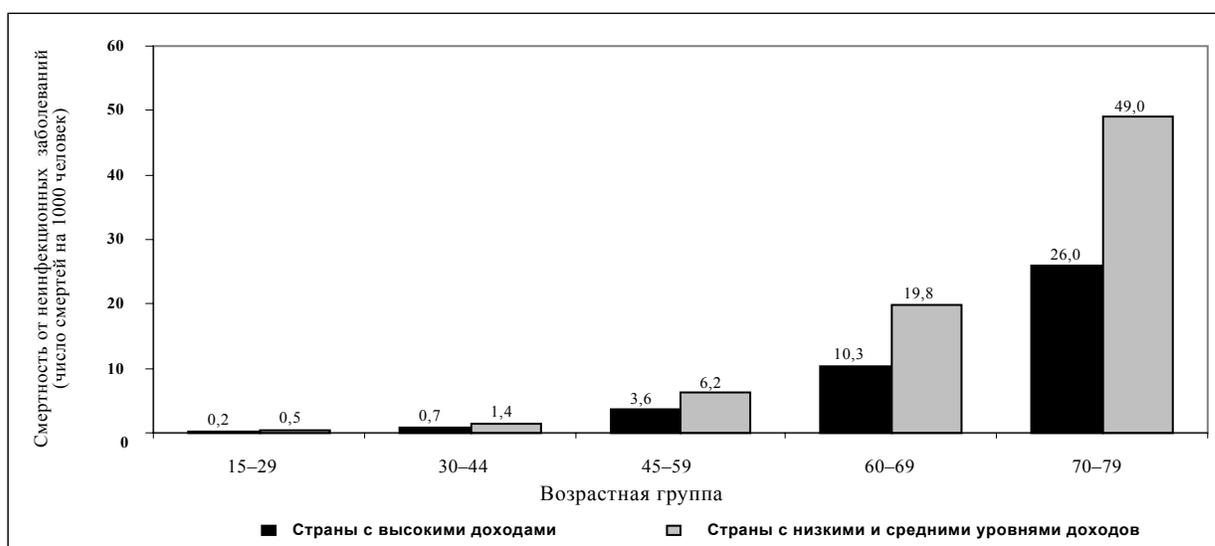
6. Большая доля смертей, вызванных неинфекционными заболеваниями, в странах с низкими и средними доходами является результатом не только того, что эти страны имеют самое большое население. Урбанизация и глобализация

торговли и товарного маркетинга, особенно в том, что касается табака, продовольствия и алкоголя, приводят к усилению факторов риска таких болезней в развивающемся мире. Отсутствие потенциала в области здравоохранения и систем социальной защиты в странах с более низкими уровнями доходов означает более высокую вероятность того, что люди будут заболеть неинфекционными болезнями и умирать от них в более молодом возрасте.

7. Как видно из диаграммы II, смертность от неинфекционных заболеваний выше в странах с низкими и средними уровнями доходов, чем в странах с высокими доходами, по всем возрастным группам.

Диаграмма II

**Смертность от неинфекционных заболеваний в странах с высокими доходами и в странах с низкими и средними уровнями доходов в 2008 году**



Источник: WHO, The Global Burden of Disease: 2004 Update.

8. Страны с доходами ниже и выше средних имеют более высокие показатели детского ожирения, чем страны с высокими доходами, а самый высокий коэффициент курящих мужчин отмечается в странах с доходами ниже средних. Самые большие показатели высокого кровяного давления зарегистрированы в Африке. Процентная доля глобального бремени раковых болезней, объясняемых несколькими поддающимися лечению хроническими инфекциями, значительно выше в странах с низкими доходами, чем в странах с высокими доходами.

9. Несмотря на доказательства глобальной эпидемии, неинфекционные болезни до сих пор не рассматриваются разработчиками политики или общественностью как один из глобальных приоритетов в области здравоохранения. Поскольку эти болезни являются распространенными, а их факторы риска — повсеместными, многие не понимают то бремя, которое такие болезни накладывают на население развивающегося мира. Возможно, потому, что факторы

риска таких болезней и других заболеваний являются частью повседневной жизни, многие люди не видят этой эпидемии или не осознают, что в значительной мере она предотвратима.

## **В. Нынешние и будущие риски для здоровья**

10. Сердечно-сосудистые заболевания вызывают самую большую долю смертей от неинфекционных болезней в возрасте до 70 лет (39 процентов), а за ними следуют раковые болезни (27 процентов). Вместе с хроническими респираторными заболеваниями и диабетом они вызывают почти 80 процентов смертей от неинфекционных болезней.

11. Преждевременная смерть является важным соображением при оценке воздействия неинфекционных заболеваний на то или иное население, и примерно 44 процента всех смертей, связанных с неинфекционными заболеваниями, происходят в возрасте до 70 лет. В странах с низкими и средними уровнями доходов более высокая доля (48 процентов) всех смертей от таких болезней, по оценкам, происходит среди людей в возрасте до 70 лет в сравнении со странами с высокими доходами (26 процентов). Различия являются еще более заметными в более молодом возрасте: в странах с низкими и средними уровнями доходов 29 процентов всех смертей от неинфекционных заболеваний происходят среди людей в возрасте 60 лет по сравнению с всего лишь 13 процентами в странах с высокими доходами.

12. Хотя смертность от сердечно-сосудистых заболеваний уменьшилась в нескольких развитых странах вследствие мер профилактики и лечения, во всех странах с низкими и средними уровнями доходов, где такие меры не принимаются, сердечно-сосудистые болезни будут продолжать резко возрастать в предстоящие десятилетия, приводя к преждевременным инфарктам и инсультам, поражающим людей в их экономически продуктивные годы.

13. Согласно прогнозам, рак будет все более значительной причиной смерти и болезни в предстоящие десятилетия во всех регионах мира. Предсказуемые изменения в демографической картине народонаселения в следующие два десятилетия означают, что предполагаемая частотность, а именно 12,7 миллиона новых случаев заболевания раком в 2008 году, вырастет до 21,4 миллиона к 2030 году, причем почти две трети всех раковых заболеваний будут диагностироваться в странах с низкими и средними уровнями доходов.

14. Исходя из доклада Всемирной организации здравоохранения *Global Status Report on Non-communicable Diseases 2010* («Доклад о положении дел в мире в сфере неинфекционных заболеваний, 2010 год»), общая распространенность случаев высокого кровяного давления среди взрослых людей в возрасте 25 лет и выше составляла примерно 40 процентов в 2008 году, и более высокие показатели отмечались в странах с более низкими уровнями доходов. Если не будет принято никаких мер, более 80 процентов смертных случаев в мире, связанных с употреблением табачных изделий, будут приходиться на страны с низкими и средними уровнями доходов к 2030 году. Ежегодное количество смертей, связанных с табаком, увеличится, согласно прогнозам, с 6 миллионов сегодня до 8 миллионов в 2030 году, что будет составлять 10 процентов всех смертей в указанном году. По мере расширения автоматизации на рабочем месте и дома, отсутствие физической активности, как предполагается, будет также увеличи-

ваться. В некоторых регионах более 40 процентов взрослых людей, в особенности женщин, недостаточно активны.

15. Более того, усиливающаяся глобализация и индустриализация продовольственной цепи ведет к растущему потреблению переработанных пищевых продуктов, что приводит к резкому увеличению насыщенных жиров, транс-жиров, соли и сахара-рафинада в режиме питания. Количество младенцев и маленьких детей с излишним весом неуклонно растет в последние десятилетия и, как ожидается, будет продолжать расти. Хотя наибольшая доля младенцев и маленьких детей с излишним весом отмечается в группе с доходами выше средних, наиболее быстрые темпы роста их числа наблюдаются в группе с доходами ниже средних. В 2008 году 35 процентов взрослых будут иметь лишний вес. По всему миру, согласно оценкам, 2,8 миллиона людей умирают ежегодно по причине излишнего веса. Количество случаев ожирения в мире почти удвоилось за период с 1980 по 2008 год. В некоторых регионах, таких как Европа, Восточное Средиземноморье и Американский континент, более 50 процентов женщин имеют излишки веса.

16. Злоупотребление алкоголем приводит к исключительно высоким потерям во все большем числе стран со средними уровнями доходов. В некоторых регионах один из пяти случаев смерти среди мужчин объясняется злоупотреблением алкоголем, и почти половина всех связанных с алкоголем смертей вызываются неинфекционными заболеваниями.

17. Что касается профессиональных рисков, то, согласно Международной организации труда, примерно 1,4 миллиона смертей от неинфекционных болезней объясняются факторами, включая подверженность рискам на рабочем месте.

### **С. Неинфекционные заболевания в других контекстах**

18. Гендерная перспектива крайне важна для понимания разницы между мужчинами и женщинами в рисках заболеваемости и смертности по причине неинфекционных болезней. В 2008 году такие болезни убили 4,9 миллиона мужчин и 3,3 миллиона женщин в возрасте от 15 до 59 лет по всему миру. Больше женщин в возрасте от 15 до 59 лет умирают от неинфекционных заболеваний в Африке, чем в странах с высокими доходами.

19. Опасность смерти мужчин от неинфекционных заболеваний превышает риск, существующий для женщин, во всех возрастных группах, и это явление объясняется большей подверженностью мужчин факторам риска, таким как табак и злоупотребление алкоголем, равно как и более низким коэффициентом использования ими профилактики заболеваний и их более слабыми социальными связями по отношению к женщинам. Тенденции в других факторах риска, однако, указывают также на растущее бремя таких болезней среди женщин. Женщины обычно бывают менее активными в физическом плане, чем мужчины, больше склонны к ожирению и в некоторых группах населения начинают курить тревожными темпами. В некоторых развитых странах показатели смертности от рака легких растут быстрее среди женщин, чем среди мужчин, что отражает более позднее увлечение женщин табаком по сравнению с мужчинами. Это наводит на мысль о том, что гендерный разрыв в смертности от неинфекционных заболеваний может сузиться в будущем. В этом отношении

следует уделять больше внимания гендерному подходу, основанному на точных данных с разбивкой по признаку пола.

20. Неинфекционные болезни и факторы риска также оказывают существенное воздействие на здоровье матери и ребенка. Недостаточное питание в утробе и низкая масса тела при рождении, особенно распространенные среди групп населения с низкими доходами, повышают опасность сердечно-сосудистых заболеваний и диабета. Растущее число случаев гипертонии, диабета и гестационного диабета усугубляют пагубные последствия при беременности и в плане здоровья матери. Улучшение материнского здоровья и питания играет важную роль в деле уменьшения опасности дальнейшего развития неинфекционных заболеваний среди потомства.

### **III. Социально-экономические последствия**

21. Эпидемия неинфекционных заболеваний вызывает серьезные социально-экономические последствия, усугубляя обнищание отдельных лиц и домохозяйств и препятствуя развитию человека и экономическому развитию. Как было упомянуто выше, распределение и воздействие неинфекционных заболеваний и их факторов риска являются в высшей степени неравномерными и налагают непропорционально тяжелое бремя на страны и группы населения с низкими и средними уровнями доходов. Поскольку нищета тесно связана с неинфекционными заболеваниями, растущая эпидемия таких болезней, как предсказывают, будет мешать инициативам по сокращению масштабов нищеты в странах и общинах с низкими доходами.

#### **A. Воздействие на социальное развитие и развитие человека**

22. Имеются весомые доказательства, связывающие нищету, отсутствие образования и другие формы социального неравенства с неинфекционными заболеваниями и их факторами риска. Например, в странах с высокими доходами:

- отсутствие физической активности, ежедневное курение и регулярное потребление алкоголя, как было установлено, преобладают в наибольшей степени среди мужчин и женщин с самым низким уровнем образования. Дополнительные четыре года школьного обучения ассоциировались с более низкой опасностью сердечных заболеваний и диабета;
- работники физического труда имеют существенно более высокие уровни раковых заболеваний, а женщины среди таких работников чаще страдают от метаболического синдрома, чем женщины из числа служащих;
- ожирение больше распространено среди женщин с более низкими уровнями доходов;
- болезни сердца и диабет больше распространены среди иммигрантов и коренных народов в определенных странах.

23. В странах с низкими и средними уровнями доходов все большее число исследований указывают на связь между неинфекционными заболеваниями и социальными детерминантами:

- использование табака, гипертония, отсутствие физической активности и употребление алкоголя гораздо больше распространены среди людей с более низкими уровнями образования;
- более низкие уровни образования и проживание в городах ассоциируются с более высокой опасностью диабета;
- коэффициенты смертности от сердечно-сосудистых заболеваний снизились среди образованных людей по сравнению с людьми, не имеющими формального образования;
- бедные люди с большей степенью вероятности курят и в большей мере подвержены угрозе ряда факторов риска неинфекционных заболеваний, включая пассивное курение и злоупотребление алкоголем, а также страдают от астмы.

## В. Воздействие на доходы домохозяйств

24. Неинфекционные заболевания приводят к потере доходов домохозяйств вследствие нездорового уклада жизни, слабой физической способности, длительного лечения и больших расходов на медицинскую помощь.

Диаграмма III

**Порочный круг: нищета способствует неинфекционным заболеваниям, а неинфекционные заболевания способствуют нищете**



Источник: Global Status Report on Non-communicable Diseases 2010, p. 35.

25. С точки зрения факторов риска табак представляет особую проблему. Люди во многих малообеспеченных домохозяйствах тратят гораздо большую долю

своих семейных бюджетов на табак, чем обеспеченные домохозяйства. Это приводит к уменьшению расходов домохозяйств на другие важные нужды, в особенности на образование и медицинское обслуживание. На алкоголь может также уходить немалая часть семейных расходов.

26. Слабая физическая способность в результате неинфекционных заболеваний часто мешает людям работать или искать работу, тем самым сокращая доходы домохозяйств. Ежегодные потери доходов от таких заболеваний вследствие дней, проведенных в больном состоянии или потраченных на уход за больными, составили примерно 23 млрд. долл. США (0,7 процента валового внутреннего продукта) в Индии в 2004 году.

27. Лечение сердечно-сосудистых и раковых заболеваний, диабета и хронических респираторных заболеваний может быстро истощать ресурсы домохозяйств, приводя к обнищанию семей. В *The World Health Report 2010* («Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 год») <sup>4</sup> Всемирной организации здравоохранения сказано, что ежегодно 100 миллионов человек оказываются в состоянии нищеты в силу того, что им самим приходится платить за медицинскую помощь. В докладе указывается, что плата наличными средствами составляет более 50 процентов от общих расходов на здравоохранение в ряде стран с низкими и средними уровнями доходов. Проведенный в нескольких странах обзор затрат на лекарства показал, что покупка по крайней мере одного лекарства для лечения сердечно-сосудистых заболеваний в среднем обходится в сумму, равную зарплатку за период от двух до восьми дней. Оплата расходов, связанных с диабетом, болезнями сердца и раковыми заболеваниями, может стоить малообеспеченным домохозяйством до одной трети их доходов и может приводить к бедственному заимствованию денег и к продаже имущества. Катастрофические расходы на госпитализацию выше в случае неинфекционных болезней, чем в случае инфекционных заболеваний.

### **С. Воздействие на экономическое развитие**

28. Неинфекционные заболевания стали важным компонентом расходов систем здравоохранения в развитых странах, а также в развивающемся мире. Примерные потери в национальных доходах от болезней сердца, инсульта и диабета в 2005 году оценивались в 18 млрд. долл. США в Китае, 11 млрд. долл. США в Российской Федерации, 9 млрд. долл. США в Индии и 3 млрд. долл. США в Бразилии. Расходы на здравоохранение и потери в продуктивности растут в большинстве развивающихся и развитых стран, независимо от численности населения, и потребляют все большую часть бюджетов. В регионе Латинской Америки и Карибского бассейна медицинские расходы в связи с диабетом оценивались в 65 млрд. долл. США ежегодно, что составляет от 2 до 4 процентов валового внутреннего продукта и от 8 до 15 процентов национальных бюджетов на цели здравоохранения. В Омане расходы на здравоохранение за период с 1995 по 2005 год возросли на 64 процента, главным образом вследствие неинфекционных заболеваний.

---

<sup>4</sup> WHO, *World Health Report: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage* (Geneva, 2010).

## **D. Воздействие на цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия**

29. Социально-экономические последствия неинфекционных заболеваний также сказываются на целях в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, которые далеки от показателей, установленных во многих странах.

30. Предотвращение неинфекционных заболеваний важно для достижения цели 1 (касающейся нищеты и голода), поскольку эти болезни отрицательно сказываются на производительности и семейных доходах и поскольку значительная часть доходов домохозяйств в странах с низкими уровнями доходов тратится на медицинскую помощь.

31. Что касается задачи 1с (сократить вдвое за период 1990–2015 годов долю населения, страдающего от голода), то ненадлежащее питание во время беременности связывается с мертворождениями и с преждевременными родами и усиливает риск гестационного диабета. Существует также немаловажная связь между питанием матери, состоянием здоровья плода и уязвимостью к сердечно-сосудистым заболеваниям и диабету на более поздних этапах жизни.

32. Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними могут также содействовать достижению цели 2 (всеобщее начальное образование), поскольку медицинские расходы в связи с неинфекционными заболеваниями, расходы на лекарства, табак и алкоголь поглощают семейные ресурсы, которые в ином случае могли бы использоваться для целей образования. Эта проблема стоит особенно остро в очень бедных семьях, которые могут достичь наибольших благ от образования их детей.

33. Существуют также тесные связи с целями 4 и 5 (здоровье ребенка и матери). Все более частые случаи гипертонии и гестационного диабета усиливают неблагоприятные итоги в том, что касается беременности и материнского здоровья. Диабет во время беременности создает серьезные угрозы как для женщины, так и для ребенка. Гестационным диабетом может страдать до 20 процентов населения, составляющего группу повышенного риска. Сообщаемая материнская смертность среди беременных женщин, страдающих от сахарного диабета 1-го типа, в 5–20 раз выше, чем среди женщин, не больных диабетом. Курение является дополнительным фактором риска для роста и развития плода. Более того, курящие матери будут скорее всего кормить грудью в течение менее продолжительного периода времени и будут иметь меньше молока и менее питательное молоко. Подверженность пассивному курению также усиливает риски детских респираторных инфекций, внезапной смерти младенца и астмы.

34. Растущее бремя неинфекционных заболеваний также создает угрозу для цели 6 (борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями), поскольку оно создает помехи для эффективной борьбы с туберкулезом. При анализе 22 стран, на которые приходится 80 процентов глобального бремени туберкулеза, диабет ассоциировался с 10 процентами случаев туберкулеза среди взрослых, курение — с 21 процентом и злоупотребление алкоголем — с 13 процентами. Курение имеет отношение к более 50 процентам случаев смерти от туберкулеза в Индии.

35. Цель 8, направленная на формирование глобального партнерства в целях развития, предусматривает обеспечение доступности недорогих основных лекарственных средств в развивающихся странах. Однако международные усилия по обеспечению доступности основных лекарственных средств часто бывают ориентированы на СПИД, туберкулез и малярию. В период, когда наибольшее число случаев плохого состояния здоровья и смерти вызываются неинфекционными заболеваниями, важно, чтобы необходимая медицинская помощь в связи с такими болезнями включалась в инициативы, касающиеся потребностей в области здравоохранения и развития.

#### **IV. Предотвращаемая эпидемия**

36. Способность бороться с эпидемией неинфекционных заболеваний уже существует, что может спасти миллионы жизней, предотвратить невыразимые страдания и уменьшить огромные расходы. Проблема заключается не в том, чтобы знать, как уменьшить такие заболевания; проблема заключается в отсутствии действий.

37. Самые большие сокращения в плане неинфекционных заболеваний будут вытекать из охватывающих все население мер по устранению факторов риска в виде употребления табака, нездорового режима питания, отсутствия физической активности и злоупотребления алкоголем. Такие меры являются мало затратными, экономически эффективными и даже доходоприносящими в некоторых случаях; они представляются особенно недорогими в сравнении с процедурами, необходимыми в случае пациентов с поздними стадиями болезни. Однако эффективные меры не осуществляются в широких масштабах в силу ряда факторов, включая недостаточную политическую приверженность, нехватку ресурсов, корыстные интересы важных групп населения и ограниченное задействование главных заинтересованных сторон.

38. Надлежащая медицинская помощь для людей, страдающих неинфекционными болезнями, будет уменьшать осложнения, потерю трудоспособности и преждевременную смерть. Однако такая медицинская помощь по-прежнему отсутствует или является недостаточной во многих ситуациях, и доступ к основным технологиям и спасающим жизнь лекарствам является ограниченным, особенно в странах с низкими и средними уровнями доходов.

39. Тесная связь с состоянием здоровья ребенка и матери и важность возникновения неинфекционных заболеваний на ранних этапах жизни требует, чтобы профилактические и лечебные мероприятия, связанные с такими болезнями, были интегрированы в программы по охране репродуктивного, материнского и детского здоровья, особенно на уровне первичного медико-санитарного обслуживания.

##### **A. Предотвращение причинных факторов и урегулирование детерминантов: многосекторная задача и реагирование**

40. Можно добиться быстрых успехов в борьбе с эпидемией неинфекционных заболеваний при незначительных инвестициях в практические меры. Что необходимо для широкомасштабного осуществления таких мер — это активное во-

влечение не относящихся к здравоохранению секторов и подход с охватом всего правительства, включая такие сектора, как образование, торговля, сельское хозяйство, продовольственная безопасность и окружающая среда.

41. К числу мер, которые следует принять сразу же, относятся «лучшие покупки» и «хорошие покупки». «Лучшая покупка» — это мера, которая является не только экономически рентабельной, но и дешевой, практически реализуемой и приемлемой в культурном отношении. «Хорошие покупки» — это другие мероприятия, которые могут обходиться несколько дороже или приносить чуть меньше результатов в плане улучшения здравоохранения, но которые все равно означают рациональное использование средств<sup>5</sup>. «Лучшие покупки» с точки зрения уменьшения факторов риска неинфекционных заболеваний включают:

- свободные от курения рабочие и общественные места;
- предупреждения об опасностях табака ;
- всеобъемлющий запрет на рекламу, пропаганду и спонсорство табака;
- повышение акцизных налогов на табак и алкоголь;
- ограничение доступа к алкоголю в розничной торговле;
- обеспечение запретов на рекламу алкоголя;
- уменьшение соли и сахара в фасованных и готовых пищевых продуктах и напитках;
- замену транс-жиров в продуктах питания полиненасыщенными жирами;
- стимулирование осознания общественностью важности режима питания и физической активности посредством просвещения и информации для потребителей, в том числе через средства массовой информации;
- обеспечение вакцинации против гепатита В.

42. Помимо «лучших покупок», существует много других эффективных с точки зрения затрат и недорогостоящих мер с охватом всего населения, которые могут уменьшать факторы риска неинфекционных заболеваний. Они включают лечение никотиновой зависимости, обеспечение исполнения законов о вождении в состоянии опьянения, пропаганду кормления грудью и дополнительного питания, ограничения на продажу продуктов питания и напитков с высоким содержанием соли, жиров и сахара, особенно для детей, и налоги и субсидии на продукты питания для стимулирования здорового режима питания.

43. Есть и другие предназначенные для охвата всего населения меры, сконцентрированные на профилактике раковых болезней. Почти 70 процентов случаев рака шейки матки поддаются профилактике, и вакцинация от папилломавируса человека, который является основной причиной рака шейки матки, является особенно эффективной. Профилактика посредством раннего обнаружения, как, например, обследование на выявление рака груди и рака шейки матки, может также быть эффективной в плане уменьшения бремени раковых заболеваний и количества смертных случаев.

<sup>5</sup> WHO, *Global Status Report on Non-communicable Diseases 2010* (Geneva, 2010).

44. Большинство мер с охватом всего населения должны проистекать из-за пределов сектора здравоохранения той или иной страны, а это требует много-секторных партнерств и учитывающего цели здравоохранения в любой политике подхода правительств. Например, «лучшие покупки» в плане повышения акцизных налогов на табак и алкоголь должны осуществляться правительственными учреждениями и директивными органами за пределами сектора здравоохранения. Аналогичным образом, кампании просвещения, сконцентрированные на более здоровом режиме питания и большей физической активности, не могут разрабатываться одним только сектором здравоохранения. Для достижения успеха такие усилия нуждаются в поддержке со стороны гражданского общества, академических кругов, неправительственных организаций и других субъектов.

45. Необходимо привлечь промышленность и частный сектор. Они играют крайне важную роль с точки зрения мер вмешательства для коррекции поведения всего населения. Например, важнейшее значение имеют инициативы пищевой промышленности по переходу к более здоровым продуктам питания и по осуществлению ответственного сбыта продукции. Владельцы пищевых предприятий и поставщики могут расширить наличие здоровых продуктов питания, включая фрукты, овощи и продукты с более низким содержанием насыщенных жиров и добавок сахара и соли. Сбытовики могут выполнять рекомендации против продажи продуктов и безалкогольных напитков детям.

## **В. Обеспечение необходимого медицинского обслуживания: укрепление потенциала системы здравоохранения и реагирования**

46. Долговременный характер многих неинфекционных болезней требует всеобъемлющего реагирования со стороны системы здравоохранения, объединяющего квалифицированные кадры с надлежащими навыками, доступные технологии, надежные поставки лекарственных средств, системы направления к специалистам и расширение прав и возможностей людей в плане ухода за собой — причем все это на протяжении длительного периода времени.

47. Чтобы повернуть вспять тенденции к росту числа неинфекционных заболеваний в странах с низкими и средними уровнями доходов, необходимо изменить нынешние подходы к борьбе с такими болезнями. В настоящее время главный подход системы здравоохранения в том, что касается таких болезней, во многих странах с низкими и средними доходами сосредоточен на больницах. В случае сердечно-сосудистых заболеваний и диабета значительная часть людей, относящихся к группе высокого риска, остаются недиагностированными, но даже те, кто был диагностирован, не имеют достаточного доступа к необходимой медицинской помощи на уровне первичного медико-санитарного обслуживания для предотвращения осложнений.

48. Когда неинфекционное заболевание диагностируется, часто это происходит на поздней стадии болезни, когда люди проявляют симптомы заболевания и госпитализируются с острыми нарушениями или долговременными осложнениями и потерей трудоспособности. Лечение болезней на поздней стадии обходится дорого, поскольку требуется использовать новейшие технологии.

49. В настоящее время во многих странах больные раком имеют ограниченный доступ — или не имеют никакого доступа — к уходу вследствие позднего диагноза, отсутствия квалифицированных онкологов и специализированного среднего медицинского персонала, а также отсутствия диагностических служб, таких как патологические службы, специального оборудования и лекарств. Радиотерапевтических служб в развивающихся странах недостаточно, и примерно 36 стран не имеют вообще никаких радиотерапевтических служб. Наличие перорального морфия и персонала, обученного методам паллиативного ухода, является ограниченным во многих странах с низкими и средними уровнями доходов, хотя эти услуги могут предоставляться по очень низким ценам.

50. Хотя укрепление систем здравоохранения должно быть конечной целью, необходимо принимать кратко- и среднесрочные меры в интересах людей, которые либо уже страдают от неинфекционных заболеваний, либо находятся под большой угрозой заражения ими. Такие меры должны приводить к созданию приоритизированных пакетов недорогостоящих и эффективных основных мероприятий на уровне первичной медицинской помощи. Программы лечения неинфекционных заболеваний могут еще больше выиграть от большего вовлечения общин, признания проблемы и индивидуальной самопомощи.

### **С. Оценка потенциала стран по борьбе с неинфекционными заболеваниями**

51. Согласно обследованиям, проведенным ВОЗ в 2000 и 2010 годах, потенциал государств-членов по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними является неравным, причем подвижки происходят главным образом в странах с высокими доходами. Многие страны имеют по меньшей мере одну политику, один план или одну стратегию по борьбе с такими болезнями или их факторами риска. Однако большинство их таких видов политики и планов касаются индивидуальных факторов риска или заболеваний, а не комплексного и многосекторного подхода, и немалая доля из них не действует или не обеспечена достаточными ресурсами.

52. Совершенствование страновых систем наблюдения и мониторинга, интегрированных с существующими национальными системами информации по вопросам здравоохранения, должно быть приоритетом в борьбе с неинфекционными заболеваниями. Три необходимыми компонентами общего наблюдения за неинфекционными болезнями являются: а) мониторинг подверженности факторам риска; б) мониторинг итогов, т.е. заболеваемости и смертности от конкретных болезней; и с) обследование реагирования систем здравоохранения, включая национальный потенциал по профилактике неинфекционных заболеваний посредством, например, политики и планов, инфраструктуры, людских ресурсов и доступа к необходимой медицинской помощи и основным лекарствам.

53. Потенциал по лечению неинфекционных заболеваний в странах с низкими уровнями доходов составляет одну четвертую от потенциала стран с высокими доходами. Даже в больничных условиях в странах с низкими доходами наличие базовых технологий и методов лечения таких болезней является крайне недостаточным. Исследование, проведенное в нескольких странах с низкими доходами, показало, что до двух третей непатентованных лекарственных

средств нет в широком доступе в государственном секторе и почти 50 процентов отсутствуют в частном секторе.

## V. Путь вперед

54. Против глобальной эпидемии неинфекционных заболеваний можно бороться с помощью охватывающих все население и индивидуальных медицинских мер, которые являются апробированными, научно-обоснованными и доступными почти для всех стран. Однако на пути к успеху стоит много препятствий в силу широкого диапазона действий, требующихся на национальном и глобальном уровнях, различных секторов, которые должны участвовать в принимаемых мерах, и многочисленных корыстных интересов, которые могут заблокировать или ослабить их. Дабы быть успешными, профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними должны пользоваться приоритетным вниманием и политической приверженностью на самых высоких правительственных уровнях. Путь вперед должен включать изложенные ниже соображения.

### **Многосекторные действия и включение аспекта здравоохранения во все стратегии**

55. Борьба с факторами риска и социальными детерминантами выходит за пределы возможностей одного только сектора здравоохранения, поскольку международный опыт указывает на необходимость активного вовлечения других секторов, помимо сектора здравоохранения. Эффективная многосекторная деятельность требует принятия политики «включения аспекта здравоохранения во все стратегии», которая означает, что сектора, помимо сектора здравоохранения, должны рассматривать вопросы здравоохранения при формулировании политики, стратегий и норм. Примеры руководящих указаний, содействующих многосекторным действиям, можно найти в «Докладе о положении дел в мире в сфере неинфекционных заболеваний, 2010 год» Всемирной организации здравоохранения.

### **Подход на протяжении жизни**

56. С неинфекционными болезнями и их факторами риска лучше всего бороться на протяжении всей жизни людей посредством здорового образа жизни и раннего диагностирования и лечения, начиная с периода до беременности и продолжая в период детства и зрелости. Крайне важно содействовать значимому участию и вовлечению общины наряду с активными партнерскими связями между многочисленными заинтересованными сторонами.

### **Наблюдение и мониторинг**

57. Необходимо принять стандартизованные рамки поддающихся измерению основных показателей для отслеживания тенденций и прогресса.

### **Уменьшенные факторы риска**

58. Многосекторная деятельность должна незамедлительно быть нацелена на устранение факторов риска неинфекционных заболеваний посредством охва-

тывающих все население мер, которые являются малозатратными, экономически эффективными и могут даже генерировать доходы для правительств.

### **Укрепление систем здравоохранения**

59. Люди, страдающие неинфекционными заболеваниями, должны получать более качественную базовую медицинскую помощь, которую можно обеспечить, устранив пробелы во всех шести компонентах системы здравоохранения: финансы, управление, медицинские работники, медико-санитарная информация, основные лекарственные средства и технологии и предоставление услуг. Прежде всего важна крепкая система первичной медицинской помощи, особенно когда ресурсы являются ограниченными. Модели служб здравоохранения следует переориентировать с неотложной, экстренной помощи на постоянный уход на протяжении жизни. Первым прагматическим шагом является разработка реалистичного набора высокоэффективных и рентабельных мероприятий по профилактике, обнаружению и лечению таких болезней.

### **Факторы риска неинфекционных заболеваний и торговля, сбыт и производство продовольствия**

60. Правительственные субъекты и субъекты частного сектора, имеющие отношение к поставкам продовольствия, могут существенно улучшить режим питания на общемировом и страновом уровнях с помощью постановлений, стимулов и добровольных усилий. Изменение состава переработанных продуктов питания может уменьшить содержание соли, насыщенных жиров и трансжиров, а изменения в политике в сферах торговли, налогообложения и субсидий могут увеличить наличие фруктов, овощей и других здоровых пищевых продуктов. Поставки фруктов и овощей могут также быть улучшены за счет поддержки местного устойчивого производства и создания эффективной местной системы снабжения. В этой связи следует пересмотреть политику, направленную на наращивание производства животноводческой продукции, одновременно обеспечивая достаточные морские и наземные источники ненасыщенных жиров. Можно разработать и осуществить нормы в отношении сбыта продовольствия и безалкогольных напитков на основе рекомендаций, одобренных Всемирной ассамблеей здравоохранения и другими органами.

### **Основные лекарственные средства и технологии**

61. Правительства в сотрудничестве с частным сектором должны уделять больше внимания лечению хронических заболеваний и расширению наличия лекарственных средств для их лечения. Важные механизмы для обеспечения устойчивого доступа к лекарствам включают разработку и использование научно-обоснованных руководящих указаний для лечения неинфекционных заболеваний, эффективное приобретение и распределение лекарств в странах, разработку действенных вариантов финансирования и стимулирование использования непатентованных лекарств. Необходимо предусмотреть субсидии для оказания помощи самым бедным группам населения. Кроме того, необходимо разрабатывать новые методы лечения и технологии. Необходимая политика в отношении научных исследований и разработок, интеллектуальной собственности и других областей может создаваться по образцу успешных примеров, улучшивших доступ к новым лекарствам для лечения ВИЧ/СПИДа и туберкулеза.

### **Меры социальной защиты**

62. Идеальной мерой защиты для людей, входящих в группу высокого риска или уже страдающих от неинфекционных заболеваний, является всеобщее медицинское страхование. Существенным фактором в неравномерном распределении неинфекционных заболеваний между странами с низкими и средними уровнями доходов является отсутствие государственного или частного медицинского страхования. Целью должны быть универсальные меры социальной защиты.

### **Неинфекционные заболевания в чрезвычайных ситуациях**

63. Кризисные ситуации, такие как стихийные бедствия и затяжные конфликты, могут оказывать существенное воздействие на больных неинфекционными заболеваниями. Местные общины и международное гуманитарное сообщество должны создавать потенциал по обеспечению непрерывного медико-санитарного обслуживания во время кризисов, а обеспечение готовности должно включать создание запасов основных лекарственных средств и технических средств для лечения таких болезней.

### **Неинфекционные заболевания и миграция**

64. Условия, в которых находятся 1 миллиард мигрантов по всему миру, могут усиливать подверженность и уязвимость с точки зрения факторов риска неинфекционных заболеваний. Хотя в центре внимания инициатив по охране здоровья мигрантов стояли инфекционные заболевания, правительства также должны учитывать здоровье мигрантов в политике по профилактике неинфекционных болезней и борьбе с ними.

### **Неинфекционные заболевания и профессиональная гигиена**

65. Часть бремени неинфекционных заболеваний объясняется факторами профессионального риска, включая подверженность воздействию химических, физических, биологических, эргономических и психосоциальных опасностей на рабочем месте. По мере необходимости, следует осуществлять регулирование для предотвращения воздействия таких опасностей. Многосекторная деятельность, включая мониторинг соответствующими социальными партнерами, крайне важна для более активной реализации национальной политики по вопросам охраны здоровья на рабочем месте.

### **Достижения в области информационно-коммуникационных технологий**

66. Достижения в области информационно-коммуникационных технологий сделали доступ к информации более легким и дешевым, и они должны использоваться для дальнейшего расширения имеющейся информации по вопросам здравоохранения. Мобильные телефоны и Интернет дают отдаленным общинам возможность связываться с медицинскими службами, и такие устройства также облегчают сбор клинических данных и данных о состоянии общественного здравоохранения.

## VI. Заключение

67. Государства-члены и международное сообщество сделали эпидемию неинфекционных болезней одной из приоритетных задач. Сейчас необходимы срочные действия на всех уровнях. Совещание высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, которое состоится в Нью-Йорке 19 и 20 сентября 2011 года, дает главам государств и правительствам историческую возможность взять на себя обязательства в отношении конкретных действий и заняться преградами на пути к успеху в борьбе с неинфекционными заболеваниями. Вниманию государств-членов, частного сектора, гражданского общества, учреждений системы Организации Объединенных Наций и международных организаций предлагаются нижеследующие рекомендации.

## VII. Рекомендации

68. Государствам-членам рекомендуется:

a) включить профилактику неинфекционных заболеваний и борьбу с ними в число приоритетов в национальных стратегиях и планах в области здравоохранения;

b) осуществлять эффективные с точки зрения затрат и охватывающие все население меры, в том числе посредством нормативно-правовых и законодательных действий, в отношении факторов риска неинфекционных заболеваний, таких как использование табака, нездоровый режим питания, отсутствие физической активности и злоупотребление алкоголем;

c) укреплять национальные информационные системы путем внедрения рамок наблюдения, позволяющих отслеживать главные факторы риска и детерминанты, заболеваемость и смертность и потенциал систем здравоохранения. Установить стандартизованные цели и показатели для оценки прогресса в борьбе с неинфекционными заболеваниями;

d) стимулировать многосекторную политику и политику «включения аспекта здравоохранения во все стратегии» для устранения детерминантов и факторов риска неинфекционных заболеваний;

e) вовлекать другие сектора, помимо сектора здравоохранения, и главные заинтересованные стороны, включая частный сектор и гражданское общество, в совместные партнерские отношения в целях пропаганды здорового образа жизни и уменьшения факторов риска неинфекционных заболеваний;

f) осуществлять международные соглашения и стратегии по уменьшению факторов риска, включая Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака 2003 года, Глобальную стратегию в области режима питания, физической активности и здоровья и Глобальную стратегию сокращения вредного употребления алкоголя;

g) оживлять первичную медицинскую помощь и способствовать доступу к эффективным с точки зрения затрат мерам по борьбе с неинфекционными заболеваниями, включая доступ к основным лекарственным средствам и технологиям;

h) мобилизовывать дополнительные ресурсы и поддерживать новаторские подходы к финансированию необходимых мероприятий по лечению неинфекционных заболеваний в рамках первичного медицинского обслуживания.

69. Частному сектору рекомендуется:

a) пропагандировать здоровый образ жизни среди работников, включая безопасность на производстве, посредством передовой корпоративной практики, программ здоровья на рабочем месте и планов страхования;

b) продолжать улучшать доступ к основным лекарствам и технологиям для лечения неинфекционных заболеваний и их доступность;

c) обеспечивать ответственный и подотчетный сбыт и рекламирование, особенно для детей;

d) обеспечивать доступность пищевых продуктов, необходимых для здорового режима питания, включая изменение состава продуктов для выработки более здоровых вариантов.

70. Гражданскому обществу рекомендуется:

a) мобилизовывать политическое и общественное осознание в поддержку профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними;

b) устранять недостатки в службах профилактики и лечения неинфекционных заболеваний для маргинализованного населения и в кризисных ситуациях. Нарращивать потенциал общин по поощрению здорового режима питания и образа жизни;

c) мобилизовывать дополнительные ресурсы и поддерживать новаторские подходы к финансированию усилий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними.

71. Учреждениям системы Организации Объединенных Наций и международным организациям рекомендуется:

a) признать угрозу эпидемии неинфекционных заболеваний для устойчивого развития и включить эффективные с точки зрения затрат профилактические мероприятия в повестку дня в области развития и в соответствующие инвестиционные программы, включая инициативы по сокращению масштабов нищеты, в странах с низкими и средними уровнями доходов;

b) разработать в сотрудничестве с государствами-членами глобальный набор показателей для отслеживания тенденций в области неинфекционных заболеваний и оценки того прогресса, которого страны добиваются в деле уменьшения бремени таких болезней;

c) обеспечивать эффективное подключение всех других секторов, помимо сектора здравоохранения, к политике в области охраны здоровья и неинфекционных заболеваний;

d) обеспечивать активное участие фондов, учреждений и программ системы Организации Объединенных Наций в глобальных и региональных инициативах по урегулированию медицинских и социально-экономических последствий неинфекционных заболеваний.