

Утвержден
Постановлением Правительства РТ
от 3 декабря 2012г., №676

Перспективы профилактики и контроля неинфекционных заболеваний
и травматизма в Республике Таджикистан на 2013 - 2023 годы

1. Основные понятия

Ближайшие (промежуточные) результаты - продукты, услуги и другие наработки (например, руководства по профилактике, инструкции, положения налогового законодательства), являющиеся непосредственным результатом деятельности программы или организации.

Вкладываемые ресурсы – финансовые и материальные средства, а также навыки и умения персонала и добровольцев, используемые в ходе определенной программы, процесса.

Доказательная медицина – сознательное и последовательное применение в клинической практике вмешательств, в отношении полезности которых есть убедительные доказательства

Здоровый образ жизни — образ жизни человека, направленный на профилактику болезней и укрепление здоровья.

Инфекция — это биологическое явление, сущностью которого являются внедрение и размножение микроорганизмов в макроорганизме с последующим развитием различных форм их взаимодействия от носительства возбудителей до выраженной болезни.

Инфекционные заболевания — это группа заболеваний, вызываемых проникновением в организм патогенных (болезнетворных) микроорганизмов (бактерий, вирусов, грибов, простейших и т.п.), характеризующиеся наличием инкубационного периода, определенной реакцией инфицированного организма на внедрение и размножение возбудителя, имеющие циклическое течение, результатом которых является формирование постинфекционного иммунитета.

Клинические руководства — это систематически разрабатываемые положения, которые помогают практическому врачу и пациенту в принятии правильного решения, которое касается здоровья пациента в особых клинических условиях.

Конечные результаты – вызванное вмешательством изменение в нынешнем или будущем состоянии здоровья или в поведении, связанном со здоровьем.

Межсекторальные (межотраслевые) действия - совместные усилия сектора здравоохранения и других отраслей для достижения общей цели.

Многофакторный - термин, основанный на концепции, что болезнь или другой исход могут иметь более одной причины.

Наращивание потенциала – процесс накопления знаний и опыта по планированию, осуществлению и оценке вмешательств, нацеленных на профилактику и контроль неинфекционных заболеваний в различных условиях.

Насвай - вид некурительного табачного изделия, традиционного для Центральной Азии.

Неинфекционные заболевания – хронические незаразные заболевания, не имеющие инфекционной (вирусной, бактериальной, грибковой или

паразитарной) природы. Как правило, они не могут передаваться контактным, воздушно-капельным путем, через воду или пищу.

Немедикаментозная терапия – мероприятия по изменению образа жизни пациента (lifestyle interventions), которые способствуют снижению влияния факторов риска заболеваний на дальнейшее их развитие.

Несчастные случаи – телесные повреждения вследствие бытовых, дорожно-транспортных или производственных происшествий.

Образ жизни - это совокупность принимаемых человеком решений, воздействующих на его здоровье. Кроме того, образ жизни характеризует жизнь в целом, основанную на взаимодействии условий жизни в широком смысле и особенностей индивидуального поведения, определяемого социально-культурными факторами и личностными характеристиками.

Общественные места – здания, сооружения, территории, природные объекты или пространство потенциального местонахождения людей, которые могут свободно взаимодействовать, к ним относятся места работы, досуга, отдыха, физкультуры и спорта, лечебные, образовательные и дошкольные учреждения, предприятия культуры, питания, торговли, транспорта и прилегающие к ним территории.

Общественное здравоохранение (Public Health) – это наука и конкретная деятельность по охране и укреплению здоровья населения, продлению жизни посредством мобилизации усилий общества и проведению соответствующих организационных мероприятий на различных уровнях, обеспечивающей управление здравоохранением как одной из крупнейших социальных систем, где медицина является одним из компонентов наряду с экономикой, социологией, политическими науками, промышленностью и сельским хозяйством.

Онкологические заболевания – хронические, длительно текущие заболевания, сопровождающиеся возникновением и патологическим ростом типичных или атипичных клеток той или иной ткани или органа.

Органы-мишени (target-organs) – органы, подвергающиеся патологическим изменениям, которые обусловлены влиянием того или иного фактора (например, повышением артериального давления).

Первичная медико-санитарная помощь. Определение было дано в Декларации, принятой на конференции Всемирной организации здравоохранения в 1978 году в городе Алма-Ате: «Первичная медико-санитарная помощь составляет существенную часть медико-санитарного обслуживания, которая основана на практических, научно обоснованных и социально приемлемых методах и технологии, ставших повсеместно доступными как отдельным лицам, так и семьям на местах, благодаря их полному участию в этой работе при затратах, оправданных как для общины, так и для страны в целом на каждом этапе развития, для обеспечения их самоопределения и самостоятельности в решении этих вопросов. Она составляет неотъемлемую часть национальной системы здравоохранения, ядром которого она является, и одновременно выступает как

главный компонент общего социального и экономического развития общества. Она и есть первая ступень в контакте между отдельными людьми, семьей, общиной и национальной системой здравоохранения, максимально приближающая медицинскую помощь к месту жительства и работы и образующая первый элемент непрерывного процесса охраны здоровья»

План осуществления – это список мероприятий, которые должны быть определенным образом организованы и выполнены в соответствии с установленным графиком для достижения поставленной цели. План оговаривает, кто, когда и что выполняет, и может включать данные о стоимости каждой фазы работ. Осуществление также означает превращение программных задач в реальные действия (например, посредством изменен политики, регулирования и организации).

Планирование – это процесс определения потребностей, выбора приоритетов, установления причин проблемы, оценки ресурсов и препятствий, а также распределение ресурсов для достижения целей.

Подотчетность означает, что лица, принимающие решения на всех уровнях, выполняют свои обязанности и отчитываются за свои действия.

Политика – общее руководство для действий и принятия решений, которое облегчает достижение целей.

Пропаганда – это действия, предпринимаемые медицинскими работниками и другими авторитетными лицами для того, чтобы повлиять на процесс принятия решений в сообществах и правительствах.

Профилактика охватывает подходы и мероприятия, нацеленные на снижение вероятного возникновения у индивидуума заболевания или расстройства, на прекращение или замедление прогрессирования заболевания, а также на снижение инвалидности. Первичная профилактика снижает вероятность появления болезни или расстройства; вторичная профилактика прерывает, предотвращает или сводит к минимуму прогрессирование болезни или расстройства на ранней стадии; третичная профилактика сдерживает прогрессирование болезни, уже приведшей к существенному повреждению.

Профиль – это совокупность данных, часто представленных графически и отражающих наиболее значимые черты какой-либо ситуации; например, частота встречаемости той или иной отличительной черты у отдельных лиц и в группах.

Руководство – это механизм, направляющий усилия коллектива или личности на выполнение общих задач. Оно побуждает людей к достижению поставленной цели посредством влияния на их потребности.

Сахарный диабет – это эндокринно-обменное заболевание, при котором в результате сочетания генетических и средовых этиологических факторов развивается абсолютная или относительная инсулиновая недостаточность, приводящая к нарушению углеводного, жирового, белкового обмена и глубокой дезорганизации внутриклеточного метаболизма.

Сердечно-сосудистые заболевания – заболевания, в основе которых лежит поражение сердца и сосудов, развитие которых снижает качество жизни

больного, может приводить к летальным исходам, в том числе внезапной смерти.

Скрининг стратегия в организации здравоохранения, направленная на выявление заболеваний у клинически бессимптомных лиц в популяции, целью которой является раннее выявление заболеваний, что позволяет обеспечить раннее начало лечения в расчёте на облегчение состояния пациентов и снижение смертности.

Перспективы профилактики неинфекционных заболеваний – документ, содержащий общую, руководящую линию, директивы или основные установки, необходимые для подготовки и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний.

Фактор риска – это какое-либо свойство или особенность человека или какое-либо воздействие на него, повышающие вероятность развития болезни или травмы.

Сеть – число и характер социальных отношений и связей между индивидуумами (и учреждениями), которые могут обеспечить доступ к социальной поддержке здоровья или мобилизовать такую поддержку.

Система оценки представляет собой описание того, как должна оцениваться программа.

Создание коалиции – установление временного союза фракций, сторон, отдельных лиц и групп с конкретной целью (в случае создания программы – для ее поддержки и совместной разработки).

Сообщество – это коллектив, характеризующийся общими ценностными ориентирами и заботой о развитии и благополучии своей группы или географической области.

Социальный маркетинг – это направление, использующее инструменты воздействия на представление людей посредством технологий и подходов для улучшения жизни, как отдельных людей, так и всего общества в целом.

Средства массовой информации – средства донесения информации (словесной, звуковой, визуальной) по принципу широкоэмитерного канала, охватывающее большую (массовую) аудиторию и действующее на постоянной основе.

Перспективы представляют собой план действий, разработанный для достижения долгосрочных целей и учитывающий имеющиеся в распоряжении ресурсы и предполагаемые препятствия, а также возможности для сотрудничества между соответствующими заинтересованными лицами.

Травмы – механические, химические, радиационные или термические повреждающие живой организм воздействия, приводящие к утрате или ограничению его функций

Укрепление здоровья предполагает сочетание образовательной и средовой поддержки способствующих здоровью действий и условий жизни. Подобные действия могут предприниматься отдельными лицами, группами, сообществами, политиками, работодателями, учителями и всеми теми, кто способен влиять на факторы, определяющие состояние здоровья. Цель

укрепления здоровья в том, чтобы позволить людям лучше контролировать детерминанты своего собственного здоровья.

Участники, заинтересованные лица - это все те, кто имеет общую заинтересованность в проведении проекта и могут договориться в принципе поддерживать его, предоставляя для этого, в зависимости от своих возможностей, помощь техническими, материальными, финансовыми или кадровыми ресурсами.

Эпидемиологический надзор – это сбор информации и динамическая оценка факторов риска, условий жизни, заболеваемости населения конкретной территории, обоснование в проведении необходимых профилактических мероприятий.

2. Введение

Министерство здравоохранения Республики Таджикистан ознакомившись с информационным письмом Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (ЕРБ ВОЗ) с приложением Резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения (WHA64.11) и списком информационных ресурсов по программе интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний и травматизма (программа CINDI/ВОЗ), разработал проект Перспективы профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Таджикистане на период 2012-2023 годы (в дальнейшем Перспективы). Актуальность разработки данной Перспективы, ее эффективное внедрение являются неотложной задачей для развивающихся стран, в том числе и для Таджикистана, так как она позволит в обзорной перспективе снизить бремя неинфекционных заболеваний и травматизма за счет снижения смертности и инвалидизации от них, высвободит дополнительные ресурсы для борьбы с бедностью и, несомненно, будет реально способствовать повышению благосостояния население страны.

3. Актуальность проблемы неинфекционных заболеваний и травматизма в Республике Таджикистан

1. В Республике Таджикистан, как и в большинстве стран мира, приоритетными направлениями деятельности в деле охраны здоровья являются профилактика и организация эффективной помощи больным с сердечно-сосудистыми и эндокринными заболеваниями, онкологическими и бронхо-легочными болезнями, а также травмами и отравлениями, как наиболее важными причинами высокой инвалидизации и преждевременной смерти современного урбанизированного населения.

2. Тяжелейшее бремя, которое несет общество от этих заболеваний в результате преждевременной смерти, а также высокого уровня временной и стойкой потери трудоспособности все возрастает. При этом существенным

образом снижается качество жизни. Все это создает новые экономические проблемы, сдерживает меры по укреплению благосостояния народа, в особенности по части борьбы с бедностью, тормозит процесс повышения благосостояния народа.

3. Несмотря на усилия здравоохранения, прогноз бремени болезней остаётся неблагоприятным, а ведущей патологией остаются хронические неинфекционные заболевания. В странах постсоветского пространства показатели неинфекционной заболеваемости и смертности являются особенно высокими и продолжают увеличиваться.

4. Одним из интегративных показателей, определяющих как физическое, так и психологическое состояние популяции является ежегодно публикуемый ООН индекс человеческого развития (ИЧР) и его тенденции во временном масштабе. Республика Таджикистан в этом рейтинге медленно, но верно продвигается вперед, хотя и отстаёт от ряда постсоветских государств (United Nations Development Program: Human Development Index 2011). Ниже мы приводим список стран с различным уровнем этого индекса.

Страны с очень высоким уровнем Индекса человеческого развития
(первая пятёрка, из выборки 187 стран мира)

Место	Страна	Индекса человеческого развития
1	Норвегия	0,943
2	Австралия	0,929
3	Нидерланды	0,910
4	США	0,910
5	Новая Зеландия	0,908

Страны с высоким уровнем Индекса человеческого развития (7 из 187)

65	Беларусь	0,756
66	Россия	0,755
68	Казахстан	0,745
76	Украина	0,729
88	Иран	0,707

Страны со средним уровнем Индекса человеческого развития

101	Китай	0,687
102	Туркменистан	0,686
115	Узбекистан	0,641
126	Киргизия	0,615
127	Таджикистан	0,607

Страны с низким уровнем Индекса человеческого развития (5 из 187 стран мира)

143	Кения	0,509
145	Пакистан	0,504
146	Бангладеш	0,500
172	Афганистан	0,398
187	Конго, Демокр. Респ.	0,286

5. Как видно из приведенного списка United Nations Development Program: Human Development Index 2011, из 187 проанализированных стран Таджикистан находится в этом перечне на 127 месте с индексом 0,607. Также важнейшим показателем здоровья популяции является:

«Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет)». Ниже приводим «Список» по данным Организации Объединённых Наций (2005—2011), составленный из 194 проанализированных стран. Таджикистан в этом списке находится на 131-м месте, опережая Кыргызстан, Туркмению и Афганистан.

По стране		М.	Ж.	
1	Япония	82,6	78,0	86,1
2	Гонконг	82,2	79,4	85,1
3	Швейцария	82,1	80,0	84,2
108	Грузия	71,0	67,1	74,8
108	Иран	71,0	69,4	72,6
112	Россия	70,3	65,5	75,3
124	Украина	69,0	62,1	73,8
125	Азербайджан	67,5	63,8	71,2
127	Узбекистан	67,2	64,0	70,4
128	Казахстан	67,0	61,6	72,4
131	Таджикистан	66,7	64,1	69,4
133	Киргизия	65,9	62,0	67,7
145	Туркмения	63,2	59,0	67,5
188	Афганистан	43,8	43,9	43,8
194	Свазиленд	39,6	39,8	39,4

6. Качественные показатели здравоохранения во многом зависят от экономических составляющих данной страны, где внутренний валовый продукт на душу населения имеет решающую роль. Ниже приводим (выборочно) перечень стран, распределенных по уровню доходов опубликованные The World Bank: World Development Indicators, 2011. Gross National Income per Capita 2010.

Место	Доход экономики	Доход на душу населения (в долларах США)
Высокий уровень	Страна	
1	Монако	183,150
2	Лихтенштейн	137,070
4	Норвегия	84,290
7	Швейцария	71,530
17	США	47,390

Средний уровень	Дохода	На душу населения
67	Россия	9,900
78	Казахстан	7,590
91	Беларусь	5,950
103	Иран	4,520
107	Китай	4,270
114	Туркменистан	3,790
149	Узбекистан	1,280
Низки уровень	Дохода	На душу населения
167	Кыргызстан	840
168	Таджикистан	800
184	Зимбабве	460
189	Афганистан	410
198	Бурунди	170

7. Как видно из данной таблицы, Таджикистан по уровню доходов населения является одной из самых бедных стран в своём регионе (среди стран Содружества Независимых Государств), однако у нас он в два раза выше, чем в соседнем Афганистане (\$840 против \$410), но в 12,4 раза ниже РФ, в 9,2 раза ниже Казахстана и в 5,3 раза ниже соседнего Китая. Естественно, с такими экономическими показателями нам несравненно труднее проводить профилактические мероприятия. Однако они нам более важны, так как позволяют снизить бремя этих наиболее распространенных и значимых по своему ущербу заболеваний, а потому это в конечном этапе выгодно народу, выгодно всей стране.

8. Особенности демографической ситуации в республике обусловлены глобальными политическими и социально-экономическими переменами после пережитой гражданской войны, ухудшением условий жизни населения, ускоренным внедрением рыночных отношений, частичным нарушением половозрастной структуры населения, ослаблением социальной защиты многодетных семей, изменением национальной структуры населения и уменьшением доли той ее части, которая была ориентирована на малодетность. Так, численность постоянного населения республики на 1.01.2011 года составила – 7.616.764 чел. При этом мужчины составляют 50,4%, а женщины – 49,6%. Доля трудоспособного населения в республике составляла на конец 2010 года около 60%.

9. По данным всеобщей переписи населения Таджикистана, осуществленного в 2010 году, общая демографическая ситуация характерна высоким уровнем рождаемости - 29,3 на 1000 населения и относительно низкой смертностью населения (4,2 на 1000 населения). При этом все еще наблюдается наличие высокой детской (20,9 на 1000 живорожденных детей) и материнской смертности (45,0 на 100 тыс. живорожденных), относительно низким уровнем урбанизации и высоким уровнем внешней трудовой

миграции. Естественный прирост населения в 2010 году составил 25,1 на 1000 населения и снизился по сравнению с 1991 годом (32,2 на 1000 нас.) на 28,3%.

10. Как свидетельствует современная статистика, показатель общей смертности населения Таджикистана за последние десятилетия остаётся относительно высокой. Она выше, чем смертность в развитых странах Европы и мира. Однако она остаётся на несколько более низком уровне, чем в целом по Содружестве Независимых Государств. Так, в соответствии с последними мировыми статистическими данными, опубликованными ПРООН-2010, стандартизированный показатель смертности населения от неинфекционных заболеваний в Таджикистане составляет 884 в расчете на 100 тысяч населения. Он несколько ниже, чем аналогичный показатель в России (904) или Казахстане (1145) и значительно ниже, чем в соседнем с нами Афганистане (1309). Однако этот же показатель смертности населения почти в 2 раза выше, чем в Западной Европе и США (450), в 1,4 раза выше, чем в Китае (627) и в 1,3 раза выше, чем в Иране (687).

11. В структуре общей смертности населения Таджикистана лидирующее место занимает ишемическая болезнь сердца, которая по данным ПРООН-2010 среди мужчин в возрасте 25-64 лет составляет 194,4 на 100 тыс. мужчин соответствующего возраста. Этот показатель в 2,8 раза выше, чем в Великобритании, в 3,5 раза выше, чем в Германии и в 6,8 раза выше, чем во Франции. Однако он в 2 раза ниже соответствующего показателя по России (406,3), более чем в 1,5 раза ниже этого показателя по Казахстану (305,5) и несколько ниже, чем у наших непосредственных соседей по Содружеству Независимых Государств - Узбекистану (203) и Кыргызстану (243,1).

12. При рассмотрении структуры первичной заболеваемости в Таджикистане лидирующее место занимают болезни органов дыхания (11399,6 на 100 тыс. населения), заболевания органов пищеварения (3419,2) и болезни органов кровообращения (1094,1). Болезни эндокринной системы и онкологические заболевания составляют соответственно 1214,7 и 37,8 на 100 тыс. населения.

13. В структуре причин смерти населения на первом месте находятся сердечнососудистые заболевания с показателем 206,0 на 100 тыс. населения (2010). На втором месте – онкологические заболевания (33,7) и на третьем месте – заболевания органов дыхания с показателем 29,0. Травмы и отравления, как причина смерти населения, составляют 20,0 на 100 тыс. населения.

14. Известно, что многие показатели здоровья и качества жизни населения зависят от множества объективных и субъективных факторов, среди которых особо можно выделить генетические, географические, социально-политические и экономические факторы, играющие важное влияние на показатели здоровья популяции. Таджикистан, до приобретения своей независимости, представлял собой отсталую аграрную окраину Союза Советских Социалистических Республик.

15. После развала Союза Советских Социалистических Республик, Таджикистан оказался в труднейшем экономическом положении, связанным с неожиданно возникшими проблемами энергетической, коммуникационной и информационной изоляции. Все это довольно тяжело отразилось на основных показателях здоровья всего таджикского народа. Экономическое положение страны ещё более усугубилось в период гражданской войны. В начале послевоенного периода правительство Таджикистана не могло выделить достаточное количество средств на здравоохранение.

16. Тем не менее, к 2012 году в сравнении с 2001 годом отчисления на нужды здравоохранения с 0,9% от внутреннего валового продукта выросло до уровня 2,0%. Таким образом, этот показатель за 10 лет вырос в 2,2 раз.

17. Так, в практикующую медицину были внедрены «Доказательная медицина», позволившая приблизить национальные протоколы диагностики и лечения к мировым стандартам, повысить качество внедряемых в практическое здравоохранение руководств клинической практики и тем самым облегчить работу практикующих врачей. Мы четко осознаем, что духовное и физическое здоровье народа является национальным богатством, тем жизненным потенциалом, который обуславливает дальнейший прогресс общества по пути его экономического и социально-культурного развития.

18. Результаты последних исследований и анализ по ним обнаружили, что сердечнососудистые заболевания во всех регионах Таджикистана в структуре, как общей заболеваемости, так и ее распространенности среди других патологий занимают лидирующее место. В то же время в структуре общей смертности населения сердечнососудистые заболевания в Таджикистане уже с 1986 года устойчиво находятся на первом месте. Это обусловлено высоким уровнем распространенности основных факторов риска сердечнососудистых заболеваний.

19. Реализация программы Всемирной организации здравоохранения направлена на снижение бремени неинфекционных болезней для общества путем борьбы с основными факторами риска их развития. Главная и конечная цель CINDI - улучшение здоровья населения за счет снижения смертности и заболеваемости, связанных с основными, наиболее распространенными, а потому наиболее значимыми по релевантности неинфекционных заболеваний, посредством проведения интегрированной, основанной на тесном сотрудничестве программы профилактики и укрепления здоровья.

20. Основная ближайшая цель - одновременное снижение распространенности общих факторов риска основных неинфекционными заболеваниями, таких как курение, нерациональное питание, избыточное употребление алкоголя, малая физическая активность и психосоциальный стресс. Для достижения этих целей в странах-участницах CINDI отработаны действенные механизмы сотрудничества и накоплен определенный опыт интегрированной межсекторальной профилактики и контроля неинфекционных заболеваний.

21. Главные задачи политики CINDI могут быть сформулированы следующим образом: достижение интегрированного подхода, разработка межсекторального взаимодействия, наведение мостов между наукой и практикой и расширение международного сотрудничества. Благодаря долгосрочному сотрудничеству между участвующими в этой программе странами, число которых сейчас уже возросло до 24, был накоплен огромный объем знаний и опыта по предупреждению неинфекционных заболеваний за счет применения интегрированных подходов на коммунальном уровне. Такой подход прошел проверку временем и дал весьма положительные результаты. Так, наиболее впечатляющие результаты были достигнуты в одной из провинций Финляндии, где за 25 лет удалось добиться снижения смертности от ишемической болезни сердца на 73%!!! Таджикистан может и должен приобщиться к такому опыту путем эффективного сотрудничества в деле профилактики неинфекционных заболеваний.

4. Цель и задачи Перспективы

22. Целью данных Перспектив является разработка и внедрение активно взаимодействующей эффективной межсекторальной системы, направленной на повышение роли профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Республике Таджикистан для решения политических и социальных задач, учитывая ее значение в укреплении и сохранении здоровья населения, потенциала рабочей силы, содействию борьбе с бедностью, развития экономического потенциала страны и повышения качества жизни всего населения.

23. Для этого обобщается имеющийся опыт работы по неинфекционным заболеваниям в Республике Таджикистан, используются положения Европейской стратегии неинфекционных заболеваний, согласованные европейскими странами – членами Всемирной организации здравоохранения в 2006г. и учитывается опыт успешной работы в этой области различных стран мира. В исследовании "Глобальное бремя болезней", инициированном Всемирным банком в 1992 году и проведенном совместно с Всемирной организацией здравоохранения, была предпринята попытка дать количественное определение бремени, связанного с преждевременной смертностью и инвалидностью в глобальном масштабе, используя для этого такой показатель, как общее число лет жизни, скорректированных на инвалидность, который является составным показателем связанных со здоровьем проблем, рассчитываемых с учетом преждевременной смертности и инвалидности.

24. Основные пять причин бремени, обусловленного болезнями, начиная с 1990 г. и с прогнозом до 2020 г., показаны в таблице 1. (ВОЗ,2006)

Ведущие пять причин высокого уровня бремени болезнями
(в % в 1990 году с прогнозом на 2020 год)

Таблица 1

		% от общего бремени	
		1990	2020
1.	Ишемическая болезнь сердца	9,9	10,2
2.	Цереброваскулярные болезни	5,9	6,2
3.	Дорожно-транспортные происшествия	4,4	4,3
4.	Рак трахеи, бронхов и легких	2,9	4,5
5.	Врожденные аномалии	2,2	1,0

25. Анализ ситуации в Республике Таджикистан показал, что основной причиной смерти населения Таджикистана продолжают оставаться сердечно-сосудистые заболевания. В структуре общей смертности популяции Республики Таджикистан еще с 1986 года они занимают первое место. На втором месте по причинам смерти идут опухолевые заболевания, на третьем – бронхо-легочные заболевания, на четвертом месте – насильственная смерть от травм и отравлений. Эндокринные заболевания также входят в пятерку ведущих причин смерти населения Таджикистана (см. таблицу 2)

Число умерших от неинфекционных заболеваний в Республике Таджикистан в 2008-2010 гг.

Таблица 2

Причины смерти	2008	2009	2010
От сахарного диабета, эндемического зоба	769	907	1064
От заболеваний системы кровообращения	15645	15347	15750
От опухолевых заболеваний	2343	2509	2518
От бронхо- легочных заболеваний	2556	2157	2319
От травм, отравлений и ранений	1488	1490	1623

26. Изучение динамики числа умерших в расчете на 1000 городского и сельского населения в 2000-2010 гг. показало, что городское население более подвержено смертельным исходам от указанных заболеваний и состояний нежели сельское население. (см. таблицу 3.).

Динамика числа умерших в расчёте на 1000 населения

Таблица 3

	Человек	На 1000 населения
--	---------	-------------------

	Всё население	Городское население	Сельское население	Всё население	Городское население	Сельское население
2000	29387	9320	20067	4,7	5,7	4,4
2005	31520	9697	21823	4,6	5,4	4,3
2006	31990	9203	22787	4,6	5,0	4,4
2007	33686	9488	24198	4,7	5,1	4,6
2008	31996	9492	22504	4,4	4,9	4,2
2009	32322	9171	23151	4,3	4,7	4,2
2010	33327	9920	23407	4,4	5,0	4,2
М	32032,6±1399,9	9470,1±270,2	22562,4±1326,8	4,5±0,16	5,1±0,33	4,3±0,14
Δ,%	4,4	2,9	5,9	3,9	6,5	3,5

27. Сердечно-сосудистые заболевания также являются ведущей причиной инвалидизации населения. Так, число больных которые по причине кардиоваскулярных заболеваний впервые признаны инвалидами в 2010 году превысило 1928 человек, что на 6,2% выше, чем таких случаев было зарегистрировано в 2008 году. На втором месте по причинам инвалидизации в Республике Таджикистан стоят эндокринные заболевания, которые по темпам прироста числа лиц, впервые признанными инвалидами опережают все другие причины инвалидности населения Таджикистана, показывая рост за последние три года на 55,7% (см. таблицу 4) Опухолевые и бронхо-легочные заболевания занимают соответственно третью и четвертую позиции.

Число лиц, впервые признанных инвалидами

Таблица 4

	2008	2009	2010
Всего	12322	12805	12899
От эндокринных заболеваний и сахарного диабета	564	615	878
От заболеваний системы кровообращения	1815	1769	1928
От опухолевых заболеваний	558	371	562
От бронхо- легочных заболеваний	324	382	320

28. Исходя из изложенного и для достижения поставленной конечной цели были сформулированы основные задачи проекта.

5. Основные задачи Перспективы

29. Настоящие Перспективы направлены на решение следующих задач:
- повышение приоритета профилактики и контроля неинфекционных заболеваний в программе национальных действий по укреплению здоровья населения;
 - разработка системы межведомственного сотрудничества по вопросам укрепления здоровья и профилактики заболеваний;
 - предложения по созданию эффективной инфраструктуры для профилактики неинфекционных заболеваний;
 - предложение путей увеличения ресурсов, направляемых для профилактики и контроля неинфекционных заболеваний по системе строго контролируемого целевого их использования и прозрачности в достижении промежуточных (ежегодных) и конечных результатов для всего общества;
 - разработка предложений по интеграции в рамках предлагаемой Перспективы неинфекционных заболеваний с действующими и вновь создаваемыми национальными программами.

6. Направления действий

30. В русле осуществления поставленных задач, прежде всего будут задействованы (путем активной интеграции) следующие действующие законы, постановления Правительства и Национальные программы:

- Закон Республики Таджикистан «О защите здоровья населения»;
- Закон Республики Таджикистан «О принудительном лечении больных алкоголизмом и наркоманией»;
- Закон Республики Таджикистан «О психиатрической помощи»;
- Закон Республики Таджикистан «О безопасной радиации»;
- Закон Республики Таджикистан «О медико-социальной защите граждан, больных сахарным диабетом» (постановление Правительства Республики Таджикистан от 08 мая 2009 года, №647)
- Национальная программа по профилактике, диагностике и лечению сахарного диабета в Республике Таджикистан на 2012-2017 годы» (постановление Правительства Республики Таджикистан от 03 апреля 2012 года, №130);
- Закон «Об ограничении использования табачных изделий» (постановление Правительства Республики Таджикистан от 29 декабря 2010 года, №649);
- Закон Республики Таджикистан «О йодировании соли»;
- Национальная стратегия о здоровье населения Республики Таджикистан на 2010-2020 годы, которая утверждена постановлением Правительства Республики Таджикистан от 2 августа 2010 года, №368;
- Стратегический план о реструктуризации медицинских учреждений Республики Таджикистан на 2011-2012 годы, который утвержден

постановлением Правительства Республики Таджикистан от 30 марта 2010 года;

- Стратегический план Республики Таджикистан о репродуктивной здоровье населения на 2014 год, который утвержден постановлением Правительства Республики Таджикистан от 31 августа 2004 года, №348;

- Национальный план мероприятий по защите здоровья матерей в Республике Таджикистан на 2014 год, который утвержден постановлением Правительства Республики Таджикистан от 1 августа 2008 года, №370;

- Национальная стратегия о развитии здоровья детей и подростков в Республике Таджикистан на 2015 год, которая утверждена постановлением Правительства Республики Таджикистан от 1 августа 2008, №370;

- Национальная программа диагностики, лечения и профилактики ишемической болезни сердца в Республике Таджикистан на 2007 – 2015 годы (постановление Правительства Республики Таджикистан от 30 июня 2007 года, №334);

- Национальная программа по профилактике, диагностике и лечению онкологических заболеваний в Республике Таджикистан на 2010-2015 годы (постановление Правительства Республики Таджикистан от 31.10.2009 года, №587);

- Национальная программа профилактики профессиональных заболеваний в Республике Таджикистан на 2010-2015 годы, которая утверждена постановлением Правительства Республики Таджикистан от 30 марта 2010 года, №165;

- Национальная программа профилактики травматизма, диагностика и лечение травм и их последствий в Республике Таджикистан на 2010-2015 годы;

- Национальная программа профилактики, диагностики и лечения больных с врожденными и ревматическими пороками сердца в Республике Таджикистан на 2011-2015 годы» (постановление Правительства Республики Таджикистан от 01 апреля 2011 года, №154);

- Национальная программа по профилактике, диагностике и лечению гастроэнтерологических заболеваний в Республике Таджикистан на 2012-2016 годы, которая утверждена постановлением Правительства Республики Таджикистан от 30 декабря 2011 года, №639;

- Национальная программа по профилактике, диагностике и лечению сахарного диабета в Республике Таджикистан на 2012 – 2017 годы, которая утверждена постановлением Правительства Республики Таджикистан от 1 апреля 2012 года, №130;

- Национальная программа по профилактике наркомании и совершенствованию наркологической помощи в Республике Таджикистан на 2013 – 2017 годы, которая утверждена постановлением Правительства Республики Таджикистан от 30 апреля 2012 года, №183.

31. Организованные Ассоциацией кардиологов Республики Таджикистана скрининговые эпидемиологические исследования среди

взрослой части населения, осуществленные в Таджикистане по программе CINDI/BO3 в 2005 и последующие годы, дали возможность уточнить уровень распространенности в таджикской популяции отдельных факторов риска ишемической болезни сердца, уносящей наибольшее количество жизней в нашей популяции.

32. В рамках этих исследований была обнаружена высокая распространенность табакокурения, включая употребление бездымного табако-насвая среди взрослых мужчин (в отдельных регионах она достигала до $71,95 \pm 1,56\%$). После проведенных профилактических вмешательств в рамках внедрения основных положений «Национальной программы диагностики, лечения и профилактики ишемической болезни сердца в Таджикистане на период 2007 – 2015 годов» уже через 5 лет эти показатели снизились до уровня $57,5 \pm 2,14$, то есть в 1,3 раза.

33. Также была обнаружена высокая распространенность Артериальной гипертензии как среди мужчин ($21,2 \pm 0,4\%$), так и среди женщин ($24,8 \pm 0,6\%$). В целом по популяции Артериальная гипертензия была выявлена более чем у 22% взрослой части населения.

34. В меньшей степени оказались уровни распространения таких факторов риска, как избыточная масса тела (16%) и ожирение (3,5%), избыточное содержание общего холестерина – около 15% взрослой популяции.

35. В соответствии с обнаруженными проблемами в состоянии здоровья таджикской популяции, остротой проблемы сердечнососудистых заболеваний, значительной распространенностью факторов риска в 2007 году в стране была принята «Национальная программа диагностики, лечения и профилактики ишемической болезни сердца в Таджикистане на период 2007 – 2015 гг.». Начиная с 2007 года и по настоящее время реализация основных задач данной программы позволили не только привлечь дополнительные инвестиции в службу кардиологической помощи республики, но и в значительной мере позволили модернизировать кардиологическую службу республики. Так, бюджет кардиологической и кардиохирургической службы, благодаря государственным и другого рода инвестициям за последние 10 лет увеличился с 368 тыс. 642 сомони в 2000 году до 4 млн. 704 тыс. 439 сомони (2010 г.), то есть в 12,8 раза. С учетом инвестиций в здравоохранение и международных организаций, бюджет пополнился за это же время еще на 14 млн. 245 тыс. 888 сомон. Таким образом, общие инвестиции в кардиологическую службу и кардиохирургию выросли за последние 10 лет в республике более чем в 100 раз! Это позволило реально снизить темпы прироста кардиоваскулярной заболеваемости и смертности, внедрить новые технологии диагностики (коронароангиография, радиоизотопная сцинтиграфия сердца и других органов, Магнитно-резонансная томография и др.) и лечения (использование имплантации стволовых клеток в поврежденный миокард, аорто-коронарное шунтирование без остановки сердца, стентирование коронарных и других артерий).

36. Дополнительное финансирование позволило более эффективно решать имеющиеся проблемы в здравоохранении. Так, смертность по республике от сердечнососудистых заболеваний снизилась с уровня 215,2 в 2005 году до 206,0 к 2010 году, то есть на 4,5%. Одновременно снизились темпы прироста заболеваемости по острым формам ишемической болезни сердца (Нестабильная стенокардия, Острый коронарный синдром, Инфаркт миокарда). Например, с 2007 года заболеваемость по ишемической болезни сердца, в расчете на 100 тыс. населения, снизилась с уровня 452,5 до уровня 422,8 в 2010 году, то есть на 6,6%.

37. С учетом еще имеющейся проблемы врожденных пороков сердца и наличием не ослабевающей напряженности по ревматическим заболеваниям в текущем году в республике также была принята «Национальная Программа профилактики, диагностики и лечение больных с врожденными и ревматическими пороками сердца в Республике Таджикистан на 2011-2015 годы» (01.04.2011, №154), которая в настоящее время стала успешно реализовываться.

38. Принимая во внимание высокую распространенность в Таджикистане табакокурения был принят Закон «Об ограничении использования табачных изделий» (постановление Правительства Республики Таджикистан от 29 декабря 2010 года, №649), который уже сегодня дает свои положительные результаты. Также в целях предотвращения гиподинамии (малоподвижного образа жизни), как одного из факторов риска ишемической болезни сердца, пропаганды здорового образа жизни Правительство Республики Таджикистан принял Указ Президента Республики Таджикистан от 26 апреля 2006 года №1740 «О национальном дне бега», который всенародно проводится 20 мая ежегодно по инициативе Правительства и личном участии Президента. В этих рамках в Таджикистане особый статус также получили массовая физкультура и спорт, способствующие оздоровлению общества. В этом плане в общеобразовательные и программы высших учебных заведений обучения внесено дополнительное количество часов, отведенные на занятия физкультурой и спортом. Нам представляется, что личный пример руководителей государства, членов правительства и уважаемых депутатов Парламента является дополнительным и эффективным стимулом в деле повышения охраны здоровья каждой популяции.

39. Этому также способствуют организованные и эффективно действующие при Министерстве здравоохранения Республики Таджикистан:

- Республиканский центр по формированию здорового образа жизни, созданный в 1999 году (17.09.1999, №355/2), а в 2000 году созданы областные, городские и районные центры здорового образа жизни.

- Республиканский центр по проблемам питания, созданный в 2001 году, который регулирует и развивает научные основы национальной диетологии и контролирует качество продуктов питания.

40. Мы также придаем особое значение болезням обмена веществ и эндокринным заболеваниям, которые также довольно широко распространены

и вносят большой негативный вклад в инвалидизацию населения и структуру смертности. Среди этих заболеваний в Республике Таджикистан наиболее значимыми являются сахарный диабет и йододефицитные заболевания.

41. Таджикистан имеет приверженность в плане помощи больным сахарным диабетом.

42. В настоящее время принята «Программа по борьбе с сахарным диабетом в Республике Таджикистан на 2012 – 2017 годы и Закон Республики Таджикистан «О медико – социальной защите граждан, больных сахарным диабетом» (постановление Правительства Республики Таджикистан, от 08 мая 2009 года, №647).

43. В этих нормативных документах отражена важность государственной системы обеспечения лекарственными средствами больных диабетом, обеспечение социальной защиты граждан, больных с диабетом, вопросы ранней диагностики сахарного диабета, профилактика тяжелых осложнений диабета, подготовка специалистов для этой отрасли и создание государственного регистра больных сахарным диабетом.

44. В этом плане является весьма важным также изучение наследия непревзойденного гения мирового уровня, великого сына таджикского народа, Абуали Ибн Сино, широко известного в ученом мире как великий Авиценна (980-1037 гг.). Он первым из медиков-ученых предсказал наиболее важные звенья развития сахарного диабета II-го типа и, по сути дела, развил учение о предиабете и метаболическом синдроме, его диагностике и основных принципах его лечения. Фитотерапия сахарного диабета по Авиценне не потеряла своего значения до наших дней. Богатое наследие Авиценны в наши дни широко изучается в «Международном институте изучения наследия Ибн Сины (Авиценны)» в г. Душанбе.

45. Обеспечение больных диабетом инсулином и сахароснижающими препаратами осуществляется по линии гуманитарной помощи и при поддержке Правительства Республики Таджикистан. Ежегодно поставляется в республику от 20 до 38 тысяч флаконов инсулина (годовая потребность 36-38 тысяч флаконов) на сумму 5-7 млн. долларов США. Согласно Программе во всех эндокринологических центрах созданы «Школы для больных диабетом», в которых обучено за 5 лет около 10 тысяч больных.

46. В республике существует центр формирования здорового образа жизни, созданный в 2000 году. Этот центр координирует все связанные со здоровьем общественные образовательные кампании. Региональные кардиологические, пульмонологические, онкологические, эндокринологические и другие центры самостоятельно, а также в сотрудничестве с Республиканским центром формирования здорового образа жизни на постоянной основе. Здесь осуществляются образовательные семинары для врачей и населения по предотвращению факторов риска наиболее проблемных заболеваний, таких как Артериальная гипертензия, Ишемическая болезнь сердца, Сахарный диабет и Злокачественные новообразования в различных средствах массовой информации. Начиная с

2006 г в Республике стал регулярно отмечаться «Всемирный день борьбы с сахарным диабетом», который был поддержан государственными структурами, фармакологическими компаниями, Международными и неправительственными организациями.

47. Другой важной проблемой в деле охраны здоровья в Таджикистане являются злокачественные новообразования. Известно, что ежегодно во всем мире регистрируются более 9 млн. человек и умирают 5 млн. от злокачественных новообразований. В развитых странах они является второй по частоте причиной смерти. Эпидемиологические исследования последних лет подтверждают проявление сходной тенденции и в развивающихся странах. Основными факторами, приводящими к такому характеру распространения рака, являются увеличивающаяся доля населения старших возрастных групп во всех популяциях, возросшая частота возникновения некоторых форм рака, особенно рака легких в результате курения табака.

48. По сведениям Всемирной организации здравоохранения, весьма вероятно, что в ближайшие 25 лет появится 300 млн. новых случаев заболевания и 200 млн. смертей от рака, причем почти $\frac{2}{3}$ из них будет приходиться на развивающиеся страны. В связи с этим, решение проблем онкологических заболеваний включен в список приоритетных задач здравоохранения нашей республики.

49. В Республике Таджикистане, как и во всех развивающихся странах, отмечается тенденция к росту онкологических заболеваний. Ежегодно по данным Республиканского центра медицинской статистики и информации, в стране регистрируются около 3000 новых случаев заболевания и в 2010 году эта группа заболеваний достигла уровня 37,8 на 100 тысяч населения. Естественно, что они представляют серьезную проблему, как для государства, так и для общества в целом.

С 2005 по 2010 годы уровень первичной заболеваемости по Республике в расчете на 100 тыс. населения возрос с 28,7 до 37,8. При этом отмечается более высокая заболеваемость среди женского населения. Например, в 2010 году среди женской популяции она составила 43,1 тогда как среди мужской - 34,6 на 100тыс. населения. В структуре заболеваемости женского населения республики злокачественными опухолями на протяжении последнего десятилетия злокачественные опухоли молочной железы и шейки матки занимают лидирующие позиции. Ежегодно регистрируется более 300 новых случаев рака молочной железы и 250 случаев рака шейки матки.

50. Особую тревогу сегодня вызывает омоложение контингента заболевших и негативная тенденция к увеличению редких и более агрессивных форм рака. Среди впервые выявленных онкологических больных преобладающее большинство составляют жители сельской местности - 65,4%.

51. В рамках реализации «Национальной программы по профилактике, диагностике и лечению онкологических заболеваний в Республике Таджикистан на 2010 – 2015 годы» в структуре онкологической службы произошли коренные преобразования, направленные на организацию и

техническое перевооружение областных онкологических центров. Так, в двух крупных городах Хатлонской области – Кулябе и Курган-Тюбе сданы в эксплуатацию оснащенные современным оборудованием областные онкологические центры. В онкологическом центре г. Куляб впервые установлен маммограф для выявления и ранней диагностики рака молочной железы. Подготовка кадров для этих центров и оснащенность этих учреждений дало возможность улучшить доступ и качество оказания специализированной онкологической помощи населению данного региона

52. Уровень и качество оказания специализированной онкологической помощи непосредственно зависит от материальных вложений, от состояния материально - технической базы учреждений и уровня подготовки кадров. За последние 10 лет в тридцать раз увеличились материальные вложения из бюджета республики в целях развития онкологической службы. Так, средства Онкологического научного центра в 2000 году составляли 62700 тыс.сомони, а в 2010 году – уже 2196978 сомони.

53. С 2005 по 2010 годы установлены оборудования для дистанционной лучевой терапии (ТЕРАГАМ производства Р. Чехия), планирующая система и симулятор для лучевого лечения (производство Соединённых Штатов Америки), лучевое оборудование для внутрисполостной лучевой терапии (брахео-терапевтический аппарат производства Германии), что дало возможность получать полноценное радикальное лучевое лечение в пределах республики не выезжая за рубеж.

54. Другой острой проблемой в республике являются болезни органов дыхания. По уровню первичной заболеваемости они занимают первое место. За последний 10 лет регистрация болезней органов дыхания по первичной обращаемости возросла почти в 2 раза (с 5200 до 11672 на 100 000 нас).

55. Анализ показателей первичной заболеваемости болезнями органов дыхания за период с 2000 по 2010 год показывает его рост в два раза с уровня 5262,0 до 11399,6 на 100 тыс. населения.

56. Сравнительный анализ показателей по числу зарегистрированных случаев бронхиальной астмы показал, что имеет место неуклонный рост: с 138 случаев среди мужчин и 140 случаев среди женщин в 2000 до 3375 среди мужчин и 3391 среди женщин в 2009 году. Статистически достоверной разницы по полу не отмечается. Таковы тенденции и по показателю бронхоэктатической болезни и хронических обструктивных заболеваний легких.

57. Относительно показателей хронического бронхита также отмечается тенденция роста регистрации его случаев. Кроме того, выражена разница по полу: у мужчин этот диагноз выявлялся значительно чаще (17488 случаев среди мужчин против 16106 среди женщин в 2009 году). Одновременно следует отметить, что смертность от данной группы заболеваний снизилась с уровня 58,2 (2000 год) до уровня 29,0 (2010), т. е. в два раза.

58. Показатели госпитальной летальности от Болезней органов дыхания за последние годы показывают достаточно стабильные цифры и не

отличаются большой вариабельностью как по годам, так и по регионам и колеблются от 0.1 до 0.3 на 100 больных соответствующего возраста.

59. В Таджикистане травматизм традиционно занимает одно из ведущих мест в структуре общей заболеваемости, летальности и инвалидности и до последнего времени имел тенденцию к неуклонному прогрессированию. Это обусловлено изменениями социально-экономического характера, относительно слабым материально-техническим состоянием травматологической службы, возрастанием факторов риска травматизма таких как занятость основной части населения в работах с преимущественным применением ручного труда в сельской местности с высокой степенью риска, ведущей роли автотранспортных средств в передвижении людей в горной местности и перевозках народно-хозяйственных грузов, климато-географическими особенностями республики, и относительно плохой дорожно-транспортной инфраструктурой, ухудшением бытовых условий и другими причинами. В стране ежегодно регистрируется до 138,2 тысяч различного рода травм. В структуре общей заболеваемости травмы занимают четвертое место; по причинам смертности – также четвертое и по временной нетрудоспособности – второе место; по первичному выходу на инвалидность – третье место. Особую тревогу сегодня вызывает рост и качественное изменение структуры травматизма. Сегодня в республике отмечается увеличения удельного веса множественных и сочетанных повреждений, открытых переломов и осложненных травм, а также увеличение удельного веса бытовых (с 18,4 до 31,8%), уличных (с 17,1 до 29,6%), дорожно-транспортных (с 19,6 до 22,9%) и огнестрельных (с 0,1 до 2,6%) травм. Одновременно отмечается снижение частоты производственного (с 35,0 до 4,6%) травматизма, а также увеличение травматизма среди детского населения. Анализ травматизма показал преобладание в его структуре (70,2%) лиц мужского пола, в особенности трудоспособного возраста. В целом в последние годы удельный вес травматизма в структуре заболеваемости составил 5,6%. Из вышеперечисленного количества травмированных в 65,0% случаях наблюдается временная и от 12,3 до 43,8% - стойкая потеря трудоспособности.

60. Неуклонное прогрессирование уровня травматизма, отсутствие четких механизмов межсекторального взаимодействия по этому вопросу, исключительная сложность реабилитации пострадавших при относительно слабом материально-техническом обеспечении, а также принятые «Концепция реформы здравоохранения Республики Таджикистан», направленные на обеспечение равного доступа к услугам здравоохранения, отвечающие запросам и нуждам бедных слоев населения, путем укрепления служб первичной медико-санитарной помощи диктовали необходимость принятия неотложных мер общенационального масштаба.

61. Учитывая вышеизложенное, в 2010 году Правительством страны была принята Национальная программа по профилактике травматизма, диагностике и лечению травм и их последствий в Республике Таджикистан на 2010 – 2015 годы. Основными целями этой Программы являются

профилактика и снижение удельного веса смертельных исходов и инвалидности при травмах путем уменьшения или минимизации воздействия факторов риска травматизма, ознакомление врачей - травматологов с современными технологиями и принципами лечения травм. Предусмотрено также оснащение травматолого-ортопедических отделений современным оборудованием для лечения повреждений опорно-двигательного аппарата и пропаганды медицинских знаний по профилактике травматизма и ознакомление населения с методами оказания первой помощи при травмах. Интеграция данной Программы в рамках указанных Перспектив является велением времени.

7. Предполагаемые действия министерств и ведомств

62. С целью достижения целей настоящих Перспектив следующие государственные органы выполняют нижеследующие действия.

63. Министерство сельского хозяйства: обеспечение населения экологичными мясо-молочными, зерно-бобовыми продуктами, овощами и фруктами отечественного производства.

64. Научно-исследовательский институт «Питания» Министерства энергетики и промышленности Республики Таджикистан совместно с Республиканским центром по вопросам питания Министерства здравоохранения: разработка и обеспечение информационными материалами по диетпитанию детей и взрослого населения Республики Таджикистан.

65. Министерство внутренних дел: контроль реализации Закона Республики Таджикистан «Об ограничении использования табака и табачных изделий», обеспечение безопасности дорожного движения и контроль степени экологичности транспортных средств.

66. Министерство здравоохранения в рамках ежегодно выделяемых средств обеспечивает финансирование реализации программ по профилактике и контролю за неинфекционными заболеваниями и травматизмом.

67. Министерство экономического развития и торговли: обеспечение расширения сети и повышение доступности диетического питания; предусмотреть развитие инвестиционных проектов направленных на профилактику неинфекционных заболеваний.

68. Министерство образования: адаптация и внедрение образовательных программ по здоровому образу жизни и борьбе с факторами риска неинфекционных заболеваний в воспитательные и учебные программы дошкольных учреждений, школ, общеобразовательных, профессиональных учреждений и высших учебных заведений.

69. Министерство труда и социальной защиты: разработка и обеспечение мер по устойчивому снижению инвалидизации от неинфекционных заболеваний и эффективной реабилитации инвалидов.

70. Министерство транспорта и коммуникаций: снижение дорожно-транспортного травматизма, путем повышения безопасности дорожно-транспортных коммуникаций (своевременный ремонт дорог, их освещение, выделение секторов передвижения велосипедистов (велотреков) и т.п.), обеспечить надлежащее содействие инфраструктуры оказания экстренной медицинской помощи при дорожно-транспортном происшествии, обеспечение удобств и безопасность передвижения инвалидов.

71. Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан и Республиканский центр медицинской статистики и информации Министерства здравоохранения Республики Таджикистан: обеспечение доступности достоверной статистической информации по динамике заболеваемости, смертности и инвалидизации населения городов и районов Республики Таджикистан, включение в статистические отчетности наиболее значимых факторов неинфекционных заболеваний; открытие сайтов по распространению основной статистической информации за исключением законом установленных ограничений;

72. Агентство по стандартизации, метрологии, сертификации и торговой инспекции при Правительстве Республики Таджикистан совместно со Службой государственного эпиднадзора и таможенной службой при Правительстве Республики Таджикистан: обеспечение контроля качества внутреннего рынка и контроль ввоза продуктов питания на предмет канцерогенности, недопущение на рынок генетически модифицированной и контрафактной, некачественной продукции.

73. Агентство по государственному финансовому контролю и борьбе с коррупцией: контроль целевого финансирования средств, выделенных на профилактику неинфекционных заболеваний и травматизма.

74. Комитет по охране окружающей среды при Правительстве Республики Таджикистан: обеспечение экологической безопасности и контроль технических и транспортных средств, промышленных, сельскохозяйственных предприятий и частных предпринимателей.

75. Комитет по делам молодежи, спорту и туризму совместно с Комитетом по делам женщин и семьи при Правительстве Республики Таджикистан: привитие населению, особенно молодежи, навыков здорового образа жизни, организация на постоянной основе спортивно-оздоровительных мероприятий.

76. Комитет по телевидению и радиовещанию при Правительстве Республики Таджикистан совместно с другими средствами массовой информации (газеты, журналы, Интернет): освещение и популяризация здорового образа жизни, борьбы с факторами риска неинфекционных заболеваний, посредством создания передач, социальной рекламы.

77. Комитет по делам религии при Правительстве Республики Таджикистан: активизация участия религиозных организаций в пропаганде формирования здорового образа жизни и привитие населению необходимых гигиенических навыков по профилактике неинфекционных заболеваний и травматизма (отказ от курения, алкоголизма, малоподвижного образа жизни, ограничение ожирения и нездорового питания, исключения насилия над женщинами и детьми).

78. Агентство по связи при Правительстве Республики Таджикистан: обеспечение бесперебойной и качественной связи через Интернет, для получения населением современной и доступной информации по здоровому образу жизни, борьбе с неинфекционными заболеваниями и снижением травматизма.

79. Таджикпотребсоюз совместно с местным исполнительным государственной власти городов и районов: организовать сеть диетического питания в городах и районах республики.

8. Индикаторы – конечные цели Перспектив

Таблица 5

№ №	Индикатор контроля	Год достижени я
1.	Снижение распространенности отдельных факторов риска ишемической болезни сердца ✓ Снижение курения и употребления табачных изделий (насвай) :	
	на 5%	2013
	на 10%	2017
		2023

	на 20% ✓ Фактор гиподинамии на 15% ✓ Фактор избыточной массы тела и ожирения на 10%	2017 2023
2.	Снижение степени прироста распространенности артериальной гипертензии в Таджикистане на 3-5%	2017-2023 непрерывно
3.	Снижение больничной летальности от острого инфаркта миокарда на 2%	2015-2023
4.	Снижение показателя инвалидизации при ишемической болезни сердца на 5-7%	2020 непрерывно
5.	Снижение показателя смертности населения от бронхо-лёгочных заболеваний на 0,5-1%	2017 непрерывно
6.	Улучшение выявляемости хронические обструктивные болезни лёгких на 4-5%	2020 непрерывно
7.	Повышение первичной выявляемости начальных стадий (1-2 ст.) злокачественных новообразований на 8%.	2015-2023 непрерывно
8.	Улучшение коэффициентов одногодичной и пятилетней выживаемости больных злокачественными новообразованиями.	2023 непрерывно
9.	Снижение экономических затрат на лечение больных в начальных стадиях заболевания	2020 непрерывно
10.	Снижение показателя временной и стойкой нетрудоспособности лиц, получивших травму на 5%	2020 непрерывно
11.	Снижение показателя временной и стойкой нетрудоспособности лиц, получивших травму на 7%	2020 непрерывно
12.	Снижение смертности при травматических повреждениях на 0,5-1,0%	2020 непрерывно

9. План разработки и внедрения Программы интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний и травматизма в регионах Республики Таджикистан

80. Программа интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний и травматизма в Республике Таджикистан (область, город и район) (в дальнейшем Программа) со стороны местной власти разработается и утверждается, в план реализации назначаются ответственные лица, региональных руководителей и аудиторов Программы.

81. Цель проекта с определением предполагаемых конечных результатов по улучшению конкретных показателей здоровья, приводящих к инвалидности и смертности населения в трудоспособном возрасте. Например: снижение числа ампутации нижних конечностей от облитерирующих заболеваний; или снижение числа осложнений сахарного диабета (ампутации ног, слепота, нефропатия); или снижение смертности от инфаркта миокарда в трудоспособном возрасте; уменьшение частоты и тяжести инфаркта миокарда и мозговых инсультов в трудоспособном возрасте; или снижение частоты рака полости рта, дыхательных путей, легких; или снижение бытового и транспортного травматизма и т. д.

82. Краткая характеристика показателей здоровья в городе, селе, которые предполагается улучшить посредством осуществления профилактических вмешательств.

83. Территория и контингент населения, которые охватываются интегрированными профилактическими вмешательствами. Следует указать город, городской/сельский центр здоровья, врачебные участки, промышленное предприятие (Хлопкозавод, Химкомбинат, ТАЛКО и др.), высшие учебные заведения, школа и т.д. с характеристикой населения, среди которого будут проводиться профилактические мероприятия (количество, возраст, пол, профессиональный состав и т.д.).

84. Факторы риска неинфекционных заболеваний, на уровень которых предполагается оказать интегрированное воздействие, Всемирная организация здравоохранения рекомендует включать все или несколько из следующих факторов риска:

- артериальная гипертония;
- курение табака;
- избыточная масса тела;
- сахарный диабет или преддиабет;
- недостаточная физическая активность;
- психологический стресс;
- употребление алкоголя и наркотических средств.

85. Исходя из конкретных условий региона, где реализуется программа интегрированной профилактики, могут включаться факторы производственной среды, экологические факторы, национальные и региональные особенности питания, наследственность и др.

86. Корректируемые факторы надо стремиться полностью устранять или существенно выше, так как они менее трудоемки при измерении, в процессе профосмотров, диспансеризации.

87. Методы профилактических вмешательств следует уделять особое внимание, так как программа СИНДИ в своей основе является программой профилактического воздействия на население, а не программой изучения заболеваемости, чем, к сожалению, завершается большинство программ. Профилактические активности касаются как медицинских мер, например, в процессе диспансеризации населения и профилактических осмотров, так и мер санитарно-гигиенического характера; мер образовательного характера - обучения населения, включенного в проект, здоровому образу жизни. В протоколе отражаются активности, которые направляются на снижение уровня как тех факторов риска, которые определяются целями проекта, по которым предполагается оценивать процесс профилактических вмешательств, так и меры оздоровления рабочего места, рационализации питания. Вмешательство на факторы риска через учреждения здравоохранения требует, например, изменения технологии диспансеризации населения. В частности, люди, имеющие факторы риска или заболевания, возникновение которых ассоциируется с этими факторами риска, должны обязательно получить необходимые профилактические рекомендации через групповые профилактические воздействия, индивидуальные рекомендации устно или в письменной форме (памятки, рецепт образа жизни и др.) через различные игры, аттракционы, ярмарки, листовки, газеты и т.д.

88. По методам профилактических вмешательств имеется многочисленная методическая литература. Вторичная профилактика заболеваний, направленная на снижение риска осложнений, устойчивых дефектов здоровья и инвалидности, реализуется через индивидуальные программы реабилитации больного, контролируемые в процессе диспансеризации.

89. Кадры, обеспечивающие контрольные обследования (профилактические осмотры) и осуществляющие профилактические вмешательства. Должны быть определены конкретные специалисты, с ними необходимо провести занятия по выполнению протокола. Каждый штатный и внештатный главный специалист органов управлений здравоохранением обязан подобрать необходимые ресурсы и совместно с органами местной власти организовать скрининг населения на факторы риска наиболее распространенных и проблемных заболеваний.

90. Количество лиц и сроки обследования для установления базовой характеристики показателей здоровья, относящихся к цели профилактических вмешательств. Контрольные обследования осуществляются в выборках населения, охватываемого проектом (не менее 200 человек в 10-летней возрастной группе отдельно для мужчин и женщин). Если охватывается, например, население 20-70 лет, то надо выборками охватывать хотя бы 1000 мужчин и 1000 женщин.

91. Контроль процесса профилактических вмешательств. Осуществляется посредством контроля за уровнем конкретных

поддающихся измерению факторов риска в отдельных выборках населения, охваченного демонстрационным проектом через каждые 1,5-2 года. Целесообразно совмещать эту работу с плановым профосмотром населения, охватываемого проектом.

92. Контроль эффекта профилактических вмешательств. Указывается, в какие годы и каким образом будет оценено качество достижения цели, т.е. на сколько процентов снизятся инвалидность и смертность в трудоспособном возрасте от мозгового инсульта, инфаркта миокарда, онкологических заболеваний легких и других локализаций, которые связаны с избранными факторами риска. Контроль эффекта осуществляется по так называемым конечным точкам, а не по объему выполненной работы.

93. Интеграция медицинских сил, которые традиционно не заняты оказанием профилактической помощи в целях снижения неинфекционных заболеваний (санитарная служба, наркологическая служба, средний медперсонал поликлиник, центры здоровья и т.д.). В протоколе определяются конкретные задачи службам.

94. Интеграция немедицинских секторов общества, т.е. привлечение к проблеме модификации образа жизни через снижение уровня факторов риска неинфекционных заболеваний, сил и специалистов, работающих в организациях других министерств, ведомств, общественных организаций.

95. Известно, что службы здравоохранения в состоянии повлиять лишь на 10% потенциала здорового населения, а 90% здоровья определяется образом жизни, условиями труда, экологией, характером питания, наследственными факторами. Точно так же, как чистый воздух и чистая вода, качество и разнообразие пищи имеют ключевое значение для здоровья человека. На здоровье влияет не только сектор здравоохранения, но и сельское хозяйство, торговля, пищевая и мясо-молочная промышленность и другие секторы экономики, связанные с обеспечением продуктами питания. Обеспечение доступа к разнообразной здоровой и безопасной пище это один из наилучших путей укрепления здоровья. С учетом этого Европейское бюро Всемирной организации здравоохранения разработала свои предложения для работников здравоохранения. В нем содержатся известные «двенадцать принципов/ступеней здорового питания», опять таки носящие рекомендательный характер с учетом того, что каждая национальность, народность, каждый регион имеют свои, только ему присущие традиции и культуру питания.

96. Программа профилактики неинфекционных заболеваний и травматизма предполагает, что протоколом будут определены задачи, а далее будут реализованы профилактические меры, исходя из непосредственных задач каждой службы. Например, исполком Совета, на территории которого осуществляется проект, должен через свое решение привлечь к работе подведомственные службы: здравоохранения,

образования, средств массовой информации, физкультуры и спорта, торговли и общественного питания, социальной защиты населения, культуры, охраны труда и внешней среды, охраны правопорядка и государственной автомобильной инспекции. Руководителям предприятий и учреждений должны быть поставлены задачи по охране труда, по освоению технологий с минимальной вредностью для здоровья, оздоровлению работающих, созданию здорового психологического климата в коллективе, введению стимулов для тех, кто сохраняет здоровье, не имеет больничных листов и т.д. Органы образования должны, например, через школьные программы, работу с родителями, с семьями учащихся обеспечить обучение детей здоровому образу жизни (не курить, поднять свой культурный уровень, заниматься физкультурой, правильно питаться и т.д.). Учреждения сельского хозяйства, торговли и общественного питания должны принять меры к выращиванию, доставке в торговую сеть, рекламированию продуктов питания, способных обеспечить сохранение здоровья населения в расчете на реальные и особенно низкие доходы населения, так как именно эти группы людей наиболее многочисленны и дают основные негативные показатели заболеваемости, инвалидности, смертности в трудоспособном возрасте.

97. Каждая служба имеет, в рамках своих функций, задачи, решение которых прямо или косвенно сказывается на здоровье человека. Программа предусматривает наличие по каждой службе своих планов, направленных на достижение цели. Результат интеграции усилий немедицинских секторов общества оценивается в процессе выборочных обследований населения, осуществляемых учреждениями здравоохранения.

98. Профилактические воздействия на население не должны быть назойливо-избыточны или весьма дорогостоящи при сомнительном эффекте. Необходимо исключить проявления «компанейщины» и нам очень свойственного «популизма». Надо выбрать меры, исходя из конкретных условий, традиций и привычек населения, его образовательного и культурного уровня и т.д. В этом вопросе существенный вклад в формировании нравственного здоровья могут оказать религиозные концессии.

99. Опыт США, Англии, Канады, Франции и Финляндии показывает, что наиболее дешевый и эффективный путь – активное привлечение средств массовой информации, где медицинская наука и практика выполняют в основном методологическую роль.

100. В данном проекте предусмотрено активное включение общественных организаций, в особенности тех, которые работают с широкими массами населения и пользуются у него авторитетом. Например, различные профессиональные ассоциации и движения, народное целительство. Сегодня через народных целителей до населения оперативно доносятся как рациональные оздоровительные идеи, так и многие

неапробированные подходы, где успех весьма сомнителен. Целесообразно налаживать с ними сотрудничество и помочь в апробации рациональных подходов через демонстрационные проекты, которые сегодня не под силу общественным организациям и управляются только государственными учреждениями здравоохранения. Такой подход позволит дать дорогу рациональному и сказать обоснованное мнение о сомнительных или неэффективных методах, в которых населению самостоятельно разобраться практически невозможно. Необходимо полностью исключить «коммерциализацию» народной медицины и целительства.

101. В составе Научно-исследовательского института профилактической медицины Министерства здравоохранения планируется создание отдельной координационной структуры.

102. Финансирование проектов. Предполагается, что инициируется финансирование местными органами управления, которые осуществляют проект. Однако успешный опыт ряда стран показывает, что также необходимо привлечение и внебюджетных источников. В Канаде, например, за 5 лет действия Программы развернуто более 350 проектов. При этом, один доллар вкладывает государство, а 10 привлекаются из различных других фондов, фирм, общественных организаций, частных пожертвований, средств предприятий и т.д. Определенная целевая поддержка проектов, принимаемых Минздравом, должна быть как из республиканского, так и из местного бюджета.

103. Органы управления проектом. Назначается Координационный совет проекта, включающий представителей разных служб, во главе его - руководитель. Желательно, там, где есть возможность, чтобы во главе проекта был специалист в области профилактики неинфекционных заболеваний или дополнительно к основному руководителю (директору) проекта, назначался научный руководитель проекта, что очень важно на первых этапах работы.

Так как проект требует выполнения значительного объема нестандартной работы, необходимо материальное поощрение специалистов, занятых организацией проекта, разработкой документов, контрольными обследованиями, групповыми формами профилактических воздействий, подготовкой памяток, информации для специалистов и населения.

Проекты на уровне городов, районов, областей должны возглавляться одним из заместителей председателя Совета.

10. Заключение

104. В Республике Таджикистан, как и в любой развивающейся стране, имеются проблемы неинфекционных заболеваний, острота которых закономерно нарастает. При этом экономические и людские потери остаются довольно высокими и нарастают по мере урбанизации населения, его

постарением и негативными воздействиями современной экологии. Экономический и финансовый кризис в современном обществе усугубляют положение.

105. Между тем прогресс современной медицины, эффективное реформирование здравоохранения невозможны без достаточного финансирования. Все это диктует непреложную необходимость поиска дополнительных финансовых средств, более эффективное их использование по наиболее приоритетным направлениям с одновременным развитием многофакторных профилактических вмешательств, дифференцированно направленных на каждого члена общества и коллектива, а также на всю популяцию в целом с учетом его социально-культурных, этнических, климатических и географических особенностей проживания при наличии ограниченных ресурсов. В нашем обществе необходимо более широкое и эффективное вовлечение общественного здравоохранения, так как общественное здравоохранение – это наука и искусство предотвращения болезней, продления активного долголетия и обеспечения здоровья с помощью организованных усилий всех структур и всех членов общества.

106. В соответствии с этими положениями, Республика Таджикистан, как полноправный член сообщества наций, как представитель древнейшей культуры человечества, со всей ответственностью признавая современные вызовы урбанизации и экологические катаклизмы, признавая все нарастающие людские и материальные потери человечества от неинфекционных заболеваний и травматизма, присоединяется к рекомендациям Всемирной организации здравоохранения в части разработки и внедрения Перспектив профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Республике Таджикистан на 2013-2023 годы.