Организация Объединенных Наций E/CN.9/2010/3

Экономический и Социальный Совет

Distr.: General
28 January 2010
Russian
Original: English

Комиссия по народонаселению и развитию
Сорок третья сессия
12–16 апреля 2010 года
Пункт 3 предварительной повестки дня*
Последующая деятельность по выполнению рекомендаций Международной конференции по народонаселению и развитию

Охрана здоровья, заболеваемость, смертность и развитие

Доклад Генерального секретаря

Резюме

Настоящий доклад подготовлен в соответствии с решением 2008/1 Комиссии по народонаселению и развитию, в котором Комиссия постановила рассмотреть в 2010 году тему «Охрана здоровья, заболеваемость, смертность и развитие». Доклад документально подтверждает крупные сокращения в уровне смертности, достигнутые с 1950 года во всех странах, и перемещение бремени заболеваний с инфекционных на неинфекционные болезни. В нем рассматриваются взаимоотношения между охраной здоровья и развитием и отмечается, что существует устойчивая связь между растущими доходами и лучшим состоянием здоровья, но что на уровне стран улучшения в области здравоохранения происходят без крупных изменений в уровнях доходов. Такие достижения могут быть повторены за счет сочетания межсекторального подхода к профилактике заболеваний с мерами по укреплению медико-санитарного обслуживания на устойчивой основе, особенно путем обеспечения того, чтобы в основе систем здравоохранения находилось всеобъемлющее первичное медико-санитарное обслуживание.

* E/CN.9/2010/1.

10-22226 (R) 110210 190210

Просьба отправить на вторичную переработку

Содержание

		Стр.
I.	Введение	3
II.	Тенденции изменения смертности	4
III.	Причины смерти	10
IV.	Бремя болезней	13
V.	Охрана здоровья и развитие	16
VI.	Роль первичного медико-санитарного обслуживания	19
VII.	Необходимость в медицинских работниках	23
VIII.	Предотвращение и лечение инфекционных и материнских заболеваний	24
IX.	Предотвращение неинфекционных заболеваний	28
X.	Предотвращение травм	33
XI.	Выводы и рекомендации	34

I. Введение

1. Беспрецедентное снижение уровня смертности, которое начало ускоряться в более развитых частях мира в XIX веке и распространилось на весь мир в XX веке, является одним из главных достижений человечества. Согласно одним оценкам, ожидаемая продолжительность жизни при рождении возросла с 30 до 67 лет за период с 1800 по 2005 год, что привело к стремительному росту численности населения: с 1 миллиарда в 1810 году до почти 7 миллиардов в 2010 году.

2. За последние два столетия уменьшение уровня смертности обычно сопровождалось увеличением уровней доходов, однако существует согласие в отношении того, что в значительной степени это уменьшение объясняется достижениями в области технологии и успехами в понимании причин заболеваний. Таким образом, более высокое потребление калорий, ставшее возможным благодаря росту сельскохозяйственного производства, улучшившаяся гигиена, которой способствовали подвижки в области санитарии и в доступе к безопасной питьевой воде, разработка инсектицидов и многочисленные открытия в области медицинской технологии, приведшие к эффективным с точки зрения затрат мероприятиям в области общественного здравоохранения и к эффективным методам лечения заболеваний, — все это содействует уменьшению частотности заболеваний в более молодом возрасте и предотвращению смерти в случае болезни.

3. В основе снижения уровня смертности лежит крупное изменение в причинах смерти. Низкая ожидаемая продолжительность жизни характерна для населения, среди которого большинство летальных исходов объясняется инфекционными заболеваниями и сохраняется высокий уровень смертности в детском возрасте. Заметные улучшения в плане долголетия являются результатом мер по борьбе с распространением инфекционных заболеваний и использования эффективных лекарственных препаратов для их лечения. Таким образом, произошел эпидемиологический переход, характеризующийся перемещением причин смерти от преимущественно инфекционных заболеваний к неинфекционным болезням. Параллельно с этим распределение числа умерших по возрастным группам переместилось в сторону более пожилого возраста, а ожидаемая продолжительность жизни достигла беспрецедентно высоких уровней.

4. В 1970-е годы, когда стало ясно, что главные инфекционные и паразитарные заболевания, поражавшие человечество на протяжении веков, успешно контролируются или излечиваются, тем самым снижая смертность даже при отсутствии последовательного экономического роста, возникли надежды на то, что смертность от инфекционных заболеваний будет продолжать снижаться повсюду. Появление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) сокрушило эти надежды и стало началом эры, в которую увеличение смертности по причине инфекционного заболевания стало реальностью во многих странах с низким уровнем доходов. Кроме того, установлено, что возбудители инфекций являются коренной причиной болезней, считающихся неинфекционными, таких как рак шейки матки, рак печени или рак желудка, а появление новых инфекционных агентов, таких как тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), или мутации вируса гриппа создают угрозу общемировой пандемии. Соответствен-

но, растет обеспокоенность по поводу того, что тенденция к снижению уровня смертности может не сохраниться в будущем.

5. Настоящий доклад документально подтверждает прошлые тенденции в отношении смертности, изменяющиеся причины смертности и бремя заболеваний. В нем анализируется то, как мы сейчас понимаем взаимосвязь между здравоохранением и развитием, и обсуждаются главные проблемы в области здравоохранения, стоящие перед странами на различных этапах развития. Улучшение охраны здоровья и уменьшение смертности является одной из главных целей в области развития, как ясно видно из целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия. Однако, как будет видно из настоящего доклада, касающиеся охраны здоровья цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия, сосредоточены на причинах малой доли смертельных заболеваний по всему миру и имеют отношение прежде всего к странам с низким уровнем доходов. Сейчас прилагаются значительные усилия для достижения указанных целей, и в 2009 году Комиссия по народонаселению и развитию сконцентрировала свои обсуждения на их достижении[1]. По этой причине настоящий доклад сосредоточен главным образом на вопросах охраны здоровья, выходящих за рамки целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, и на мерах по обеспечению того, чтобы улучшения в области здравоохранения достигались по всем фронтам.

II. Тенденции изменения смертности[2]

6. В масштабах всего мира ожидаемая продолжительность жизни стала быстро расти после 1950 года, увеличившись с 47 в 1950–1955 годах до 68 лет в 2005–2010 годах. Самые большие успехи были достигнуты развивающимися странами, в которых средняя ожидаемая продолжительность жизни выросла с 41 года до 66 лет, однако ожидаемая продолжительность жизни увеличилась в каждом регионе. Как следствие этого сократились разрывы в ожидаемой продолжительности жизни между основными районами и между категориями доходов. Вместе с тем крупные различия сохраняются. Сегодня страны с высоким уровнем доходов[3] имеют более длительную ожидаемую продолжительность жизни, чем страны со средним уровнем доходов, а самой низкой ожидаемая продолжительность жизни является в странах с низким уровнем доходов (диаграмма I). В географическом отношении Северная Америка и Европа достигли самой высокой ожидаемой продолжительности жизни, но при этом зарегистрировали самое низкое повышение за период с 1950 года, отчасти потому, что они начали с высокого уровня. К тому же, рост смертности в Восточной Европе, особенно в Российской Федерации, в начале 1980-х годов и после 1990 года ослабил повышение ожидаемой продолжительности жизни в Европе.

---

[1] См. доклад Генерального секретаря, касающийся мониторинга мирового населения с уделением особого внимания вкладу Программы действий Международной конференции по народонаселению и развитию в достижение согласованных на международном уровне целей в области развития, включая цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия (E/CN.9/2009/3).

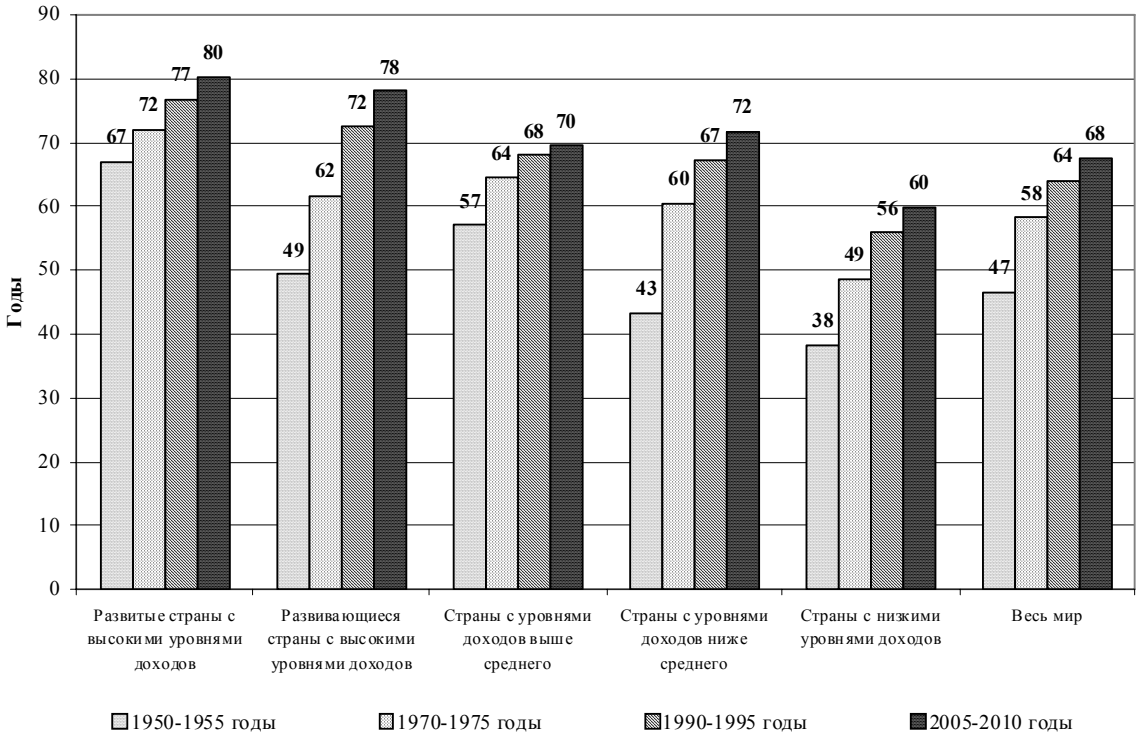
[2] Все оценки, приводимые в этом разделе, взяты из *World Population Prospects: The 2008 Revision* (United Nations publication, Sales No. 09.XII.6).

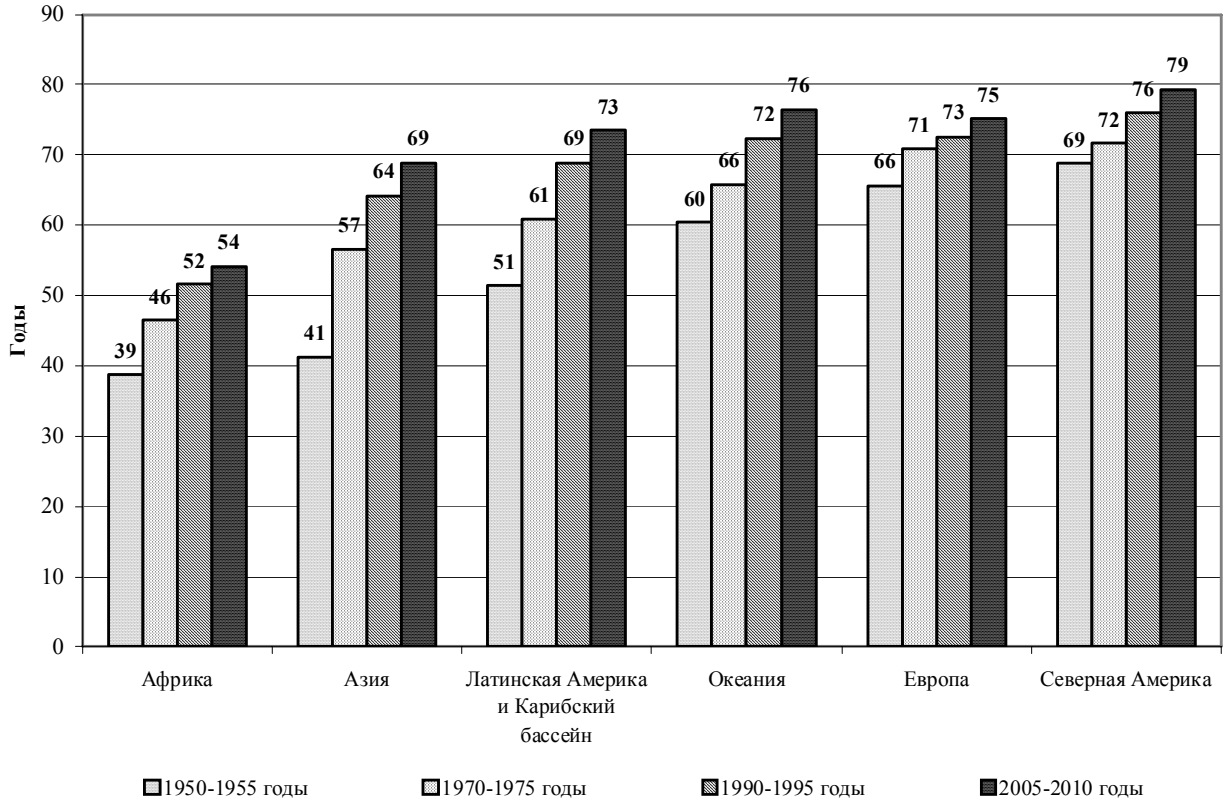
[3] Список стран с разбивкой по категориям доходов можно найти в *The Global Burden of Disease: 2004 Update* (World Health Organization, 2008).

7. Что касается развивающегося мира, то Азия зарегистрировала самые большие успехи в ожидаемой продолжительности жизни за период с 1950 года, причем самые большие повышения были достигнуты Китаем и Индией: с 41 года и 38 лет, соответственно, в 1950–1955 годы до 72 и 68 лет в 2005–2010 годы. Ожидаемая продолжительность жизни также существенно выросла в Латинской Америке и Карибском бассейне — с 51 года до 73 лет, — особенно с учетом того, что этот рост начался со среднего уровня. Вместе с тем Африка достигла лишь умеренного прогресса к 1980 году и по причине эпидемии ВИЧ/СПИДа пока не смогла поднять свою среднюю ожидаемую продолжительность жизни выше 55 лет. Поскольку к числу стран с низким уровнем доходов относится Индия, недавние улучшения в плане ожидаемой продолжительности жизни в этой группе превосходят подвижки, достигнутые в Африке, и ее средняя ожидаемая продолжительность жизни достигла 60 лет.

Диаграмма I

Эволюция ожидаемой продолжительности жизни при рождении с разбивкой по категориям доходов и по основным районам, 1950–1955 — 2005–2010 годы



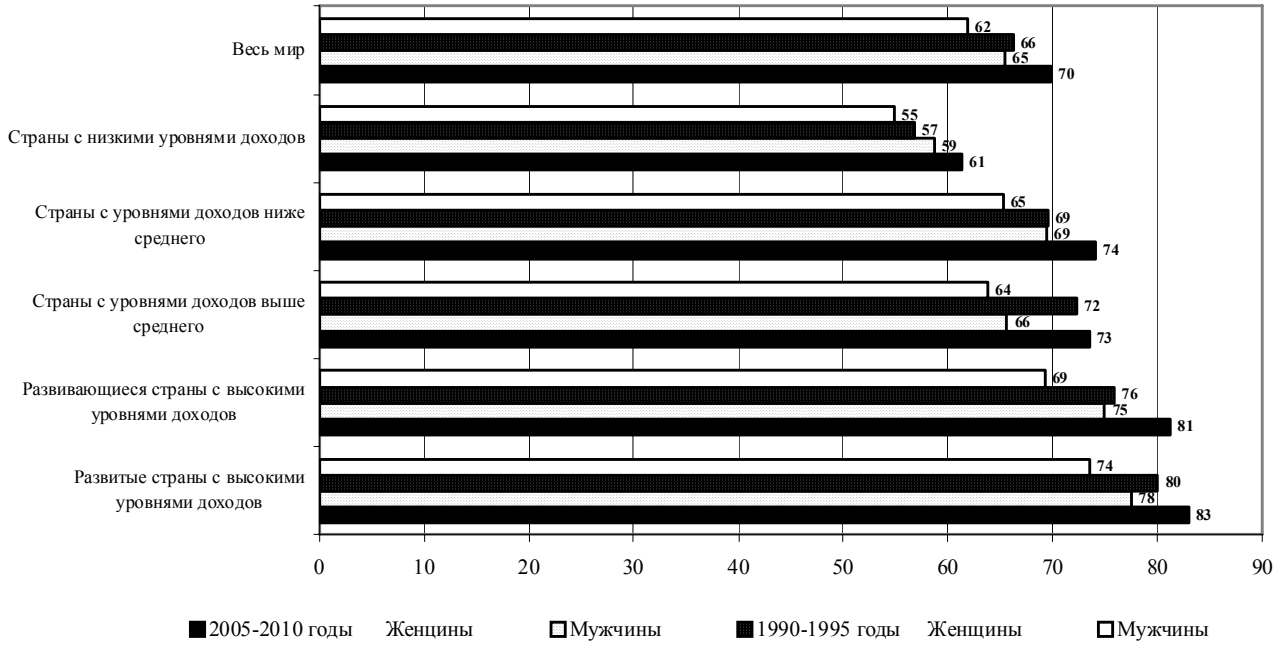


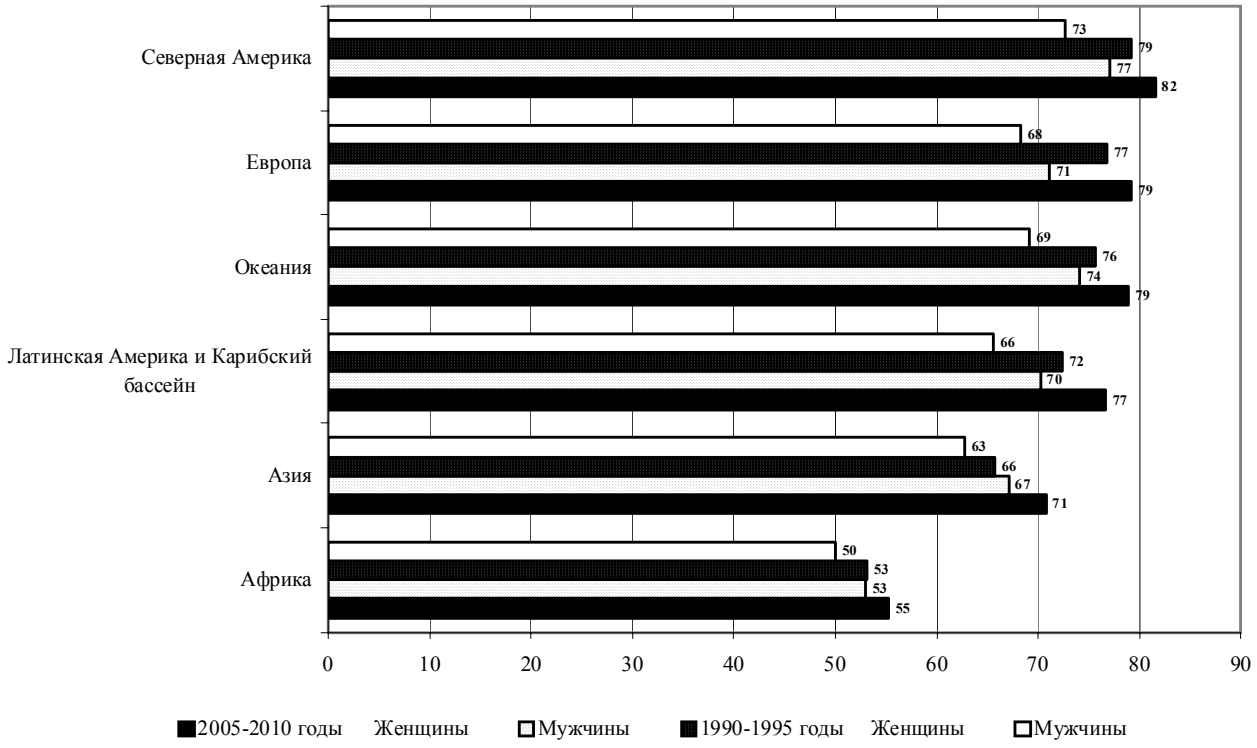
8. Во всех регионах и по всем категориям доходов ожидаемая продолжительность жизни женщин превышает ожидаемую продолжительность жизни мужчин (диаграмма II). В масштабах всего мира ожидаемая продолжительность женщин в 2005–2010 годы составляет 70 лет в сравнении с 65 годами для мужчин. Преимущество женщин в плане ожидаемой продолжительности жизни является самым высоким в Европе и в Латинской Америке и Карибском бассейне. В Европе большое преимущество женщин объясняется главным образом заметно более высокой выживаемостью женщин по сравнению с мужчинами в Восточной Европе, особенно в Российской Федерации, где при нынешних уровнях смертности женщины, как ожидается, живут на 13 лет дольше мужчин (73 года против 60 лет). В Латинской Америке и Карибском бассейне преимущество женщин в плане ожидаемой продолжительности жизни составляет 7 лет. Самым незначительным преимущество женщин является в Африке, где оно составляет едва 2 года, отчасти в результате большой распространенности ВИЧ/СПИДа среди африканских женщин и высоких уровней материнской смертности в регионе. Во всех регионах, за исключением Азии, преимущество женщин уменьшилось за период с 1990–1995 годов. В развитых странах эта тенденция связана с уменьшением различий по признаку пола в уровне смертности вследствие сердечно-сосудистых заболеваний и травм[4].

[4] Frank Trovato and Nils B. Heyen, “A varied pattern of change of the sex differential in survival in the G7 countries”, *Journal of Biosocial Science*, vol. 38 (2006), pp. 391–401.

Диаграмма II

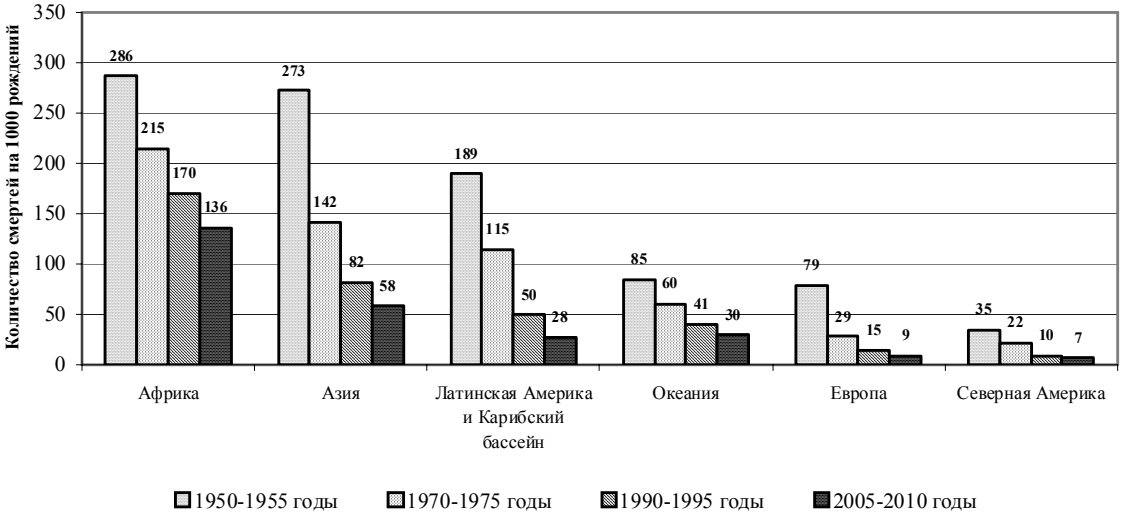
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении с разбивкой по признаку пола по категориям доходов и по географическим группам, 1950–1955 — 2005–2010 годы





9. Важным фактором, способствующим увеличению ожидаемой продолжительности жизни, является уменьшение смертности в детском возрасте. В масштабах всего мира смертность в возрасте до 5 лет снизилась с 233 смертей на 1000 рождений в 1950–1955 годы до 71 смерти на 1000 рождений в 2005–2010 годы, что соответствует сокращению на 70 процентов. В значительной степени это сокращение произошло в развивающихся странах, в которых уровень смертности в возрасте до 5 лет упал с 271 до 78 смертей на 1000 рождений за период с 1950–1955 годов по 2005–2010 годы. Хотя значительные сокращения в уровнях детской смертности произошли во всех регионах, сохраняются заметные различия (диаграмма III). Сегодня смертность в возрасте до 5 лет находится на уровне ниже 10 смертей на 1000 рождений в Европе и Северной Америке, но все еще на высоком уровне 136 смертей на 1000 рождений в Африке. Четвертая цель в области развития, сформулированная в Декларации тысячелетия, предусматривает сокращение на две трети за период 1990–2015 годов показателя смертности среди детей. Такое сокращение особенно тяжело достичь тогда, когда уровень детской смертности и так уже является низким. И тем не менее Европа и Латинская Америка и Карибский бассейн добились большего прогресса в направлении этой цели, чем другие регионы. Сокращение идет особенно медленно в Африке, где каждый год умирают 4,7 миллиона детей в возрасте до 5 лет, главным образом вследствие предотвращаемых причин.

Диаграмма III
Смертность в возрасте до 5 лет с разбивкой по основным районам, 1950–1955 — 2005–2010 годы

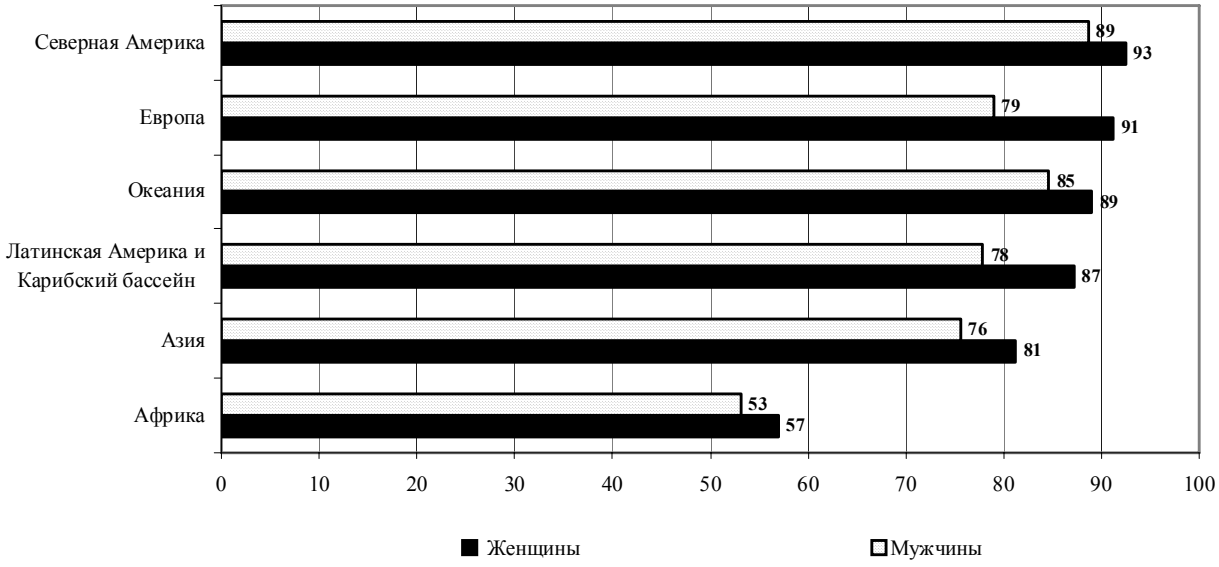


10. С учетом прогресса, достигнутого в деле уменьшения смертности в более молодом возрасте, вероятность достижения возраста в 60 лет при нынешних коэффициентах смертности является высокой и составляет 79 процентов для женщин и 73 процента для мужчин на уровне всего мира. Так же как и в отношении других показателей смертности, существуют заметные различия между

основными районами и между мужчинами и женщинами (диаграмма IV). При нынешних коэффициентах смертности женщины обладают наибольшей вероятностью дожить до 60 лет в каждом регионе, причем особенно высокой такая вероятность является в Европе и Северной Америке (свыше 90 процентов). Шансы женщин на то, чтобы дожить до 60 лет, также высоки в Латинской Америке и Карибском бассейне и в Океании (87 и 89 процентов, соответственно). В Азии они несколько ниже — 81 процент, — а самыми низкими они являются в Африке (57 процентов). Шансы мужчин на то, чтобы дожить до 60 лет, являются самыми высокими в Северной Америке и в Океании (соответственно, 89 и 85 процентов); они ниже в Азии, в Европе и в Латинской Америке и Карибском бассейне (варьируются от 76 до 79 процентов), а особенно низкими они являются в Африке (53 процента). Иными словами, даже в районах, в которых смертность среди женщин детородного возраста является высокой, шансы женщин на достижение 60-летнего возраста выше, чем шансы мужчин.

Диаграмма IV

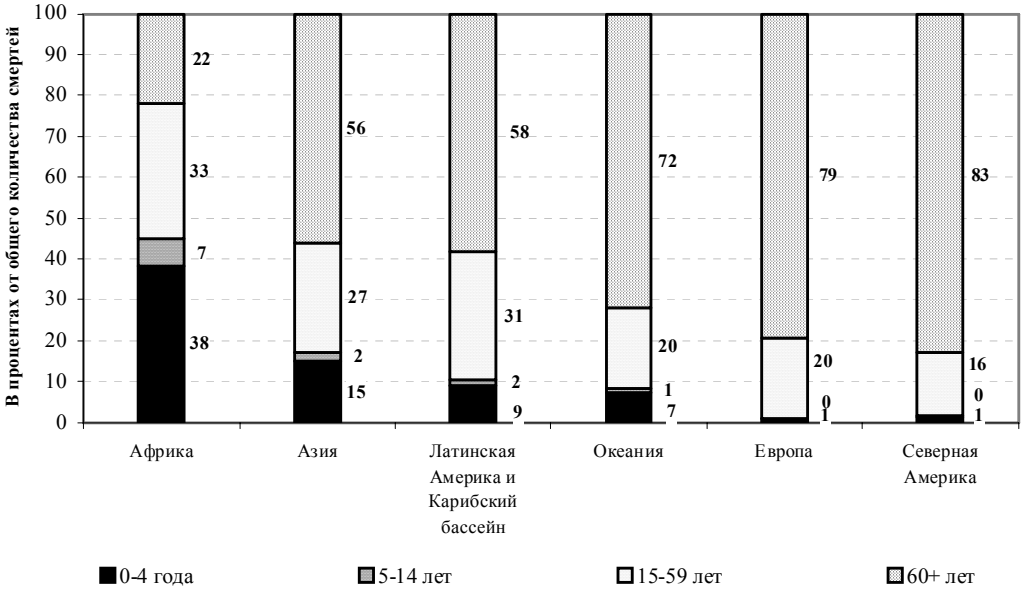
Вероятность достижения возраста в 60 лет с учетом коэффициентов смертности в 2005–2010 годы с разбивкой по признаку пола и по основным районам (в процентах)



11. По мере увеличения ожидаемой продолжительности жизни смерть все в большей степени концентрируется среди людей более пожилого возраста. Так, в масштабе всего мира пропорция смертей в возрасте до 5 лет уменьшилась с 40 процентов в 1950–1955 годы до 16 процентов в 2005–2010 годы, в то время как доля смертей в возрасте 60 лет или старше выросла с 26 до 54 процентов за время, прошедшее между двумя указанными периодами. Аналогичным образом, в то время как в Африке сегодня 38 процентов всех смертей происходят в возрасте до 5 лет, в Европе и Северной Америке на эту возрастную группу приходится едва лишь 1 процент. Более того, в этих двух основных районах почти

80 процентов смертей происходят в более пожилом возрасте, а в Африке только 22 процента всех смертей происходят в возрасте 60 лет или старше (диаграмма V).

Диаграмма V
Распределение числа умерших по возрастным группам и по основным районам, 2005–2010 годы



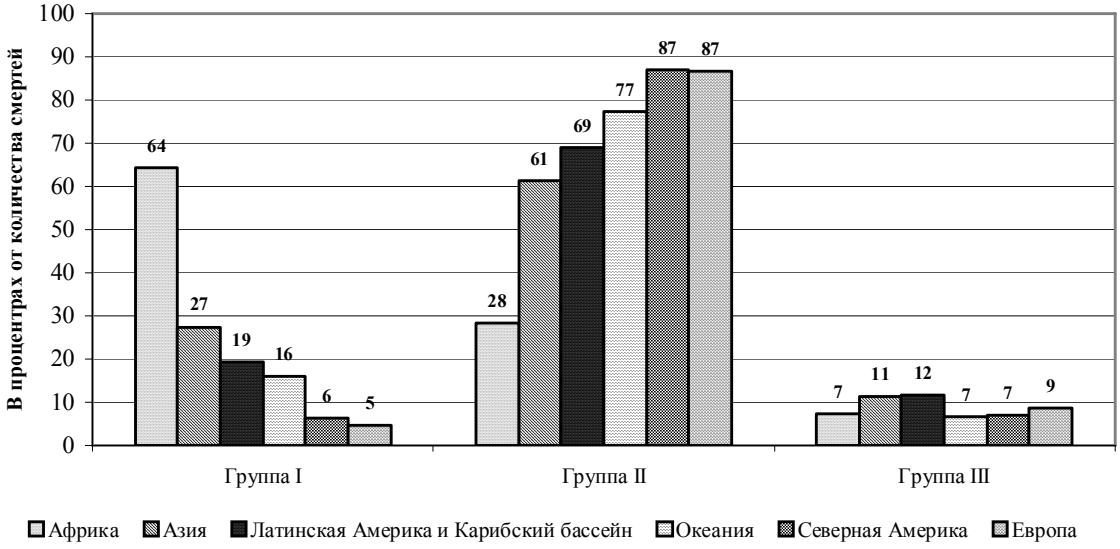
III. Причины смерти[5]

12. Эпидемиологический переход, лежащий в основе сокращения смертности, вызвал крупное изменение в том, что касается причин смертности. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) оценивает распределение числа умерших с разбивкой по причинам смерти на основе трех главных групп причин. Группа I включает инфекционные и паразитарные заболевания, респираторные инфекции, материнские и перинатальные заболевания, равно как и недостаточность питания, т.е. она включает все инфекционные болезни, ассоциируемые с нищетой. Группа II охватывает неинфекционные заболевания, а именно: новообразования (рак); сердечно-сосудистые, респираторные заболевания и болезни пищеварительного тракта; заболевания мочеполовой системы; мышечно-скелетные, кожные заболевания и болезни полости рта; диабет, нарушения питания и эндокринные нарушения, психоневрологические нарушения и нарушения органов чувств, равно как и врожденные аномалии. Группа III включает все травмы, как преднамеренные, так и непреднамеренные.

[5] Все оценки, приводимые в этом разделе, взяты из данных, представленных в *World Health Statistics 2009* (World Health Organization, 2009).

13. В 2004 году 31 процент всех смертей в мире произошел по причинам, входящим в группу I, 60 процентов — по причинам, относящимся к группе II, и 10 процентов — от травм (группа III). Распределение числа умерших с разбивкой по причинам смерти существенно варьировалось между основными районами (диаграмма VI). В Европе и Северной Америке самое большее 6 процентов всех смертей были вызваны инфекционными заболеваниями (группа I), в то время как на неинфекционные заболевания (группа II) приходилось 87 процентов всех смертных случаев. Неинфекционными заболеваниями также объяснялось большинство смертей в Азии, в Латинской Америке и Карибском бассейне и в Океании: соотношения варьировались от 61 процента в Азии до 77 процентов в Океании. Только в Африке главными причинами смертности были инфекционные заболевания: на них приходилось 64 процента всех смертей на континенте.

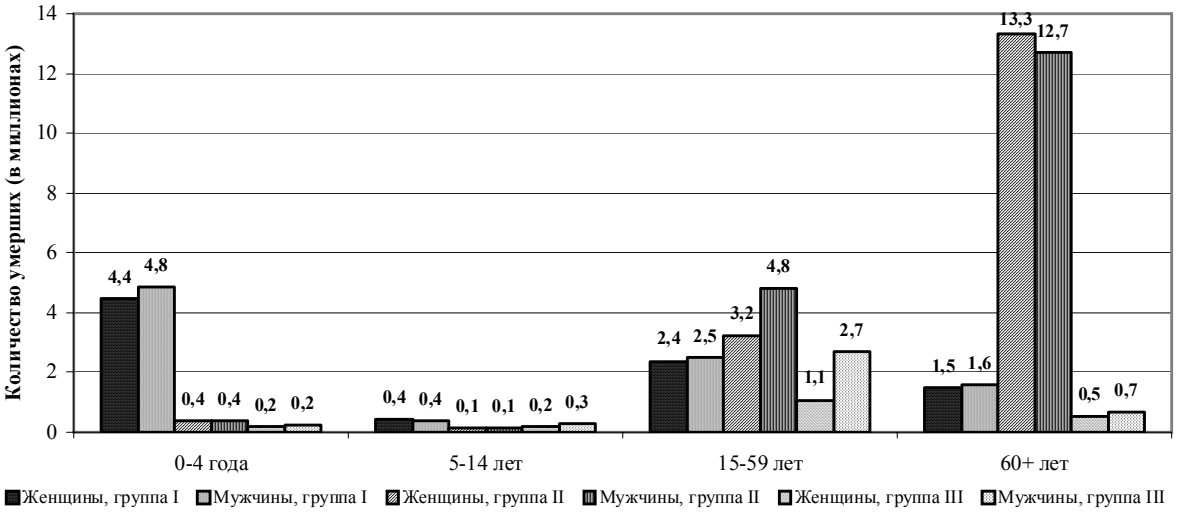
Диаграмма VI
Распределение числа умерших с разбивкой по причинам смерти и по основным районам, 2004 год



14. Причины смерти различаются в зависимости от возраста. В 2004 году 89 процентов смертей среди детей в возрасте до 5 лет были вызваны инфекционными заболеваниями, так же как и 53 процента смертей среди детей возрастной группы 5–14 лет. На травмы приходилась другая крупная доля смертей среди детей в возрасте 5–14 лет — 30 процентов. Среди людей, относящихся к возрастной группе 15–59 лет, на неинфекционные заболевания приходилась самая крупная доля смертей — 48 процентов, на инфекционные заболевания — еще 29 процентов и на травмы — 23 процента. Неинфекционные заболевания были причиной подавляющего большинства смертей среди людей в возрасте 60 лет или старше (86 процентов), и лишь 10 процентов смертей были вызваны инфекционными заболеваниями.

15. Данные о количестве умерших с разбивкой по причинам смерти, возрастной группе и полу указывают на то, что во всех возрастных группах младше 60 лет и для каждой группы причин число умерших мужчин превышало число умерших женщин или равнялось ему (диаграмма VII). Этот вывод остается в силе даже для смертей в возрастной группе 15–59 лет вследствие причин, относящихся к группе I, среди которых — причины, связанные с материнскими заболеваниями. Только в возрасте 60 лет или старше число женщин, умерших вследствие неинфекционных заболеваний, превышает число мужчин, главным образом потому, что до старости доживает больше женщин, чем мужчин.

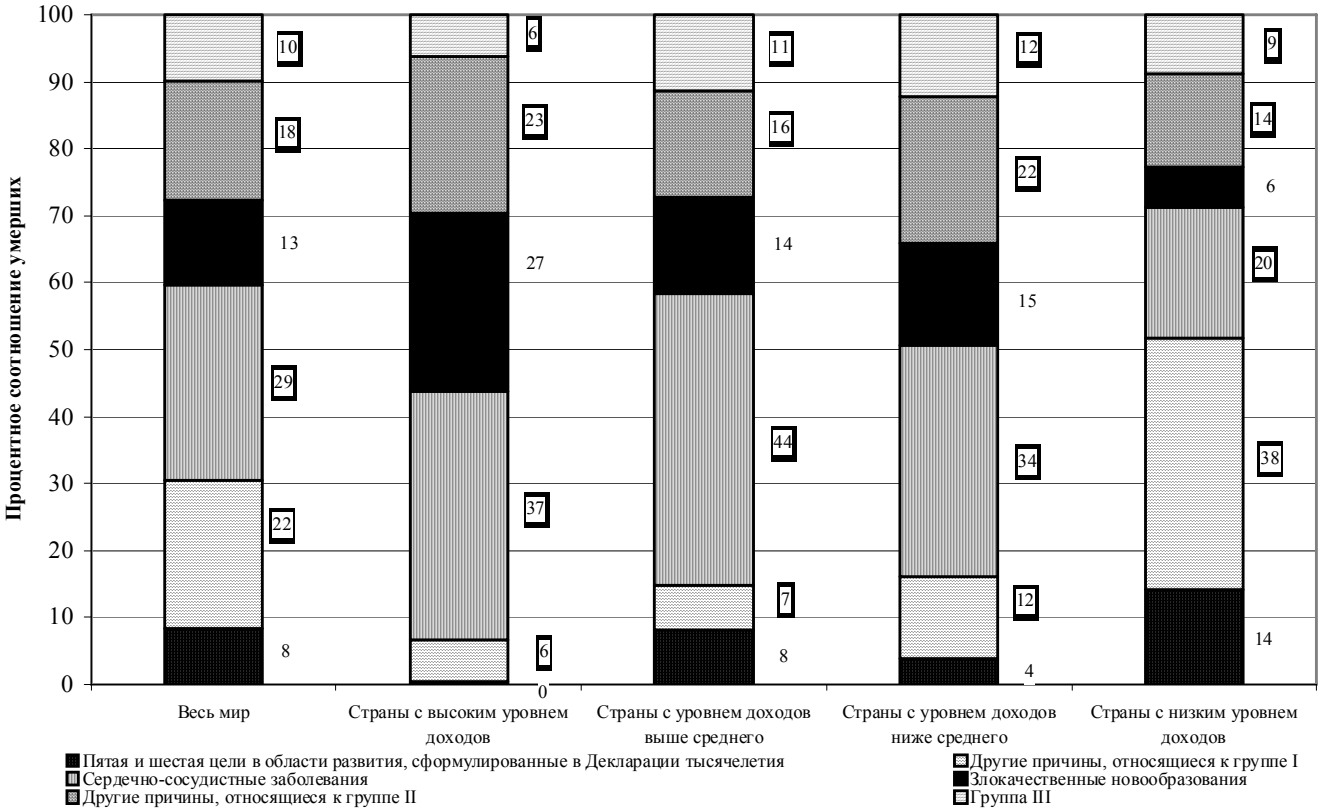
Диаграмма VII
Количество умерших с разбивкой по причинам смерти, полу и возрастной группе, 2004 год



16. Распределение числа умерших в зависимости от причины смерти существенно различается между странами, сгруппированными по уровню доходов (диаграмма VIII). В странах с высоким и средним уровнями доходов на сердечно-сосудистые заболевания приходится самая большая доля умерших — от 34 до 44 процентов. Злокачественные новообразования составляют вторую крупную причину смерти в странах с высоким уровнем доходов, но в странах со средним уровнем доходов на «другие причины, относящиеся к группе II» (неинфекционные заболевания, исключая злокачественные новообразования и сердечно-сосудистые заболевания) приходятся гораздо более значительные доли всех смертей, чем на новообразования. Кроме того, травмы вызывают в два раза больше смертей в странах со средним уровнем доходов (11–12 процентов), чем в странах с высоким уровнем доходов (6 процентов). В странах с низким уровнем доходов на сердечно-сосудистые заболевания и злокачественные новообразования в совокупности приходится 26 процентов всех смертей, однако их доля заметно меньше, чем 38 процентов, вызванных «другими причинами, относящимися к группе I» (т.е. инфекционные заболевания, исключая те, которые охватываются пятой и шестой целями в области развития, сформулирован-

ными в Декларации тысячелетия). Доля смертей, вызванных ВИЧ/СПИДом, туберкулезом, малярией и материнскими заболеваниями (пятая и шестая цели), является самой большой в странах с низким уровнем доходов (14 процентов), за которыми следуют страны с уровнем доходов выше среднего (8 процентов) и страны с уровнем доходов ниже среднего (4 процента). В странах с высоким уровнем доходов доля смертей, вызванных этими заболеваниями, равна практически нулю.

Диаграмма VIII
Процентное соотношение умерших с разбивкой по причинам смерти для основных категорий доходов, 2004 год



IV. Бремя болезней[6]

17. Хотя причины смерти служат указанием на воздействие различных болезней на население, они не отражают надлежащим образом состояние здоровья населения, поскольку многие заболевания не являются смертельными, но, тем не менее, ухудшают качество жизни тех, кто страдает от них. По этой причине еще один критерий — годы жизни с поправкой на инвалидность (ГЖПИ) — используется для отражения бремени смертельных и несмертельных заболева-

[6] Все оценки, приводимые в этом разделе, взяты из данных, относящихся к *The Global Burden of Disease: 2004 Update* (World Health Organization, 2008).

ний и травматизма, лежащего на населении. ВОЗ использует термин «инвалидность» для обозначения «утраты здоровья», и при этом здоровье означает наличие полного функционального потенциала в таких областях, как мобильность, познание, слух и зрение. ГЖПИ — это сумма лет жизни, потерянных вследствие преждевременной смерти, и лет здоровой жизни, потерянных вследствие инвалидности по причине болезни или травмы.

18. В 2004 году 6,4 миллиарда жителей Земли потеряли 1,5 млрд. ГЖПИ (см. таблицу). На страны с низким уровнем доходов приходилось 54 процента всех таких лет, хотя их доля населения составляла всего 37 процентов. На страны с уровнем доходов ниже среднего приходилось 30 процентов ГЖПИ, и эта доля была меньше их доли населения (38 процентов). Страны с уровнем доходов выше среднего составляли 9 процентов населения мира, и на них приходилось 8 процентов ГЖПИ, а на страны с высоким уровнем доходов, которые составляли 15 процентов населения, оставалось лишь 8 процентов ГЖПИ. Таким образом, глобальное бремя болезней было непропорционально тяжелым для стран с низким уровнем доходов.

19. В масштабах всего мира на неинфекционные заболевания приходилось 48 процентов ГЖПИ, на инфекционные, материнские и перинатальные заболевания и недостаточность питания — еще 40 процентов и на травмы — 12 процентов. На группу психоневрологических нарушений приходилась самая большая доля ГЖПИ в масштабах всего мира (13 процентов), а за ней следовали сердечно-сосудистые заболевания и травмы, помимо автодорожных происшествий (по 10 процентов). Нарушения органов чувств, мышечно-скелетные заболевания и врожденные аномалии составляли 9 процентов ГЖПИ в масштабах всего мира, и такая же доля приходилась на ВИЧ/СПИД, туберкулез, малярию и венерические заболевания вместе взятые.

20 Неинфекционными заболеваниями объяснялось большинство ГЖПИ в странах с высоким уровнем доходов (85 процентов) и в странах со средним уровнем доходов (62 процента). Как психоневрологические нарушения, так и сердечно-сосудистые заболевания были причиной большого числа ГЖПИ в странах с высоким и средним уровнями доходов. На долю травм, помимо автодорожных происшествий, приходилось большое число ГЖПИ в странах с уровнем доходов выше среднего, к числу которых относится Российская Федерация, и в странах с уровнем доходов ниже среднего, которые включают Китай.

21. В странах с низким уровнем доходов на долю инфекционных заболеваний приходилось большинство ГЖПИ (57 процентов), причем доля ВИЧ/СПИДа, туберкулеза, малярии и венерических заболеваний вместе взятых достигала 13 процентов. Вместе с тем на долю неинфекционных заболеваний приходилось 33 процента бремени болезней в этих странах, причем большая часть — 9 процентов — объяснялась психоневрологическими нарушениями. На травмы, помимо автодорожных происшествий, приходилось 8 процентов ГЖПИ, а за ними следовали нарушения органов чувств, мышечно-скелетные заболевания и врожденные аномалии (7 процентов) и сердечно-сосудистые заболевания (7 процентов). На материнские заболевания приходилось еще 4 процента ГЖПИ в странах с низким уровнем доходов, и это была самая высокая доля материнских заболеваний среди всех категорий доходов.

Распределение лет жизни с поправкой на инвалидность с разбивкой на причины для всего мира и для категорий доходов, 2004 год

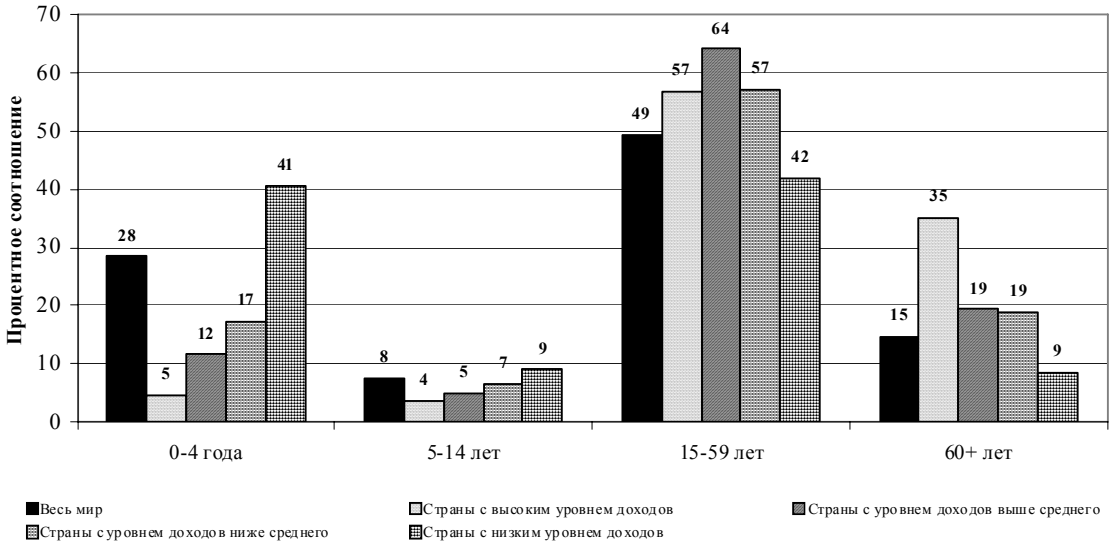
	Весь мир	*Страны с высоким уровнем доходов*	*Страны с уровнем доходов выше среднего*	*Страны с уровнем доходов ниже среднего*	*Страны с низким уровнем доходов*
Население (*в млн. человек*)	6 437	977	580	2 465	2 413
Общее число лет жизни с поправкой на инвалидность (*в млн. человек*)	1 523	122	121	452	828
		Процентное соотношение			
Инфекционные, материнские и перинатальные заболевания	39,7	6,0	21,4	22,5	56,6
Неинфекционные заболевания	48,0	84,8	63,0	61,7	32,9
Травмы	12,3	9,2	15,6	15,8	10,4
В том числе:					
Психоневрологические нарушения	13,1	25,8	16,2	16,6	8,8
Сердечно-сосудистые заболевания	9,9	14,6	17,7	12,1	6,9
Травмы, исключая автодорожные происшествия	9,6	6,6	12,5	11,9	8,4
Нарушения органов чувств, мышечно-скелетные заболевания и врожденные аномалии	9,4	13,2	9,5	12,2	7,3
ВИЧ/СПИД, туберкулез, малярия и венерические заболевания	9,0	0,8	10,9	3,8	12,8
Новообразования	5,2	14,9	7,3	7,3	2,4
Автодорожные происшествия	2,7	2,6	3,1	3,9	2,0
Материнские заболевания	2,6	0,5	1,1	1,8	3,5
Диабет	1,3	3,0	2,1	1,7	0,7
Забытые тропические болезни	1,2	0,0	0,3	0,7	1,9

22. На диабет приходился всего 1 процент ГЖПИ в масштабах всего мира, однако его доля составляла 3 процента в странах с высоким уровнем доходов и 2 процента в странах со средним уровнем доходов. Забытые тропические болезни, на долю которых приходился 1 процент ГЖПИ в масштабах всего мира, были причиной 2 процентов таких лет в странах с низким уровнем доходов, и 89 процентов причиняемого ими бремени болезней затрагивали людей в возрасте 5–59 лет, т.е. людей школьного или трудоспособного возраста.

23. На общемировом уровне на долю детей в возрасте до 5 лет приходилось 28 процентов ГЖПИ в 2004 году, в то время как на людей в возрасте 15–59 лет приходилось 49 процентов, а на людей в возрасте 60 лет или старше — 15 процентов (диаграмма IX). В странах с низким уровнем доходов дети в возрасте до 5 лет и люди в возрасте 15–59 лет составляли соответственно 41 и 42 процента ГЖПИ. Во всех других категориях доходов на лиц в возрасте 15–59 лет приходилась самая большая доля ГЖПИ, а за ними следовали люди в возрасте 60 лет или старше. В странах с высоким и средним уровнями доходов дети в возрасте до 5 лет составляли самые малые доли ГЖПИ. Вследствие большого числа лю-

дей пожилого возраста в странах с высоким уровнем доходов 31 процент ГЖПИ в этих странах приходился на людей в возрасте 60 лет или старше. Ясно, что значительные различия в бремени болезней в зависимости от возрастной группы связаны с уровнями доходов.

Диаграмма IX
Распределение лет жизни с поправкой на инвалидность с разбивкой на возрастные группы для различных категорий доходов, 2004 год



V. Охрана здоровья и развитие

24. Более крепкое здоровье связано с более высоким уровнем доходов и с лучшим социально-экономическим положением, однако направленность этой причинно-следственной связи по-прежнему оспаривается. Когда оценки в отношении ожидаемой продолжительности жизни для всех стран мира представляются графически в сопоставлении с ВВП на душу населения, они указывают на усиливающуюся и вогнутую зависимость, т.е. при более низком уровне доходов ожидаемая продолжительность жизни растет быстрее вместе с ростом доходов, чем при более высоком уровне доходов. Форма этой зависимости остается в целом стабильной с течением времени, однако сама кривая перемещается вверх по оси ожидаемой продолжительности жизни, а это означает, что ожидаемая продолжительность жизни растет без крупных увеличений в доходах. Согласно одним оценкам, всего лишь от 10 до 25 процентов общего увеличения в ожидаемой продолжительности жизни за период с 1930-х по 1960-е годы могут быть приписаны росту доходов, в то время как остальное увеличение объясняется другими факторами, включая мероприятия в области общест-

венного здравоохранения и распространение нововведений в области здравоохранения[7].

25. Все больше внимания уделяется роли состояния здоровья как человеческого капитала и, следовательно, как фактора, определяющего экономический рост. Признано, что начиная с 1800 года увеличение продовольственных ресурсов в странах, которые сегодня считаются развитыми, привело к снижениям уровней заболеваемости и смертности, что повысило производительность труда работающих и способствовало росту доходов. Экономисты утверждают, что более длительная продолжительность жизни порождает стимулы к инвестированию в образование, увеличивает период пребывания в рядах армии труда и уменьшает время нахождения в болезненном состоянии, тем самым повышая производительность труда населения и увеличивая его потенциал получения доходов. Исследования на индивидуальном уровне[8] подтверждают, что состояние здоровья играет роль при определении когнитивного развития, участия в рабочей силе, заработков и доходов, рабочих часов, решений относительно сбережений и возраста выхода на пенсию.

26. Анализ панельных данных показывает, что образование и экономическая ситуация в детстве являются главными «предсказателями» состояния здоровья на более позднем этапе жизни, однако воздействие финансовых ресурсов самого индивидуума на его здоровье во взрослом состоянии является менее определенным. Он также показывает, что непредвиденные потрясения в плане здоровья приводят к существенному снижению социально-экономического статуса, поскольку они ослабляют способность человека работать и приводят к потерям доходов[9]. Таким образом, состояние здоровья одновременно сказывается на социально-экономическом статусе и испытывает на себе его воздействие.

27. Не так просто обобщать результаты исследований на индивидуальном уровне и переносить их на национальный уровень в силу воздействия других макрофакторов, связанных с лучшим состоянием здоровья, включая позитивные внешние факторы, такие, как воздействие состояния здоровья на образование, или уменьшающиеся выгоды, вызванные возросшим демографическим давлением на ограниченные земельные ресурсы или материальные ценности в силу сокращения смертности. Поскольку более крепкое здоровье улучшает восприятие и вызывает стимулы к инвестированию в образование, а образование является движущей силой экономического роста, анализ, охватывающий одновременное воздействие обоих этих факторов, показывает, что косвенное воздействие улучшений в плане состояние здоровья может быть значительным и позитивным.

---

[7] Samuel Preston, “The changing relation between mortality and level of economic development”, Population Studies, vol. 29, No. 2 (1975), pp. 231–248.

[8] M. J. Jusain, “Contribution of health to economic development: a survey and overview” (2009); available from www.economics-ejournal.org; and M. Suhrcke and others, *The Contribution of Health to the Economy in the European Union* (European Commission, Health and Consumer Protection Directorate-General, 2005).)

[9] J. P. Smith, “Unravelling the SES health connection”, IFS Working Papers No. W04/02 (Institute for Fiscal Studies, 2004).

28. Макроэкономический анализ взаимосвязи между состоянием здоровья и экономическим ростом придерживается нескольких подходов. Первый из них использует совокупные модели экономического роста, которые четко включают в себя последствия состояния здоровья. Такие исследования предполагают, что увеличения ожидаемой продолжительности жизни могут способствовать повышению производительности, однако это воздействие является более сильным, если увеличения ожидаемой продолжительности жизни являются результатом растущей длительности жизни производительных трудящихся, и более слабым, если их причиной является снижение уровня младенческой смертности, которое ускоряет рост численности населения, но при этом необязательно повышает уровень квалификации населения[10].

29. Второй подход использует регрессию перекрестных данных для оценки определяющих факторов роста доходов на душу населения. Эти исследования указывают на позитивное, важное и значительное воздействие ожидаемой продолжительности жизни на доходы[10]. Критики этого подхода отмечают, что предполагаемые последствия могут оказаться смещенными под воздействием мультиколлинеарности использованных переменных и в силу упущенных переменных. Для решения проблемы мультиколлинеарности в одном из исследований[11] использовалась инструментальная переменная, основанная на прединтервенционном распределении смертей по 15 главным причинам и датам глобальных мероприятий. Исследование привело к выводу о том, что растущая ожидаемая продолжительность жизни ускоряет рост населения, но оказывает лишь незначительное воздействие на ВВП, как первоначально, так и на протяжении 40-летнего периода, главным образом потому, что наличие земли и капитала не может в достаточной мере корректироваться с учетом ускоренного роста населения вследствие уменьшающейся смертности. В той степени, в какой использованный инструмент отражает главным образом смертность в детском возрасте, этот результат, как представляется, согласуется с результатами, полученными в результате использования совокупных моделей роста.

30. Вмешательство, которое также сказывается на развитии, а именно планирование размеров семьи как компонент охраны репродуктивного здоровья, не включается в рассмотренные выше модели. Позволяя супружеским парам и женщинам определять промежутки между рождением детей и иметь столько детей, сколько они хотят, планирование размеров семьи способствует уменьшению материнской смертности и улучшению шансов на выживание детей. Оно также приводит к уменьшению фертильности, тем самым уравновешивая воздействие сокращающейся смертности в молодом возрасте. Следовательно, как показывают экономисты, оно способствует увеличению доходов на душу населения как на уровне семьи, так и на национальном уровне и делает достижение целей, касающихся как низкой смертности, так и низкой фертильности, благоприятным для развития[12].

---

[10] M. J. Jusain, op.cit.

[11] D. Acemoglu and S. Johnson, “Disease and development: the effect of life expectancy on economic growth”, *Journal of Political Economy*, vol.115, No.6 (December 2007), pp. 925–985.

[12] См. E/CN.9/2009/3.

31. Связь между возрастающим социально-экономическим положением и лучшим состоянием здоровья прослеживается наредкость настойчиво как между странами, так и в пределах стран. Даже в странах с высоким уровнем доходов существует градиент здоровья, в соответствии с которым люди с меньшей продолжительностью обучения, с более низкой по статусу работой и с меньшим уровнем доходов имеют не такое хорошее здоровье, как люди, находящиеся на более высоких ступенях социально-экономической лестницы. Чем больше времени люди проводят в неблагоприятных условиях, тем больше вероятность того, что они будут страдать от слабого здоровья. Стресс на рабочем месте усиливает опасность заболеваний. Эти факторы ощущаются сильнее в странах с высокими уровнями неравенства. Чтобы решить проблему социально-экономического градиента в области здравоохранения, необходим целостный подход, выходящий за рамки политики здравоохранения, для уменьшения социальной стратификации, в том числе посредством политики в области труда, образования, жилья и благополучия семьи[13].

VI. Роль первичного медико-санитарного обслуживания[14]

32. В 1978 году на Конференции в Алма-Ате международное сообщество определило первичное медико-санитарное обслуживание как стратегию, которая будет обеспечивать необходимое медицинское обслуживание отдельных лиц и семей в рамках общины, на возможно более коротком удалении от мест их проживания и работы, по приемлемой цене — обслуживание, которое будет неотъемлемой частью системы здравоохранения. На Конференции были также конкретно определены основные компоненты первичного медико-санитарного обслуживания, а именно: медико-санитарное просвещение; санитария окружающей среды, особенно в отношении продовольствия и воды; программы охраны здоровья матери и ребенка, включая иммунизацию и планирование размеров семьи; предотвращение эндемических болезней, надлежащее лечение обычных болезней и травм; обеспечение необходимых медикаментов; пропаганда здорового питания, и традиционная медицина.

33. После Конференции возникло два главных подхода к реализации первичного медико-санитарного обслуживания, а именно: селективный подход, сконцентрированный на наиболее серьезных проблемах в плане общественного здравоохранения в общине в целях быстрого достижения результатов, и всеобъемлющий подход, нацеленный на решение всего спектра проблем в области здравоохранения в общине на долговременной основе. Первый поход привел к разработке вертикальных программ для решения конкретных проблем здравоохранения посредством ограниченного набора мероприятий. Второй подход, который называют «горизонтальным» или «всеобъемлющим», был нацелен на создание системы постоянных учреждений, которые способствовали бы активному вовлечению общины в усилия по улучшению состояния здоровья не только посредством лечения болезней, но и путем концентрации внимания на профилактике заболеваний и на их раннем обнаружении.

---

[13] *Closing the Gap in a Generation*, (WHO/ER/CSDH/08.1) (World Health Organization, 2008).

[14] На основе *World Health Report 2008* (World Health Organization, 2008); и J. De Maeseneer and others, “Primary health care as a strategy for achieving equitable care”, paper prepared for to the Health Systems Knowledge Network of WHO, 2007.

34. Выработанное в Алма-Ате видение было нелегко реализовать в виде эффективного преобразования систем здравоохранения, и во многих странах развитие первичного медико-санитарного обслуживания застопорилось. На протяжении последних 40 лет многосторонние, двусторонние и частные доноры обычно отдавали предпочтение вертикальным программам по борьбе с заболеваниями и их предотвращению, поскольку они с большей степенью вероятности дадут результаты в течение коротких циклов финансирования. Распространение эпидемии ВИЧ/СПИДа, в частности, придало дополнительный импульс вертикальному подходу. В настоящее время главные международные усилия по достижению относящихся к здравоохранению целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, основываются на вертикальных программах, ориентированных на болезни, хотя некоторые из этих программ оказывают пагубное воздействие на систему первичного медико-санитарного обслуживания, с которой они соперничают ради получения недостаточных людских и иных ресурсов. Вертикальные программы, не включенные в общую систему здравоохранения, также приводят к дублированию административных расходов и к пробелам в сфере обслуживания и подрывают способность правительства улучшать свои собственные службы здравоохранения. Во избежание этих негативных последствий был разработан кодекс передовой практики для программ борьбы с заболеваниями[15]. Кодекс призывает к интеграции большинства программ и мероприятий по борьбе с болезнями в рамках центров здравоохранения, предлагающих ориентированное на пациентов обслуживание, и некоммерческих медицинских учреждений. Он также призывает к тому, чтобы программы борьбы с заболеваниями разрабатывались и осуществлялись так, чтобы укреплять системы здравоохранения и не допускать конфликтов с организацией медико-санитарного обслуживания.

35. Развитие всеобъемлющего медико-санитарного обслуживания в развивающихся странах также было замедлено недостаточным финансированием сектора здравоохранения, особенно в период структурной реформы. Во многих ситуациях поощрялась приватизация медицинского обслуживания, исходя из той общей для учреждений-доноров точки зрения, что частный сектор может предоставлять услуги более эффективно, чем государственный сектор. Как результат, правительства как развитых, так и развивающихся стран приватизировали службы здравоохранения, отдавали медицинское обслуживание на субподряд частному сектору, сдавали в аренду или продавали государственные больницы частному сектору либо предоставляли государственным больницам самостоятельность в вопросах управления, что стирало границы между государственными и коммерческими целями. Эти события в сочетании с усиливающейся специализацией медицинских работников на всех уровнях (медсестры, врачи, сотрудники системы общественного здравоохранения и т.д.) имели своим результатом системы здравоохранения, обеспечивающие некоординируемый доступ к больницам и фрагментарные услуги специалистов, главным образом тем, кто может их себе позволить. Как в развитых, так и в развивающихся странах государственные расходы на здравоохранение часто приносят несоразмерные блага богатым по сравнению с бедными, и люди со средствами пользуются бóльшим объемом услуг, чем бедные, которые страдают от больше-

[15] J.P. Unger and others, “A code of best practice for disease control programmes to avoid damaging health care services in developing countries”, *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 18 (October/December 2003), pp. S27–S39.

го числа проблем в плане здоровья. Всегда, когда люди вынуждены рассчитывать на выплаты из своего собственного кармана для покрытия расходов на медицинское обслуживание, катастрофически высокие затраты на здравоохранение могут приводить к нищете службы здравоохранения для бедных являются весьма раздробленными и страдают от значительной нехватки финансовых ресурсов. Кроме того, тенденция к концентрации ресурсов на лечебных услугах, которые обычно являются дорогостоящими, оставляет недостаточные ресурсы для профилактических мероприятий и для деятельности по пропаганде здорового образа жизни, которые, согласно одной оценке, могут предотвращать до 70 процентов заболеваний.

36. В масштабах всего мира доля ВВП, идущая на цели здравоохранения, возросла с 8 процентов в 2000 году до 8,6 процента в 2005 году, означая, что «экономика здравоохранения» растет быстрее, чем ВВП. Общемировые расходы на здравоохранение с поправкой на инфляцию выросли на 35 процентов за период с 2000 по 2005 год. Возросшая распространенность неинфекционных заболеваний, большинство из которых являются хроническими и требуют длительного лечения и управления ходом заболевания, способствует этому увеличению, и высокая вероятность того, что в будущем рост как бремени хронических болезней, так и расходов на здравоохранение будет ускоряться, вызывает большую обеспокоенность и в развитых, и в развивающихся странах.

37. Эти события побуждают разработчиков политики возобновить их поддержку всеобъемлющему подходу к первичному медико-санитарному обслуживанию для уравновешивания раздробленности систем здравоохранения, достижения справедливости в области здравоохранения, пропаганды мер по обеспечению безопасности здоровья на уровне общин и обеспечения всестороннего и координируемого реагирования на потребности отдельных лиц и их семей в медицинской помощи. Чтобы добиться этих целей, подход к первичному медико-санитарному обслуживанию следует использовать в качестве гибкой направляющей основы, дабы его можно было адаптировать к местным потребностям и конкретным социально-культурным условиям. Чтобы быть всеобъемлющим, первичное медико-санитарное обслуживание должно интегрировать комплексы лечебных мер, применяемых в отношении отдельных лиц и всего населения, путем сочетания лечебной квалификации врачей с эпидемиологией, профилактической медициной и пропагандой здорового образа жизни. В принципе, первичное медико-санитарное обслуживание должно быть частью районной системы здравоохранения и первым местом для контакта с пациентами. Оно должно быть в состоянии заниматься большинством из тех дел, с которыми оно сталкивается, и направлять остальные дела в учреждения специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи эффективным с точки зрения затрат образом и с обеспечением непрерывности ухода. Многопрофильные бригады в составе врачей общей практики, медсестер, социальных работников и специалистов по вопросам питания должны обеспечивать постоянный, бесперебойный уход с уделением главного внимания пропаганде здорового образа жизни, профилактике болезней, лечению острых заболеваний и длительному лечению хронических болезней наряду с управлением ходом таких заболеваний. Посредством межсекторального сотрудничества субъекты, занимающиеся первичным медико-санитарным обслуживанием, должны выявлять общинные проблемы, сказывающиеся на состоянии здоровья, и настаивать на их решении.

38. Всеобъемлющий подход к первичному медико-санитарному обслуживанию может давать экономию финансовых средств. В странах с высоким уровнем доходов и с прочной ориентацией на первичное медико-санитарное обслуживание медико-санитарные расходы на душу населения в среднем меньше, чем в других странах с высоким уровнем доходов. К тому же, максимальный доступ к первичному медико-санитарному обслуживанию с достаточными возможностями для направления к врачам-специалистам уменьшает неравенство в области здравоохранения[16]. В Соединенных Штатах Америки, например, более высокие соотношения между врачами общей практики и численностью населения ассоциируются с более отрадными результатами в области здравоохранения в районах с более значительным неравенством в распределении доходов. Фактологические данные, полученные из развивающихся стран, подтверждают потенциал первичного медико-санитарного обслуживания в плане уменьшения неравенства в сфере здравоохранения. В Мексике, например, доступ к учреждениям первичной медико-санитарной помощи и непрерывность оказания медицинской помощи, подкрепляемые адекватными механизмами направления к специалистам, способствовали сокращению уровней детской смертности в обездоленных районах.

39. Для внедрения всеобъемлющего первичного медико-санитарного обслуживания и извлечения потенциальных выгод из него необходимо осуществить ряд реформ. Во-первых, необходимо обеспечить, чтобы все люди имели доступ к первичной помощи с помощью методов финансирования, которые гарантируют всеобщий охват и основываются на совместном несении рисков. Во-вторых, необходимо изменить организацию медико-санитарного обслуживания для обеспечения того, чтобы системы здравоохранения реагировали на реальные потребности людей. В-третьих, правительства должны оставаться приверженными проведению реформ государственной политики в интересах интеграции мероприятий в области общественного здравоохранения и первичной медицинской помощи. В-четвертых, руководство в сфере здравоохранения должно и далее чутко реагировать на потребности общин посредством стимулирования активного участия членов общин. Руководство должно также вести работу по улучшению положения дел в области здравоохранения через посредство политики в других секторах, включая образование, продовольственную безопасность и качество питания, борьбу с употреблением табачных изделий и контроль за распространением спиртных напитков.

40. Сегодня в странах с высоким уровнем доходов и с большими расходами на сферу здравоохранения имеется достаточно возможностей для перенаправления ресурсов с высокоспециализированной на первичную медицинскую помощи и для обеспечения всеобщего охвата[17]. Эта проблема является более значительной, но одновременно и более неотложной в странах со средним уровнем доходов, в которых живет 3 миллиарда человек и в которых системы здравоохранения должны адаптироваться к новым требованиям. При этом использование подхода, основанного на первичном медико-санитарном обслуживании, и обеспечение всеобщего охвата являются главными стратегиями, позволяющими избежать ошибок прошлого. И наконец, в странах с низким уровнем доходов, особенно в странах Африки к югу от Сахары и в странах Южной

[16] B. Starfield, L.Shi and J.Macinko, “Contribution of primary care to health systems and health”, *Milbank Quarterly,* vol. 83, No. 3 (2005), pp. 457–502.

[17] *World Health Report 2008* (World Health Organization, 2008), Introduction and Overview.

Азии, где живет 2 миллиарда человек, упор на всеобъемлющий подход к первичному медико-санитарному обслуживанию абсолютно необходим для обеспечения справедливости в сфере здравоохранения. Во всех странах, в которых всеобщий охват еще не стал реальностью, необходимо перейти от опоры на плату за пользование, взимаемую с пациентов, к защите, обеспечиваемой за счет объединения ресурсов и предварительной оплаты. Страны с низким уровнем доходов, которые в настоящее время не в состоянии покрывать расходы на самые необходимые медицинские услуги, будут нуждаться в помощи извне для осуществления необходимых изменений.

VII. Необходимость в медицинских работниках[18]

41. Медицинский персонал включает всех людей, которые оказывают услуги в области здравоохранения — врачей, медсестер, физиотерапевтов, аптекарей, техников-лаборантов, — а также руководящих и вспомогательных сотрудников, необходимых для обеспечения функционирования служб здравоохранения. В 2006 году, по оценкам ВОЗ, в масштабах всего мира насчитывалось 60 миллионов медицинских работников, из которых 40 миллионов занимались предоставлением медицинских услуг и 20 миллионов занимались вопросами управления и другими вспомогательными видами деятельности. Однако медицинский персонал распределяется неравномерно между странами или в пределах стран. Страны с высоким уровнем доходов имеют больше работников здравоохранения в соотношении с их населением, чем другие страны. Во всех странах медицинские работники обычно концентрируются в более крупных городах, в то время как мелкие города и сельские районы испытывают их нехватку. Согласно ВОЗ, 57 стран, в основном расположенных в Африке и Азии, не имеют достаточного количества медицинских работников для удовлетворения медико-санитарных потребностей их населения. В 2006 году, по данным ВОЗ, этим странам было необходимо дополнительно 2,4 миллиона поставщиков услуг в области здравоохранения и 1,9 миллиона руководящих и вспомогательных работников. Эта нехватка является одним из главных барьеров на пути достижения относящихся к здравоохранению целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, и затрудняет создание и поддержание инфраструктуры первичной медицинской помощи, необходимой для уменьшения неравенства в доступе к медико-санитарному обеспечению.

42. Настоятельно необходимо увеличить капиталовложения в подготовку и поддержку работников здравоохранения, в том числе путем повышения их зарплаты и предоставления стимулов тем, кто работает в недостаточно обеспеченных медицинским обслуживанием районах. Если предположить, что дополнительные 4,3 миллиона работников, в которых нуждаются 57 стран, сталкивающиеся с их серьезной нехваткой, будут подготовлены за два десятилетия, бюджеты здравоохранения будет необходимо увеличивать из расчета 10 долл. США на человека в год. Помимо финансирования, необходимо, чтобы приверженные этому делу политические руководители обеспечивали разработку и осуществление всеобъемлющих планов по созданию и поддержанию эффективной армии медицинских работников. Такие планы должны обеспечивать увязку на-

[18] На основе “The global shortage of health workers and its impact”, WHO Fact sheet No. 302, April 2006; и “Migration of health workers”, WHO Fact sheet No. 301, April 2006.

правлений подготовки медицинских работников с теми условиями, в которых они будут работать, и включение карьерных стимулов для поощрения медицинских работников к тому, чтобы работать за пределами крупных городов.

43. Также необходимо обеспечить профессиональную подготовку имеющихся во всех странах работников, дабы они были в курсе новых видов и методов лечения. Усовершенствование руководство и управление необходимо для обеспечения более эффективного использования людских ресурсов, особенно в контексте первичного медико-санитарного обслуживания, в котором необходимо внедрять новые модели бригадного обслуживания больных и прививать основанные на фактологических данных навыки целостного управления ходом заболевания. Для обеспечения ухода в случае хронических заболеваний во всем мире ощущается необходимость в работниках здравоохранения с развитыми коммуникационными навыками, способных использовать различные методы для достижения изменений в поведении и для просвещения больных и обладающих опытом консультирования[19]. Также необходимо наладить практику перекладывания заданий, в рамках которой опытный персонал перепоручает задачи в области медицинского ухода менее опытным работникам, которые могут освоить их, особенно тогда, когда — при наличии достаточного надзора и поддержки — добровольцы и общинные медико-санитарные работники могут эффективно справляться с ними.

44. Поскольку медицинские работники требуются в более богатых странах, где оклады выше, работники здравоохранения из стран со средним и с низким уровнями доходов мигрируют в страны с высоким уровнем доходов. Системы здравоохранения в некоторых странах с высоким уровнем доходов имеют большие доли врачей и медсестер, обученных за границей. Поскольку люди имеют право покидать свои страны, необходимо наладить сотрудничество между странами происхождения и принимающими странами для того, чтобы уменьшить негативное воздействие миграции медицинских работников. Странам происхождения необходимо улучшать условия труда медицинских работников, готовить больше таких работников и увязывать подготовку с теми условиями, в которых они будут работать (например, в случае направления в сельскую местность). Доноры могут предоставить средства для этих целей. Принимающим странам необходимо готовить больше врачей и медсестер в самой стране, и они должны придерживаться ответственных методов приема на работу. Международный кодекс практики, касающийся набора медицинских работников, находится в процессе разработки[20].

VIII. Предотвращение и лечение инфекционных и материнских заболеваний

45. Инфекционные заболевания вызывают 23 процента всех смертельных исходов и 57 процентов смертей среди детей в возрасте до 5 лет. Вместе с тем большинство инфекционных болезней поддаются профилактике и лечению и являются излечимыми при недорогостоящем вмешательстве. Повсеместно при-

---

[19] *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action* (World Health Organization, 2002).

[20] International recruitment of health personnel: draft global code of practice — report by the Secretariat (EB124/13) (World Health Organization, 2008).

знается, что инфекционные заболевания наносят тяжелый урон в плане здоровья бедных людей, и цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия, сконцентрированы на профилактике главных причин смерти и борьбе с ними. Вместе с тем прогресс в направлении их достижения не оправдывает ожиданий, и цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия, не охватывают все инфекционные заболевания. Ниже рассматриваются главные мероприятия по борьбе с основными инфекционными болезнями, будь то отдельно взятыми или в группах.

46. ***ВИЧ/СПИД***. В 2008 году примерно 33 миллиона человек были инфицированы ВИЧ, причем 22 миллиона из них жили в странах Африки к югу от Сахары[21]. В том же году количество вновь инфицированных ВИЧ людей составило 2,7 миллиона человек, и от СПИДа умерло 2 миллиона человек, что несколько ниже пикового уровня в 2,2 миллиона человек в 2004 году. Половину ВИЧ-инфицированных составляют женщины, и половина вновь инфицированных — это молодежь в возрасте 15–24 лет. Для предотвращения распространения ВИЧ необходима комплексная стратегия. Она включает кампании просвещения и информации для улучшения понимания того, как распространяется ВИЧ и как люди могут защищаться от него, целенаправленные программы по уменьшению опасного поведения, проверку препаратов крови, недопущение повторного использования инфицированных игл, обеспечение доступа к добровольному консультированию и тестированию для установления того, кто инфицирован, обеспечение лечения для тех, кто в нем нуждается, и предотвращение передачи вируса от матери к ребенку путем лечения ВИЧ-инфицированных беременных женщин. Успех в деле недопущения распространенной эпидемии зависит от работы с группами высокого риска, включая коммерческих секс-работниц и наркоманов, пользующихся шприцами. В странах с распространенной эпидемией заметно расширился доступ к антиретровирусной терапии для тех, кто в ней нуждается. В 2008 году примерно 42 процента из 9,5 миллиона человек, нуждающихся в терапии[22], пользовались ею. Расширение сферы охвата антиретровирусной терапией ускорилось благодаря снижению цен на антиретровирусные препараты, как это было, например, в случае переговоров, проведенных Инициативой по ВИЧ/СПИДу Фонда Клинтона и Международным механизмом закупки лекарств (ЮНИТЭЙД) в 2007 году. Необходимо будет еще больше расширить эти усилия и обеспечение диагностики и поддерживать их в долгосрочном плане, дабы обеспечить дальнейшее выживание ВИЧ-инфицированных людей. В то же время необходимо укреплять усилия по профилактике, в том числе посредством облегчения доступа к презервативам и путем лечения болезней, передаваемых половым путем.

47. ***Туберкулез.*** В 2007 году возникло 9,3 миллиона новых случае туберкулеза, причем 15 процентов из них — у ВИЧ-инфицированных людей. Туберкулез излечим, если он обнаруживается на раннем этапе. Таким образом, стратегия искоренения туберкулеза должна включать как раннее обнаружение, так и оперативное использование ускоренного курса амбулаторной терапии под прямым наблюдением, который является весьма эффективным при лечении этого заболевания. Все большую обеспокоенность вызывает растущая распространен-

---

[21] *2009 AIDS Epidemic Update* (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization, 2009).

[22] ВИЧ-инфекции требуются годы для ослабления иммунной системы. Терапия предписывается только тогда, когда есть явные признаки ослабления иммунной системы.

ность мультирезистентного туберкулеза, который в 2007 году был характерным для 3 процентов вновь инфицированных людей и для 19 процентов рецидивов заболевания. И диагностирование этого вида заболевания, и его лечение являются дорогостоящим и сложным делом. Ряд организаций, включая Партнерскую программу «Остановить распространение туберкулеза», Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и ЮНИТЭЙД, ведут работу по обеспечению лекарственными средствами для лечения мультирезистентного туберкулеза.

48. ***Малярия***. В 2008 году насчитывалось 243 миллиона случаев малярии, приведшие к смерти 863 000 человек, из которых четыре пятых составляли дети в возрасте до 5 лет[23]. Девять из каждых 10 случаев малярии происходят в странах Африки к югу от Сахары. Малярия у беременных женщин ассоциируется с материнской анемией и преждевременными родами, которые ведут к низкой массе тела при рождении и более высокой младенческой смертности. Борьба с распространением малярии предусматривает ранний диагноз, эффективное лечение и предотвращение передачи посредством использования обработанных инсектицидами антимоскитных сеток длительного пользования и опрыскивание поверхностей инсектицидов внутри помещений. Вследствие растущей резистентности к противомалярийным средствам единственным эффективным методом лечения малярии в Африке и Азии является комбинированная терапия на основе артемизинина, которая стоит дороже, чем лекарства, утратившие свою эффективность[24]. В настоящее время прилагаются усилия для распространения этого метода лечения, особенно посредством прерывистого профилактического лечения беременных женщин и педиатрического лечения артемизинином детей. Также прилагаются усилия для распространения антимоскитных сеток. Согласно Партнерству за сокращение масштабов заболеваемости малярией, к 2010 году необходимо распространить более 700 миллионов антимоскитных сеток для борьбы с распространением этого заболевания.

49. ***Забытые тропические болезни***. Ряд инфекционных и паразитарных болезней, эндемичных в тропических районах, наносят тяжелый урон затронутому ими населению, вызывая хроническую заболеваемость. К ним относятся геогельминты (анкилостомоз, аскаридоз и трихоцефалёз) и шистосомоз, которые вызывают анемию у беременных женщин и нарушают физическое и когнитивное развитие детей; филяриатоз лимфоузлов, который приводит к сильному опуханию ног; трахома и онхоцеркоз, вызывающие слепоту; болезнь Шагаса, которая затрагивает пищеварительную систему и сказывается на функции сердца; лейшманиоз, вызывающий повреждения кожи и язвы; человеческий африканский трипаносомоз (сонная болезнь) и лихорадка денге — вирусная инфекция. Около миллиарда человек страдают от какой-то одной или нескольких из этих болезней или от их осложнений[25]. Если их не лечить, паразитарные инфекции могут длиться десятилетия и приводит к серьезной инвалидности. Они также усугубляют уязвимость к другим заболеваниям, включая ВИЧ и малярию. Важно то, что большинство из этих тропических болезней можно предотвращать или лечить. Доступ к безопасной воде и базовой санитарии уменьшает распространенность шистосомоза и трахомы. Борьба с переносчиками может уменьшить передачу денге, сонной болезни и болезни Шагаса. Единич-

---

[23] *World Malaria Report 2009* (World Health Organization, 2009).

[24] Ibid.

[25] Peter J. Hotez, *Forgotten People, Forgotten Diseases* (Washington, D.C., ASM Press, 2008).

ные дозы недорогих лекарств эффективны в плане лечения филяриатоза лимфоузлов, геогельминтов и онхоцеркоза, что делает возможной борьбу с ними посредством массированного применения лекарств в затронутых общинах или в школах. Поскольку эти болезни подрывают здоровье, но не вызывают смерть, усилия по борьбе с ними или их лечению не получают достаточной поддержки.

50. ***Инфекционные причины детской смертности***. Главными причинами детской смертности являются острые респираторные инфекции и диарейные заболевания, на которые приходится по 17 процентов всех случаев детской смертности. Вакцины почти полностью искоренили пневмонию в развитых странах, но пока еще не получили широкого применения во многих развивающихся странах, в которых нищета, недостаточное питание и загрязненность воздуха внутри помещений способствуют большой распространенности инфекций нижних дыхательных путей. Улучшение детского питания и качества воздуха в помещениях могут уменьшить частотность острых респираторных инфекций, и, в случае инфекции, ранний диагноз и лечение антибиотиками и кислородом могут предотвратить тяжелое заболевание и смерть. Надлежащим образом функционирующая система первичного медико-санитарного обслуживания может обеспечить такое лечение. Что касается диарейных заболеваний, то их главными причинами являются патогенны, передаваемые от человека к человеку, когда фекальные вещества загрязняют воду, еду или руки человека. Элементарная гигиена, включая мытье рук, и доступ к безопасной воде и санитарии могут резко сократить заболеваемость и смертность от диарейных заболеваний. При возникновении диареи лечение через оральную регидратацию и цинковая поддержка в сочетании с исключительно грудным кормлением для младенцев, питательной поддержкой и надлежащим применением антибиотиков могут предотвратить переход к тяжелой болезни и смерть. В плане предотвращения других серьезных детских болезней успешными оказались вакцины. Корь — еще одну крупную причину детской смертности — можно предотвращать посредством двух доз вакцины. В 2007 году 82 процента детей в возрасте от 12 до 23 месяцев получили по крайней мере одну дозу вакцины. Вакцины также являются эффективными для борьбы с полиомиелитом, дифтерией, коклюшем и столбняком. Национальные кампании вакцинации являются примерами вертикальных программ, оказывающих эффективное действие, особенно в условиях низкого уровня доходов.

51. ***Материнские заболевания.*** Хотя на материнскую смертность приходится всего 2 процента всех умерших женщин по всему миру, большую часть из 536 000 женщин, умерших в 2005 году по причинам, связанным с материнством, можно было бы спасти, если бы они имели доступ к надлежащему уходу. Почти все случаи материнской смертности происходят в развивающихся странах, а половина из них — в странах Африки к югу от Сахары. С 1990 года достигнут незначительный прогресс в деле сокращения материнской смертности. Отсутствие надлежащей акушерской помощи является главной непосредственной причиной материнской смертности и заболеваемости. В масштабах всего мира 300 миллионов женщин страдают от осложнений после беременности и родов, и каждый год возникает 20 миллионов новых случаев. Осложнения включают бесплодие, сильную анемию, выпадение матки и вагинальные свищи. Анемия, от которой страдают 42 процента беременных женщин и которая часто усугубляется малярией, ВИЧ и другими болезнями, усиливает угрозу материнской смерти от кровотечения. Во всем мире 33 миллиона женщин в раз-

вивающихся странах страдают от бесплодия, вызванного осложнениями вследствие небезопасного аборта и материнского сепсиса. Помощь со стороны квалифицированных медицинских работников (врачей, медсестер или акушерок) при родах крайне важна для сокращения материнской смертности. Как в Южной Азии, так и в странах Африки к югу от Сахары, где происходит наибольшее число случаев материнской смертности, менее половины всех родов принимаются квалифицированными медицинскими работниками. Чтобы эффективно предотвращать смерь и бороться с осложнениями, квалифицированный персонал должен иметь надлежащее оснащение и должен быть в состоянии направлять и транспортировать беременных женщин с признаками осложнений в службы срочной акушерской помощи. Доступ к таким службам все еще является ограниченным в странах с низким уровнем доходов. Особенно в таких ситуациях предоставление женщинам возможности планировать размеры семьи ради того, чтобы избегать несвоевременной или нежелательной беременности, является эффективным с точки зрения затрат методом сокращения материнской заболеваемости и смертности. Каждый год можно было бы избегать почти 53 миллиона незапланированных беременностей, если бы была урегулирована неудовлетворенная потребность в планировании размеров семьи в развивающихся странах, что привело бы к предотвращению 150 000 случаев материнской смертности[26]. Обеспечение как дородового ухода, так и послеродового консультирования, просвещение и доступ к эффективным контрацептивным методам для женщин, которые хотят ими воспользоваться, — все это необходимо для улучшения репродуктивного здоровья и сокращения материнской смертности и заболеваемости.

IX. Предотвращение неинфекционных заболеваний

52. Неинфекционные болезни как отдельная группа уже вызывают 60 процентов смертей по всему миру, и 72 процента из них — в странах со средним уровнем доходов, и в будущем, как предполагается, их доля в общем бремени болезней будет расти. Среди них сердечно-сосудистые заболевания, раковые болезни, хронические респираторные болезни, диабет и депрессия представляют собой главные угрозы для здоровья человека и развития. Неинфекционные заболевания ложатся большим экономическим и социальным бременем, поскольку большинство из них являются хроническими и требуют длительного лечения. И все же до 80 процентов сердечных заболеваний, инсультов и сахарного диабета 2-го типа и более одной трети раковых заболеваний можно было бы предотвращать путем устранения совместных факторов риска, особенно использования табака, нездорового режима питания и малой физической активности. Кроме того, достижения в области биомедицинской и поведенческой терапии существенно усилили способность мер медицинского вмешательства предотвращать и контролировать эти заболевания, особенно когда пациенты пользуются эффективным лечением, поддержкой в выработке умения управлять самим собой и регулярным последующим врачебным наблюдением.

---

[26] Guttmacher Institute and United Nations Population Fund, *Adding it Up. The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health* (2009).

53. По мере старения населения все больше людей живут на протяжении десятилетий с одним или несколькими хроническими заболеваниями. Распространение сидячего образа жизни, ассоциирующегося с растущей глобализацией, распространенность нездорового режима питания и глобальный маркетинг рисков для здоровья, таких как табак, также являются факторами, объясняющими это увеличение. Результатами являются более высокие требования, предъявляемые к национальным системам здравоохранения, и более высокие расходы на здравоохранение. Кроме того, поскольку с течением времени неблагоприятное и связанное с риском поведение как правило концентрируется среди более бедных слоев населения, хронические болезни переплетаются с нищетой и могут, в свою очередь, усугублять нищету вследствие больших затрат на лечение, которые приходится нести на протяжении длительных периодов времени. Рост хронических заболеваний в странах со средним и с низким уровнями доходов вызывает особые проблемы, поскольку многие из этих стран все еще несут тяжелое бремя болезней, связанное с острыми инфекционными заболеваниями, материнскими болезнями и недостаточностью питания.

54. Национальная политика в секторах, помимо сектора здравоохранения, оказывает существенное и частое определяющее воздействие в плане формирования факторов риска, связанных с неинфекционными заболеваниями. Так, улучшения в сфере здравоохранения зависят от государственной политики в таких областях, как торговля, налогообложение, образование, сельское хозяйство, городское развитие, производство продуктов питания и фармацевтических товаров. Поэтому межсекторальные действия являются ключом в национальном планировании, позволяющим снизить бремя неинфекционных болезней. Например, изменение режимов питания, уменьшение распространенности ожирения и увеличение физической активности требуют изменения в поведении посредством изменений в производстве, сбыте и рекламировании продуктов питания, распространения информации по вопросам питания, доступа к просвещению по вопросам здравоохранения и планирования городской среды и общественного транспорта. В 2004 году Всемирная ассамблея здравоохранения приняла Глобальную стратегию в области режима питания, физической активности и здоровья[27] для руководства работой по устранению этих факторов.

55. Употребление табака является отдельной самой предотвратимой причиной смерти в мире, поскольку оно составляет фактор риска для всех главных неинфекционных заболеваний. Хотя распространенность курения снизилась во многих развитых странах и стабилизировалась или несколько снизилась среди мужчин в большей части развивающегося мира, она растет среди женщин как в развивающихся странах, так и в странах Центральной и Восточной Европы[28]. Без устойчивого сокращения масштабов распространенности число курящих будет увеличиваться в силу роста населения мира. Поскольку употребление табака вызывает привыкание, курильщикам трудно прекратить курить. Поэтому предотвращение того, чтобы люди, особенно молодые, начинали курить, имеет важнейшее значение. Правительства испытывают твердую приверженность уменьшению распространенности употребления табака: по состоянию на ноябрь 2009 года 168 правительств ратифицировали Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака[29]. Конвенция содержит положения об уменьшении как

[27] Резолюция WHA57.17, приложение.

[28] J. Mackay and M. Eriksen, *The Tobacco Atlas* (World Health Organization, 2002).

[29] Принята Всемирной ассамблеей здравоохранения 21 мая 2003 года.

спроса на табак, так и его предложения. Одной из наиболее эффективных с точки зрения затрат мер здравоохранения, которую правительства могут принять, является обложение табака налогом.

56. Незначительные подвижки в средних уровнях факторов риска могут привести к крупным изменениям в бремени неинфекционных заболеваний. Стратегии по борьбе с этими болезнями должны быть нацелены как на снижение национальных уровней факторов риска, так и на предотвращение заболеваний среди лиц, относящихся к группе высокого риска. Такие стратегии включают изменения в законах и постановлениях; налоговое и ценовое вмешательство; пропаганду и просвещение; вмешательство в общинах, в школах и на рабочих местах; и проверку, клиническую профилактику и управление ходом болезни. Некоторые элементы этих стратегий могут осуществляться даже в странах с низким уровнем доходов. Межсекторальная координация в рамках комплексного национального плана действий является необходимой для недопущения дублирования усилий. План действий ВОЗ на 2008–2013 годы по реализации Глобальной стратегии по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними содержит указания в отношении действий каждого из соответствующих различных субъектов.

57. Чтобы подчеркнуть важность уменьшения главных факторов риска в связи с неинфекционными заболеваниями, ниже рассматривается их специфика с точки зрения основных компонентов бремени болезней.

58. ***Сердечно-сосудистые заболевания***. На сердечно-сосудистые заболевания приходится самая большая доля смертельных исходов по всему миру: 32 процента смертных случаев среди женщин и 27 процентов — среди мужчин в 2004 году. Самыми смертоносными заболеваниями являются инфаркты и инсульты, приведшие к смерти, соответственно, 7 миллионов и 6 миллионов человек в 2004 году. Главными факторами риска в связи с сердечно-сосудистыми заболеваниями являются гипертония и высокие уровни холестерина, которые, в свою очередь, связаны с питанием, богатым жирами и натрием, сидячим образом жизни и употреблением табака. Вред, причиняемый диабетом, также вызывает сердечные заболевания. Страны с высоким уровнем доходов уменьшили коэффициенты сердечно-сосудистых заболеваний за счет сочетания профилактики и лечения. Профилактические меры включают пропаганду свободных от курения пространств, более здоровые режимы питания и более высокую физическую активность — изменения в образе жизни, которые реализуются значительными группами населения. Кроме того, систематическое лечение гипертонии и повышенного холестерина оказывает эффективное действие в плане отсрочки заболевания. Тем не менее растущие уровни ожирения и диабета в большинстве регионов мира предвещают все большие трудности в дальнейших усилиях по уменьшению потерь от сердечно-сосудистых заболеваний.

59. ***Диабет.*** Диабет случается тогда, когда организм не вырабатывает инсулин для переработки глюкозы (1-й тип) или не может эффективно использовать вырабатываемый им инсулин (2-й тип). Если его оставить без лечения, диабет вызывает высокие уровни глюкозы в крови, которые с течением времени наносят ущерб системе кровообращения и нервной системе. В 2004 году 220 миллионов людей страдали от диабета, и 1,1 млн. смертных случаев приписывались напрямую диабету. Вместе с тем, до 2,9 миллиона смертных исходов могут быть приписаны — прямо или косвенно — диабету и связанным с

ним осложнениям, включая заболевания сердца и почечную недостаточность. Без надлежащей проверки диабет часто остается необнаруженным до тех пор, пока он не нанесет ущерб главным системам организма. После обнаружения диабет и его осложнения требуют длительного лечения и постоянного управления ходом заболевания, в том числе посредством изменений в режиме питания и в образе жизни. Растущая во всем мире распространенность диабета ассоциируется со все большим распространением ожирения, особенно в странах с высоким и средним уровнями доходов.

60. ***Хроническое обструктивное заболевание легких и раковые заболевания, связанные с курением***. Хроническое обструктивное заболевание легких является опасным для жизни заболеванием легких, препятствующим нормальному дыханию. В 2004 году оно привело к смерти 3 миллиона человек, из которых 90 процентов — в странах с низким и средним уровнями доходов, и затронуло в равной степени и мужчин, и женщин. Поскольку главной причиной этого заболевания является вдыхание дыма, будь то в результате употребления табака или от готовки на костре внутри помещения, уменьшение использования табака и субсидирование использования более чистых видов топлива для приготовления пищи бедными людьми могут способствовать профилактике этого заболевания. То же самое относится и к целому ряду раковых заболеваний, самым непосредственным образом связанных с употреблением табака: рак трахеи, бронхов, легких, рта и ротоглотки. В 2004 году на них приходилось 29 процентов всех смертных случаев от раковых заболеваний и 34 процента — в Азии, включая Западную Азию. Употребление табака является важной причиной чрезмерной смертности среди мужчин. В масштабах всего мира 80 процентов курящих — это мужчины, и большинство курильщиков живут в развивающихся странах.

61. ***Раковые заболевания репродуктивной системы***. На рак молочной железы, рак шейки матки, рак матки и рак яичников приходилось 18 процентов всех новых случаев злокачественных опухолей в 2004 году и 13 процентов смертей от рака. На рак предстательной железы приходилось 5 процентов новых случаев рака и 4 процента всех смертей от рака. Эти виды рака наиболее распространены среди новообразований в Африке, и на них приходится 45 процентов смертей от рака среди женщин и 21 процент среди мужчин в этом регионе. В масштабах всего мира рак груди является вторым по распространенности видом рака, и на него приходится 1,1 миллиона новых случаев рака и 520 000 смертных случаев каждый год, причем практически все из них — среди женщин. Ранний диагноз рака молочной железы улучшает прогноз болезни и требует маммографического обследования женщин в возрасте 50–74 лет. Рак шейки матки — это второй по распространенности вид рака среди женщин по всему миру, на который приходится примерно 500 000 новых случаев и 250 000 смертельных исходов каждый год. Более 4 из каждых 5 случаев рака шейки матки происходят в странах с низким уровнем доходов, и это — наиболее распространенный вид рака в Африке и Южной Азии. Смертность от рака шейки матки также выше в развивающемся мире прежде всего потому, что эффективная проверка на предмет этого заболевания является редкой в развивающихся странах. Рак шейки матки вызывается папилломавиоусом человека, и вакцина против него уже существует. Некоторые страны приступили к программам вакцинации, однако пока слишком рано оценивать их эффективность. Среди мужчин рак предстательной железы является основным видом рака ре-

продуктивной системы, и он возникает в более пожилом возрасте, причем большинство смертных случаев происходит в возрасте старше 70 лет. Поскольку этот вид рака, как правило, является медленно развивающимся, общая проверка более не рекомендуется.

62. ***Другие виды рака***. В 2004 году 64 процента случаев рака были связаны с другими органами, помимо легких и органов репродуктивной системы. Факторы риска в связи с другими видами рака варьируются. Избыточный вес и ожирение ассоциируются с несколькими видами рака, включая рак пищевода, ободочной и прямой кишки, груди, слизистой оболочки матки и почек. Большое потребление мясных консервов или сырого мяса связывается с возросшим риском рака ободочной и прямой кишки. Важен состав диеты, поскольку, как представляется, фрукты и овощи оказывают защитное воздействие, ослабляя риск возникновения рака полости рта, пищевода, желудка и ободочной и прямой кишки. Большое потребление алкогольных напитков, как было доказано, повышает риск рака полости рта, глотки, гортани, пищевода, печени и груди. Было установлено, что физические упражнения уменьшают опасность рака ободочной и прямой кишки. Определенные инфекционные или паразитарные переносчики увязываются с раком: вирусные гепатиты B и C вызывают рак печени; бактерия Хеликобактер пилори усиливает опасность рака желудка; шистосомоз повышает риск рака мочевого пузыря; и фасциолез усиливает угрозу рака жёлчных протоков. Воздействие ионизирующей радиации может вызывать определенные виды рака, а чрезмерная солнечная ультрафиолетовая радиация усиливает опасность всех видов рака кожи. Установление различных факторов риска служит основой для принятия мер, направленных на уменьшение их распространенности среди населения. Контролирование веса и недопущение прибавления веса во взрослом возрасте путем уменьшения поглощения калорий и увеличения физической активности являются мерой защиты против рака. Пропаганда более здорового режима питания и физических упражнений; вакцинация против гепатита B; повышение уровня осведомленности относительно опасностей чрезмерного пребывания на солнце; и обложение налогом алкогольных напитков для уменьшения их потребления — все эти меры могут уменьшить распространенность рака.

63. ***Психоневрологические нарушения***. В масштабах всего мира на психоневрологические нарушения приходится 13 процентов лет жизни с поправкой на инвалидность, и депрессия виновна в одной трети их воздействия. Хотя психические нарушения являются важными причинами инвалидности, они не получают того внимания, которого они заслуживают, особенно в странах со средним и низким уровнями доходов. Клеймо позора, которое часто сопровождает психические заболевания, мешает людям обращаться за лечением, и врачи общей практики обычно бывают недостаточно подготовленными для того, чтобы распознавать и лечить слабые или умеренные психические расстройства. Сегодня существуют эффективные лекарственные препараты для лечения целого ряда психических заболеваний, и ориентированная на симптомы психотерапия, как, например, когнитивная бихевиоральная терапия, оказалась эффективной в плане лечения определенных нарушений. Для обеспечения того, чтобы психические нарушения не игнорировались системой здравоохранения, органы здравоохранения должны разрабатывать политику в области психического здоровья; интегрировать лечение психических расстройств с первичным медико-санитарным обслуживанием; предусматривать бюджетные ассигнования для

подготовки трудовых ресурсов и приобретения необходимых лекарств; и обеспечивать подготовку тех, кто занимается первичным медико-санитарным обслуживанием, по вопросам психического здоровья.

X. Предотвращение травм

64. Непреднамеренные и преднамеренные травмы могут вызывать гибель более 5 миллионов человек каждый год и несколько миллионов случаев временной или постоянной инвалидности, которые требуют госпитализации, посещений служб неотложной помощи и обращения в другие службы здравоохранения. Хотя заболеваемость и смертность вследствие непреднамеренных травм и насилия являются проблемами с точки зрения общественного здравоохранения во всех странах мира, их распространенность и последствия несоразмерно сказываются на развивающихся странах, в которых распространены небезопасные условия жизни и труда. В 2004 году опасность смерти от непреднамеренной травмы была почти в два раза выше в странах с низким и средним уровнями доходов, чем в странах с высоким уровнем доходов. Молодые люди находятся под особой угрозой непреднамеренных травм или насилия. Восемь из 14 ведущих причин смерти среди мужского населения в возрасте 15–29 лет в 2004 году были связаны с травмами, включая автодорожные происшествия, убийства и самоубийства.

65. Среди 5,8 миллиона людей, погибших от травм в 2004 году, 1,3 миллиона были жертвами автодорожных происшествий. Употребление алкоголя является одной из главных причин смерти в результате как непреднамеренных травм, так и насилия. Употребление алкоголя приводит ежегодно к смерти 1,8 миллиона человек, и 32 процента из них умирают от непреднамеренных травм, многие из которых связаны с автодорожными происшествиями. В 2004 году ВОЗ вынесла рекомендации относительно мер по уменьшения автодорожных происшествий во «*Всемирном докладе о предотвращении дорожно-транспортного травматизма*». К правительствам обращен настоятельный призыв принять всеобъемлющие законы о защите всех участников дорожного движения, включая пешеходов, путем установления надлежащих ограничений скорости и ограничений на концентрацию алкоголя в крови и требования относительно использования надлежащих механизмов защиты, включая шлемы, ремни безопасности и детские удерживающие устройства.

66. Непреднамеренные травмы, помимо автодорожных происшествий, такие, как отравления, утопления, пожары и падения, вызвали гибель 2,6 миллиона человек в 2004 году. Для недопущения травм среди детей рекомендуется использовать упаковки, которые дети не могут открыть, для предотвращения отравления и ограды вокруг бассейнов для предупреждения утопления. Также рекомендуется устранять домашние факторы риска для предотвращения падений, особенно среди детей и престарелых.

67. Уменьшение числа травм и смертей в результате насилия требует многосекторальных и надлежащих с точки зрения культуры стратегий. Эффективными в плане сокращения смертности от преднамеренных травм являются программы по ограничению доступа к обычным методам самоубийства и насилия между людьми, таким как огнестрельное оружие. Учебные программы на базе школ, нацеленные на повышение самоуважения, контролирование гнева и раз-

витие надлежащих навыков урегулирования конфликтов, могут предотвращать насилие среди молодежи, включая молодых людей, которые являются близкими партнерами. Также крайне важно лечить тех, кто страдает от депрессии и других психических расстройств, и создавать кризисные центры, которые могут оказывать срочную поддержку жертвам или потенциальным жертвам самоубийств или насилия.

XI. Выводы и рекомендации

68. **Всеобщее сокращение смертности, которое произошло в большинстве стран в ходе XX века, привело к увеличению ожидаемой продолжительности жизни до 69 лет или старше во всех регионах мира, за исключением Африки, и к перемещению смертности с более молодых на более старые возраста. В основе этого перехода лежит эффективный контроль и лечение большинства инфекционных болезней, в результате чего во всех регионах мира, за исключением Африки, на них приходятся либо умеренные, либо низкие доли всех смертей (27 процентов или менее того). Аналогичным образом, их доля в бремени болезней составляет незначительные 22 процента в странах со средним уровнем доходов и всего лишь 6 процентов в странах с высоким уровнем доходов.**

69. **Уменьшение бремени болезней, приписываемого инфекционным заболеваниям, сопровождается увеличением бремени, связанного с неинфекционными болезнями, большинство из которых являются хроническими и требуют длительного лечения. Среди неинфекционных болезней на психоневрологические нарушения и сердечно-сосудистые заболевания, особенно инфаркты и инсульты, приходится значительная доля бремени болезней в странах с высоким и средним уровнями доходов. Раковые заболевания, хронические респираторные заболевания и диабет являются другими важными составляющими бремени болезней в этих странах.**

70. **В странах Африки к югу от Сахары переход к низкой смертности проходил не такими быстрыми темпами, как в других регионах, к 1980 году, и возникновение эпидемии ВИЧ/СПИДа замедлило или даже обратило вспять в некоторых странах Африки те завоевания, которые были достигнуты за предшествовавшие десятилетия. Несмотря на крупные подвижки в уменьшении распространения ВИЧ и в лечении инфицированных, до сих пор ежегодно возникает 2,7 миллиона новых случаев этого заболевания, и для тех, кто проходит лечение, ВИЧ-инфекция становится хроническим заболеванием, требующим длительного лечения. В странах с низким уровнем доходов, к которым относятся большинство стран Африки к югу от Сахары и Индия, 57 процентов бремени болезней относятся на долю инфекционных заболеваний, включая ВИЧ/СПИД, и материнских и перинатальных заболеваний и еще 33 процента — на долю неинфекционных заболеваний. Поэтому страны с низким уровнем доходов сталкиваются с двойной проблемой: предотвращение распространения инфекционных заболеваний и лечение больных ими и одновременно решение проблемы растущей распространенности хронических, неинфекционных болезней.**

71. **Во все странах более бедные слои населения в большей степени уязвимы к болезням и располагают меньшими возможностями для их предотвращения или лечения. И все же расходы на здравоохранение, как правило, благоприятствуют богатым. Поэтому все страны сталкиваются с проблемой уменьшения неравенства в доступе к медицинским услугам и внедрения механизмов финансирования, обеспечивающих всеобщий охват на основе распределения рисков, дабы воспрепятствовать тому, чтобы болезнь вела к нищете.**

72. **Одна из главных стратегий по решению этих многочисленных проблем заключается в укреплении систем здравоохранения для обеспечения того, чтобы они могли предоставлять услуги, которые нужны общинам, включая не только медицинскую помощь и лечение острых заболеваний, но и профилактику, пропаганду здорового образа жизни и долговременное управление ходом хронических болезней. Всеобъемлющий подход к первичному медико-санитарному обслуживанию дает гибкие рамки для достижения этих целей. Чтобы быть всеобъемлющим, первичное медико-санитарное обслуживание должно интегрировать индивидуальный уход и обслуживание всего населения, смешивая клинический подход с эпидемиологией, профилактической медициной и пропагандой здорового образа жизни. Оно должно составлять основу районной системы здравоохранения и обладать возможностями для лечения большинства болезней наряду с адекватной поддержкой в плане направления в специализированные и высокоспециализированные медицинские учреждения. Оно должно обеспечивать целостный подход к поддержанию здоровья, профилактике заболеваний и управлению ходом хронических болезней посредством междисциплинарной методики и непрерывности оказания медицинской помощи.**

73. **Всеобъемлющий подход к первичному медико-санитарному обслуживанию является эффективным с точки зрения затрат, однако его можно развить только посредством устойчивых и целенаправленных усилий в среднесрочной перспективе. По этой причине безотлагательные потребности в большинстве случаев удовлетворяются за счет вертикальных программ, сосредоточенных на конкретных болезнях, в ущерб всеобъемлющему подходу. Поскольку безотлагательные потребности являются реальными, тем, кто занимается планированием здравоохранения, и донорам необходимо найти новые способы интеграции их действий с учреждениями, занимающимися первичным медико-санитарным обслуживанием, или, когда вертикальные программы являются уместными, обеспечения того, чтобы они не оказывали пагубного воздействия на усилия по укреплению первичного медико-санитарного обслуживания. В странах, зависящих от донорского финансирования в плане увеличения бюджетов на цели здравоохранения, непрерывность финансирования необходима для обеспечения того, чтобы поддерживать усилия по развитию системы всеобъемлющего первичного медико-санитарного обслуживания.**

74. **Крайне важным элементом для укрепления систем здравоохранения является наличие необходимой армии работников здравоохранения. Во многих странах с низким уровнем доходов наблюдается большая нехватка медицинских работников, однако она отмечается и в странах с высоким уровнем доходов в силу растущего бремени хронических болезней среди их стареющего населения. Вот почему необходимо как на национальном, так**

и на международном уровнях прилагать согласованные усилия для подготовки достаточного числа медицинских работников, при этом обеспечивая, чтобы профессиональная подготовка давала необходимый набор знаний и навыков и была ориентирована на условия, в которых ощущается потребность в медицинском персонале. Также необходимо прорабатывать стимулы для того, чтобы медицинские работники брались за работу и оставались в недостаточно обслуживаемых районах, особенно в сельских районах развивающихся стран. Донорское финансирование может помочь правительствам стран с низким уровнем доходов в реализации национальных планов удержания и развития работников здравоохранения. Страны с высоким уровнем доходов должны придерживаться ответственной практики в наборе персонала, дабы не усугублять нехватку медицинских работников в странах с низким уровнем доходов.

75. **В странах с низким уровнем доходов первоочередной задачей в настоящее время является достижение связанных со здравоохранением целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, и работа в этом направлении идет полным ходом. Финансирование некоторых видов деятельности растет, но все еще является недостаточным. Требуется расширять мероприятия, оказавшиеся успешными. Полный набор необходимых действий рассмотрен в основной части настоящего доклада. Одним из мероприятий, заслуживающих особого упоминания, является поддержка программ планирования размеров семьи в наименее развитых странах. Донорское финансирование работы по планированию размеров семьи уменьшилось с середины 1990-х годов, и в наименее развитых странах неудовлетворенные потребности в современных контрацептивах остаются высокими: одна из каждых четырех женщин в возрасте 15–49 лет, состоящих в браке или в сожительстве, сталкивается с такой неудовлетворенной потребностью[30]. Предотвращая несвоевременную или нежелательную беременность, планирование размеров семьи может способствовать сокращению материнской смертности на 28 процентов, а благодаря увеличению периодов между родами оно может содействовать и снижению детской смертности. На каждый доллар, израсходованный на цели планирования размеров семьи, можно сэкономить от 2 до 6 долларов в деятельности по достижению других целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия[31].**

76. **Самая эффективная с точки зрения затрат стратегия по уменьшению растущего бремени хронических, неинфекционных заболеваний сводится к уменьшению распространенности факторов риска, связанных с наиболее часто встречающимися болезнями. Употребление табака, нездоровый режим питания, излишний вес и ожирение, отсутствие физической активности и чрезмерное употребление алкоголя — все это способствует усилению рисков, связанных с основными причинами хронических болезней. Национальная политика в секторах, помимо здравоохранения, оказывает существенное и часто определяющее воздействие в плане формирования**

---

30 “What would it take to accelerate fertility decline in the least developed countries?” (United Nations Population Division Policy Brief, No. 2009/1).

31 Scott Moreland and Sandra Talbird, “Achieving the Millennium Development Goals: the contribution of fulfilling the unmet need for family planning” (Washington, D.C., USAID, 2006).

этих факторов риска. Так, улучшения в сфере здравоохранения зависят от государственной политики в таких областях, как торговля, налогообложение, образование, сельское хозяйство, городское развитие, производство продуктов питания и фармацевтических товаров. Поэтому межсекторальные действия являются ключом в национальном планировании, позволяющим снизить бремя неинфекционных болезней. Руководящие указания в отношении того, как улучшить режим питания и стимулировать физическую активность, можно найти в Глобальной стратегии в области режима питания, физической активности и здоровья, принятой Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2004 году. Положения относительно уменьшения как спроса на табак, так и его предложения содержатся в Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, и введение налога на табак является одной из самых эффективных с точки зрения затрат мер в области здравоохранения, которую могут принять правительства. План действий ВОЗ на 2008–2013 годы по реализации Глобальной стратегии по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними перечисляет меры, которые уместно принять всем соответствующим субъектам.

77. **Психические расстройства, особенно депрессия, виновны в немалой доле бремени болезней, однако лечение психических расстройств редко бывает надлежащим образом предусмотрено в системах здравоохранения стран со средним и низким уровнями доходов. Сегодня существуют эффективные лекарственные препараты для лечения целого ряда психических расстройств. Для обеспечения того, чтобы психические расстройства не игнорировались системой здравоохранения, органам здравоохранения следует разработать политику в области психического здоровья, интегрировать лечение психических расстройств с первичным медико-санитарным обслуживанием, выделять бюджетные средства для профессионального развития работников и для закупки необходимых лекарств и готовить субъектов, обеспечивающих первичное медико-санитарное обслуживание, по вопросам, относящимся к психическому здоровью.**

78. **Травмы остаются значительной причиной смерти во всех группах стран, однако они приводят к большему числу жертв в странах со средним уровнем доходов. На автодорожные происшествия приходится одна пятая всех смертных случае по причине травм, и их число можно существенно сократить путем принятия и обеспечения соблюдения положений, устанавливающих надлежащие ограничения скорости и ограничения на концентрацию алкоголя в крови и требующих использования надлежащих механизмов защиты, включая шлемы, ремни безопасности и детские удерживающие устройства. Уменьшение употребления алкоголя и устранение небезопасных условий жизни и работы также имеют важное значение. Эффективным в плане сокращения смертности от преднамеренных травм является ограничение доступа к обычным методам самоубийства и насилия между людьми, таким как огнестрельное оружие.**

79. **В целом, если смертность будет и далее сокращаться во всех странах, еще более преобладающее значение в бремени болезней будут иметь неинфекционные заболевания, большинство из которых являются хроническими и требуют длительного лечения и управления ходом заболевания. Поскольку смерть неизбежна и пока еще нет средств, позволяющих ликвидировать конкретные неинфекционные заболевания, главной целью**

должно быть замедление наступления болезни. К счастью, правительства могут сделать многое для достижения этой цели, особенно путем принятия мер по уменьшению распространенности факторов риска, ассоциирующихся с хроническими заболеваниями. Большинство из этих мер имеют отношение к другим секторам, помимо здравоохранения, и являются эффективными с точки зрения затрат. Их реализация по возможности в ближайшие сроки даст время для укрепления систем здравоохранения в интересах обеспечения более справедливого и эффективного лечения и ухода всем тем, кто в них нуждается.