



Генеральная Ассамблея

Distr.: General
4 August 2008
Russian
Original: English

Шестьдесят третья сессия

Пункт 46 предварительной повестки дня*

2001–2010 годы: Десятилетие борьбы за сокращение масштабов заболеваемости малярией в развивающихся странах, особенно в Африке

2001–2010 годы: Десятилетие борьбы за сокращение масштабов заболеваемости малярией в развивающихся странах, особенно в Африке

Записка Генерального секретаря

Генеральный секретарь настоящим препровождает доклад, подготовленный Всемирной организацией здравоохранения в соответствии с резолюцией 62/180 Генеральной Ассамблеи.

Резюме

В настоящем докладе освещается ход работы по достижению поставленных на 2010 год целей в области борьбы с малярией в соответствии с резолюцией 62/180 Генеральной Ассамблеи. Он подготовлен на основе данных, собранных для *Доклада о распространении малярии в мире за 2008 год*, который будет опубликован в конце сентября 2008 года. В докладе представлен предварительный анализ информации, полученной Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в конце 2007 года, и дополнительных сведений, собранных путем проведения обследований, главным образом обследований в области демографии и здравоохранения, обследований по многим показателям с применением гнездовой выборки и обследований показателей распространенности малярии. В докладе также содержатся выводы и рекомендации, предлагаемые для рассмотрения Генеральной Ассамблеи.

Объем финансовых и других основных средств, предназначенных для профилактики и лечения малярии в африканском регионе, начал увеличиваться с 2005 года, а в 2006 году этот процесс стал происходить ускоренными темпами.

* A/63/150.



Согласно данным национальных программ по борьбе с малярией за 2006 год, на деятельность по сокращению масштабов распространения этой болезни было израсходовано 688 млн. долл. США в 2006 году. Эти сведения являются, несомненно, неполными, поскольку финансовая информация была предоставлена только 26 из 45 стран.

Целевые показатели для использования противомоскитных сеток, обработанных инсектицидами, своевременного и надлежащего применения противомаларийных средств и проведения периодического профилактического лечения беременных женщин установлены для Африки на уровне 80 процентов и более. В 18 странах, где в 2006 году были проведены обследования, средний показатель охвата обработанными инсектицидами противомоскитными сетками был значительно ниже целевого уровня в 80 процентов: такие сетки имелись в 34 процентах домашних хозяйств и под ними спали 23 процента детей младше пяти лет и 27 процентов беременных женщин. И хотя этот уровень значительно ниже целевого показателя, установленного на 2010 год, он резко вырос по сравнению с предыдущими годами, что является важным достижением. Согласно данным 18 национальных обследований домашних хозяйств, проведенных в африканском регионе в 2006 году, относительно высокие показатели наличия и использования обработанных инсектицидами сеток, включая долговечные инсектицидные сетки, были отмечены в Замбии, Нигере, Сан-Томе и Принсипи и Эфиопии.

В период 2001–2006 годов согласно данным, полученным в ходе осуществления национальных программ по борьбе с малярией в Африке, значительно увеличилось число комплектов противомаларийных лекарственных препаратов, предоставляемых через службы здравоохранения. В частности, количество доз препаратов на основе артемизинина, применяемых при комбинированной терапии, увеличилось с 6 миллионов в 2005 году до 45 миллионов в 2006 году. Существует вероятность того, что эти сведения, предоставленные национальными программами по борьбе с малярией, являются неполными, а точные данные о масштабах использования препаратов на основе артемизинина отсутствуют.

В 2006 году средняя процентная доля детей младше пяти лет, принимавших противомаларийные средства любого типа при лечении лихорадки в последние две недели, составляла 38 процентов. Показатель использования предназначенных для комбинированной терапии препаратов на основе артемизинина значительно ниже этого уровня и для детей составляет в среднем только 3 процента. Таким образом, ситуация с обеспечением доступа к такой терапии все еще является весьма неудовлетворительной.

Недавно на камбоджийско-тайландской границе были обнаружены паразиты *Plasmodium falciparum*, менее подверженные действию артемизинина, что, возможно, говорит о появлении резистентных паразитов, а в некоторых странах переносчики малярии являются несколько более устойчивыми к действию пиретроидов. Поэтому обеспечение постоянного контроля за эффективностью их применения на местах и принятие мер по снижению риска возникновения устойчивости считаются приоритетными направлениями деятельности по борьбе с малярией.

Если говорить об Африке в целом, то нет никаких данных, свидетельствующих о сокращении масштабов заболеваемости малярией в период с 2000 по 2006 год. Вместе с тем, можно отметить два положительных момента. Во-пер-

вых, имеющаяся в распоряжении Всемирной организации здравоохранения информация включает данные только до 2006 года; и не следовало ожидать, что резкое увеличение числа используемых обработанных инсектицидами противомоскитных сеток и случаев проведения комбинированной терапии на основе артемизинина приведет к существенному изменению ситуации к 2006 году. Во-вторых, достижение высоких показателей охвата обработанными инсектицидами противомоскитными сетками и противомаларийными лекарственными препаратами (и в некоторых случаях методами остаточного распыления инсектицидов во внутренних помещениях) в четырех странах с низкими доходами или их районах привело к значительному снижению уровней заболеваемости малярией. В период между 2000 и 2006–2007 годами в Занзибаре, Объединенная Республика Танзания, Руанде, Сан-Томе и Принсипи и Эритрее масштабы заболеваемости малярией снизились на 50 процентов, что позволило достигнуть целевые показатели снижения смертности. В трех других африканских странах с более высокими доходами (Намибия, Свазиленд и Южная Африка) также значительно сократилось число сообщений о заражении малярией.

В Африке резкий рост в 2006 и 2007 годах объема поставок средств для профилактики и лечения малярии вполне может привести к положительному изменению ситуации в 2007 и 2008 годах. Всемирная организация здравоохранения планирует представить эти данные к середине 2009 года.

В период 2000–2006 годов в регионах, расположенных за пределами Африки, количество случаев заболевания малярией сократилось на 50 процентов по меньшей мере в 22 из 64 стран. Эти данные текущих наблюдений говорят о том, что по меньшей мере 29 из 109 стран мира приближаются к достижению целевых показателей, установленных для сокращения масштабов заболеваемости малярией к 2010 году.

I. Справочная информация и контекст

1. Новые усилия по борьбе с малярией во всем мире, которые приводят к ее искоренению в некоторых странах, основаны на использовании новейших эффективных средств и методов профилактики и лечения. Применение долговечных инсектицидных сеток и комбинированной терапии на основе артемизинина, а также возобновление поддержки проведению остаточного распыления инсектицидов во внутренних помещениях создают новые возможности для ведения борьбы с малярией в широких масштабах.

2. Для ускорения прогресса в области борьбы с малярией Всемирная ассамблея здравоохранения 2005 года установила целевые показатели на уровне 80 процентов и более для охвата мерами, принимаемыми в следующих ключевых областях: предоставление обработанных инсектицидами сеток лицам, подверженным риску заболевания малярией; обеспечение надлежащими противомалярийными лекарственными средствами пациентов с подозрением на малярию или уже заболевших малярией; проведение остаточного распыления инсектицидов во внутренних помещениях подверженных риску домашних хозяйств; и периодическое профилактическое лечение беременных женщин. Кроме того, Всемирная ассамблея здравоохранения отметила, что в результате принятия этих мер количество случаев заболевания малярией и летальных исходов на душу населения должно сократиться на 50 процентов и более в период 2000–2010 годов и на 75 процентов и более в период 2005–2015 годов.

3. В Докладе о распространении малярии в мире за 2008 год для оценки результатов, которые были получены к 2006 году, и результатов, которые будут достигнуты по некоторым аспектам борьбы с малярией к 2007 и 2008 году, используются данные текущих наблюдений (приблизительно в 100 эндемичных по малярии странах) и обследований домашних хозяйств (проведенных приблизительно в 25 странах, главным образом в Африке). В пяти основных главах и 30 страновых обзорах доклада, а также в семи приложениях к нему приведена информация, касающаяся: а) оценки масштабов бремени болезни в каждой из 109 стран и территорий с малярией в 2006 году; б) методов осуществления рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) политики и стратегий в области борьбы с малярией в разбивке по странам и регионам, а также на глобальном уровне; в) прогресса, достигнутого в области применения мер по борьбе с этой болезнью; г) источников финансирования мероприятий по борьбе с малярией; и е) последних данных, свидетельствующих о том, что проведение этой деятельности может привести к сокращению масштабов заболеваемости и смертности.

II. Масштабы заболеваемости малярией в 2006 году в разбивке по странам и регионам, а также на глобальном уровне

4. Половина населения мира подвержена риску заболевания малярией, и в 2006 году из приблизительно 250 миллионов заболевших умерло почти 1 миллион человек. В 2006 году риску заболевания малярией были подвержены около 3,3 миллиарда человек. Из этого числа 2,1 миллиарда человек входили в категорию пониженного риска (менее одного случая заболевания на

1000 человек), причем 97 процентов этих лиц проживали в регионах за пределами Африки. 1,2 миллиарда человек, которые входили в категорию повышенного риска (один случай заболевания или более на 1000 человека населения) проживали, по классификации ВОЗ, главным образом в регионах Африки (49 процентов) и Юго-Восточной Азии (37 процентов).

5. Согласно оценкам, в 2006 году было зарегистрировано 247 миллионов случаев заболевания малярией с широким интервалом неопределенности (5–95 перцентилей) от 189 миллионов до 327 миллионов случаев. 86 процентов, или 212 миллионов (152–287 миллионов) случаев были отмечены в африканском регионе. 80 процентов всех случаев заболевания в Африке имели место в 13 странах и более половины из них — в Демократической Республике Конго, Кении, Нигерии, Объединенной Республике Танзания и Эфиопии. 80 процентов случаев заболевания малярией за пределами африканского региона ВОЗ пришлось на Бангладеш, Индию, Индонезию, Мьянму, Пакистан, Папуа — Новую Гвинею и Судан.

6. Согласно оценкам, в 2006 году от малярии умерло 881 000 (в интервале от 610 000 до 1 212 000) человек, из которых 91 процент (801 000, в интервале от 520 000 до 1 126 000 человек) проживали в Африке и 85 процентов из них составили дети младше пяти лет.

7. При оценке уровня распространения малярии частично используется информация о количестве случаев заболеваний и смерти, предоставленная национальными программами по борьбе с малярией. Для большинства стран эта информация о количестве таких случаев является весьма неполной. В 2006 году национальные программы по борьбе с малярией сообщили в общей сложности о 94 миллионах случаев заболевания малярией, что равно 38 процентам от приблизительного уровня заболеваемости во всем мире. Реальная доля случаев малярии, зарегистрированных национальными программами по борьбе с малярией, должна быть меньше 38 процентов, поскольку в некоторых странах в эту категорию включают лиц, которые проходили обследование в клинических условиях, но которые не болели малярией. В 2006 году, согласно данным национальных программ по борьбе с малярией, от этой болезни умерло 31 000 человек, что составило 34 процента от приблизительного количества случаев смерти во всем мире.

III. Политика и стратегии в области борьбы с малярией

8. В рамках национальных программ по борьбе с малярией, с некоторыми различиями между странами и регионами, осуществляются многие рекомендованные ВОЗ меры политики в области профилактики и лечения. К концу 2006 года почти все из 45 стран африканского региона проводили политику, направленную на бесплатное предоставление детям и беременным женщинам обработанных инсектицидами сеток, но только 16 государств стремились обеспечить такими сетками представителей всех возрастных групп, подверженных риску. Кроме того, инсектицидные сетки используются во многих странах в регионах Юго-Восточной Азии и западной части Тихого океана, однако в других трех регионах ВОЗ они применяются в относительно небольшом количестве стран.

9. Остаточное распыление инсектицидов во внутренних помещениях обычно проводится в районах, где отмечается высокая активность переносчиков малярии. В основном этот метод используется для борьбы с малярией в европейском регионе. Он также применяется в небольшом количестве стран Африки, Северной и Южной Америки и Юго-Восточной Азии, а в наименьшей степени — в западной части Тихого океана.

10. К июню 2008 года все страны и территории мира, за исключением четырех из них, стали использовать комбинированную терапию на основе артемизинина в качестве первоочередного средства борьбы с малярией *falciparum*. Услуги по проведению комбинированной терапии на базе артемизинина предоставлялись бесплатно в восьми из десяти стран региона Юго-Восточной Азии, однако в других регионах этот метод применялся в меньшем количестве стран.

11. Периодическое профилактическое лечение в период беременности систематически проводится только в странах африканского региона; к концу 2006 года 33 из 45 африканских стран начали осуществлять такое лечение в рамках своей национальной политики.

12. Применяемые в настоящее время высокоэффективные меры основываются на использовании двух основных химических структурных элементов: артемизининов и химических инсектицидов, использованию которых постоянно угрожает развитие устойчивости к ним у паразитов и комаров. Недавно на камбоджийско-тайландской границе были обнаружены паразиты малярии *Plasmodium falciparum* с повышенной устойчивостью к действию артемизинина, что возможно говорит о появлении резистентности к нему, а в ряде стран переносчики малярии обладают некоторой невосприимчивостью к перетройдам. Поэтому обеспечение постоянного контроля за эффективностью их применения на местах и принятие мер по уменьшению возможности развития устойчивости к ним относятся к числу приоритетных задач в области борьбы с малярией.

IV. Профилактика малярии

13. Несмотря на существенное увеличение объема поставок противомоскитных сеток, особенно поставок долговечных инсектицидных сеток в Африку, их количество все еще в значительной степени не позволяет удовлетворять потребности большинства стран. В период 2004–2006 годов объем поставок обычных обработанных инсектицидами противомоскитных сеток в страны, расположенные в регионах Африки, Юго-Восточной Азии и западной части Тихого океана, т.е. в трех регионах, в которых они используются наиболее часто, увеличился незначительно. Вместе с тем в этот период резко возрос объем поставок долговечных инсектицидных сеток в страны африканского региона, который увеличился до 36 миллионов штук в 2006 году.

14. Однако, согласно предоставленным национальными программами по борьбе с малярией данным о поставках обработанных инсектицидами сеток, к 2006 году в африканском регионе только шесть стран имели достаточное количество сеток (обработанных инсектицидами сеток, включая долговечные сетки), для того чтобы обеспечить охват по меньшей мере 50 процентов населения, подверженного риску заболевания малярией. В число этих стран входили Замбия, Кения, Мадагаскар, Нигер, Сан-Томе и Принсипи и Эфиопия.

15. В соответствии с данными 18 обследований домашних хозяйств, проведенных в африканском регионе в 2006 году, относительно высокий уровень обеспеченности обработанными инсектицидами сетками (включая долговечные инсектицидные сетки) был отмечен в Замбии, Нигере, Сан-Томе и Принсипи и Эфиопии. Доля членов семьи (детей и беременных женщин), которые спали под обработанными инсектицидами сетками, как правило, была ниже доли домашних хозяйств, обеспеченных такими сетками. В уровнях обеспеченности обработанными инсектицидами сетками и их использование существовали большие различия между странами. Количество домашних хозяйств, обладающих по меньшей мере одной сеткой, колебалось от 6 процентов в Кот-д'Ивуаре до 65 процентов в Нигере. Во всех 18 странах, в которых проводились обследования, средний уровень обеспеченности сетками был значительно ниже целевого показателя в 80 процентов: обработанные инсектицидами сетки имелись в 34 процентах домашних хозяйств, и под ними спали 23 процента детей младше пяти лет и 27 процентов беременных женщин.

16. В регионах, находящихся за пределами Африки, обработанные инсектицидами сетки обычно предназначаются для групп населения, которые входят в категорию повышенного риска. И хотя численность этих целевых групп неизвестна, данные, предоставленные национальными программами по борьбе с малярией, свидетельствуют о том, что относительно высокий уровень обеспеченности сетками (более 20 процентов всех лиц, подверженных риску заболевания малярией) был достигнут в Бутане, Вануату, Папуа — Новой Гвинее и на Соломоновых Островах.

17. Целенаправленное остаточное распыление инсектицидов во внутренних помещениях практикуется в очагах распространения малярии во всех регионах мира. Согласно данным национальных программ по борьбе с малярией, этот метод применяется в более 70 процентов домашних хозяйств, в которых возможно появление малярии, и которые находятся в таких странах африканского региона, как Ботсвана, Намибия, Сан-Томе и Принсипи, Свазиленд и Южная Африка. В других регионах мира относительно высокий уровень охвата населения (более 20 процентов лиц, подвергающихся такому риску) достигнут только в Бутане и Суринаме.

V. Лечение малярии

18. В период 2001–2006 годов был отмечен резкий рост объема закупок противомаларийных лекарственных средств через службы здравоохранения, однако во всех странах, в которых в 2006 году были проведены обследования, отсутствовал удовлетворительный доступ к лечению, особенно к комбинированной терапии на основе артемизинина. Согласно данным, предоставленным национальными программами по борьбе с малярией, в период 2001–2006 годов значительно увеличилось количество комплектов противомаларийных препаратов, предоставляемых через службы здравоохранения. В частности, число комплектов для проведения комбинированной терапии на основе артемизинина возросло с 6 миллионов в 2005 году до 49 миллионов в 2006 году, из которых 45 миллионов комплектов предназначались для стран Африки. Эти сведения национальных программ по борьбе с малярией, возможно, не дают полного представления о масштабах применения комбинированной терапии на основе артемизинина, и точные данные о ее проведении отсутствуют.

19. По данным национальных программ по борьбе с малярией в 2006 году было предоставлено только 16 миллионов комплектов для проведения оперативной диагностики, из которых 11 миллионов поступили в страны Африки, что является небольшим количеством по сравнению с числом случаев заболевания малярией.

20. Если в качестве критерия потенциального спроса использовать данные о количестве лекарственных средств, поступивших в государственный сектор (через национальные программы по борьбе с малярией), и оценочные данные о числе случаев заболевания малярией, то в 2006 году противомаларийными препаратами в наибольшей степени были обеспечены: Ботсвана, Зимбабве, Коморские Острова, Малави, Объединенная Республика Танзания, Сан-Томе и Принсипи, Сенегал и Эритрея. Среди этих стран достаточно большой объем комплектов для комбинированной терапии на основе артемизинина был поставлен в Объединенную Республику Танзания, Сан-Томе и Принсипи и Эритрею.

21. Однако по данным национальных обследований домашних хозяйств население ни одной из 18 африканских стран, в которых такие обследования были проведены в 2006–2007 годах, не имело надлежащего доступа к противомаларийным препаратам. Только в Бенине, Гамбии, Гане, Замбии, Камеруне, Уганде и Центральноафриканской Республике более 50 процентов всех детей прошли лечение с применением противомаларийных лекарственных средств. Ни в одной из стран доступ к лечению не обеспечивался на уровне целевого показателя в 80 процентов, и в 18 странах средний показатель составлял 38 процентов. Масштабы применения комбинированной терапии на основе артемизинина были значительно ниже этого показателя: в случае детей они составляли всего лишь 3 процента в диапазоне от 0,1 процента в Гамбии и до 13 процентов в Замбии.

22. Согласно результатам 16 национальных обследований домашних хозяйств, периодическое профилактическое лечение беременных женщин (два комплекта или более сульфадоксина-пириметамина) наиболее часто проводится в Гамбии, Замбии, Малави и Сенегале (33–61 процент), а во всех 16 странах такое лечение проходят в среднем 18 процентов женщин.

23. В регионах, находящихся за пределами Африки, ситуацию в области предоставления доступа к лечению оценить сложнее: обследования домашних хозяйств, которые включают вопросы о лечении малярии, проводятся там значительно реже и, как и в Африке, национальные программы по борьбе с малярией не предоставляют информацию о диагностике и лечении в частном секторе. Тем не менее, насколько можно судить по данным национальных программ по борьбе с малярией, к числу стран, относительно хорошо обеспеченных противомаларийными лекарственными средствами, относятся: Бутан, Вануату, Вьетнам и Лаосская Народно-Демократическая Республика.

VI. Финансирование деятельности по борьбе с малярией

24. Согласно имеющимся данным, в 2006 году на цели борьбы с малярией был выделен более значительный, чем когда-либо ранее, объем финансовых средств. Однако бюджеты национальных программ по борьбе с малярией все еще не позволяют получить представление о том, какие страны располагают

надлежащими ресурсами для борьбы с малярией. По данным национальных программ по борьбе с малярией, в 2006 году африканский регион располагал более крупным, чем когда-либо ранее, объемом финансовых средств для борьбы с малярией, и в период 2004–2006 годов здесь был отмечен наиболее высокий прирост этого показателя. Но ввиду того, что соответствующая информация была предоставлена только 26 из 45 стран, данные о выделении африканскому региону в 2006 году в общей сложности 688 млн. долл. США являются несомненно заниженными. Маловероятно, что финансирования в размере 4,6 долл. США на один (предполагаемый) случай заболевания малярией в 26 сообщивших такие сведения странах достаточно для достижения целевых показателей, установленных для деятельности в области профилактики и лечения.

25. Согласно полученной информации, в период между 2004 и 2006 годом основными источниками дополнительных средств для африканских стран являлись национальные правительства затронутых стран, а также Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. В 2006 году из этих двух источников поступила основная доля финансовых средств, предназначенных для борьбы с малярией в африканском регионе и во всех странах мира.

26. Для разных регионов ВОЗ характерна различная структура источников финансовой поддержки. В регионах Северной и Южной Америки, Европы и Юго-Восточной Азии основная доля финансовых средств поступала от правительств эндемичных по малярии стран. Сообщалось, что в регионах Восточного Средиземноморья и западной части Тихого океана главным источником финансовой поддержки являлся Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. Регионы западной части Тихого океана, Африки и Восточного Средиземноморья зависели от внешнего финансирования в наибольшей степени. Наиболее диверсифицированную по своей структуре поддержку страны африканского региона получали от внешних организаций.

VII. Результаты деятельности по борьбе с малярией

27. Некоторые страны в Африке и других регионах, которые энергично осуществляли программы по профилактике и лечению малярии, сообщают о значительном уменьшении масштабов распространения этой болезни. И хотя результаты усилий по борьбе с малярией можно оценить путем проведения периодических обследований населения, позволяющих получить представление об уровне распространения паразитов, масштабах смертности от малярии или смертности по всем причинам в целом, настоящий доклад посвящен прежде всего изложению выводов, которые могут быть получены из национальных докладов о результатах наблюдений.

28. Из 41 африканского государства, представившего данные о количестве случаев заболевания и смерти за период с 1997 по 2006 год, наиболее убедительная информация об оказанном воздействии поступает из четырех стран или частей стран с относительно небольшим населением, эффективными системами наблюдения и высоким уровнем охвата принимаемыми мерами. К их числу относятся Занзибар (Объединенная Республика Танзания), Руанда, Сан-Томе и Принсипи и Эритрея. За период с 2000 по 2006–2007 годы во всех четырех странах/районах масштабы распространения малярии снизились в со-

ответствии с целевыми показателями Всемирной ассамблеи здравоохранения на 50 процентов или более.

29. В других африканских странах, в которых значительная доля населения имеет доступ к противомаларийным лекарственным препаратам или инсектицидным сеткам, таких как Гамбия, Кения, Мали, Нигер, Того и Эфиопия, данные текущих наблюдений еще не указывают однозначно на достижение ожидаемого снижения уровня заболеваемости и смертности. Следовательно, либо эти данные являются неполными, либо принятие меры привели к незначительным результатам.

30. Информация о применении в больших масштабах метода остаточного распыления инсектицидов во внутренних помещениях в Намибии, Свазиленде и Южной Африке соответствует данным об отмеченном снижении количества случаев заболевания малярией в этих странах, достигнутом, очевидно, за счет полученных ранее успешных результатов использования такого метода.

31. Доклады о результатах наблюдений, представленные многими странами, расположенными за пределами Африки, свидетельствуют о снижении масштабов распространения малярии за десятилетний период 1997–2006 годов. Количество случаев заболевания малярией уменьшалось по меньшей мере в 25 из 64 эндемичных по малярии стран в пяти регионах ВОЗ. За период с 2000 по 2006–2007 годы в 22 из этих стран число сообщений о случаях заболевания снизилось в соответствии с целевыми показателями Всемирной ассамблеи здравоохранения на 50 процентов или более.

32. Количество зарегистрированных случаев смерти от малярии сократилось по меньшей мере в шести странах в регионах Северной и Южной Америки, а также Юго-Восточной Азии и западной части Тихого океана. К числу этих стран относятся Вьетнам, Камбоджа, Лаосская Народно-Демократическая Республика, Суринам, Таиланд, Филиппины, и все эти шесть стран находятся на пути к достижению поставленных Всемирной ассамблеей здравоохранения целей в области уменьшения показателей смертности от малярии к 2010 году.

33. Сокращение числа случаев заболевания и смерти может быть увязано с принятием в некоторых странах конкретных мер, таких как меры по обеспечению целевого использования обработанных инсектицидами противомоскитных сеток во Вьетнаме, Индии, Камбодже и Лаосской Народно-Демократической Республике. Однако в целом связь между принимаемыми мерами и возникающими тенденциями по-прежнему является неоднозначной, и в большинстве стран необходимо провести более тщательное исследование результатов деятельности по борьбе с этой болезнью.

34. ВОЗ выявила четыре этапа деятельности по искоренению малярии. В июле 2008 года существовала следующая классификация 109 затронутых малярией стран/территорий: страны/территории, в которых ведется борьба с малярией (80), страны/территории, которые находятся на этапе, предшествующем искоренению этой болезни (12), страны/территории, искоренившие малярию (11), и страны/территории, в которых принимаются меры по предотвращению повторного появления этой болезни (6). В январе 2007 года Объединенные Арабские Эмираты стали первой с 1980-х годов страной, в которой ранее существовала эндемия малярии и которая была сертифицирована ВОЗ как полностью покон-

чившая с малярией, в результате чего общее число свободных от малярии стран возросло до 93.

VIII. Выводы и рекомендации

35. В 2005 и 2006 годах в странах африканского региона резко увеличился объем финансирования, а также средств и видов деятельности, предназначенных для борьбы с малярией.

36. По состоянию на 2006 год приблизительно от одной четверти до одной трети лиц, подверженных риску заболевания малярией, имели в своих домах доступ к обработанным инсектицидами противомоскитным сеткам. Этот показатель значительно ниже целевого уровня охвата такими сетками, составляющего более 80 процентов. Показатель использования обработанных инсектицидами сеток детьми и беременными женщинами ниже уровня обеспеченности ими домашних хозяйств, т.е. в некоторых домашних хозяйствах противомоскитные сетки имеются, однако ими не пользуются дети и беременные женщины (лица, наиболее подверженные риску заболевания).

37. Только в среднем 3 процента болевших лихорадкой детей проходили курс комбинированной терапии на основе артемизинина. В страны было поставлено недостаточное число комплектов для осуществления такой терапии, однако возникновению этой ситуации, возможно, также способствовали дефицит этих препаратов в учреждениях здравоохранения и ограниченный доступ к медицинским пунктам.

38. По сравнению с целевым показателем в размере более 80 процентов доля беременных женщин, которые прошли два курса периодического профилактического лечения, также является весьма низкой (18 процентов).

39. Увеличились масштабы применения метода остаточного распыления инсектицидов во внутренних помещениях. Оптимальное сочетание распыления инсектицидов во внутренних помещениях и использования долговечных обработанных инсектицидами сеток является одной из тем исследования, которое проводится в настоящее время.

40. По состоянию на 2006 год отсутствовали какие-либо данные, свидетельствующие о снижении числа случаев заболевания малярией и смерти от нее на всем континенте африканского региона. Однако в странах и их районах с высокими уровнями охвата мерами по борьбе с малярией было отмечено резкое сокращение случаев заболевания и смерти, в том числе в Занзибаре (Объединенная Республика Танзания), Руанде, Сан-Томе и Принсипи и Эритрее.

41. И хотя связь между принимаемыми мерами и их результатами не всегда является четкой, по меньшей мере в семи африканских странах/районах с относительно небольшим населением, эффективными системами наблюдения и высоким уровнем охвата принимаемыми мерами количество случаев заболевания малярией и смерти от нее снизилось на 50 процентов или более за период с 2000 по 2006–2007 годы. За период с 2000 по 2006 год число случаев заболевания малярией уменьшилось на

50 процентов не менее чем в 22 странах других регионов мира. Эти данные текущих наблюдений говорят о том, что по меньшей мере 29 стран мира находятся на пути к достижению целевых показателей сокращения масштабов распространения малярии к 2010 году. Однако для проверки этих данных о снижении показателей необходимо провести более глубокие исследования.

42. Многие страны африканского региона не смогли представить ВОЗ данные о количестве больных малярией, проходивших лечение в условиях стационара, и количестве скончавшихся от этой болезни, а также о динамике показателей, разработанных на основе лабораторных данных (количество лабораторно подтвержденных случаев заболевания малярией и доля положительных результатов исследования микроскопических препаратов). Некоторые страны представили информацию об оказанном воздействии, полученную из других источников, таких, как обследования или данные о регистрации биографических фактов.

43. Страны-члены, возможно, пожелают рассмотреть следующие рекомендации:

а) для обеспечения своевременного достижения целевых показателей в сфере борьбы с малярией, установленных на 2010 год, показателей в сфере борьбы с малярией, установленных на 2015 год, и реализации целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, необходимо увеличить объем средств, выделяемых для финансирования деятельности, связанной с обеспечением долговечными обработанными инсектицидами противомоскитными сетками, проведением комбинированной терапии на основе артемизинина и осуществлением остаточного распыления инсектицидов во внутренних помещениях;

б) для обеспечения эффективности инсектицидов и комбинированной терапии на основе артемизинина странам и партнерам следует отработать методы тестирования на устойчивость к лекарственным препаратам и инсектицидам;

в) странам и партнерам необходимо укрепить медицинские информационные системы с целью осуществления постоянного контроля данных о воздействии и материально-техническом обеспечении на национальном и районном уровнях, а также на уровне медицинских учреждений;

г) партнеры по борьбе с малярией должны устранить существующие трудности в области финансирования и предоставления услуг, которые приводят к появлению на национальном уровне дефицита долговечных обработанных инсектицидами противомоскитных сеток, комплектов для проведения комбинированной терапии на основе артемизинина и средств для быстрой диагностики;

е) для ликвидации нехватки в медицинских учреждениях долговечных обработанных инсектицидами противомоскитных сеток, комплектов для комбинированной терапии на основе артемизинина и средств для

быстрой диагностики, а также рассмотрения вопроса о низких масштабах использования обработанных инсектицидами сеток, следует обеспечить более эффективное руководство программами по борьбе с малярией на страновом уровне.
