



Генеральная Ассамблея

Distr.: General
5 September 2007
Russian
Original: English

Шестьдесят вторая 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 61/228 Генеральной Ассамблеи.

* A/62/150.

** Необходимость компилирования представленных материалов для включения в доклад самой последней информации вызвала задержку с его представлением.



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

Резюме

В настоящем докладе освещается проводившаяся деятельность и достигнутый прогресс в области достижения поставленных на 2010 год целей, касающихся борьбы с малярией, в контексте резолюции 61/228 Генеральной Ассамблеи и Абуджийской декларации «Борьба за сокращение масштабов заболеваемости малярией в Африке (2000 год)» за период после представления последнего доклада.

В докладе, помимо прочего, освещаются последние события в области лечения и профилактики, а также перспективы в отношении полной ликвидации малярии, включая вопросы, касающиеся научно-исследовательских и экспериментальных работ и мобилизации ресурсов. Кроме того, в докладе также затрагиваются проблемы, связанные с заболеваемостью малярией среди беременных, и особые проблемы, вызываемые малярией, в совокупности с задачами укрепления систем здравоохранения. В докладе содержатся выводы и рекомендации, требующие рассмотрения Генеральной Ассамблеей.

Содержание

	<i>Пункты</i>	<i>Стр.</i>
I. Введение и история вопроса	1–4	4
II. Доступность эффективных средств лечения малярии.	5–11	6
III. Влияние малярии на беременность	12–14	9
IV. Профилактика малярии.	15–20	10
V. Наблюдение, контроль и оценка	21–22	13
VI. Искоренение малярии	23–24	13
VII. Малярия и системы здравоохранения	25–27	15
VIII. Финансирование и мобилизация ресурсов	28–31	17
IX. Прогресс и трудности в деле достижения целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия	32–33	19
X. Выводы и рекомендации.	34–37	21

I. Введение и история вопроса

1. За семь лет после провозглашения Десятилетия борьбы за сокращение масштабов заболеваемости малярией в развивающихся странах, особенно в Африке, был создан Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, была разработана программа Всемирного банка по дополнительному финансированию и было начато осуществление Инициативы по борьбе с малярией президента Соединенных Штатов Америки, которая стала выражением значительной политической и финансовой решимости вести борьбу с малярией. Несмотря на это, болезнь продолжает угрожать по меньшей мере 40 процентам мирового населения в 107 странах и территориях. Несмотря на принимаемые в мировом масштабе меры, каждый год более 500 миллионов человек переболевают малярией в острой форме, в результате чего каждый год более миллиона человек умирает. По крайней мере 86 процентов от этого показателя приходится на страны Африки, расположенные к югу от Сахары. Каждый день от малярии умирают примерно 3000 детей и младенцев, которые составляют примерно 82 процента от всех смертельных случаев от малярии. Приблизительно 50 миллионов женщин, проживающих в эндемических по малярии зонах, каждый год беременеют. Хотя последствия малярии для беременности в преобладающей степени являются асимптоматическими, малярия является одной из основных причин критического ослабления здоровья будущих матерей и из-за малярии примерно одна треть детей рождается с пониженным весом, чего можно было бы избежать. По оценкам, опосредованные последствия малярии — которые в значительной степени обходятся вниманием в ориентировочных данных по заболеваемости и смертности в связи с малярией — являются причиной смерти до 200 000 младенцев в год в одной только Африке и одной из причин смерти примерно 10 000 беременных. Хотя в силу ослабленного иммунитета наибольшей опасности подвергаются дети и беременные, за пределами Африки угроза распространяется на все возрастные группы.

2. Результаты проводившихся в последнее время исследований показали, что в некоторых странах почти две трети больных малярией пытаются получить помощь вне системы здравоохранения. Это свидетельствует о том, что имеющиеся в системе здравоохранения данные о заболеваемости и смертности в связи с малярией являются лишь «верхушкой айсберга». Почти 60 процентов от общего числа случаев смерти от малярии приходится на беднейшие 20 процентов мирового населения, что является наиболее наглядным показателем связи любого заболевания с нищетой, поскольку она распространена в первую очередь среди неимущих и маргинальных групп, включая беженцев и внутренних переселенцев. Перенесенная малярия на протяжении всей жизни сказывается на умственном развитии, образовании и продуктивности труда. Во многих странах она является основной причиной заболеваемости работников и их отсутствия на рабочих местах. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что малярия не позволяет людям вырваться из нищеты, причиняя Африке ежегодный урон в размере 12 млрд. долл. США в виде недополученного валового внутреннего продукта (ВВП) и «съедая» до 34 процентов от общего семейного дохода и 40 процентов от общих государственных ассигнований на цели здравоохранения. Экономический рост наиболее пострадавших от этой проблемы стран каждый год сокращается примерно на 1,3 процента. Малярия замедляет экономическое развитие и в различных формах обостряет нищету, включая частные и нечастные расходы на медицинское обслуживание, снижение произво-

дительности труда больных малярией и лиц, которые ухаживают за ними, сдерживая движение рабочей силы и дестимулируя прямые иностранные инвестиции, торговлю и туризм.

3. Партнерство за сокращение масштабов заболеваемости малярией, которое было инициировано в 1998 году Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), Всемирным банком, Детским фондом Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) и Программой развития Организации Объединенных Наций (ПРООН) и которое охватывает эндемичные по малярии страны, их двусторонних и многосторонних партнеров в области развития, частный сектор, неправительственные и общинные организации, фонды и научно-исследовательские и академические институты, главным образом стремится обеспечивать координацию оказываемой государствам-членам помощи в выполнении поставленной задачи сокращения показателей смертности от малярии к 2010 году по сравнению с 2000 годом наполовину, а к 2015 году — на 75 процентов. Все эти группы участников представлены в Совете Партнерства за сокращение масштабов заболеваемости малярией. В течение 2006 года в рамках Партнерства осуществлялась важная «инициатива перемен», в результате которой была произведена структурная перестройка базирующегося в ВОЗ секретариата Партнерства и была повышена эффективность деятельности по удовлетворению потребностей государств-членов, включая активизацию деятельности или структурные преобразования таких рабочих групп, как Группа по согласованию, методическая группа по контролю и оценке и Рабочая группа по вопросам управления закупками и снабжением и субрегиональные сети.

4. Глобальная программа по борьбе с малярией Всемирной организации здравоохранения является одним из основных технических членов Партнерства, который обеспечивает нормативные директивные указания и руководство в рамках политики и стратегии по борьбе с малярией. Программа располагает небольшим числом сотрудников в штаб-квартире и на региональном и страновом уровнях и поддерживает важные отношения с другими департаментами ВОЗ. Ключевыми компонентами, образующими основу стратегического руководства со стороны ВОЗ, являются следующие: а) активное техническое лидерство и поддержка стран; б) всеобъемлющая ориентированность на эндемичные по малярии страны во всем мире; в) содействие эндемичным по малярии странам в применении наиболее эффективных из имеющихся средств, включая бесплатное или в значительной степени субсидируемое распространение обработанных инсектицидом противомоскитных сеток длительного использования среди всех групп риска, обработка внутренних помещений методом остаточного опрыскивания в случае показаний и диагностирование случаев заболевания малярией и клиническое применение комбинированной терапии на базе артемизинина (КТА); d) тесное сотрудничество со странами и их внутренними партнерами в целях обеспечения соответствия проводимых мероприятий их конкретным эпидемиологическим и социально-экономическим потребностям; е) обеспечение того, чтобы меры по борьбе с малярией способствовали общему укреплению систем здравоохранения и поддерживали комплексное предоставление основных медицинских услуг; f) уделение особого внимания разработке и осуществлению эффективных средств комплексного контроля и оценки для определения результативности осуществления программы по борьбе с малярией, ее реального охвата и действенности; g) оказание помощи в приоритетной исследовательской деятельности по линии разработки новых методов и средств

для ликвидации проблем, сдерживающих практическое осуществление; h) содействие скоординированному партнерству на страновом уровне в целях обеспечения того, чтобы оказываемая помощь согласовывалась и приводилась в соответствие с национальными стратегиями и планами; и i) формирование многосекторального подхода с основным упором на вопросы здравоохранения для обеспечения политической и финансовой поддержки в интересах мобилизации устойчивых и предсказуемых инвестиций для борьбы с малярией. На страновом уровне ВОЗ осуществляет успешную работу с партнерами, такими, как ЮНИСЕФ, для расширения масштабов поставок обработанных инсектицидами сеток и со Всемирным банком для обеспечения принятия надлежащих стратегий в отношении лекарственных средств и повышения доступности во всем мире комбинированной терапии на базе КТА.

II. Доступность эффективных средств лечения малярии

5. В настоящее время наиболее эффективным средством лечения не имеющей осложнений малярии, вызванной *Plasmodium falciparum*, считается КТА. Многие страны последовали рекомендации ВОЗ отказаться от использования монотерапий, которые теряют свою эффективность по причине паразитарной устойчивости. В то же время особое значение по-прежнему имеет задача сохранения действенности КТА. В соответствии с рекомендацией ВОЗ 70 стран — 40 из них в Африке — приняли комбинированную терапию на базе артимизинина в качестве первого или второго по приоритетности средства борьбы с малярией. Наличие средств для финансирования КТА и растущие объемы ее закупок наряду с информационно-пропагандистской работой позволили снизить стоимость терапии. Созданный в конце 2006 года совместно с Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ) и ЮНИСЕФ механизм финансирования ЮНИТЭЙД уже используется для снабжения нуждающихся противомалярийными средствами и уделяет особое внимание использованию рыночных сил для дальнейшего снижения стоимости терапии с целью повышения ее доступности. В 2006 году в общей сложности было приобретено 82 774 740 доз КТА, а в 2007 году, по оценкам, будет приобретено 120 млн. доз. Однако стоимость КТА зачастую все еще является чрезмерно высокой для наиболее неимущего населения, поэтому большинство больных в отдаленных сельских районах прибегают к неправильному лечению со стороны неформальных врачей поблизости от дома.

6. Являясь острым заболеванием, малярия в то же время относится и к числу хронических инфекций — по приблизительным оценкам, вспышки лихорадки среди африканских детей происходят один раз в 40 дней. Опасность возникновения осложнений и смерти от острых форм малярии является самой высокой в первые 24 часа. Поэтому правильная и своевременная помощь лицам, заболевшим малярией, является одним из основополагающих элементов программ по борьбе с малярией. Раннее выявление и эффективное лечение болезни сократит ее продолжительность и предотвратит осложнения, в значительной степени уменьшив тем самым вероятность летального исхода для пациента. В большинстве случаев симптоматическая малярия лечится в местных общинах, в периферийных пунктах первичного медико-санитарного обслуживания, а также в неформальных структурах здравоохранения. Результаты недавно проводившихся исследований в Гане, Нигере и Эфиопии показали, что до двух

третьей от общего числа больных малярией обращаются за помощью вне системы здравоохранения. Поэтому для эффективного лечения необходимо обеспечить на всех уровнях медицинского обслуживания наличие эффективных средств лечения — как в государственном, так и в частном секторах, поскольку в некоторых затронутых этой проблемой общинах частный сектор может быть единственным источником лекарств для лечения малярии. Кроме того, одним из важнейших компонентов эффективного лечения больных малярией является повышение уровня просвещенности общин и активизация их участия в проводимой работе.

7. Применяемый ВОЗ подход к лечению малярии на дому позволяет повысить доступность эффективных лекарственных средств для уязвимых групп населения (особенно детей в возрасте до пяти лет) в странах с недостаточным охватом населения медицинской помощью. В Африке эту стратегию уже приняли 18 стран, число которых благодаря активному участию общин увеличивается и в которых отмечено снижение показателей детской смертности. Кроме того, ВОЗ в настоящее время рекомендует использовать для доврачебного лечения острой малярии ректальные артемизининовые свечи. Этот метод может спасти жизнь ребенка, поскольку быстро снижает высокую плотность паразитов, пока ребенок не будет доставлен в медицинское учреждение, могут быть использованы парентеральные способы лечения.

8. В настоящее время ВОЗ рекомендует проводить до лечения паразитологическое подтверждение (микроскопия или быстрое диагностическое тестирование), за исключением детей в возрасте до пяти лет в районах с высокой распространенностью заболевания и в предположительно острых случаях, если паразитологическое подтверждение не является широкодоступным. Это позволит повысить качество лечения и сократить — если в этом нет необходимости — использование противомаларийных средств в целом. В то же время это приводит к резкому увеличению числа заявок на материалы для быстрого диагностирования и на их использование в странах. Однако, несмотря ни на что, главным стандартом диагностирования по-прежнему является высококачественная микроскопия. Качество продукции (медикаменты и диагностика) и услуг также имеет колоссальное значение для обеспечения желательного результата лечения, но создает при этом большие проблемы в странах. Помимо прочего, на рынке имеется большое количество низкокачественных товаров и даже поддельных противомаларийных средств. Для обеспечения приобретения странами высококачественных медикаментов ВОЗ разработала доквалификационную систему для противомаларийных средств и тестов быстрого диагностирования, включающую лаборатории по подтверждению качества в различных регионах, и оказывает помощь странам в связи с организацией функциональной сети диагностических услуг; развитием системы контроля качества микроскопии и тестов быстрого диагностирования; и служб по оценке и обучению микроскопистов.

9. Обязательным является контроль за действенностью противомаларийных препаратов для обеспечения надлежащего лечения и своевременного выявления динамики резистентности, с тем чтобы пересматривать национальные стратегии по борьбе с малярией. Осуществление адекватной и эффективной лекарственной политики в свою очередь приведет к снижению заболеваемости и смертности. Принятой стандартной процедурой лечения малярии является тестирование эффективности применяемой терапии, которое включает много-

разовую оценку клинических и паразитологических результатов лечения на протяжении установленного периода наблюдения за пациентом. Был разработан стандартный протокол для оценки эффективности противомаларийных лекарственных средств, и ВОЗ помогает странам улучшать контроль за качеством этих данных. Из 82 стран, в которых плазмодиевая малярия носит эндемический характер, 75 создали систему мониторинга с использованием национальной сети контролируемых участков. На основе этих данных наблюдения более 60 стран внесли изменения в свою политику в отношении противомаларийных лекарственных средств, перейдя от монотерапии к комбинационной терапии.

10. Необходимость обеспечения эффективного предоставления услуг повысит нагрузку на систему здравоохранения, которой придется решать широкий круг вопросов, включая: а) эффективные системы закупок, поставок и распределения лекарственных средств; б) услуги лабораторий проверки качества в целях диагностирования; в) адекватное обучение достаточного количества медицинского персонала методам ведения больных; г) обеспечение качества и контроль за эффективностью лекарственных препаратов; е) службы направления пациентов с острой формой малярии в медицинские учреждения более высокого уровня; и ф) оперативные системы информации об организации здравоохранения. В государственном секторе многих стран такие услуги, когда они являются доступными, зачастую бывают низкого качества или же медицинские центры не располагают необходимыми средствами. Поэтому они используются недостаточно широко и не рассматриваются в качестве средства лечения малярии даже беднейшими из бедных. Целевая группа по вопросам лечения малярии Глобальной программы по борьбе с малярией, которая является связующим звеном между всеми тремя уровнями — штаб-квартирой, региональными и страновыми отделениями, — разработала оперативное пособие по лечению малярии в поддержку национальных программ по борьбе с малярией. Это пособие содержит руководящие принципы, регулирующие необходимое дополнительное внедрение системы наблюдения на общинном уровне, включающей пересмотренный реестр данных по малярии, а также бланки форм для сбора и представления отчетов с целью отслеживания основных показателей лечения в интересах обеспечения мониторинга хода осуществления проектов, их результатов и действенности.

11. Даже хотя в настоящее время можно купить КТА в государственном и некоммерческом секторах по себестоимости примерно за 1 долл. США, для беднейших слоев населения это по-прежнему чересчур дорого, а по розничной цене 8–10 долл. США в частном секторе КТА по карману лишь самым богатым пациентам. В настоящее время осуществляется общемировая инициатива, призванная добиться «мировой субсидии покупателям КТА», которая должна помочь спасти десятки тысяч человеческих жизней в год, обеспечив неимущим слоям населения более широкий доступ к этим основным необходимым для выживания противомаларийным лекарственным средствам и сохранение пригодности этих средств как можно дольше. Такой новаторский механизм финансирования должен привести к снижению цены для покупателей во всех секторах путем частичной оплаты за покупку лекарств в государственном, частном и некоммерческом секторах. Если во всех секторах лекарственные препараты станут более доступными, продолжительность болезни может быть сокращена, а распространенное в наше время использование вредных для здоровья монотерапий — которые могут быстро вызвать устойчивость на артемизинин —

прекращено. По текущим оценкам, для полного перехода к таким субсидиям потребуется порядка 275–300 млн. долл. США в год, что включает ассигнования на контроль и оценку, оперативные исследования и вспомогательные мероприятия. Предполагается, что субсидирование отпускной цены может увеличить количество КТА до 250–350 млн. доз. Вторичная субсидия на покрытие расходов по распределению может еще более повысить количество доз КТА до 300–400 млн. В настоящее время в мировом масштабе ведутся обсуждения такого субсидирования.

III. Влияние малярии на беременность

12. Более половины от общего числа приблизительно 50 миллионов женщин, которые каждый год беременеют в странах, пандемичных по малярии, проживают в тропических районах Африки, подверженных массовой передаче *Plasmodium falciparum*. Хотя болезнь в период беременности в этих регионах чаще всего проходит без симптомов, она является одной из главных причин острой анемии у будущих матерей и предотвращаемой низкой массы тела почти у трети новорожденных. В районах с низкой или сезонной передачей беременные подвергаются большей опасности смерти от осложнений острой малярии и спонтанных абортов, выкидышей или мертворождений. Одновременное ВИЧ-инфицирование, обостряя пренатальную анемию и возможность рождения ребенка с низкой массой тела, еще более осложняет проблему малярии при беременности.

13. Метод периодического профилактического лечения при беременности (ППЛб) с использованием сульфадоксина-пириметамина (СП), который рекомендуется в африканских странах с 1998 года, был принят в качестве основного стратегического решения во всех 35 африканских странах — в 22 из них он используется в масштабах всей страны, а в 13 — находится на различных этапах осуществления. Однако использование ППЛб сдерживается повсеместной и усиливающейся резистентностью паразита *Plasmodium falciparum* к СП. В ожидании результатов последующих исследований на заседании Группы технических экспертов по ППЛб в июле 2007 года было рекомендовано продолжать использование ППЛб на основе СП в качестве стратегии наряду с расширением масштабов распространения инсектицидных противомоскитных сеток (ОИС) и расширением доступности эффективного лечения в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, которые характеризуются стабильностью распространения малярии. ППЛб не рекомендуется к использованию в районах низкой, нестабильной передачи малярии в Африке, Азии и Латинской Америке, где основное внимание уделяется использованию ОИС и скорейшему выявлению и лечению малярии. В настоящее время создается система мониторинга эффективности этой стратегии, и вскоре ВОЗ планирует выпустить руководящие принципы контроля за эффективностью использования СП среди беременных.

14. ВОЗ проводит активную работу с партнерами-исследовательскими учреждениями с целью обеспечения незамедлительной обработки данных о безопасности и эффективности альтернатив СП для профилактики и лечения. Поскольку большинство африканских стран перешло в настоящее время к применению КТА в качестве первого или второго уровня лечения малярии, существует насущная необходимость получения данных о безвредности непреднаме-

ренного использования КТА в течение первого триместра беременности. ВОЗ выступает в поддержку создания реестров беременных, чтобы облегчить последующее наблюдение за состоянием женщин, которые в этот критический период проходили лечение с использованием КТА.

IV. Профилактика малярии

15. Некоторое время назад ВОЗ внесла изменения в свои рекомендации, касающиеся использования обработанных инсектицидами противомоскитных сеток для защиты людей от малярии. Сейчас рекомендуется выпускать инсектицидные противомоскитные сетки с большей продолжительностью действия и распространять их либо бесплатно, либо со значительной субсидией, дабы их могли использовать все члены общин. По аналогии с иммунитетом населения, достигаемым в результате использования вакцин, более долговечные инсектицидные противомоскитные сетки имеют двойной защитный эффект: они защищают тех людей, которые ими пользуются, а также всю общину в целом. Обработанные инсектицидами сетки являются физическим препятствием для заражения спящего под ними человека, и, помимо этого, отгоняя или убивая комаров, садящихся на сетку, они образуют для общин дополнительную защиту. Таким образом, благодаря тому, что члены общины обеспечиваются долговечными противомоскитными сетками с инсектицидной пропиткой, каждый человек, спящий под сеткой, не только уменьшает свой собственный риск инфицирования малярией, но также, в силу более долгосрочного массового эффекта инсектицидной защиты всей общины в целом, способствует уменьшению количества комаров, обитающих вокруг общины, сокращает продолжительность жизни комаров и, в долгосрочной перспективе, ограничивает распространение малярии. В тех случаях, когда наибольшей опасности подвергаются дети младшего возраста и беременные женщины, их защита становится главным приоритетом, что постепенно приводит к всеобщему охвату. В районах с низкой передаваемостью, в которых под угрозой находятся все возрастные группы, в рамках национальных программ должны быть установлены приоритеты, основанные на факторах географического распространения малярии.

16. По оценкам, лишь для того, чтобы охватить всех беременных и детей в возрасте до пяти лет, подвергающихся опасности малярии в Африке, потребуется 135 млн. обработанных инсектицидами сеток долгосрочного пользования. Однако обеспечение сетками по-прежнему уступает установленным целевым заданиям, особенно в странах, которые в наибольшей степени оказались затронутыми этой проблемой. В 31 стране африканского региона, которые представили свои доклады в 2005 году — последняя дата, за которую имеются полные данные, — было бесплатно или со значительной субсидией распространено 18 166 488 обработанных инсектицидами сеток, а еще 7 568 439 сеток были обработаны повторно. Высокого показателя охвата населения с высокой степенью справедливости в распределении удалось добиться в следующих случаях: бесплатная поставка целым общинам (Эритрея); бесплатная или в значительной степени субсидированная поставка беременным через Африканский национальный конгресс (Малави, Кения, Объединенная Республика Танзания); бесплатная поставка детям в возрасте до пяти лет в сочетании с иммунизационными кампаниями (Замбия, Гана, Того и Нигер). В несколько более ограни-

ченной степени высоких показателей также удалось добиться и в сочетании с проведением стандартной расширенной программы иммунизации и дней по охране здоровья ребенка, как, например, в контексте осуществлявшихся при помощи ЮНИСЕФ проектов ускоренной программы по обеспечению выживания и развития детей в Западной и Центральной Африке. К сожалению, в целом, в рамках проектов на общинной основе никогда не удавалось добиваться высоких показателей охвата в бедных сельских районах. Хотя в некоторых случаях для создания спроса полезными оказываются методы «социального маркетинга», его эффективность с точки зрения затрат ставилась под сомнение и с его помощью не удалось добиться высоких показателей охвата населения бедных сельских районов, особенно в тех случаях, когда для повторной обработки сеток требовались инсектицидные комплекты. Политика, ориентированная лишь на уязвимые группы, не учитывала очень важный момент: лишенные защиты лица сами становятся разносчиками малярийной инфекции, поскольку в их крови присутствуют паразиты, и поэтому не только заболевают сами, но и способствуют реверсивному распространению болезни в «защищенных группах», ибо сетки не являются эффективными на все 100 процентов. Оптимальная защита общины обеспечивается в тех случаях, когда массовое снабжение населения обработанными инсектицидами сетками долгосрочного использования сопровождается всеобщей доступностью услуг по своевременному и эффективному противомаларийному лечению.

17. Повышению показателей охвата населения поставками обработанных инсектицидами противомоскитных сеток препятствуют следующие факторы: а) необходимость регулярной повторной пропитки; б) физическое наличие; с) доступность по цене; и d) практическая реализация намеченных планов. Пропитанные инсектицидами сетки долгосрочного использования были разработаны промышленностью специально для решения проблемы повторной пропитки и оказались существенно более дешевыми для использования, чем сетки, которые пропитываются обычным способом. Условный объем расходов по каждой спасенной от малярии человеческой жизни и расходов по защите людей от инвалидности, которой удалось избежать благодаря использованию обработанных инсектицидами сеток длительного использования, которые сохраняют свое действие на протяжении трех лет, оказался более чем в два раза меньше соответствующих расходов при условии использования традиционных обработанных инсектицидами противомоскитных сеток. Поэтому применение обработанных инсектицидами противомоскитных сеток длительного использования должно рассматриваться как наиболее предпочтительный вариант для населения, проживающего в эндемических по малярии районах. Страны по-прежнему будут нуждаться в помощи для совершенствования необходимых процессов планирования, укрепления организационного и управленческого потенциала, с тем чтобы разрабатывать широкомасштабные программы распределения противомоскитных сеток. Сюда также должен входить информационно-просветительский компонент, поскольку некоторые группы населения все еще не желают спать под инсектицидными противомоскитными сетками или не используют их постоянно. Созданная ВОЗ целевая группа по вопросу снабжения населения инсектицидными противомоскитными сетками разработала оперативное пособие, содержащее практические рекомендации для национальных исполнителей, занимающихся обеспечением населения пропитанными инсектицидами противомоскитными сетками длительного использования.

18. Другим (и более давним) методом борьбы с переносчиками инфекции, который применяется достаточно широко, является обработка внутренних помещений методом остаточного распыления инсектицидов, т.е. опрыскивание инсектицидами внутренних поверхностей зданий, где комары-анофилины часто сидят, напившись крови, с тем чтобы сократить продолжительность их жизни до такой степени, чтобы они не успевали разнести малярию. Обработка внутренних помещений методом остаточного распыления инсектицидов используется на систематической основе в широком масштабе в основном в тех странах, которые принимали участие в осуществлении всемирной кампании по ликвидации малярии в 50-х–60-х годах.

19. Выбор подходящего инсектицида для обработки внутренних помещений методом остаточного распыления в данном районе производится на основе данных об устойчивости к тем или иным инсектицидам, стоимости, безопасности, характере поверхности, подлежащей опрыскиванию, и местного опыта. В настоящее время насчитывается 12 видов инсектицидов, рекомендованных ВОЗ для обработки внутренних помещений методом остаточного опрыскивания, которые относятся к четырем химическим группам. Наибольший остаточный эффект против переносчиков малярии имеет ДДТ, который в то же время играет важную роль в подавлении устойчивости у переносчиков болезни. ВОЗ рекомендует использование ДДТ лишь для обработки остаточным опрыскиванием внутренних помещений, и страны могут использовать ДДТ так долго, как это им необходимо, и в нужном количестве при условии, что соблюдены требования всех положений и рекомендаций ВОЗ и Стокгольмской конвенции о стойких органических загрязнителях. Ожидается, что ДДТ по-прежнему будет использоваться для борьбы с малярией до тех пор, пока не будут найдены столь же эффективные с точки зрения затрат и действенные альтернативные средства. В конце 2007 года должен быть издан обновленный позиционный документ в отношении ДДТ, подготовленный Всемирной организацией здравоохранения. ВОЗ разрабатывает новое всеобъемлющее оперативное пособие и новые системы мониторинга в отношении обработки внутренних помещений методом остаточного опрыскивания и в предстоящие годы в значительной степени активизирует свою работу по оказанию помощи странам, с тем чтобы они могли наиболее успешно применять этот метод.

20. В различных регионах прослеживаются различные тенденции в использовании метода обработки внутренних помещений путем остаточного опрыскивания. В Африке метод обработки внутренних помещений путем остаточного опрыскивания инсектицидами для борьбы с малярией или недопущения ее повторных вспышек применяют приблизительно 22 страны (Ангола, Ботсвана, Бурунди, Гвинея, Замбия, Зимбабве, Кабо-Верде, Кения, Кот-д'Ивуар, Либерия, Маврикий, Мадагаскар, Мали, Мозамбик, Намибия, Руанда, Сан-Томе и Принсипи, Свазиленд, Уганда, Эритрея, Эфиопия и Южная Африка). В Азии в четырех странах — Ирак, Мьянма, Таиланд и Вьетнам (из 22 регулярных пользователей) — количество достаточным образом защищенных семей возросло с 2 297 000 в 2000 году до 3 052 000 в 2003 году, а в Южной и Северной Америке в 9 (из 21) странах, регулярно использующих метод обработки внутренних помещений остаточным опрыскиванием (Коста-Рика, Никарагуа, Панама, Доминиканская Республика, Боливия, Колумбия, Эквадор, Боливарианская Республика Венесуэла и Аргентина), общее число таких семей сократилось с 411 000 до 229 000, даже хотя масштабы противомаларийной обработки в некоторых

странах фактически возросли. Наибольшее число населения, защищенного этим методом в мире, отмечается в Индии, где таким образом в 2005 году было защищено 38,5 миллиона человек, в основном за счет применения ДДТ.

V. Наблюдение, контроль и оценка

21. Предположения оказались значительно ниже реальных показателей, поскольку это заболевание приводит к различным результатам: от асимптоматической инфекции до острой формы болезни и смерти. Проблема точной оценки достигнутого прогресса и результатов проводимой работы усугубляется неадекватным диагностированием и неполной отчетностью. Кроме того, в странах обычно не имеется контрольных показателей, исходя из которых следует производить анализ и оценку. В связи с резким увеличением объема выделяемых ресурсов и активизацией деятельности по широкомасштабной борьбе с малярией среди групп риска, в частности в контексте Программы Всемирного банка по дополнительному финансированию, выделение ассигнований Глобального фонда для борьбы с малярией и Инициативы по борьбе с малярией президента Соединенных Штатов Америки, требуется обеспечение пристального контроля и оценки на страновом уровне. Уделяемое в настоящее время повышенное внимание традиционным системам медицинской информации не является достаточно репрезентативным, поскольку крупные сектора населения (в основном, входящие в низкие квинтили) не имеют доступа к медицинским услугам, и информация собирается несистематически. Это приводит к неточным программным оценкам и не позволяет сообщать адекватную информацию о достигнутом прогрессе.

22. С учетом сложного характера самой малярии как заболевания и многочисленности различных мер борьбы с ней, многие из которых осуществляются вне системы государственного здравоохранения, решения, касающиеся наблюдения и оценки, должны быть гибкими, охватывая общинный уровень и уровень отдельных семей, и включать данные по труднодоступным группам населения. ВОЗ оказывает помощь странам в разработке и практическом использовании страновых баз данных, разрабатывая проверенные в местных условиях показатели. Информация для этих баз данных собирается в процессе укрепления в общестрановом масштабе систем медицинской информации, что также поможет странам производить сбор данных и по другим болезням. Активная работа по сбору информации проводится в связи с предстоящим появлением Доклада о распространении малярии в мире, 2007 год, который должен выйти в начале 2008 года и в котором будут содержаться данные об эпидемиологических, программных и финансовых показателях. В рамках Глобальной программы по борьбе с малярией также создается система распространения общей информации медицинского характера, которая поможет странам проводить должную оценку действенности программы, с тем чтобы разрабатывать более эффективную политику и добиваться больших результатов.

VI. Искоренение малярии

23. Задачи общемировой борьбы против малярии заключаются не только в ослаблении остроты проблемы малярии в подверженных эндемии районах, но

и в сокращении и ограничении географии эндемичных по малярии районов в мире. В последнем случае речь идет об искоренении малярии в странах и областях, в которых это представляется практически осуществимым. На протяжении последнего десятилетия все большее число стран успешно препятствует распространению переносимой комарами малярии, что считается исключительно важно для государственного здравоохранения, бизнеса и туризма. В настоящее время из 107 стран и территорий, затронутых эндемией малярии во всем мире, 7 сообщают об отсутствии случаев местного инфицирования. Другим странам удалось снизить уровень заражения малярией до такого уровня, когда полная ликвидация этой болезни становится возможной. Глобальная программа ВОЗ по борьбе с малярией постановила уделять повышенное внимание искоренению малярии, включая разработку руководящих принципов для национальных программ по искоренению малярии, оказание технической и оперативной поддержки странам, находящимся на пути к полному искоренению, а также создание механизмов для официального сертифицирования. В январе 2007 года Объединенные Арабские Эмираты стали первой с 80-х годов страной, в которой ранее существовала эндемия малярии и которая была сертифицирована ВОЗ как полностью покончившая с малярией. В настоящее время осуществляются процедуры сертифицирования в отношении Омана. Искоренение малярии является результатом успешной борьбы с малярией на уровне отдельных стран. В этой связи целевая группа ВОЗ по ликвидации малярии определила четыре программных этапа: борьба с малярией; подготовка к ее полной ликвидации; искоренение; и недопущение повторения. Контрольным показателем для первого из этих этапов было определено поддержание на протяжении длительного времени менее чем 5-процентного уровня заболеваемости малярией среди всех пациентов с синдромом лихорадки. Полный переход к осуществлению программы искоренения малярии обычно бывает возможным, только когда случаи заболевания малярией становятся относительно немногочисленными, то есть менее одного пациента на 1000 подверженных опасности человек в год, или примерно 100 случаев заболевания малярией на район за этот же период времени. Прогресс в деле искоренения этого заболевания вступает в заключительный этап, когда показатель местного инфицирования начинает приближаться к нулю. В настоящее время примерно в 10 странах мира осуществляются программы по искоренению малярии, включая Алжир, Аргентину, Армению, Египет, Сальвадор, Ирак, Парагвай, Саудовскую Аравию, Туркменистан и Республику Корея. Еще в 11 странах осуществляются программы подготовки к полной ликвидации малярии¹, а 7 стран стремятся стать «зонами, свободными от малярии».

24. Европейский и восточно-средиземноморский регионы ВОЗ включили задачу искоренения малярии в свою региональную стратегию, что стало логическим продолжением достигнутого этими государствами-членами прогресса в борьбе с малярией. За период 1999–2006 годов затронутые эндемией малярии страны европейского региона ВОЗ сообщили о почти 15-кратном сокращении количества случаев местного инфицирования, причем в 2006 году таких случаев было зарегистрировано в общей сложности всего 2520. Однако даже когда та или другая страна добивается полной ликвидации малярии, она по-преж-

¹ Азербайджан, Корейская Народно-Демократическая Республика, Грузия, Иран (Исламская Республика), Кыргызстан, Малайзия, Мексика, Шри-Ланка, Таджикистан, Турция и Узбекистан.

нему подвергается опасности возвращения этой болезни в результате международных поездок и миграции. Задача искоренения малярии тесно связана с достижением различных целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, поскольку большинство стран, которые успешно добились прекращения распространения малярии, улучшили также и свое общее социально-экономическое положение, расширили охват услугами в области здравоохранения и повысили уровень жизни своих граждан. Статус свободной от малярии страны также способствует этому, устраняя препятствия для инвестиций и туризма.

VII. Малярия и системы здравоохранения

25. Последние оценки свидетельствуют о том, что малярия ложится тяжелым бременем на системы здравоохранения. В Африке в среднем от 25 до 45 процентов посещений больниц амбулаторными пациентами связаны с малярией. Кроме того, высоким является процент смертности среди госпитализированных больных, поскольку они часто обращаются за медицинской помощью слишком поздно или же их лечат неправильно, а также поскольку не всегда имеются в наличии эффективные лекарственные препараты. Действенная борьба с малярией требует создания более эффективных и усовершенствованных систем лечения и распространения информации по вопросам здравоохранения и систем контроля, с тем чтобы помогать плановым органам здравоохранения количественно оценивать масштабы проблемы и адекватно оценивать и предоставлять финансовые ресурсы для секторов здравоохранения. В настоящее время проведение эффективного лечения сдерживается отсутствием необходимого персонала и долгосрочных предсказуемых донорских обязательств в отношении финансирования, что необходимо для укрепления инфраструктуры здравоохранения в подверженных эндемии малярии странах. Слабо развитая инфраструктура здравоохранения вкупе с недостаточным обеспечением основными медикаментами и другими мерами профилактики, такими, как противомоскитные сетки и инсектициды, а также отсутствие необходимого контроля со стороны предлагающих медицинскую помощь компаний ведут к низкому качеству обслуживания. Охваченные эндемией малярии страны нуждаются в поддержке для: а) укрепления управленческого потенциала в контексте обеспечения контроля за деятельностью медицинского персонала; б) создания эффективных механизмов предоставления услуг лабораторий по контролю за качеством, с тем чтобы можно было ставить надежный диагноз и проводить эффективное лечение; в) повышения степени доступности медицинских услуг, особенно в отдаленных районах; г) повышения качества частно-государственных механизмов оказания медицинской помощи; д) укрепления систем закупки и распределения медикаментов, реагентов, инсектицидов и других важнейших базовых материалов; и е) принятие мер по сохранению квалифицированного персонала на районном и общинном уровнях.

26. Скоординированное общесекторальное развитие должно в значительной степени повысить эффективность борьбы с малярией. Глобальная программа ВОЗ по борьбе с малярией ориентирована на расширение масштабов и повышение действенности проводимых в ее рамках вспомогательных мероприятий, в частности на уровне первичного медико-санитарного обслуживания, дабы резко повысить отдачу каждого обращения данного пациента к системе здраво-

охранения. При этом используется каскадный метод обучения, который должен позволить ликвидировать существующий в настоящее время дефицит квалифицированного персонала, необходимого для эффективного лечения пациентов на уровне медицинских учреждений, а также ликвидировать нехватку подготовленных специалистов по вопросам эпидемиологии, энтомологии и лабораторной диагностики. Особый упор также делается на усиление профилактических мер, обеспечение ориентированности обслуживания на неимущие слои населения, уязвимые группы и жителей отдаленных районов и охват этих людей таким обслуживанием. Для этого потребуются увеличить число медицинских сотрудников на общинном уровне и организовать обучение матерей и работников общинных медицинских пунктов по оказанию помощи больным малярией на дому.

27. Необходимо выработать многосекторальный подход и повысить уровень разъяснительной работы с министерствами финансов с целью повышения осведомленности о преимуществах инвестирования в здравоохранение и обеспечения политической поддержки долгосрочного инвестирования в сектор здравоохранения. Вложения в борьбу с малярией приносят высокую отдачу и являются эффективными с точки зрения затрат: для типичной семьи из шести человек применение трех обработанных инсектицидами противомоскитных сеток длительного использования обойдется всего лишь в 0,55–0,91 долл. США в год на человека. Если говорить об инсектицидных сетках, предназначенных для использования в течение пяти лет, ценой примерно 5,50 долл. США, защита и спасение жизни одного ребенка будет обходиться в 145 долл. США, причем расчетный размер расходов будет уменьшаться с увеличением срока службы противомоскитных сеток. Исключительно важно оказывать помощь странам в анализе пробелов в их мерах по практическому осуществлению и уделять особое внимание пониманию того, применение каких мер с высокой отдачей и эффективные с точки зрения затрат можно оперативно активизировать в условиях каждой страны. В докладе за 2006 год об осуществлении Проекта приоритетных направлений борьбы с заболеваниями в качестве обойденных вниманием и не требующих больших затрат возможностей в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, были упомянуты обработанные инсектицидами противомоскитные сетки, методы остаточного опрыскивания внутренних помещений и метод чередующейся превентивной медицинской помощи в период беременности. Кроме этого, в документах Копенгагенского консенсуса 2004 года борьба с малярией и ее искоренение были названы «весьма эффективной» формой использования ресурсов в развивающихся странах. Ограничивающим фактором, препятствующим достижению широкого охвата и решению проблем оперативного характера, является состояние инфраструктуры здравоохранения, которое во многих затронутых эндемией малярии странах, особенно в Африке, находится на очень низком уровне и неизменно требует значительной помощи со стороны внешних доноров. В то же время опыт свидетельствует о том, что общий объем дополнительных расходов на проведение мероприятий значительно ниже в тех случаях, когда мероприятия проводятся совместно, поскольку ресурсы могут предоставляться коллективно. Необходимо обеспечить непрерывное изучение вопроса об относительной эффективности с точки зрения затрат различных видов деятельности и сочетаний проводимой работы в различных условиях.

VIII. Финансирование и мобилизация ресурсов

28. Ориентировочная сумма мировых ресурсов, требующихся для эффективной борьбы с малярией, составляет порядка 3,8–4,5 млрд. долл. США в год², в зависимости от того, насколько быстро профилактические меры позволят уменьшить число случаев заболеваний и, таким образом, снизить необходимость лечения. Эта цифра включает стоимость исходных материалов, распределение, деятельность по укреплению системы здравоохранения и оказание технической помощи в контексте осуществления национальных программ. Средний объем расходов для Африки должен составить 1,7–2,2 млрд. долл. США. Кроме того, для привлечения необходимого внимания доноров и разработчиков национальных бюджетов национальные приоритеты в области здравоохранения должны быть увязаны с документами о стратегии сокращения масштабов нищеты, достижением целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, и с другими программами действий в области развития. При осуществлении долгосрочных инвестиций в секторе здравоохранения особое значение имеют вопросы согласования и предсказуемости внешних источников финансирования, что требует усиления координации деятельности, проводимой странами и партнерами. На страновом уровне ощущается нехватка проверенной информации о последствиях этой болезни и финансирования мер по борьбе с малярией (особенно национальных ассигнований), что затрудняет выработку обоснованной политики и эффективное распределение ресурсов. Использование неформального частного сектора для лечения малярии в сочетании со слабо развитыми системами информации о здравоохранении препятствует точной детальной оценке выделяемых в настоящее время на борьбу с малярией финансовых средств. Приблизительно 60 процентов от общего числа первоначальных обращений к врачу по поводу малярии в странах Африки к югу от Сахары приходится на частных врачей, которые оказывают помощь с использованием лекарственных средств, приобретаемых в аптеках и у распространителей медикаментов. Помимо вышесказанного, по мере перехода доноров к практике бюджетной поддержки вместо целевого выделения ресурсов возрастает потребность в разработке эффективных средств контроля за потоками помощи в целях развития, предназначенными для сектора здравоохранения. Для решения этих вопросов ВОЗ оказывает помощь нескольким странам в связи с внедрением национальных счетов здравоохранения и вносит вклад в создание рамок дезагрегированного анализа малярии, которые могут использоваться для исчисления национальных расходов, направленных на борьбу с этим заболеванием. При финансировании национальных планов действий по борьбе с малярией необходимо будет принимать во внимание несколько основных моментов: а) в странах, которые в соответствии с руководящими принципами ВОЗ используют КТА в качестве первоочередного метода борьбы с малярией, необходимо провести определение устойчивых по своему характеру источников (источника) финансовых средств для удовлетворения как текущих, так и будущих потребностей; б) финансирование деятельности по обеспечению населения обработанными инсектицидами противомоскитными сетками длительного пользования в целях широкого охвата и активного использования их, в частности в сельских районах; и с) выявление

² Всемирная организация здравоохранения, "Estimated global resources needed to attain international malaria control goals", *Bulletin of the World Health Organization*, том. 85, № 8 (2007 год).

источников финансирования для привлечения, обучения и сохранения ключевого медицинского персонала, который образует первый эшелон борьбы с малярией в контексте всех проводимых мероприятий.

29. Правительствам следует участвовать в финансировании борьбы с малярией для корректировки рыночных перекосов и несбалансированности в сфере предоставления услуг. К числу факторов, снижающих эффективность участия государственного сектора, относятся низкий уровень получаемых правительством поступлений и ограничительный характер макроэкономических стратегий. Хотя произошло определенное улучшение существующего положения благодаря списанию задолженности, этого все еще недостаточно для того, чтобы побудить правительство изменить свои модели распределения ресурсов. По-прежнему сохраняется необходимость уделения дополнительного внимания и проведения более активной исследовательской деятельности в том, что касается методов организации совместных мероприятий государственного и частного секторов, дабы больным оказывалась самая действенная помощь. В Абуджийской декларации 2000 года главы государств и правительств обязались выделять для финансирования сектора здравоохранения 15 процентов средств их национальных бюджетов. Несмотря на достигнутый некоторыми государствами-членами скромный прогресс, во многих странах доля национального бюджета, посвященная финансированию здравоохранения, все еще является низкой (лишь в Джибути и Ботсване 15 процентов или более от их национального бюджета предназначены для деятельности в области здравоохранения). Последние оценки свидетельствуют о том, что порядка 300 млн. долл. США в год выделяется из национальных источников на борьбу с малярией.

30. Глобальный фонд сообщает, что общая сумма выделенных им в международном масштабе средств на борьбу с малярией по состоянию на август 2007 года составляла приблизительно 1 млрд. долл. США. Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией проводит свою деятельность в 77 странах, выделяя в общей сложности 113 субсидий по борьбе с малярией с общим размером утвержденных ресурсов в сумме 1,7 млрд. долл. США. Однако будущее Глобального фонда отнюдь не может считаться гарантированным, и тем не менее многие страны полностью пересмотрели свои системы, чтобы реагировать на просьбы Фонда без каких бы то ни было гарантированных долгосрочных обязательств помимо первоначального двухгодичного этапа субсидий. Если страны «работают хорошо», они могут быть переведены в следующий трехгодичный период субсидий или получить право на недавно принятый метод финансирования через «канал обновляемого длительного финансирования». Глобальный фонд также приступил к изучению возможности финансирования странового национального стратегического плана, когда надлежащим образом установлена его стоимость и когда такой план сопровождается комплексным планом практической деятельности. Тем не менее Глобальный фонд не всегда проявлял снисходительность при рассмотрении специфичных для малярии препятствий, связанных с осуществлением, таких, как задержки в цепочке снабжения, включая длительное ожидание производства артемизинина для КТА и доступность обработанных инсектицидом противомоскитных сеток длительного пользования — проблем, которые решаются только сейчас. Субсидии на борьбу с малярией дают самую низкую отдачу из всех трех субсидируемых заболеваний (больше количество субсидий оценивается показателем В2 и С), что часто сопряжено с риском потери субсидии.

31. Появление других крупных доноров также способствовало росту ожиданий относительно дополнительного финансирования борьбы с малярией. В рамках учрежденной в 2005 году Инициативы президента Соединенных Штатов Америки в области борьбы с малярией была принята цель сокращения на 50 процентов показателя вызванной малярией смертности в 15 целевых странах в странах Африки к югу от Сахары. Эта пятилетняя инициатива (2005–2010 годы) представляет собой официально объявленное увеличение выделяемых финансовых средств в размере 1,2 млрд. долл. США. В то же время, судя по всему, для покрытия связанных с президентской инициативой по малярии обязательств были сокращены средства, выделяемые по другим финансируемым Соединенными Штатами Америки программам борьбы с малярией (как, например, зонтичные субсидии на цели борьбы с малярией Агентства по международному развитию Соединенных Штатов Америки). Также в 2005 году было начато осуществление Глобальной стратегии и Программы дополнительного финансирования на цели борьбы с малярией в качестве нового плана действий Всемирного банка по искоренению этого заболевания. В течение первого этапа (2005–2008 годы) была утверждена помощь 15 странам и осуществление одного крупного трансграничного регионального проекта. В настоящее время осуществляется разработка второго этапа (2008–2015 годы). Общий объем обязательств Всемирного банка на борьбу с малярией в Африке в настоящее время, по оценкам, составляет порядка 500 млн. долл. США. Признавая необходимость обеспечения того, чтобы финансирование носило взаимоукрепляющий и взаимодополняющий характер, Всемирный банк подчеркивает необходимость согласования донорами своих мер в борьбе с малярией и принимает меры по мобилизации дополнительных ресурсов от партнеров. В 2006 году Фонд Билла и Мелинды Гейтс выделил на новые субсидии в целях борьбы с малярией 83,5 млн. долл. США. Эти средства позволят поддержать осуществление ряда программ по профилактике и лечению малярии и исследовательские и опытно-конструкторские разработки. Предполагается, что продолжение создания новых лекарственных препаратов темпами, которые диктуются нынешним уровнем сопротивляемости к лекарственным средствам, будет стоить по крайней мере 30 млн. долл. США в год.

IX. Прогресс и трудности в деле достижения целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия

32. Одним из основных событий за последние два года стало укрепление и изменение направления деятельности департамента ВОЗ по борьбе с малярией с большим упором на разработку стратегий, руководящих принципов и учитывающих потребности конкретных стран средств борьбы с малярией в тех случаях, когда эта проблема носит наиболее острый характер. Проводимая в рамках программы деятельность также имеет ключевое значение для определения приоритетов исследовательской деятельности и ликвидации особенно серьезных пробелов в имеющихся знаниях с обеспечением того, чтобы итогами исследовательской деятельности становились практические рекомендации в отношении политики. Все уровни программы осуществляют координацию и рационализацию соответствующей технической ориентационной помощи в интересах расширения масштабов трех основных направлений деятельности, а

именно оперативное и эффективное лечение с использованием КТА, обеспечение всех подвергающихся опасности малярии жителей обработанными инсектицидами противомоскитными сетками длительного пользования и обработка внутренних помещений методом остаточного опыления, с уделением в первую очередь внимания беднейшим слоям населения, а также сбор неоспоримых подтверждений действенности, эффективности и оперативной результативности.

33. Хотя на африканском континенте по-прежнему сохраняется большое количество проблем, ряд факторов свидетельствует о том, что в семи странах число случаев заболевания малярией уменьшается (Ботсвана, Бурунди, Занзибар (Танзания), Малави, Свазиленд, Эритрея и Южная Африка). В частности, Южная Африка смогла в значительной степени снизить показатель заболеваемости и смертности за счет сочетания различных мер, включая обеспечение 90-процентного оперативного охвата программой противинсектицидной обработки внутренних помещений за счет остаточного опрыскивания в 2003 и 2004 годах. Свазиленд также смог на 75 процентов уменьшить количество обращений пациентов по поводу малярии с более чем 45 000 в 2000 году до менее чем 10 000 в 2005 году, что является одним из немногих примеров достижения поставленной в рамках Партнерства за сокращение масштабов заболеваемости малярией цели снижения к 2010 году уровня заболеваемости малярией. По состоянию на 2006 год по сравнению с 2000 годом в Южной и Северной Америке также удалось добиться уменьшения количества случаев заболевания малярией почти на 21 процент, а показатель смертности — на 69 процентов. Однако произошедшая в конце 2006 года вспышка малярии на Ямайке продемонстрировала, что даже страны, которые были признаны свободными от малярии или в которых не отмечалось малярии в течение более чем 10 лет, должны принимать самые активные меры по недопущению возврата этой болезни. Также улучшение положения в области распространения малярии по сравнению с 2000 годом отмечалось в девяти странах Ближнего Востока и Северной Африки. В девяти затронутых эндемией малярии странах европейского региона ВОЗ также по сравнению с 2000 годом было отмечено ослабление проблемы малярии. Достигнутый в регионе прогресс в борьбе с малярией был столь значительным, что в европейской региональной стратегии на 2005–2015 годы центральное внимание стало уделяться задаче искоренения малярии в странах региона путем укрепления национальных возможностей в области принятия директивных решений, инвестирования в сферу развития человеческого потенциала и укрепления потенциала, создания новых средств по борьбе с малярией, укрепления возможностей для сдерживания и предотвращения эпидемий, поощрения эффективных с точки зрения затрат превентивных мер, укрепления потенциала в области наблюдения и проведение оперативных исследований, мобилизации общин и укрепления межсекторального сотрудничества. В регионе Юго-Восточной Азии ВОЗ по сравнению с 2000 годом проблема малярии была успешно ослаблена в Бутане, Корейской Народно-Демократической Республике, Таиланде и Шри-Ланке. В то же время страны региона по-прежнему подвергаются стихийным бедствиям и переживают конфликты, что подрывает любые меры по борьбе с какими бы то ни было заболеваниями, и в частности с малярией. Все затронутые эндемией малярии страны западной части Тихоокеанского региона по большей части демонстрируют постоянное сокращение числа подтвержденных случаев заболевания малярией и снижения годового показателя смертности, за исключением Соломоновых Островов и Вануату.

Х. Выводы и рекомендации

34. Борьба с малярией в настоящее время сдерживается целым рядом негативных факторов. Во-первых, хотя по сравнению с 2000 годом уже достигнут определенный прогресс, все еще сохраняется острая нехватка проверенных, точных и последовательных данных по малярии. Порой информация имеется в наличии на периферийном уровне; но при этом не во многих странах, в частности в Африке, имеются необходимый потенциал или организационные структуры для агрегирования и анализа показателей, характеризующих эпидемиологическую ситуацию, порядок оказания медицинских услуг, уровень резистентности к лекарственным препаратам и инсектицидам, а также состояние потоков финансовых ресурсов на центральном уровне. Без этой информации страны не могут следить за осуществлением своих программ, оценивать их степень охвата и анализировать их действенность. Таким образом, национальные программы борьбы с малярией не могут эффективно регулировать распределение программных ресурсов, обеспечивать принятие обоснованных управленческих решений либо способствовать укреплению сотрудничества между государственным и частным секторами в интересах более действенного охвата целевых групп населения и выполнения поставленных задач. Во-вторых, хотя общий объем финансирования на конкретные цели борьбы с малярией увеличивается, такое финансирование одновременно все больше ориентируется на финансирование закупок сырьевых товаров без сопутствующего увеличения объема средств для технической помощи в интересах укрепления странового потенциала и удовлетворения общих потребностей систем здравоохранения, что также сдерживает практическое осуществление программ борьбы с малярией. Такой дефицит финансовых средств и отсутствие необходимого потенциала образуют замкнутый круг: без наличия необходимого потенциала страны не могут осваивать имеющиеся финансовые средства, а без финансирования они не могут развивать потенциал. Поэтому воплощение в жизнь целого ряда различных инициатив сдерживается недостаточно эффективным практическим осуществлением и не приносит ожидаемых результатов, в силу чего показатели заболеваемости и смертности от малярии по-прежнему являются неприемлемо высокими.

35. За последние годы некоторые мероприятия стали приносить существенный прогресс. Особенно эффективной формой работы являются обеспечение населения обработанными инсектицидами противомоскитными сетками длительного пользования, в частности в сочетании с действенными программами, как, например, расширенная программа иммунизации, что в то же время позволило расширить степень охвата целевых групп в некоторых районах. Более медленными темпами идет повышение доступности эффективных методов лечения малярии и расширение охвата населения методом остаточной обработки внутренних помещений инсектицидом, однако и здесь начинают проявляться факторы, свидетельствующие о существенном улучшении положения. В то же время для достижения своих контрольных и целевых показателей в борьбе с малярией многие страны должны будут произвести широкие и затрагивающие основополагающие моменты изменения в своих программах борьбы с малярией. Такие изменения потребуют новых обязательств на всех уровнях правительства и выделения достаточных ресурсов (как финансовых, так и

людских) для воплощения в жизнь надлежащим образом разработанной политики и устойчивых стратегий, подтвержденных положительными результатами. С течением времени возникают новые проблемы и выявляются пробелы в имеющихся знаниях, а выделяемые для целей борьбы с малярией ресурсы все еще являются совершенно недостаточными для эффективного противодействия этой болезни. По сравнению со многими другими болезнями средства эффективной борьбы с малярией уже известны. Финансовые средства поступают на страновой уровень, однако затронутые эндемией малярии страны по-прежнему не получают стратегического и технического директивного руководства в отношении того, как им укреплять свой потенциал и обеспечивать эффективное освоение предоставляемых в их распоряжение средств.

36. На основе выводов, содержащихся в настоящем докладе и в резолюции 60/18 Всемирной ассамблеи здравоохранения, рекомендуется, чтобы Генеральная Ассамблея обратилась к затронутым эндемией малярии странам со следующим призывом:

a) применять рекомендованные ВОЗ политику, стратегии и практические методы с учетом своих конкретных условий и разрабатывать основанные на накопленном опыте национальные политику, оперативные планы и стратегии контроля и оценки, исходя из конечных результатов в интересах расширения масштабов охвата населения, подвергающегося опасности, эффективными профилактическими и лечебными мерами, а также производить эффективную и своевременную оценку действенности программ, масштабов их охвата и конечных результатов;

b) при поддержке ВОЗ использовать страновую базу данных для систематического сбора и анализа имеющейся информации, которая касается существующего в этих странах положения в области малярии, включая эпидемиологию, национальную политику и результативность осуществляемых программ, охват населения проводимыми мероприятиями, финансирование, а также снабжение населения лекарственными средствами и обеспечение инсектицидной сопротивляемости;

c) произвести оценку потенциала своих национальных программ по борьбе с малярией, в частности с точки зрения людских ресурсов, и обеспечить наличие достаточного количества высококвалифицированных сотрудников на всех уровнях системы здравоохранения, с тем чтобы удовлетворять технические и оперативные потребности по мере выделения большего объема финансовых средств для программ, направленных на борьбу с малярией;

d) должным образом реагировать на необходимость укрепления их систем здравоохранения и обеспечивать комплексное медицинское обслуживание на уровне районов, включая уделение надлежащего внимания аспектам укомплектования медицинскими кадрами, обеспечения медикаментами и проведения профилактических мер, а также создания адекватной инфраструктуры здравоохранения;

e) поощрять межсекторальное сотрудничество, в частности на самых высоких уровнях правительства, т.е. среди министерств финансов, просвещения, сельского хозяйства, экономического развития и охраны

окружающей среды, а также поддерживать и укреплять существующие межстрановые, межведомственные и межсекторальные сети по борьбе с малярией;

f) при поддержке ВОЗ укреплять системы контроля за резистентностью к лекарственным препаратам и обеспечивать силами ВОЗ координацию функционирования глобальной сети наблюдения для целей мониторинга резистентности к лекарственным препаратам и борьбы с ней;

g) при поддержке ВОЗ разрабатывать системы контроля за фактором резистентности вируса к инсектицидам и силами ВОЗ обеспечивать координацию деятельности глобальной сети по контролю за резистентностью к инсектицидам и ее подавлению;

h) сохранять запрет на рекламу оральных монотерапий на основе артемизинина и прекратить финансирование закупок международными учреждениями орально-артемизининовых монотерапий;

i) отменить налоги и тарифы на противомоскитные сетки, лекарственные средства и другие виды продукции, необходимой для борьбы с малярией, как для снижения цены на эти базовые товары для потребителей, так и для стимулирования свободной торговли ими.

37. На основе содержащихся в настоящем докладе выводов и выводов резолюции 60/18 Всемирной ассамблеи здравоохранения рекомендуется, чтобы Генеральная Ассамблея призвала:

a) партнеров по двустороннему и многостороннему финансированию — глубже изучить техническую политику и стратегии ВОЗ, в том числе в отношении инсектицидной обработки внутренних помещений, обработанных инсектицидом противомоскитных сеток и лечения конкретных случаев малярии, дабы обеспечить, чтобы выделяемые средства использовались для обеспечения лишь тех проектов, которые отвечают этим требованиям, и рассмотреть возможность представления технических компонентов рассматриваемых проектов для оценки ВОЗ до их утверждения, с тем чтобы гарантировать соответствие последним техническим рекомендациям ВОЗ;

b) международных партнеров — использовать системы мониторинга и оценки, разрабатываемые ВОЗ, в качестве минимальных основных показателей вместо внедрения каких-либо параллельных систем. Помимо этого, ВОЗ совместно со странами и другими партнерами должна осуществлять разработку простых, менее дорогостоящих методологий обследований для эффективной и своевременной оценки действенности и сферы охвата противомаларийных мероприятий;

c) все учреждения-доноры и страны-импортеры продовольствия — обнародовать четкое заявление, излагающее их позицию в отношении использования ДДТ для обработки внутренних помещений, когда он применяется по показанию и в соответствии с руководящими принципами ВОЗ, а также оказывать всю возможную поддержку затронутым эндемией малярии странам, с тем чтобы те могли обеспечить эффективное использование ДДТ и не допускали заражения им или какими-либо другими инсек-

тицидами, используемыми для обработки внутренних помещений, сельскохозяйственной продукции;

d) изготовителей обработанных инсектицидами противомоскитных сеток длительного пользования — активизировать передачу технологии развивающимся странам, а Всемирный банк и региональные фонды развития — рассмотреть возможность помощи затронутым эндемией малярии странам в создании производственных предприятий для расширения масштабов изготовления таких сеток;

e) международное сообщество — достичь консенсуса относительно приемлемых уровней и источников субсидий для закупки ключевых товаров, а именно обработанных инсектицидом противомоскитных сеток длительного пользования и КТА, с тем чтобы расширить доступность качественных лекарственных препаратов и профилактических мер для населения, подвергающегося опасности малярии, а также вести борьбу с торговлей поддельными лекарствами в развивающихся странах;

f) международное сообщество, в частности, — увеличить объем финансовых ресурсов Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, с тем чтобы Фонд мог оказывать помощь странам, и выделять достаточные дополнительные ресурсы для целей технической помощи, в частности для Всемирной организации здравоохранения и Детского фонда Организации Объединенных Наций, дабы обеспечить, чтобы средства осваивались и эффективно использовались в соответствующих странах.
