



Генеральная Ассамблея

Distr.: General
17 August 2009
Russian
Original: English

Шестидесят четвертая сессия

Пункт 49 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 63/234 Генеральной Ассамблеи.

Резюме

В настоящем докладе прослеживается прогресс, достигнутый в выполнении задач борьбы с малярией, поставленных на 2010 год в соответствии с резолюцией 62/180 Генеральной Ассамблеи. Доклад основывается в первую очередь на данных, собранных для «Доклада о заболеваемости малярией в мире» за 2009 год, который будет опубликован Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в конце октября 2009 года. Дополнительные данные по итогам демографических и медико-санитарных обследований, обследований по показателям заболеваемости малярией и обследований по многим показателям с применением гнездовой выборки были предоставлены различными партнерами по борьбе с малярией. В докладе также содержатся выводы и рекомендации для рассмотрения в Генеральной Ассамблее.

Становится все более очевидно, что энергичная борьба с малярией в значительной степени способствует снижению общих показателей детской смертности. Существенное снижение показателей смертности в настоящее время отмечается в тех районах Африки, где были достигнуты целевые показатели

* A/64/150.

** Задержка с представлением настоящего доклада вызвана его поздним получением.



охвата населения мерами по борьбе с малярией. В некоторых случаях снижение оказалось даже более значительным, чем ожидалось на основании имевшихся ранее данных. Первоначальная информация по Сан-Томе и Принсипи, Замбии и островам Занзибара (Объединенная Республика Танзания) свидетельствует о более существенном сокращении показателей детской смертности, чем ожидалось ранее, составившем более 40 процентов от общего уровня детской смертности в тех случаях, когда показатели детской смертности от малярии среди детей, помещенных в стационар, сокращались на 90 процентов. Это позволяет предположить, что для того, чтобы многие африканские страны достигли поставленной в Декларации тысячелетия цели сокращения к 2015 году на две трети показателей детской смертности, основное внимание в их усилиях должно уделяться активизации мер борьбы с малярией.

Тем не менее каждый год от малярии по-прежнему умирает примерно миллион человек. Угроза заболеть малярией является актуальной для примерно половины населения планеты, при этом считается, что малярия носит эндемический характер в 109 странах, из которых 42 приходятся на африканский регион ВОЗ. Страны, входящие во Всемирную ассамблею здравоохранения, и партнеры по борьбе с малярией поставили перед собой цель сократить к 2010 году на 50 процентов по сравнению с 2000 годом показатели заболеваемости малярией и смертности от нее, а к 2015 году — снизить эти показатели еще на 75 или более процентов. В сентябре 2008 года в рамках Партнерства за сокращение масштабов заболеваемости малярией был разработан глобальный план борьбы с этим заболеванием, отвечающий оптимальным техническим подходам, рекомендованным ВОЗ. В плане определены меры, необходимые для активизации прогресса в достижении поставленных на 2010 и 2015 годы целей Партнерства в области борьбы с малярией и ее ликвидации, сформирована задача окончательного искоренения малярии в долгосрочной перспективе и содержится единый план координации усилий партнеров по сокращению масштабов заболеваемости малярией и достижению их совместных целей.

Предварительный анализ говорит о том, что в 2008 году поставленная на 2010 год цель уже достигнута или почти достигнута в пяти африканских странах (Гамбия, Замбия, Руанда, Сан-Томе и Принсипи, Эритрея) и на островах Занзибар (Объединенная Республика Танзания). В Гамбии, Руанде и Замбии, как представляется, этих задачи были решены в основном за счет обеспечения промежуточного уровня охвата населения обработанными инсектицидами противомоскитными сетками и за счет повышения доступности лечения с использованием комбинированных препаратов на основе артемизинина. Сан-Томе и Принсипи и Занзибар (Объединенная Республика Танзания) уже достигли поставленной на 2015 год цели добиться более чем 75-процентного сокращения показателя смертности от малярии и заболеваемости малярией путем опрыскивания помещений наряду с использованием обработанных инсектицидами сеток и применением комбинированных препаратов на основе артемизинина. В то же время в некоторых западноафриканских странах (Того и Нигер) и в районах высокой распространенности малярии в западной части Кении массовой раздачей обработанных сеток были охвачены лишь дети и беременные женщины, и ожидаемого результата в плане сокращения заболеваемости эта работа не принесла.

По сравнению с 2000–2006 годами в 2007 и 2008 годах вновь увеличились объемы финансирования поставок средств для борьбы с малярией. Например, с 2006 года наблюдается заметный рост масштабов закупок и распределения обработанных инсектицидами сеток длительного пользования (в 2008 году — 60 млн. единиц); разработаны хорошо продуманные планы наращивания этой работы в следующие 16 месяцев: по данным Союза за профилактику малярии, в 21 стране в настоящее время закуплено для раздачи населению 50 процентов от требуемого количества обработанных инсектицидами сеток. Однако лишь немногие страны вышли на запланированный на 2010 год Всемирной ассамблеи здравоохранения и Партнерством за сокращение масштабов заболеваемости малярией уровень охвата по меньшей мере 80-процентов всех, кому грозит заболевание, лиц, включая детей в возрасте до пяти лет и беременных женщин. Согласно имеющимся данным обследований, четыре страны (Гамбия, Замбия, Сан-Томе и Принсипи, Эфиопия) достигли 60-процентного или более высокого показателя использования семьями обработанных инсектицидами противомоскитных сеток в 2007 или 2008 годах. В ряде стран требуются более целенаправленные коммуникационные стратегии для ликвидации разрыва между количеством розданных сеток и показателем их использования в семьях. В День борьбы с малярией в 2008 году Генеральный секретарь указал на необходимость обеспечения того, чтобы у каждого человека была возможность пользоваться противомоскитной сеткой. Однако для достижения поставленной задачи выхода к 2010 году на уровень всеобщего охвата требуется еще приблизительно 250 млн. обработанных инсектицидами противомоскитных сеток длительного пользования.

В 2008 году по сравнению с 2006–2007 годами также выросли масштабы поставок антималярийных препаратов в государственном секторе. В то же время в странах, по которым имеются данные обследования за 2007–2008 годы, доступ к лечению, в частности с применением комбинированных препаратов на основе артемизинина, по-прежнему был весьма ограниченным. Практически во всех странах, в которых проводилось обследование (за исключением Объединенной Республики Танзания), процентная доля детей в возрасте до пяти лет, у которых наблюдалась лихорадка и которые получали комбинированные препараты на основе артемизинина, составляла менее 12 процентов. Такой низкий показатель охвата объясняется целым рядом причин, включая: перебои с поставками этих медикаментов на национальном уровне и на уровне отдельных медицинских учреждений из-за плохо налаженной работы систем закупок и распределения, ограниченность доступа к государственным службам здравоохранения и дороговизну этих лекарств в частном секторе.

В 11 странах осуществляются общенациональные программы по ликвидации малярии (Азербайджан, Алжир, Грузия, Египет, Ирак, Кыргызстан, Республика Корея, Саудовская Аравия, Таджикистан, Турция, Узбекистан), причем восемь из них в 2008 году вышли на этап полной ликвидации этого заболевания. Восемь стран находятся на предшествующем полной ликвидации малярии этапе (Аргентина, Иран (Исламская Республика), Корейская Народно-Демократическая Республика, Малайзия, Мексика, Парагвай, Сальвадор, Шри-Ланка) и сейчас заняты переориентировкой программы в направлении полной ликвидации малярии в общестрановом масштабе. Еще восемь стран (Армения, Багамские Острова, Марокко, Оман, Российская Федерация, Сирийская Арабская Республика, Туркменистан, Ямайка) вышли на этап прерывания распро-

странения заболевания и принимают профилактические меры по недопущению новой вспышки малярии. Если в этих странах в течение трех последующих лет не будет зафиксировано ни одного случая заболевания малярией, они получают от ВОЗ сертификат о том, что малярия на их территории ликвидирована.

Главными препятствиями на пути достижения глобальных целей в области борьбы с малярией являются сопротивляемость паразитов антималярийным лекарственным препаратам и устойчивость к инсектицидам. Первая сопротивляемость (к комбинированным препаратам на основе артемизинина) была впервые выявлена в западной Камбодже, где в настоящее время применяются оперативные меры сдерживания, которые координирует ВОЗ и в реализации которых задействованы Фонд Билла и Мелинды Гейтс, Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и Агентство Соединенных Штатов по международному развитию (ЮСАИД). В последние годы стал реже проводиться регулярный контроль за эффективностью антималярийных лекарственных препаратов, особенно в Африке. Необходимо восстановить региональный и страновой потенциал для осуществления этой исключительно важной контрольной деятельности и выделить надлежащие средства на ее регулярное проведение. Основным фактором сопротивляемости паразитов является продолжающееся использование монотерапии на основе артемизинина. Несмотря на требование ВОЗ отказаться от практики артемизининовых монотерапий, производство этого средства продолжается, и во многих странах этот препарат до сих пор находится в розничной торговле. Для достижения поставленной цели необходимо расширить помощь национальным органам по контролю за использованием лекарственных средств.

Хотя мониторинг устойчивости к инсектицидам должен быть составной частью мер по расширению масштабов использования обработанных инсектицидом сеток и практики опрыскивания внутри помещений, в настоящее время в большинстве стран эта работа поставлена недостаточно эффективно. Для обеспечения такого контроля и уменьшения опасности, создаваемой устойчивостью к инсектицидам, исключительно важно укреплять энтомологический потенциал на региональном, субрегиональном и национальном уровнях.

По итогам прошедшего года масштабы противомаларийного охвата выросли в Африке и во всем мире и зафиксированы сдвиги в странах до этого с низким-средним уровнем местной передачи и высокими показателями охвата. Чтобы достичь к 2010 году целевых показателей Всемирной ассамблеи здравоохранения и Партнерства за сокращение масштабов заболеваемости малярией, необходимо добиться, чтобы меры борьбы с малярией распространялись на все население (а не только на одних детей и беременных женщин), особенно в странах с высокими показателями местной передачи. Необходимо тщательно контролировать результаты проводимой работы, чтобы быть уверенным в том, что поставленные задачи выполняются. За пределами Африки значительный прогресс отмечается в ряде стран, однако в странах с самыми высокими показателями местной передачи наблюдается наименьшее сокращение количества новых заболеваний. Для достижения соответствующих целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, необходимо ужесточить меры контроля в странах с самыми высокими показателями распространения малярии.

Благодаря универсальному применению имеющихся в настоящее время противомаларийных средств можно добиться победы в борьбе с малярией, от которой ежегодно в мире умирает примерно миллион человек.

Доклад Всемирной организации здравоохранения, озаглавленный «2001–2010 годы: Десятилетие борьбы за сокращение масштабов заболеваемости малярией в развивающихся странах, особенно в Африке»

I. История вопроса и нынешняя ситуация

1. В основе активизировавшейся в последнее время деятельности по борьбе с малярией во всем мире и ее окончательной ликвидации в ряде стран лежит применение новейших эффективных средств и методов профилактики и лечения этой болезни. Повсеместное расширение масштабов использования обработанных инсектицидами противомоскитных сеток длительного пользования и комбинированных препаратов на основе артемизинина, а также все более широкое распространение практики опрыскивания инсектицидными составами внутри помещений открывают небывалые возможности для борьбы с малярией, а в отдельных странах — и для ее полного искоренения.

2. Для ускорения прогресса в деле борьбы с малярией участники Всемирной ассамблеи здравоохранения 2005 года высказались за достижение целей сокращения масштабов заболеваемости малярией, установленных в 2000 году главами правительств африканских стран, поставили задачу увеличить на 80 или более процентов показатели охвата по четырем следующим основным направлениям: распространение обработанных инсектицидами сеток среди групп риска; обеспечение надлежащими противомаларийными лекарственными препаратами лиц с предполагаемым или подтвержденным диагнозом малярии; обработка помещений, где проживают семьи, подверженные опасности заразиться малярией; и проведение периодических профилактических осмотров беременных женщин в районах с высокими показателями местной передачи. Ассамблея далее постановила, что в результате этих мер показатели заболеваемости малярией и смертности от нее из расчета на человека с 2000 года по 2010 год должны снизиться на 50 или более процентов, а в период с 2000 по 2015 год — на 75 или более процентов. Эти цели были также закреплены в Глобальном стратегическом плане борьбы за сокращение масштабов заболеваемости малярией.

3. В соответствии с резолюцией Всемирной ассамблеи здравоохранения об учреждении Всемирного дня борьбы с малярией в качестве ежегодного информационно-просветительского форума глобальные партнеры, включая межправительственные, неправительственные и многосторонние организации, доноров, партнеров из частного сектора и научно-исследовательские институты, в 2008 году провели первый Всемирный день борьбы с малярией. Кульминацией этого события стало выступление Генерального секретаря с призывом добиваться универсального охвата мероприятий по борьбе с малярией.

4. В докладе о распространении малярии в мире за 2009 год, который будет опубликован Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в конце октября 2009 года, будет содержаться всеобъемлющая обновленная информация о финансировании и охвате деятельности по борьбе с малярией, а также о ее воздействии на общее положение дел в здравоохранении по состоянию на конец 2008 года. Данные для этого доклада были взяты в основном из национальных

программ борьбы с малярией, демографических обследований и специальных оценок результатов работы, проделанной министерствами здравоохранения при поддержке со стороны ВОЗ, а также были предоставлены поставщиками товаров. Дополнительную информацию по результатам демографических и медицинских обследований, обследований показателей распространения малярии и обследований по многим показателям с применением гнездовой выборки, имеющуюся в открытом доступе, предоставили различные партнеры по борьбе с малярией.

5. Несмотря на значительный прогресс, достигнутый в деле борьбы с малярией, сохраняются потенциальные угрозы, требующие к себе повышенного внимания, в том числе: а) сопротивляемость к инсектицидам и противомалярийным лекарственным препаратам, а также отсутствие альтернативных вариантов; б) выделение в недостаточном объеме средств для обеспечения всеобщего охвата; в) низкая эффективность работы цепочек закупки и снабжения на мировом и международном уровне, ведущая к перебоям в снабжении населения основными препаратами на уровне страны и отдельных медицинских учреждений.

II. Политика и стратегии в области борьбы с малярией

6. Своевременное и эффективное лечение малярии снижает показатели заболеваемости, сокращает смертность и сужает границы общего очага инфицирования, что способствует успешной борьбе с малярией. В соответствии с руководящими принципами ВОЗ 2009 года в области лечения малярии каждый случай малярии должен немедленно диагностироваться (в течение 24 часов) по результатам микроскопического обследования или оперативного диагностического анализа, и в случае подтверждения малярию следует лечить с применением комбинированных препаратов на основе артемизинина. В отсутствие возможности лабораторного диагноза лечение назначается на основе клинического диагноза. Серьезные случаи малярии следует лечить путем парентерального введения артемизинина или хинина с последующим полным курсом приема комбинированных препаратов на основе артемизинина. В тех случаях, когда пациентов с малярией в острой форме доставляют в медицинские пункты, где нет возможности провести парентеральное лечение, например в отдаленные медицинские пункты, такие больные должны получать первую помощь с использованием артезунатных суппозиторий (или путем внутримышечных инъекций противомалярийных препаратов) и направляться в лучше оснащенные медицинские центры для дальнейшего лечения.

7. Из-за несвоевременного оказания помощи может произойти стремительное развитие малярии вплоть до летального исхода, особенно у лиц с недостаточно сильным иммунитетом, как, например, африканские дети в возрасте до пяти лет. Поскольку значительная часть подвергающегося опасности заболеть малярией населения проживает в сельских районах, где ближайший медицинский пункт может оказаться на очень большом удалении, чтобы получить своевременную медицинскую помощь, необходимо развивать возможности для диагностирования и лечения малярии на общинном уровне. Необходимо обучать общинных медиков умению распознавать малярию (как клиническим путем, так и с помощью быстрого диагностического теста), выписывать больным комбинированные препараты на основе артемизинина и вводить им артезунатные

суппозитории в качестве первичной меры оказания помощи лицам, в отношении которых есть подозрение, что они серьезно больны малярией, с последующим их направлением на дальнейшее специализированное лечение.

8. Наличие в продаже оральных видов артемизининовых монотерапий по-прежнему создает угрозу для полезного применения этого лекарственного средства в течение длительного срока, поскольку стимулирует развитие паразитарной сопротивляемости. ВОЗ рекомендует изъять из продажи оральные виды артемизининовых монотерапий и использовать вместо них комбинированные препараты на основе артемизинина. Эти рекомендации поддержали все государства — члены ВОЗ, и они вошли в резолюцию 60.18, которая была принята на шестидесятой Всемирной ассамблее здравоохранения в мае 2007 года. Хотя по состоянию на сегодняшний день 39 эндемичных по малярии стран либо выполнили рекомендации ВОЗ, либо объявили о своем намерении принять меры регулирования и отозвать разрешение на использование этих медикаментов, в 37 странах розничная продажа этого лекарства по-прежнему разрешена. Большинство из них расположены в Африканском регионе, за которым следуют регионы Южной и Северной Америки и Юго-Восточной Азии.

9. Партнерство по борьбе за сокращение масштабов заболеваемости малярией создало финансовый механизм для закупки доступных лекарственных препаратов от малярии, чтобы повысить обеспеченность комбинированными препаратами на основе артемизинина и изъять из продажи более дешевые, но менее эффективные препараты и монотерапии, которые вызывают сопротивляемость лекарствам. Осуществляемая под руководством Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией эта программа в настоящее время проходит апробирование в 11 странах.

10. По причине паразитарной сопротивляемости применявшиеся ранее анти-малярийные препараты стали неэффективными, поэтому от них пришлось отказаться, что создало серьезные трудности для борьбы с малярией. Применение в настоящее время высокоэффективных препаратов, являющихся производными артемизинина и близкими к нему по характеристикам лекарствами, сопряжено с аналогичным риском. Устойчивость к артемизинину у вируса *Plasmodium falciparum* была зарегистрирована в районе камбоджийско-тайландской границы, где, при координации со стороны ВОЗ и при поддержке Фонда Билла и Мелинды Гейтс и Глобального фонда, а также Агентства Соединенных Штатов по международному развитию (ЮСАИД), сейчас принимаются активные меры по ликвидации очагов резистентной к артемизинину малярии. ВОЗ рекомендует для предупреждения или задержки наступления сопротивляемости лекарствам следующие стратегии: а) использовать сочетание по крайней мере двух лекарственных препаратов и отказаться от использования монотерапии для лечения несопровождающихся осложнениями форм малярии; б) проводить лечение на основе подтвержденного (путем паразитарного анализа) диагноза, с тем чтобы уменьшить чрезмерное и неадресное использование медикаментов; в) правильно применять высококачественные препараты, поскольку использование не отвечающих требуемым стандартам лекарств, или даже отвечающих им, но в неправильных дозах, повышает вероятность формирования паразитарной сопротивляемости; г) внимательно отслеживать динамику сопротивляемости лекарствам путем проведения исследований их терапевтической эффективности на регулярной основе в странах, чтобы вовремя выявлять первые признаки снижения эффективности препарата, а также вно-

силь соответствующие изменения в методы лечения, добиваясь повышения их эффективности; е) следить за ходом разработок новых лекарств и регистрировать новые, безопасные и эффективные препараты для лечения малярии по меньшей мере раз в пять лет для замены лекарств, утративших свою эффективность по причине усиления сопротивляемости им.

11. Периодическое профилактическое лечение (ППЛ) рекомендуется для представителей тех групп населения, которые проживают в районах повышенного риска передачи и подвергающихся особенно высокой опасности заразиться малярией и/или испытать осложнения, в частности беременные женщины (ППЛ-Б), а с недавнего времени и дети младшего возраста (ППЛ-Д). ППЛ-Б представляет собой однократный режим лечения с применением сульфадоксин-пириметамина, которое проводится два-три раза в течение второй и третьей трети беременности в контексте ухода в дородовом периоде. ППЛ-Д, предусматривающее однократный прием сульфадоксин-пириметамина трижды на протяжении первого года жизни одновременно с посещениями врача для регулярных прививок, в последнее время рекомендуется Всемирной организацией здравоохранения для районов с высоким уровнем местной передачи, где сульфадоксин-пириметамин продолжает сохранять свою эффективность в качестве профилактического средства. Благодаря тому, что сульфадоксин-пириметамин сохраняет свои антипаразитарные свойства, ППЛ-Б снижает опасность возникновения анемии у матери и рождения у нее ребенка с пониженным весом, а ППЛ-Д ведет к сокращению числа случаев заболевания малярией, возникновения анемии и связанной с малярией госпитализации в течение первого года жизни младенца.

12. После опубликования в 2007 году заявления ВОЗ с изложением ее позиции по вопросу об обработанных инсектицидами противомоскитных сетках долговременного пользования большинство стран Африки и других стран с высоким уровнем задолженности приняли стратегическую рекомендацию ВОЗ о переходе от практики охвата целевых групп повышенного риска к универсальному охвату всего населения, проживающего в районах местной передачи малярии. По состоянию на конец 2008 года все 45 стран африканского региона приняли на вооружение политику бесплатной раздачи обработанных инсектицидами противомоскитных сеток детям и беременным женщинам. Однако по причине ограниченности ресурсов многие страны по-прежнему обеспечивают обработанными инсектицидами противомоскитными сетками длительного пользования лишь часть населения (детей и беременных), а не все семьи и всех жителей страны. Одной из серьезных трудностей на пути обеспечения всеобщего охвата, вызывающей особую озабоченность у ВОЗ и других партнеров по борьбе с малярией, по-прежнему является неравенство, из-за которого остаются неохваченными беднейшие слои населения и жители отдаленных районов страны.

13. Одним из основных методов борьбы с разносчиком заболевания по-прежнему является опрыскивание помещений одобренными ВОЗ химикатами (включая ДДТ), чтобы уменьшить и остановить передачу малярии во всех эпидемиологических условиях. Однако обнадеживающих результатов в этой работе можно добиться, если он будет вестись на протяжении многих лет, а ее качество — постоянно поддерживаться. Значительное время и ресурсы требуются и для создания институционального потенциала, необходимого для поддержания качества. Хотя некоторые страны уже встали на этот путь, в частно-

сти при поддержке со стороны президента Соединенных Штатов Америки, выступившего с инициативой борьбы с малярией, требуется увеличить объем технической помощи. Выбор между методом опрыскивания помещений и применением обработанных инсектицидами противомоскитных сеток в значительной степени зависит от формы передачи заболевания, энтомологических особенностей и обстановки на местах. Есть данные, подтверждающие, что сочетание этих двух методов позволяет обеспечить дополнительную защиту, однако это еще требуется доказать, поэтому необходимы и уже планируются дополнительные исследования. Для такого сочетания ключевым является выбор инсектицида. По результатам недавних технических консультаций был сделан вывод, согласно которому целесообразно, вероятно, использовать разные классы инсектицидов для стен и для сеток; в настоящее время рассматривается возможность включения этой рекомендации в руководящие принципы, что будет иметь существенные последствия для использования пиретроидов при опрыскивании.

14. В Африке одной из основных проблем в борьбе с малярией является инсектицидная сопротивляемость; она стоит особенно остро в Западной и Центральной Африке. Сообщения об инсектицидной устойчивости поступали из Южной Азии — Индии, Шри-Ланки и Непала. Следует рассмотреть различные стратегии по снижению сопротивляемости, например, ротацию классов инсектицидов при опрыскивании помещений и отказ от использования одного и того же класса инсектицидов для опрыскивания сеток в одном и том же географическом районе. Помимо этого, существует острая необходимость повышения качества мониторинга. Любой проект, организация или учреждение, ведущие борьбу с разносчиками заболевания, должны обеспечивать, чтобы мониторинг сопротивляемости осуществлялся предпочтительно сначала, а также велся во время и после проведения мероприятия. Следует также отметить, что данные о важности сельскохозяйственных инсектицидов при отборе по показателю сопротивляемости к переносчикам инфекции среди людей являются неоднозначными и требуют дополнительных исследований.

III. Ведущаяся работа и трудности

A. Лечение

15. Во всех африканских странах комбинированные препараты на основе артемизинина уже признаны основным лекарством, которое должно применяться при заболевании малярией и масштабы производства которого расширяются, чтобы обеспечить этим жизнесберегающим средством всех больных малярией. Согласно результатам национальных обследований домашних хозяйств ни в одной из 21 страны, где проводилось обследование, не обеспечивался адекватный доступ к антималярийным лекарственным препаратам. Лишь в Бенине, Гамбии, Гане, Камеруне, Либерии, Объединенной Республике Танзания, Уганде, Центральноафриканской Республике и Чаде более 50 процентов детей с симптомами малярийной лихорадки получали антималярийные лекарства. Значительно более низкими были показатели использования комбинированных препаратов на основе артемизинина — в среднем 3 процента (от менее 1 процента до 21 процента в Объединенной Республике Танзания). И хотя в районах, где службы микроскопии отсутствуют, широко внедряется практика

проведения оперативных диагностических тестов, последние данные свидетельствуют о том, что менее 10 процентов больных малярией в Африке имеют возможность получить точный диагноз своего заболевания. Существует целый ряд причин низкого охвата населения комбинированными препаратами на основе артемизинина, включая перебои с его поставками на национальном уровне и на уровне отдельных медицинских учреждений из-за плохой работы системы закупки и распределения, ограниченность доступа к медицинской помощи и дороговизна таких лекарств в частном секторе. В настоящее время прилагаются усилия по преодолению этих проблем и повышению доступности к средствам диагностирования и лечения, включая увеличение числа районов, где набирает силу мер общинная практика борьбы с малярией, которая в настоящее время получила распространение в большинстве стран.

16. Среди стран Юго-Восточной Азии особенно остро проблема малярии стоит в Индии. С 2007 года в качестве основного средства борьбы с малярией в стране используются комбинированные препараты на основе артемизинина, которыми сейчас обеспечиваются в первую очередь те районы страны, где показатели распространения малярии являются особенно высокими. Сейчас разрабатываются планы распространения применения таких препаратов на всю территорию страны.

17. На фоне наметившегося в странах улучшения положения дел в области диагностирования и лечения случаев малярии серьезную озабоченность по-прежнему вызывает качество лекарств и диагностических тестов в плане оперативного выявления малярии, особенно в частном секторе. Для обеспечения высокого качества этих товаров ВОЗ установила соответствующие стандарты. Антималярийные препараты, отвечающие необходимым требованиям, должны быть внесены в Руководящие принципы лечения малярии Всемирной организацией здравоохранения и в национальные руководства по лечению, с тем чтобы гарантировать их безопасность и эффективность. Особое внимание в рамках закупочной деятельности должно уделяться препаратам, либо уже прошедшим предварительную квалификацию в рамках Программы предварительной квалификации ВОЗ, либо утвержденным компетентным органом, регулирующих обороты лекарственных средств. Оба эти механизма предполагают проведение инспекции и сертифицирование фармакологических предприятий на предмет их соответствия приемлемым методам производства, а также анализ продукции на соответствие стандартам качества по таким аспектам, как биоэквивалентность и стабильность. Помимо этого, на регулярной основе должны проводиться проверки качества фармацевтической продукции во всех звеньях цепочки снабжения: от подготовки к отправке до завершения поставок и поступления в розничную сеть.

18. Всего сейчас на рынке представлено несколько разновидностей диагностических наборов для оперативного выявления малярии, которые различаются по своему действию. Кроме того, на эффективность применения таких наборов влияют перепады температуры воздуха и влажность, условия, которые зачастую существуют на местах. Чтобы проводить качественное диагностирование, странам рекомендуется осуществлять закупки у производителей, которые имеют досье на произведенную продукцию, протокол термостабильности и сертификат ISO 13485:2003. Программа ВОЗ по проверке качества продукции была разработана в 2006 году при участии Фонда инновационной диагностики и центров Соединенных Штатов Америки по лечению и профилактике болезней.

В рамках этой программы проводится оценка и готовятся отчеты по вопросам эффективности использования диагностических наборов для оперативного выявления малярии, и она служит руководством для стран и снабженческих организаций в их работе по налаживанию качественного диагностического тестирования для оперативного выявления малярии. Проверка эффективности тестирования также преследует цель помочь производителям повышать качество своей продукции. Программа также предлагает такую услугу, как тестирование на базе одного из трех региональных центров в разных районах мира партий диагностических наборов для оперативного выявления малярии.

В. Профилактическое лечение

19. По состоянию на июнь 2009 года во всех 35 странах, с которыми работает Африканское региональное отделение ВОЗ и которым было рекомендовано применять ППЛ-Д, перешли на этот метод, хотя масштабы его использования превысили 30 процентов лишь в 5 из 17 представивших свои доклады стран. Многие из них также столкнулись с трудностями в распространении его на всю территорию страны отчасти по причине позднего обращения за первой предродовой помощью и из-за недостаточно частых посещений врача. Кроме того, имели место проблемы со снабжением сульфадоксин-пириметамином, которые в ряде стран еще более обострились после отказа от применения этого препарата в качестве основного средства лечения клинических проявлений малярии. По состоянию на июнь 2009 года экспериментальное проведение ППЛ-Д осуществлялось в шести африканских странах. Ни одна из стран пока еще не перешла на использование ППЛ-Д в общенациональном масштабе, хотя, как представляется, сложившееся положение в ближайшие несколько лет должно измениться.

С. Профилактика методом борьбы с переносчиками инфекции

20. По данным 21 национального обследования семей, проведенного в период 2006–2008 годов, процентная доля семей, у которых имелись обработанные инсектицидами противомоскитные сетки, на уровне 40 процентов или выше была зафиксирована в 12 странах (Гамбия, Гвинея-Бисау, Замбия, Кения, Мали, Нигер, Объединенная Республика Танзания, Руанда, Сенегал, Сьерра-Леоне, Того, Эфиопия). В среднем 34 процента от общего числа семей в этих странах имели как минимум по одной сетке, а 23 процента всех детей в возрасте до 5 лет и 27 процентов беременных женщин пользовались сетками ночью накануне опроса. Этот показатель значительно уступает поставленной задаче обеспечения 80-процентного охвата. Следует отметить, что в последние два года осуществлялись массовые раздачи обработанных инсектицидами противомоскитных сеток и что результаты многих обследований устарели и не отражают действительного положения дел.

21. Для достижения цели всеобщего охвата необходимо использовать новые методы массового распределения. Замбия и Эфиопия стали первыми крупными странами, попытавшимися наладить массовую раздачу обработанных инсектицидами противомоскитных сеток на всей территории страны и снабдить ими всех ее жителей и все семьи. Имеются данные, свидетельствующие об оперативной и заметной отдаче этих усилий. Замбия раздавала сетки на протяжении

двух лет поочередно во всех провинциях. Аналогичным образом, в Эфиопии сетки распределялись три года из расчета одна сетка на двух человек с передачей ответственности за эту работу на уровень районов. С помощью этих двух разных методов удалось выйти на уровень охвата семей примерно в 60–65 процентов. Новаторские методы потребуются и для достижения и поддержания уровня охвата семей свыше 90 процентов и, следовательно, реализации поставленной на 2015 год цели сокращения более чем на 75 процентов заболеваемости малярией.

22. В Того и Сьерра-Леоне показатели обеспеченности семей обработанными инсектицидами противомоскитными сетками за 24–36 месяцев после их массовой раздачи неожиданно быстро снизились. В Того этот показатель за 36 месяцев сократился с 60 до 35 процентов, а в Сьерра-Леоне — с 59 до 37 процентов за 18 месяцев. Эти моменты нуждаются во внимании и дальнейшем изучении. Приведенные данные также говорят об исключительной важности дальнейшей раздачи населению обработанных инсектицидами противомоскитных сеток параллельно с налаживанием дорожного обслуживания и проведением иммунизации, а также использованием других каналов работы с детьми, рожденными после проведения массовых кампаний, чтобы в конечном итоге сохранить высокие показатели охвата.

23. Результаты проведенной министерством здравоохранения Того и центрами Соединенных Штатов Америки по борьбе с болезнями и их профилактике проверки прочности долговечности обработанных инсектицидами сеток показали, что 30 процентов от общего числа собранных сеток, которые использовались в течение 36 месяцев и были розданы в ходе кампании, проведенной в декабре 2004 года, не прошли проверку на эффективность защиты от москитов-переносчиков инфекции или в них имелась по крайней мере одна дырка диаметром 10 см или больше. Такой дефект может быть одним из факторов, объясняющих более низкие, чем ожидалось, результаты в некоторых странах. Регулярный контроль за качеством и прочностью сеток и длительное действие инсектицида должны стать составной частью страновых программ по обеспечению населения противомоскитными сетками.

24. По состоянию на конец 2008 года 25 из 42 эндемичных по малярии стран африканского региона ВОЗ включили опрыскивание помещений в свои национальные стратегии борьбы с малярией. В 17 из них опрыскивание проводится в качестве одной из основных мер борьбы с малярией, в 6 — на экспериментальной основе в нескольких районах, а в двух странах планируется опробовать этот метод с перспективой его дальнейшего более глубокого внедрения.

25. В Юго-Восточной Азии опрыскивание помещений постоянно применяется для борьбы с малярией в двух конкретных ситуациях: в районах интенсивной передачи малярии и в рамках профилактики и борьбы с эпидемией этой болезни. По состоянию на 2007 год обработанные инсектицидами противомоскитные сетки имелись у 3 процентов от общей численности подвергающегося опасности заболеть малярией населения и у 11 процентов всех жителей районов с высоким и средним уровнем риска, а 40 процентов жителей особенно опасных с точки зрения распространения малярии зон в этом регионе занимались опрыскиванием внутри помещений. В странах Восточного Средиземноморья и Европы, где показатели распространения малярии являются низкими и где принимаются меры к полной ликвидации этой болезни, практика опрыски-

вания используется для ликвидации остаточных очагов заражения и потенциального распространения малярии, а также для недопущения повторных вспышек малярии в тех районах, в которых она была полностью ликвидирована.

IV. Ликвидация малярии

26. Всемирная организация здравоохранения призывает страны с низкими и неустойчивыми показателями передачи взять курс на ликвидацию (прекращение распространения) этого заболевания и выдвигает в этой связи ряд требований, которые должны быть выполнены, в том числе требование укрепления системы здравоохранения. Приступать к осуществлению программы полной ликвидации малярии следует тогда, когда масштабы распространения малярии в стране являются незначительными или контролируются. Большинство стран, которые в последние годы взяли курс на полную ликвидацию малярии, приняли это решение на продвинутом этапе борьбы с малярией, когда ежегодное количество фиксируемых случаев заболевания малярией снизилось до 1000 или меньше.

27. В районах с высокими, стабильными показателями передачи, для которых характерно большое количество переносчиков инфекции, например во многих районах тропической Африки, добиться полной ликвидации малярии с нынешним арсеналом средств борьбы с нею в настоящее время является неосуществимой задачей. Поэтому в странах с высокими показателями передачи, добившихся значительного ее снижения с помощью активных мер борьбы с малярией, прежде чем переходить к полной ликвидации малярии требуется закрепить уже достигнутые успехи. На этом этапе контрольные параметры поддерживаются даже в условиях ограниченного распространения болезни, медицинские службы адаптируются к новой клинико-эпидемиологической ситуации и укрепляются системы наблюдения, чтобы они могли оперативно реагировать на новые случаи, т.е. принимается комплекс мер, которые неизбежно потребуются для полной ликвидации малярии.

28. На глобальном уровне ситуация с ликвидацией малярии выглядит следующим образом:

а) в 11 странах работа по ликвидации малярии проводится в общенациональном масштабе (Азербайджан, Алжир, Грузия, Египет, Ирак, Кыргызстан, Республика Корея, Саудовская Аравия, Таджикистан, Турция, Узбекистан), причем 8 из них в 2008 году вступили в этап ликвидации. Саудовская Аравия и Таджикистан являются единственными странами, вступившими в этап ликвидации, где до сих пор отмечается активная передача *falciparum*. Из этих 11 стран 5 сообщают о менее чем 10 местных случаях заражения в год по всей стране (Алжир, Грузия, Египет, Ирак, Узбекистан), а 2 страны — менее чем 100 случаях в год;

б) восемь стран находятся на этапе, предшествующем ликвидации (Аргентина, Иран (Исламская Республика), Корейская Народно-Демократическая Республика, Малайзия, Мексика, Парагвай, Сальвадор, Шри-Ланка), и переориентируют свои программы на искоренение малярии в масштабах всей страны;

с) еще в восьми странах передача малярии прекратилась (Армения, Багамские Острова, Марокко, Оман, Российская Федерация, Сирийская Арабская Республика, Туркменистан, Ямайка), и они вступили в этап недопущения повторной вспышки малярии. Если эти страны смогут удерживаться на «нулевом уровне» в течение следующих трех лет, то они могут быть сертифицированы Всемирной организацией здравоохранения как страны, свободные от малярии.

29. Новые вспышки местной передачи были зарегистрированы в последние годы на Багамских Островах, в Российской Федерации и Ямайке, а также после трехлетнего перерыва в Омане. Вместе с Марокко и Сирийской Арабской Республикой (последние местные случаи в 2004 году) и Арменией и Туркменистаном (последние местные случаи в 2005 году) эти страны образуют группу государств, стремящихся не допустить возобновления передачи, в связи с чем особое значение для них приобретает создание эффективных систем наблюдения.

30. В настоящее время осуществляется разработка мировой программы исследований в области искоренения малярии (MaERA), которая финансируется Фондом Билла и Мелинды Гейтс в ответ на данную Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) оценку, в соответствии с которой для ликвидации малярии в районах с высокими показателями ее передачи потребуются более действенные, чем имеющиеся на сегодняшний день средства. Ожидается, что по линии этой программы будет опубликован белый документ о приоритетных направлениях исследований и научных разработок, направленных на полное искоренение малярии к концу 2010 года. Проводившейся на мировом уровне работе по ликвидации малярии был дан дополнительный импульс в 2008 году благодаря пропагандистской деятельности Группы по ликвидации малярии, деятельность которой поддерживается Фондом Билла и Мелинды Гейтс и которая включает проведение ряда совещаний с участием стран, располагающих потенциалом для полной ликвидации малярии.

V. Финансирование деятельности по борьбе с малярией

31. Значительно увеличился объем средств, выделяемых на борьбу с малярией из международных источников, — с менее 0,2 млрд. долл. США в 2000 году до 0,8 млрд. долл. США в 2007 году и до 2 млрд. долл. США по состоянию на конец 2008 года. Такое значительное увеличение произошло в основном благодаря ассигнованиям по линии Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, Инициативы по борьбе с малярией президента Соединенных Штатов Америки и Всемирного банка. Большой объем финансовых средств также стал поступать от Фонда Билла и Мелинды Гейтс, Международного механизма закупок лекарств (ЮНИТЭЙД), двусторонних учреждений и Организации Объединенных Наций. Примерно две трети от общего объема выделяемых средств предназначаются Африке, на которую приходится приблизительно 90 процентов всех заболеваний и смертей от малярии в мире.

32. Сложнее подсчитать объем средств, поступивших от национальных правительств, однако, по сообщениям, их объем увеличился в Восточно-Средиземноморском регионе, а в Американском регионе по этому каналу по-прежнему направляется более 90 процентов от всего объема финансирования. В регионе Африки взятое главами государств обязательство увеличить

бюджетные ассигнования на цели здравоохранения и довести их до 15 процентов от общего объема инвестиций выполнили лишь немногие страны. Хотя увеличение объема средств, несомненно, сказывается благотворно и позитивно на имеющихся у стран возможностях бороться с малярией, нынешний уровень финансирования не соответствует уровню, необходимому для достижения целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия. По оценкам Глобального стратегического плана борьбы за сокращение масштабов заболеваемости малярией, для реализации этих задач и достижения целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, потребуются средства в размере более 5 млрд. долл. США в год. Кроме того, существует большое число проблем, не позволяющих с большей эффективностью использовать уже имеющиеся средства:

а) ограниченные средства, направляемые на борьбу с малярией, как правило, выделяются странам, от которых ожидают успешной работы в этой области. Такие страны с более высокими стандартами управления и более мощными системами здравоохранения получают средства из многочисленных внешних источников, в то время как страны с нестабильным правительством или страны, испытывающие гражданские волнения, получают совсем мало. По этой причине те слои населения, которые в наибольшей степени страдают от малярии, могут не иметь доступа к базовым программам профилактики и лечения малярии;

б) есть основания говорить о том, что крупные ассигнования извне на цели борьбы с малярией дезориентируют национальные правительства, которые начинают направлять свои ограниченные ресурсы на решение других приоритетных вопросов в области здравоохранения и развития. Программы борьбы с малярией могут также перестать пользоваться первоочередным вниманием у некоторых двусторонних учреждений и региональных банков развития ввиду крупных сумм, которые поступают в их бюджеты по линии Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. По мере все большего перехода на внешнее финансирование из одного источника страновая программа может столкнуться с проблемой прекращения финансирования или задержки с выделением средств, что в свою очередь может привести к серьезным перебоям в снабжении медикаментами и поставить под угрозу весь достигнутый прогресс. Необходимо обеспечить, чтобы по каждой эндемической стране имелся диверсифицированный портфель финансирования мероприятий по борьбе с малярией, включая финансирование по линии правительства принимающей страны;

с) во многих странах рост объема внешнего финансирования международной технической помощи был несоразмерным росту сумм, выделявшихся эндемическим странам, что ограничивало возможности осуществлять мониторинг за распространением заболевания, контролировать эффективность лекарственных препаратов и устойчивость к инсектицидам, устранять «узкие места» в работе и урегулировать конфликтные ситуации в пограничных районах и между кочевыми группами населения;

д) страны, которым удалось значительно уменьшить число случаев заболевания малярией, часто сталкиваются с проблемой дальнейшего привлечения средств на борьбу с нею. В то же время сохраняющаяся или растущая поддержка имеет ключевое значение для сохранения уже достигнутых результатов

и дальнейшего продвижения по пути полного искоренения малярии. Финансирование программ борьбы с малярией также подвергается опасности из-за мирового финансового кризиса. Затяжной спад может вызвать свертывание планов ликвидации малярии и отступление с завоеванных позиций. Доказательства, подтверждающие наличие взаимосвязи между распространением малярии и снижением валового внутреннего продукта, являются сильным аргументом в пользу дальнейшего инвестирования в деятельность по борьбе с малярией, несмотря на нынешний экономический кризис.

VI. Результаты деятельности по борьбе с малярией

33. Важная новая информация, поступившая от нескольких африканских стран, говорит о том, что резкое снижение показателей малярии ведет к более значительному сокращению уровня постнеонатальной детской смертности, чем предполагалось ранее. Как представляется, несколько стран уже выполнили поставленную на 2015 год Всемирной ассамблеей здравоохранения и Партнерством за сокращение масштабов заболеваемости малярией задачу сокращения более чем на 75 процентов масштабов распространения малярии за счет применения метода опрыскивания помещений, использования обработанных инсектицидами противомоскитных сеток и обеспечения больных комбинированными препаратами на основе артемизинина. Предварительные данные свидетельствуют о том, что целевая (дети в возрасте до пяти лет и беременные женщины) массовая раздача обработанных инсектицидами противомоскитных сеток в некоторых странах дала меньшие, чем ожидалось, результаты. Всем странам следует добиваться всеобщего охвата в части использования обработанных инсектицидами сеток и других средств борьбы с малярией для достижения поставленных на 2010 и 2015 годы целей Всемирной ассамблеи здравоохранения и Партнерства за сокращение масштабов заболеваемости малярией.

34. В Эритрее, несмотря на 44-процентное увеличение общего числа больных в стационарных медицинских учреждениях и рост на 31 процент общего числа случаев смертности среди стационарных больных от всех причин в период с 2001 по 2008 годы, заболеваемость малярией и смертность от нее за этот же период снизились соответственно на 68 и 86 процентов. В Руанде показатели зарегистрированных случаев смерти от малярии среди детей в возрасте до пяти лет в период 2007–2008 годов снизились более чем на 50 процентов по сравнению с усредненным показателем за период, предшествовавший началу активной деятельности (2001–2005 годы). В Замбии показатели заболеваемости малярией и смертности от нее в стационарах по состоянию на середину 2008 года соответственно сократились на 61 и 65 процентов по сравнению с периодом 2000–2002 годов. В течение 2006–2007 годов было роздано дополнительно 3,6 миллиона обработанных инсектицидами противомоскитных сеток длительного пользования, а процентная доля населения, применяющего метод опрыскивания помещений, в малярийный сезон 2008 года выросла с 20 процентов в 2006–2007 годах до 48 процентов. В Сан-Томе и Принсипи и на островах Занзибар (Объединенная Республика Танзания) показатели заболеваемости малярией и смертности от нее в больницах снизились более чем на 80 процентов.

35. Во многих таких ситуациях прослеживается четкая связь с мероприятиями по борьбе с малярией. Например, в Руанде в сентябре и октябре 2006 года

имели место массовая раздача обработанных инсектицидами противомоскитных сеток среди детей в возрасте от 9 до 59 месяцев и беременных женщин, а также поставка в медицинские пункты комбинированных препаратов на основе артемизинина. По данным демографического и медицинского обследования, проведенного в 2007–2008 годах, показатель обеспеченности семей обработанными инсектицидами противомоскитными сетками составлял 56 процентов, а показатель их использования детьми — 55 процентов. В Замбии по состоянию на 2008 год показатель обеспеченности семей сетками составлял 62 процента, а показатель их использования — 41 процент.

36. Становится все более очевидным, что активная борьба с малярией оказывает огромное, значительно большее, чем ожидалось, влияние на общий показатель смертности детей от всех причин. Опубликованные данные по острову Биоко (Экваториальная Гвинея) свидетельствуют о том, что активные меры по борьбе с малярией привели к снижению общего показателя детской смертности на 66 процентов. В Занзибаре (Объединенная Республика Танзания) общий показатель смертности детей в возрасте до пяти лет в стационарных отделениях при снижении показателей смертности от малярии на 90 процентов сократился на 57 процентов. Такое резкое снижение сопровождалось также аналогичным снижением общих показателей смертности и смертности от малярии среди находящихся на излечении больных, показателей смертности от малярии у детей в возрасте пяти лет и старше, показателей анемии и вызванной ею смертностью у больных, а также общестрановых подтвержденных лабораторными анализами случаев заболевания среди амбулаторных больных. Если предположить, что тенденции в смертности среди помещенных в стационары детей в возрасте до пяти лет отражают тенденции смертности детей в послеродовом периоде, то можно считать, что в Занзибаре (Объединенная Республика Танзания) детская смертность благодаря мерам по борьбе с малярией снизилась примерно на 40–45 процентов. В пяти районах Замбии, где отмечено самое значительное снижение показателей малярии, общие показатели смертности среди стационарных больных сократились на 61 процент, а показателей смертности среди стационарных больных от малярии — на 95 процентов. Опять же, если допустить, что тенденции, отмеченные в отношении стационарных больных, являются отражением тенденций детской смертности в послеродовом периоде, то в этом случае снижение общих показателей детской смертности в этих пяти районах составляет 46 процентов. В Занзибаре (Объединенная Республика Танзания) и Замбии большая часть снижения общих показателей детской смертности можно отнести за счет диагностирования малярии и анемии. Эти данные являются первым свежим подтверждением того факта, что благодаря эффективной борьбе с малярией на высоком уровне можно добиться существенного снижения показателей детской смертности.

37. В Южной и Северной Америке в 2008 году было зафиксировано 557 493 подтвержденных случая малярии, что на 51 процент меньше по сравнению с 2000 годом. Кроме того, в 2008 году было зарегистрировано 130 случаев смерти от малярии, что по сравнению с 2000 годом представляет собой снижение на 62 процента. В 7 из 19 сталкивающихся с проблемой малярии стран региона зафиксировано более чем 50-процентное сокращение заболеваемости.

38. В Восточно-Средиземноморском регионе в 2000–2008 годы сокращение составило 46 процентов. Ощутимого снижения удалось добиться и в Ираке (с 1860 случаев в 2000 году до 6 случаев в 2008 году, причем в 2 из них болезнь завезли из-за границы), и в Саудовской Аравии (с 4736 случаев в 2000 году до 467 в 2007 году). На пути к полной ликвидации малярии также находится Исламская Республика Иран. Последние зафиксированные на местах случаи заболевания малярией в Марокко и Сирийской Арабской Республике имели место в 2004 году. В настоящее время осуществляется сертификация Марокко как страны, свободной от малярии; право пройти сертификацию также получила Сирийская Арабская Республика. Объединенные Арабские Эмираты были сертифицированы ВОЗ как страна без малярии в январе 2007 года. Местные вспышки малярии имели место в Омане (2007–2008 годы) спустя несколько лет, в течение которых не было зафиксировано ни одного случая заболевания, и явились результатом занесения болезни извне и активизации перемещения населения.

39. В Европейском регионе отмечено существенное сокращение количества зарегистрированных случаев малярии с 90 712 в 1995 году до 589 в 2008. Случаи заболевания малярией зарегистрированы в 6 из 53 государств региона (Азербайджан, Грузия, Кыргызстан, Таджикистан, Турция и Узбекистан), однако все эти страны уже вышли на этап полной ликвидации малярии. В Туркменистане начался процесс получения сертификата страны, свободной от малярии; вскоре к нему подключится Армения, где передача малярии была остановлена в 2006 году. Два единственных случая заражения на местах малярией *falciparum* произошли в 2008 году в Таджикистане, где местная передача должна быть прекращена в 2009 году, в результате чего данная разновидность малярии в регионе будет искоренена.

40. В регионе Юго-Восточной Азии о тенденциях к уменьшению числа случаев заболеваний малярией сообщалось на примере целого ряда стран, в частности Бутана (с 3806 случаев в 2003 году до 329 в 2008 году), Индии (с 2 млн. случаев в 2000 году до 1,5 млн. в 2008 году), Шри-Ланки (с 210 036 в 2000 году до 670 в 2008 году) и Таиланда (с 63 528 случаев в 2000 году до 26 150 случаев в 2008 году). Корейская Народно-Демократическая Республика и Шри-Ланка в настоящее время вступили в этап подготовки к полной ликвидации малярии. В остальных пяти эндемических по малярии странах этого региона каких-то изменений в показателях заболеваемости не зафиксировано.

41. В Западно-Тихоокеанском регионе примерно 80 процентов всех случаев приходится на две страны: Папуа — Новая Гвинея (67 процентов) и Камбоджа (12 процентов). Несколько стран сообщали об уменьшении заболеваемости, в частности Камбоджа (с 62 439 случаев в 2000 году до 20 347 случаев в 2008 году), Лаосская Народно-Демократическая Республика (с 40 006 случаев до 18 753 случаев), Малайзия (с 12 705 случаев до 7390), Филиппины (с 36 596 случаев до 23 654), Республика Корея (с 4142 случаев до 1023) и Вьетнам (с 74 316 случаев до 11 355). Наименьшее снижение заболеваний приходится на страны, у которых соответствующие показатели изначально были самыми высокими.

VII. Выводы и рекомендации

42. По сравнению с периодом 2000–2006 годов в 2007 и 2008 годах продолжалось увеличение объема финансирования и поставок для целей борьбы с малярией благодаря скоординированной пропагандистской работе в общемировом масштабе. Однако в большинстве стран, судя по всему, потребуется обеспечить всеобщий охват населения обработанными инсектицидами противомоскитными сетками и другими средствами борьбы с малярией, с тем чтобы выполнить цели, поставленные Всемирной ассамблеей здравоохранения и Партнерством за сокращение масштабов заболеваемости малярией; поэтому в ряде стран значительные пробелы в финансировании сохраняются.

43. По состоянию на 2008 год, как представляется, пять африканских стран (Гамбия, Замбия, Руанда, Сан-Томе и Принсипи, Эритрея) и острова Занзибар (Объединенная Республика Танзания) приближаются к достижению или уже достигли поставленной на 2010 год Всемирной ассамблеей здравоохранения и Партнерством за сокращение масштабов заболеваемости малярией цели 50-процентного или большего снижения показателей заболеваемости и смертности; однако эти данные нуждаются в дополнительной проверке.

44. Основные потенциальные угрозы для деятельности по борьбе с малярией и ее ликвидации создают сопротивляемость паразитов лекарственным препаратам (комбинированные препараты на основе артемизинина) и устойчивость москитов к пиретроидным инсектицидам (единственному виду инсектицидов, в настоящее время используемому для обработки противомоскитных сеток долговременного пользования). Регулярный контроль за эффективностью лекарственных препаратов и инсектицидов должен стать постоянным компонентом программ борьбы с малярией в эндемических странах.

45. Необходимо быстро наращивать диагностические возможности для выявления малярии в различных странах и использовать их при лечении больных детей. Сюда входят микроскопия, когда это возможно, а также диагностические наборы для оперативного выявления малярии. Необходимо совершенствовать навыки медицинских работников в области дифференцированного диагностирования, с тем чтобы обеспечивать надлежащее лечение немалярийной лихорадки.

46. По мере расширения масштабов деятельности все большее значение приобретает качество товаров (диагностическая аппаратура, медикаменты, обработанные инсектицидами противомоскитные сетки долговременного пользования) и услуг. В продаже широко представлены лекарственные препараты и обработанные инсектицидами сетки низкого качества, поддельные лекарства, а также неэффективные диагностические наборы для оперативного выявления малярии, что приводит к росту уровней заболеваемости и смертности и повышает опасность формирования сопротивляемости антималярийным лекарственным препаратам. Необходимо добиваться укрепления в странах механизмов регулирования и правоприменения, особенно в отношении товаров, поступающих из неформального частного сектора. Необходимо также предоставлять производителям тех-

ническую информацию и делиться с ними опытом, с тем чтобы они соблюдали стандарты качества продукции.

47. По-прежнему ограниченным является доступ к средствам лечения малярии с использованием комбинированных препаратов на основе артемизинина. Необходимо, чтобы национальные правительства и партнеры на страновом уровне активизировали свои усилия по улучшению работы органов снабжения и системы здравоохранения в целом. Поскольку доступность методов диагностики малярии и ее лечения в первую очередь ограничивается географической удаленностью медицинских центров, особенно для малоимущих и наиболее уязвимых слоев населения, живущих в сельской местности, ключевое значение приобретает расширение системы здравоохранения и ее распространение на общинный уровень.

48. Необходимо в безотлагательном порядке создавать системы своевременного мониторинга распространения малярии, с тем чтобы отслеживать прогресс, обеспечивать информацией руководство программ, фиксировать подтвержденные случаи малярии и оперативно реагировать на них, особенно в ситуациях, когда передача малярии уже радикально сократилась.

49. В целом, за истекший год масштабы работы расширились как в Африке, так и во всем мире, ее результаты были подтверждены в тех странах, где до этого отмечались низкие-средние показатели передачи малярии и более широкий охват. Для достижения поставленных на 2010 год Всемирной ассамблеей здравоохранения и Партнерством за сокращение масштабов заболеваемости малярией целей борьба с малярией должна распространяться на все население (а не на одних детей и беременных женщин), особенно в странах с высокими показателями местной передачи. Необходимо внимательно отслеживать результаты, дабы обеспечить выполнение целевых заданий по линии борьбы с малярией.

50. Первоначальные данные по Сан-Томе и Принсипи, Замбии и островам Занзибар (Объединенная Республика Танзания) говорят о значительном снижении показателей детской смертности, чем первоначально предполагалось: общая смертность среди детей в стационарных отделениях сократилась более чем на 40 процентов, тогда как показатели смертности детей от малярии сокращались на 90 процентов. Из вышеизложенного можно сделать вывод, что энергичные меры борьбы с малярией могут стать основой для достижения многими африканскими странами к 2015 году цели сокращения на две трети детской смертности, поставленной в Декларации тысячелетия.

51. Почти весь миллион случаев смерти от малярии каждый год можно предотвратить, добившись универсального применения имеющихся в настоящее время средств.