Организация Объединенных Наций A/61/218

Генеральная Ассамблея

Distr.: General
3 August 2006
Russian
Original: English

Шестьдесят первая сессия
Пункт 47 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 60/221 Генеральной Ассамблеи и озаглавленный «2001–2010 годы: Десятилетие борьбы за сокращение масштабов заболеваемости малярией в развивающихся странах, особенно в Африке».

Резюме

В настоящем докладе освещаются мероприятия и прогресс, достигнутый со времени представления последнего доклада (A/60/208) в деле достижения поставленных на 2010 год целей по борьбе с малярией, в контексте резолюции 60/221 Генеральной Ассамблеи и Абуджийской декларации о борьбе с малярией в Африке (2000 год). В докладе содержится оценка осуществления Программы сокращения масштабов заболеваемости малярией на период 2000–2005 годов и охарактеризованы перспективы борьбы с малярией в последующий период, начиная с 2006 года. В нем, среди прочего, приводится анализ изменений в области лечебной практики и профилактики, а также перспектив искоренения малярии, включая проблемы, связанные с исследованиями, и разработками и мобилизацией ресурсов. Кроме этого, в докладе рассматриваются проблемы, связанные с малярией у беременных женщин, и конкретные задачи, касающиеся эпидемий малярии в условиях сложных чрезвычайных ситуаций. В нем также содержится ряд выводов и рекомендаций для рассмотрения Генеральной Ассамблеей.

* A/61/150.

06-45513 (R) 280806 290806

Содержание

		Пункты	Стр.
I.	Введение и история вопроса	1–2	3
II.	Оценка Программы сокращения масштабов заболеваемости малярией на 2000–2005 годы	3–12	4
III.	Борьба с малярией: 2006 год и далее	13–16	7
IV.	Лечебная практика	17–22	9
V.	Малярия у беременных женщин	23–25	11
VI.	Профилактика малярии	26–32	12
VII.	Наблюдение, контроль и оценка	33–35	14
VIII.	Эпидемии малярии и сложные чрезвычайные ситуации	36–37	15
IX.	Искоренение малярии	38–39	16
X.	Исследования и разработки	40–43	17
XI.	Финансирование и мобилизация ресурсов	44–50	18
XII.	Выводы и рекомендации	51–52	20

I. Введение и история вопроса

1. Жертвами малярии являются, главным образом, дети и бедняки. Она продолжает угрожать здоровью, как минимум, 3 миллиардов человек в 107 странах и территориях. И хотя от малярии больше всего страдает Африка, это заболевание представляет собой глобальную проблему, по-прежнему стоящую на пути социально-экономического развития стран Азии, Латинской Америки, Ближнего Востока, Европы и Тихоокеанского региона. Каждый год острая форма малярии поражает свыше 500 миллионов человек, приводя к более 1 миллиону смертельных случаев, причем не менее 86 процентов из них приходится на Африку к югу от Сахары. Ежедневно от малярии умирает приблизительно 3000 детей и младенцев. Каждый год в мире становятся беременными около 50 миллионов женщин, живущих в странах распространения малярии, при этом половина из них приходится на тропические районы Африки с интенсивной передачей малярийного плазмодия. Хотя в этих регионах малярия в период беременности протекает в большинстве случае бессимптомно, она является причиной многих случаев тяжелой материнской анемии и вызывает почти треть предотвратимых случаев рождения маловесных младенцев. Таким образом, в одной только Африке она, согласно оценкам, ежегодно служит причиной смерти 10 000 беременных женщин и до 200 000 младенцев. В областях с низкой или сезонной передачей заболевания беременные женщины подвергаются повышенному риску смерти от осложнений после тяжелой малярии, самопроизвольных абортов, преждевременных родов или мертворождений. За пределами Африки риску заболевания малярией подвержены все возрастные группы, но наиболее высок он среди таких бедных, «маргинализированных» слоев населения, как беженцы или внутренне перемещенные лица. Малярия может поразить также свыше 125 миллионов путешественников, которые ежегодно посещают страны распространения малярии, не имея иммунитета к этому заболеванию. Ежегодно от 10 000 до 30 000 путешественников заболевают малярией, иногда с летальным исходом.

2. Малярия оказывает существенное воздействие на долговременный экономический рост и развитие. Доказано, что темпы экономического роста стран с высоким уровнем заболеваемости малярией, вызываемой малярийным плазмодием, были в 1965 году на 1,3 процента ниже, чем в других странах на протяжении всего периода 1965–1990 годов, даже после взятия под контроль всех других факторов роста. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что малярия вынуждает бедных оставаться бедными и обходится Африке в 12 млрд. долл. США в год в виде потерь ВВП, отвлекая при этом до 25 процентов семейных доходов и 40 процентов государственных ассигнований на здравоохранение. Малярия непропорционально сильно поражает бедное население: на долю 20 процентов беднейшего населения земного шара приходится почти 60 процентов случаев заболевания малярией. Существует множество каналов, по которым эта болезнь может способствовать снижению экономического роста и обострению нищеты, включая частные и государственные расходы на медицинское обслуживание, снижение производительности труда у больных малярией и медицинского персонала, сокращение доли трудящихся в общей численности населения вследствие воздействия на рождаемость и, таким образом, на всю демографическую структуру общества, она препятствует прямым иностранным инвестициям, торговле и туризму и сдерживает движение рабочей силы. Малярия оказывает необратимое воздействие на умственное развитие и

уровень образования вследствие вызываемой ею анемии, ухудшения успеваемости и посещаемости школы. Малярия ложится тяжелейшим бременем на экономику стран, что настоятельно требует от национальных программ по сокращению масштабов нищеты направлять усилия и ресурсы на борьбу с ней.

II. Оценка Программы сокращения масштабов заболеваемости малярией на 2000–2005 годы

3. В состав Партнерства по борьбе с малярией, созданного в 1998 году Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), Всемирным банком, Детским фондом Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) и Программой развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), входят страны распространения малярии, их двусторонние и многосторонние партнеры по процессу развития, частный сектор, неправительственные и общинные организации, фонды, а также научно-исследовательские и академические институты. Все они представлены в Совете Партнерства по борьбе с малярией.

4. Секретариат Партнерства по борьбе с малярией, находящийся в ВОЗ, отвечает за оптимизацию поддержки усилий на страновом уровне и за координацию деятельности отдельных партнеров, с тем чтобы ориентировать их в первую очередь на удовлетворение потребностей стран. Главная задача Партнерства заключается в том, чтобы к 2010 году снизить смертность от малярии наполовину, а к 2015 году — на 75 процентов. Промежуточные задачи Партнерства состояли в поддержке целей Абуджийской декларации, заключающихся в том, чтобы a) как минимум 60 процентов людей, страдающих малярией, имели доступ к правильному, доступному и адекватному лечению в течение 24 часов с момента появления симптомов; b) по меньшей мере 60 процентов людей, подверженных риску заболевания малярией, в особенности беременные женщины и дети в возрасте до пяти лет, имели возможность пользоваться соответствующими индивидуальными и коллективными средствами защиты, такими, как противомоскитные сетки, обработанные инсектицидами (СОИ); и c) как минимум 60 процентов всех беременных женщин, рискующих заразиться малярией, в особенности те, у кого это первая беременность, получали периодическое профилактическое лечение.

5. После 1998 года возобновилась международная поддержка и внимание к вопросам борьбы с малярией, в результате чего сегодня существует возможность добиться давно назревшего снижения уровня смертности и заболеваемости этим недугом. В сфере профилактики, диагностики и лечения малярии сегодня появились новые разнообразные средства такие, как сетки длительного пользования, обработанные инсектицидом, препараты для быстрой диагностики, высокоэффективные методы комбинированной терапии на основе артемизинина (КТА). Кроме того, рост двустороннего финансирования совпал с созданием Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией и объявлением Всемирного банка о намерении значительно увеличить ассигнования на борьбу с малярией. Однако все эти возможности до конца использованы не были, в результате чего достижения в борьбе с малярией в различных странах в течение последних пяти лет носили весьма неровный характер.

6. Что касается целей, провозглашенных в Абуджийской декларации в отношении африканских стран, то общенациональные обследования в 35 афри-

канских странах показали, что в период с 1999 по 2004 год средняя доля детей, принимавших противомалярийные препараты, составила приблизительно 50 процентов. Однако по большей части это лечение было, судя по всему, неэффективным, поскольку в 95 процентах случаев оно осуществлялось с применением хлорохина, к которому малярийный плазмодий проявляет резистентность, значительное число заболевших не получило лечения в течение первых 24 часов с момента появления лихорадки и оценка дозировки не производилась. Согласно данным по африканским странам за период после 2001 года, в шести странах уровень применения СОИ для защиты детей моложе пяти лет составил от 34 до 54 процентов. В 27 странах этот показатель применительно к детям моложе пяти лет был ниже 30 процентов. В восьми странах лишь от 36 до 45 процентов беременных женщин спят под сетками, обработанными инсектицидами, а в 21 стране доля таких беременных женщин остается ниже 30 процентов. В то же время уровень использования любых сеток (включая не обработанные инсектицидами) значительно выше. Количество домов, где для обработки внутренних помещений используется остаточное распыление инсектицидов, выросло в Африканском регионе с 1999 до 2003 года с 2,7 млн. до 4 млн., и сейчас проводится акция по внедрению этого метода в 17 странах Южной и Восточной Африки. Судя по результатам этих обследований, ни одна из стран не достигла целей, выдвинутых в Абуджийской декларации.

7. В то же время достоверные знания об общем прогрессе в достижении целей Абуджийской декларации отсутствуют, поскольку мониторинг опирался на национальные обследования, не увязанные с показателями сокращения масштабов заболеваемости малярией (СЗМ) и промежуточными целями программы. В последнее время в ряде стран был, судя по всему, достигнут заметный прогресс в повышении эффективности охвата населения конкретными лечебно-профилактическими мероприятиями: распространением сеток, обработанных инсектицидами, в Эритрее, Нигере, Того, Замбии и Занзибаре (Объединенная Республика Танзания); применением остаточного распыления инсектицидов внутри помещений, в частности в Ботсване, Южной Африке и Свазиленде; и комбинированной терапией на основе артемизинина, в частности в Бурунди, Эфиопии, Южной Африке, Замбии и Занзибаре (Объединенная Республика Танзания). Прогресс, достигнутый во многих из этих стран, отчасти объясняется ростом ассигнований, выделяемых по линии Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, и объемов технической помощи со стороны ВОЗ.

8. Очевидный существенный разрыв между поставленными целями и достигнутыми на сегодня результатами можно объяснить несколькими ключевыми факторами. Во-первых, отсутствие сильного технического лидерства со стороны ВОЗ привело к «вакууму» руководства, который попытались заполнить другие партнеры по СЗМ, что привело к появлению конкуренции и противоречий в рекомендациях. «Размытая» структура руководства Партнерством породила недостатки в принятии решений и привела к отсутствию эффективной координации участия различных партнеров. Во-вторых, в основном как результат вышесказанного, в странах принималась ошибочная техническая политика, либо принималась верная политика, но делалось это слишком медленно для того, чтобы спасти жизни людей. Например, несмотря на то, что о важности перехода к методу комбинированной терапии малярии на основе артемизинина было уже известно, ВОЗ не сделала достаточно отчетливого и активного акцента на

работе в этом направлении, и до последнего времени финансирующие учреждения продолжали оплачивать закупку неэффективных противомалярийных препаратов. Остаточное распыление инсектицидов, как важнейшее средство борьбы с переносчиками малярии, было обойдено вниманием, и никаких четких рекомендаций относительно политики применения остаточного распыления инсектицидов до последнего времени не существовало, несмотря на растущую устойчивость малярийного плазмодия к сульфадоксину-пириметамину — препарату, применяемому в этой профилактической процедуре. Глобальная дискуссия о преимуществах бесплатного распределения перед социальным маркетингом так и не принесла решения этого вопроса, а драгоценное время и жизни были потеряны. В-третьих, согласовав цели, партнеры по борьбе с малярией не смогли достичь консенсуса о четкой стратегии их достижения. В-четвертых, контроль и оценка были по большей части малоэффективными, что вело к невозможности установить ответственность стран и партнеров. В большинстве стран масштаб и результаты противомалярийных мероприятий отслеживались, главным образом, с помощью дорогостоящих и запоздалых обследований.

9. В результате такого рода недостатков существенная часть финансовых средств, обещанных для борьбы с малярией, не поступила вообще или поступила со значительным запозданием. Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией начал выплачивать субсидии на борьбу с малярией только в начале 2003 года. Финансовые средства, выделенные Всемирным банком на борьбу с малярией в период с 2000 по 2005 год, были гораздо меньше обещанных, и только недавно Банк повысил свои обязательства. Инициатива президента США по борьбе с малярией, с которой он выступил в 2005 году, внушает надежду на то, что в следующем пятилетии объем средств, выделяемых на борьбу с этим заболеванием, значительно возрастет. С точки зрения внутреннего финансирования пока что одна только Ботсвана достигла целевого показателя, установленного африканскими лидерами, по выделению на цели здравоохранения 15 процентов государственного бюджета.

10. Быстро растущий спрос в сочетании с недостаточным вниманием к управлению системой снабжения привел к глобальному дефициту ключевых товаров, в первую очередь, поставляемых из одного источника препаратов для КТМ, или из ограниченного числа источников — сеток, обработанных инсектицидами. Эта проблема встала особенно остро в связи с артеметер-люмефантрином, единственным производителем которого является компания «Новартис Фарма АГ». Начиная с 2001 года, после того, как ВОЗ заказала 220 тыс. курсов лечения для государственного сектора, объем заказов на производство артеметер-люмефантрина резко возрос. На 2004 год прогнозировался спрос в размере 10 млн. курсов лечения, однако компания-производитель смогла обеспечить менее половины заказов из-за того, что ее китайские партнеры не сумели поставить в достаточном количестве ключевого ингредиента — артеметера. Его нехватка объяснялась дефицитом поставок артемизинина, сырья, добываемого из растения *Artemisia annua*, которое необходимо для производства артеметера. Для выращивания этого растения требуется, как минимум, полгода. Процесс получения экстракта, его обработки и производства конечного продукта требует еще от трех до пяти месяцев. Недавний всплеск спроса на артемизинин создал временное давление на его предложение на рынке. Глобальный дефицит артеметер-люмефантрина сохранялся до конца 2005 года.

Начиная с последнего квартала 2005 года компания-производитель сделала капиталовложения в расширение производственных мощностей, закупку сырья для артемизинина у внешних поставщиков и повышение объемов производства, с тем чтобы удовлетворить глобальный спрос.

11. Если изначально артемизинин производился очень немногими странами, в первую очередь Вьетнамом и Китаем, то сегодня глобальные производственные мощности расширились, включив в себя ряд других стран. Программа предзаявочной апробации Организации Объединенных Наций и закупочные процедуры ВОЗ/ЮНИСЕФ, позволяющие отбирать и поставлять качественные препараты для КТА, для которых пока еще не существует системы предзаявочной апробации, сделали возможным приобретение качественных образцов этих лекарств в количествах, достаточных для удовлетворения глобального спроса. Обе системы открыты и для инновационных, и для высококачественных товаров и способствовали росту ценовой конкуренции между производителями и поставщиками качественных препаратов для КТА. Наблюдавшееся в течение нескольких лет существенное снижение цен было достигнуто благодаря совместным тендерным процедурам ВОЗ/ЮНИСЕФ, увеличению международного финансирования КТА и скоординированным усилиям по обобщению данных о текущем и прогнозируемом спросе на уровне стран. Согласно оценкам, производительная способность шести крупнейших фармацевтических компаний, выпускающих эти лекарства, достигнет в 2006 году 130 млн. курсов лечения и превысит спрос на КТА в государственном секторе, который в начале 2006 года оценивался в 110 млн. курсов. Спрос на обработанные инсектицидами сетки длительного пользования неожиданно в течение одного года возрос с 20 процентов общего числа надкроватных сеток, заказанных странами в 2004 году, до более чем 80 процентов, создав дефицит производственных мощностей. Однако производственные мощности быстро увеличились и достигли более чем 5 млн. сеток в месяц по сравнению примерно с 1,6 млн. в феврале 2005 года, при этом ожидается что к июню 2007 года их производство вырастет приблизительно до 7 млн. штук в месяц, а к декабрю 2007 года — значительно больше.

12. Все вышеупомянутые факторы породили отсутствие последовательной, согласованной поддержки стран распространения малярии. На протяжении последних пяти лет Партнерство по борьбе с малярией не смогло добиться успеха в осуществлении наиболее подходящей для стран политики и стратегии, и, по сравнению с затраченными средствами, результат на местах оказался ничтожно малым.

III. Борьба с малярией: 2006 год и далее

13. Признавая эти существенные недостатки, ВОЗ решила пересмотреть стратегическую линию своей противомалярийной программы, создав в начале 2006 года Глобальную программу по борьбе с малярией, чтобы иметь возможность последовательно и решительно реагировать на потребности государств-членов, являющихся очагами распространения малярии. Программа обслуживается персоналом штаб-квартиры, а также сотрудниками региональных и страновых отделений. Пересмотренную стратегическую линию отличает ряд ключевых компонентов: а) обеспечение централизованного технического руководства со стороны ВОЗ в области политики и стратегии борьбы с малярией и

поддержки стран; b) расширение сферы наблюдения за распространением малярии на все страны мира помимо африканского континента; c) оказание поддержки странам распространения малярии в деле применения наиболее передовых инструментов, включая, где это уместно, остаточное распыление инсектицидов, бесплатное или значительно субсидированное распределение обработанных инсектицидами сеток среди всех групп риска, диагностику малярии и ее лечение методом КТА, а также тесное сотрудничество со странами с тем, чтобы гарантировать соответствие практических мероприятий их конкретным эпидемиологическим и социально-экономическим условиям; d) обеспечение такого положения, чтобы усилия по борьбе с малярией содействовали укреплению системы здравоохранения и поддержке комплексных усилий по оказанию важнейших медицинских услуг; e) укрепление межсекторального подхода при сильной руководящей роли сектора здравоохранения в целях обеспечения политической поддержки долговременных капиталовложений в сферу здравоохранения и увязки национальных приоритетов в этой сфере с программами развития; f) усиление целенаправленности разработки и применения действенных инструментов наблюдения и оценки для определения эффективности программ, их сферы охвата и практических результатов; g) поддержка приоритетных исследований для разработки новых методов и инструментов и устранения трудностей в практической работе; и h) налаживание хорошо скоординированных партнерских отношений на уровне стран в интересах согласования и увязки оказываемой поддержки с национальными стратегиями и планами.

14. Для обеспечения реальной и устойчивой борьбы с малярией она должна рассматриваться в контексте укрепления систем здравоохранения. Это — конкретная задача ВОЗ. Эффективное осуществление противомалярийных мероприятий затрудняется дефицитом важнейших лекарственных средств и профилактических мер, отсутствием квалифицированного персонала и отсталой инфраструктурой здравоохранения. Срочно требуются стратегии подготовки кадров по многочисленным специальностям (например, медики-энтомологи, специалисты по общественному здравоохранению и менеджеры программ), а также стимулы, способные предотвратить «утечку мозгов» в результате эмиграции за рубеж. Кроме того, страны распространения малярии, нуждаются в поддержке для создания a) управленческого потенциала в целях руководства персоналом по уходу за больными в общенациональном и районном масштабе и b) действенных механизмов для оказания качественных лабораторных услуг, обеспечивающих надежную диагностику и эффективное лечение. Эти усилия должны дополняться системой закупки и распределения лекарств, реагентов, инсектицидов и других важнейших материалов.

15. За время после ее создания в феврале 2006 года Глобальная программа по борьбе с малярией уже принесла первые успехи на этом возрожденном стратегическом направлении. В качестве первого шага и благодаря использованию таких механизмов, как Стратегическая группа технических консультантов при Генеральном директоре, широким кругом заинтересованных сторон был достигнут консенсус по трем главным направлениям: диагностике малярии и ее лечению эффективными лекарственными средствами, распределению СОИ в целях полного охвата населения, подверженного риску заболевания малярией, и применению остаточного распыления инсектицидов как важнейшего средства борьбы с переносчиками малярии с целью добиться снижения ее передачи и искоренения. Опыт показал, что эти мероприятия рентабельны даже в странах

с очень низким уровнем дохода[1]. Кроме того, эффективность КТА как действенного средства сохранения жизни активно обеспечивалась глобальным запретом на монотерапию артемизинином.

16. Партнерство по борьбе с малярией тоже начало «процесс перемен», с тем чтобы развернуть секретариат и Совет к конкретным потребностям. Процесс включает в себя повышение целевых показателей охвата до 80 процентов и поиск путей повышения эффективности Партнерства. ВОЗ действует в рамках «процесса перемен», происходящих в Партнерстве по борьбе с малярией, и вносит свой вклад в его работу, осуществляя более энергичное стратегическое и техническое руководство лечебными и профилактическими мероприятиями, обеспечивая применение на страновом уровне наиболее приемлемых политических программ и содействуя росту потенциала стран в достижении намеченных на 2015 год целей в области борьбы с малярией, провозглашенных Всемирной ассамблеей здравоохранения и Декларацией тысячелетия. На страновом уровне ВОЗ успешно сотрудничает с такими партнерами, как ЮНИСЕФ, добиваясь наращивания объемов распределения сеток, обработанных инсектицидами, и начинает работать со Всемирным банком над тем, чтобы обеспечить принятие соответствующих методик в области применения лекарственных средств и расширение доступа к комбинированной терапии на основе артемизинина во всех регионах мира.

IV. Лечебная практика

17. Страны распространения малярии все чаще отказываются от монотерапевтических методик лечения малярии, вызываемой малярийным плазмодием, которые утратили свою эффективность ввиду устойчивости к ним паразитов. Комбинированная терапия на основе артемизинина повсеместно считается наилучшим из имеющихся на сегодняшний день методов лечения неосложненной молниеносной трехдневной малярии. К сегодняшнему дню 67 стран, из которых 41 расположена в Африке, применяют методику рекомендованной ВОЗ комбинированной терапии в качестве лечебного средства первой или второй очереди. ВОЗ продолжает оказывать помощь странам в переходе к применению КТА посредством участия в обзоре результатов исследований терапевтической эффективности противомалярийных лечебных средств первой очереди, в совещаниях национального консенсуса по обновлению стратегии лечения малярии, в разработке национальных методических указаний, касающихся лечебной практики, в подготовке медицинских работников, в закупке препаратов для КТА и внедрении в практику этой новой методики. В 2005 году во всем мире было закуплено порядка 32 млн. курсов КТА, из которых 25 539 044 курса пришлось на долю Африканского региона.

18. На сегодняшний день КТА использует 39 стран, из них 21 — в Африке. В феврале 2006 года ВОЗ выпустила свои Руководящие положения по лечению малярии. Цель этих руководящих положений состоит в том, чтобы дать основанные на убедительных фактах ясные и прямые рекомендации по лечению малярии, которые можно было бы успешно применять в большинстве ситуаций. В целях поддержки применения комбинированной терапии ВОЗ разрабатывает практические инструкции, а также помогает общинам осуществлять на-

[1] Bremen and others, *Conquering Malaria* (2nd edition, April 2006), chap. 21.

блюдение за полнотой охвата населения новыми методами лечения и оценивать их результативность посредством разработки показателей и стандартных форм отчетности на уровне общин и учреждений. Для поддержки применения КТА ВОЗ разрабатывает также новые информационные, просветительские и коммуникационные материалы.

19. Резистентность паразитов к лекарственным препаратам продолжает ослаблять усилия по борьбе с малярией. Кроме того, ВОЗ выступила с призывом осуществлять непрерывное наблюдение за эффективностью недавно внедренной комбинированной терапии на базе артемизинина, и сейчас страны получают помощь в укреплении своих систем наблюдения за резистентностью переносчиков заболевания. Для того чтобы сохранить действенность артемизининов, как важнейшего компонента КТА, ВОЗ выступила с призывом объявить запрет на монотерапию на базе перорального приема артемизинина на всех уровнях, включая производителей, международных поставщиков лекарственных препаратов, национальные органы здравоохранения и международные учреждения по оказанию помощи и финансированию, которые участвуют в закупках основных противомалярийных препаратов. ВОЗ обновляет руководящие указания по фармакологической бдительности, чтобы обеспечить контроль безопасности лекарств, недавно поступивших в продажу. В сентябре 2005 года была начата подготовка глобального доклада о положении дел в области устойчивости к противомалярийным препаратам.

20. Эффективность и качество ухода за больными могут быть значительно улучшены посредством укрепления диагностических служб на всех уровнях медицинского обслуживания. В этой связи ВОЗ предоставляет странам техническую помощь в приобретении, распространении и контроле использования быстрого диагностического теста и в совершенствовании качества микроскопической диагностики малярии. Готовятся также учебные пособия и инструментарий для микроскопической диагностики малярии и руководящие указания по обеспечению качества диагностики с помощью как микроскопа, так и быстрого теста, которые выйдут в свет к концу 2006 года.

21. В Африке 22 страны взяли на вооружение методику лечения малярии на дому, чтобы расширить доступ к эффективному лечению уязвимых групп населения (особенно детей в возрасте до пяти лет) в странах со слаборазвитой инфраструктурой здравоохранения. На периферийном уровне системы здравоохранения все шире применяют ректальное введение артемизинина в качестве доврачебной помощи при тяжелых формах малярии. Этот метод может спасти жизнь ребенка, поскольку быстро снижает высокую плотность паразитов на то время, пока ребенок не будет доставлен в медицинское учреждение, где имеются условия для парэнтеральной терапии.

22. Качество продуктов (лечебных и диагностических препаратов) и услуг играет решающую роль в получении положительных клинических результатов и вместе с тем является огромной проблемой для стран. На рынках азиатских и африканских стран все чаще встречаются контрафактные противомалярийные препараты. ВОЗ, «Уэллком траст» и Интерпол объединяют свои усилия в попытке пресечь распространение поддельных таблеток артезуната, которые были обнаружены в Юго-Восточной Азии, путем выявления их источников и привлечения к их выслеживанию национальных органов контроля за лекарственными препаратами. Стоимость комбинированной терапии артемизинином на-

много выше, чем предшествовавших ей методов монотерапии (хлорхинином и СП), что делает ее недоступной для многих бедняков. Активно заработал и созданный Бразилией, Норвегией, Францией и Чили Международный фонд для приобретения лекарственных препаратов/ЮНИТЭЙД, финансируемый за счет международного налога на авиаперелеты, который к октябрю 2006 года начнет свою первую реальную акцию по финансированию КТА. Цель ЮНИТЭЙД заключается в том, чтобы служить надежным и долговременным источником средств в целях обеспечения больных доступными лекарствами для лечения ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии.

V. Малярия у беременных женщин

23. В районах стабильной, умеренной и высокой передачи малярии ВОЗ рекомендует помимо снижения уровня распространения малярии посредством борьбы с переносчиками заболевания проводить периодическое профилактическое лечение беременных женщин (ППЛб) при одновременном эффективном лечении пациентов, страдающих малярией или анемией. ППЛб не рекомендуется проводить в целях профилактики малярии у беременных женщин в районах Африки, Азии и Латинской Америки, для которых характерна низкая и нестабильная передача заболевания.

24. Выбор в пользу методики проведения ППЛб с помощью сульфадоксина-пириметамина (ППЛб-СП) был сделан в 33 из 35, то есть в 94 процентах стран Африки, с учетом направлений передачи малярии, причем в 22 из них эта методика находится на различных стадиях внедрения. Однако быстрый рост устойчивости малярийного плазмодия к СП и отсутствие данных о безопасности и эффективности профилактического и лечебного использования альтернативных противомалярийных препаратов создают серьезную проблему в области борьбы с заболеваемостью малярией в период беременности. Сегодня ВОЗ рекомендует странам, где уровень паразитологической резистентности к СП у малолетних детей превышает 50 процентов, не начинать ППЛб-СП, а тем из них, где эта методика уже применяется, — установить наблюдение за эффективностью программы и индикаторами резистентности к СП. ВОЗ сотрудничает со своими партнерами в области научных исследований, добиваясь, чтобы данные о безопасности и эффективности препаратов, выступающих в качестве заменителя СП в профилактических и лечебных целях, публиковались в первоочередном порядке. Ввиду того, что большинство африканских стран перешло сегодня к использованию КТА в качестве средства первой и второй очереди лечения малярии, возникла необходимость получения данных о безопасности случайного применения КТА в первом триместре беременности. ВОЗ поддерживает внедрение регистрации будущих матерей с целью облегчения наблюдения за женщинами, получившими КТА в этот критический период своей жизни.

25. Несмотря на то, что степень использования беременными женщинами противомоскитных сеток в целом невысока, предпринятые в последнее время усилия по снабжению беременных женщин в период дородового клинического наблюдения бесплатными или в значительной мере субсидированными сетками позволили поднять показатель охвата в Кении, Малави, и Объединенной Республике Танзания выше 50 процентов.

VI. Профилактика малярии

26. В сотрудничестве с ЮНИСЕФ ВОЗ концентрирует усилия на обеспечении общедоступности СОИ и СОИДП. Оба учреждения продолжают вести пропаганду бесплатного или в значительной мере субсидированного распространения СОИ на регулярной основе либо в форме кампаний, направленных на охват уязвимых групп населения. В частности, для того чтобы добиться устойчивого снижения детской смертности, обеспечение населения сетками должно осуществляться в сочетании с мерами дородового наблюдения, расширенными программами вакцинации (плановыми и в рамках отдельных кампаний) и другими мероприятиями по охране детского здоровья, направленными на быстрое повышение и дальнейшее поддержание уровня охвата контингента. В 31 стране Африканского региона, которые представили свои доклады в 2005 году, было роздано бесплатно или по значительно субсидированным ценам 18 166 488 сеток, обработанных инсектицидами, и еще 7 568 439 сеток подвергнуто повторной обработке. В настоящее время единственной страной, которая вплотную приблизилась к выполнению цели Абуджийской декларации снабдить сетками, обработанными инсектицидами, 60 процентов детей в возрасте до пяти лет, является Эритрея. В течение 2005 года в Северной Африке и на Ближнем Востоке было, по оценкам, распределено 685 000 противомоскитных сеток.

27. Широкий охват с высокой степенью равномерности распределения сеток был достигнут по следующим параметрам: бесплатное снабжение целых общин (Эритрея); бесплатное или в значительной мере субсидированное снабжение женщин в ходе дородового наблюдения (Кения, Малави, Объединенная Республика Танзания); бесплатное снабжение детей в возрасте до пяти лет в сочетании с кампаниями вакцинации (Гана, Замбия, Нигер и Того). В более узких масштабах высокий уровень охвата был достигнут в сочетании с регулярными расширенными программами вакцинации и проведением дней здоровья ребенка, таких, как осуществляемые при поддержке ЮНИСЕФ проекты Ускоренной программы по обеспечению выживания и развития детей для Западной Африки. К сожалению, в целом проекты на уровне общин в бедных сельских районах никогда не достигали высокого уровня охвата. Хотя социальный маркетинг оказывался временами полезным мероприятием для формирования спроса, его экономическая эффективность была сомнительной и он не обеспечивал высокого уровня охвата бедного сельского населения, особенно когда для повторной обработки сеток требовалось воспользоваться инсектицидными наборами.

28. Затруднения в работе по расширению масштабов охвата контингента сетками, обработанными инсектицидами, возникали в связи с: a) потребностью в регулярной повторной обработке сеток; b) их наличием; c) доступностью; и d) осуществлением проектов. Для решения проблемы повторной обработки промышленные предприятия создали обработанные инсектицидами сетки длительного пользования. Неожиданный высокий спрос на такие сетки в странах, получающих поддержку от Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией и другими финансирующими учреждениями, создал в 2005 и в начале 2006 года дефицит предложения. Проблема была по большей части решена благодаря резкому увеличению объемов производства у существующих производителей, а также появлению в период с декабря 2006 по июнь 2007 года ряда новых производителей. Сейчас дешевле достичь высоких уровней охвата

с использованием СОИ длительного пользования, чем с использованием сеток, подвергнутых обычной обработке, поскольку цена на СОИДП составляет сегодня в среднем 5 долл. США при сохранении ее защитных свойств для двух пользователей в течение трех-пяти лет. СОИДП (впрочем, как и СОИ) в целом пока еще слишком дороги для сельских жителей африканских стран, и для расширения масштабов их охвата они должны предоставляться бесплатно или по очень льготным ценам, поскольку, когда сетки становятся доступными и в физическом, и в финансовом смысле — спрос на них высок. К настоящему моменту 64 процента стран Африканского региона отменили налоги на СОИ. Странам нужно помочь нарастить необходимый плановый, организационный и управленческий потенциал для планирования широкомасштабных кампаний по распределению противомоскитных сеток. Сюда необходимо добавить также информационный/просветительский компонент, поскольку некоторая часть населения неохотно соглашается спать под обработанной инсектицидами сеткой или отказывается пользоваться ею на постоянной основе.

29. Другим широко применяемым способом борьбы с переносчиками инфекции является остаточное распыление инсектицидов внутри помещений (ОРИ), то есть нанесение распыленных инсектицидов на внутренние поверхности жилых помещений с целью сокращения срока жизни москитов настолько, чтобы они не могли выступать переносчиками малярии. Остаточное распыление инсектицидов внутри помещений применялось на широкой и систематической основе в основном в тех странах, которые участвовали в глобальной кампании по искоренению малярии в 50-х и 60-х годах, то есть в странах Азии, Северной Африки, Африканского Рога, Южной Африки, Южной и Северной Америки. Выбор инсектицида для остаточного распыления на данной территории определяется степенью резистентности к нему переносчика, возможностями его применения, стоимостью и безопасностью, а также характером обрабатываемой поверхности и местным опытом. Из 12 инсектицидов, рекомендуемых на сегодняшний день ВОЗ для остаточного распыления, самый длительный остаточный эффект имеет ДДТ. Это также самый дешевый инсектицид из расчета его количества, расходуемого на один квадратный метр, однако там, где это сопряжено с высокими транспортными расходами, его вес и объем могут сделать это средство дороже некоторых альтернативных препаратов.

30. Тенденции применения ОРИ в разных регионах неодинаковы. В 9 странах Африки (из 17, где применяется ОРИ), которые в последние годы регулярно представляли доклады в ВОЗ (Замбия, Мозамбик, Намибия, Руанда, Свазиленд, Судан, Уганда, Эритрея и Южная Африка), общее количество домашних хозяйств, использующих для защиты распыление инсектицидов, выросло с 1 897 000 в 2000 году до 2 755 000 в 2003 году. В Азии в 4 из 22 стран, где регулярно используется этот метод (Вьетнам, Ирак, Мьянма и Таиланд), число пользующихся такой защитой домашних хозяйств выросло за этот же период с 2 297 000 до 3 052 000, тогда как в Америке в 9 из 21 страны, где регулярно используется этот метод (Аргентина, Боливарианская Республика Венесуэла, Боливия, Доминиканская Республика, Колумбия, Коста-Рика, Никарагуа, Панама и Эквадор), это число уменьшилось с 411 000 до 229 000 домашних хозяйств. Индия по-прежнему остается страной с наибольшим количеством людей, пользующихся для защиты ОРИ: в 2004 году защитой с помощью распыления инсектицидов, в основном ДДТ, воспользовалось 42 миллиона человек.

31. В июне 2006 года Региональное отделение ВОЗ для Африки организовало в Браззавиле консультацию по использованию ДДТ в качестве средства для остаточного распыления. Важнейшими результатами этого мероприятия стали, среди прочего: a) признание того, что ОРИ следует применять в контексте комплексной стратегии борьбы с переносчиками заболевания, поскольку взаимодополняемость приемлемых для данной местности мероприятий обеспечивает максимальное воздействие программы на местную заболеваемость, и b) призыв к странам i) проявлять осмотрительность в принятии решений и гибкость в выборе мероприятий и выделении ресурсов на различные альтернативные цели с расчетом добиться в перспективе реального и устойчивого полного охвата; ii) создавать/укреплять соответствующий потенциал для планирования, осуществления, контроля и оценки соответствующих мероприятий по борьбе с переносчиками болезни, включая применение ДДТ при ОРИ; iii) создать систему наблюдения с целью прогнозирования потенциальных негативных последствий применения инсектицидов, в особенности ДДТ; iv) документально фиксировать и распространять опыт применения ДДТ; и v) следовать существующим руководящим указаниям и рекомендациям ВОЗ по использованию ДДТ при ОРИ.

32. ВОЗ завершает работу над обновленным всеобъемлющим пособием по применению ОРИ и новой системой наблюдения за ним и в будущем году существенно активизирует свою работу по оказанию помощи странам в достижении наибольшего эффекта от использования этого метода.

VII. Наблюдение, контроль и оценка

33. Значительно увеличившийся объем ресурсов и усилий, направленных на расширение противомалярийных мероприятий среди групп населения, подверженных риску заболевания, в особенности по линии Программы Всемирного банка по дополнительному финансированию, и в результате осуществления предложений Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией и Инициативы по борьбе с малярией, требуют строгого наблюдения, контроля и оценки на страновом уровне. Произвести оценку прогресса в области борьбы с малярией было очень трудно отчасти потому, что страны в целом не имели точки отсчета, которая служила бы им основой для измерений. Обычные системы медицинской отчетности недостаточно репрезентативны, поскольку значительные слои населения (по большей части нижние квинтили) не имеют доступа к медицинским услугам и во многих странах сбор информации пока еще не носит систематического характера. Учитывая сложность малярии как заболевания и многочисленность мероприятий по борьбе с ней, многие из которых осуществляются вне государственной системы здравоохранения, наблюдение и оценка должны быть достаточно гибкими, чтобы проникать до уровня общины и отдельных домохозяйств. Кроме того, сегодняшние методы сосредоточены в основном на оценке фактического масштаба и результативности мероприятий без уделения достаточного внимания качеству осуществления программ. Обследования домашних хозяйств, такие, как демографические и медицинские обзоры (ДМО) и обследования по многим показателям с применением гнездовой выборки (ОПГВ) стоят дорого, выходят с запозданием и не могут служить походящим инструментом для управления национальными программами. Все эти факторы привели к неэффективности оценки программ и невоз-

можности своевременно представлять реалистичные доклады о достигнутом прогрессе.

34. Чтобы преодолеть эту ситуацию, ВОЗ a) прилагает усилия для повышения эффективности использования информации, полученной посредством повседневного контроля и оценки программ, в целях повышения качества программ и руководства распределением программных ресурсов и b) обеспечивает руководство и предоставляет необходимые руководящие указания, стандартизированные инструменты и методологии для подготовки специально разработанных простых обследований положения с малярией на уровне общин и медицинских учреждений, которые можно было бы проводить более оперативно и с меньшими затратами, чем те, что существуют на сегодняшний день. Там, где это возможно, такого рода специальные обследования ситуации с малярией, должны координироваться с другими обследованиями, которые полезны, но сами по себе недостаточны для удовлетворения потребностей наблюдения и оценки в процессе борьбы с малярией. Первоначально необходимо будет вложить существенные финансовые ресурсы в выработку формата этих обследований, подготовку инструментария и их последующее опробование и применение.

35. ВОЗ помогает странам разрабатывать и внедрять страновые базы данных, использующие проверенные на практике показатели. Такая база данных, которая включает в себя показатели, касающиеся эпидемиологической ситуации, политики в области борьбы с малярией, эффективности стратегий и программ, резистентности к лекарствам и инсектицидам и потоков ресурсов, будет систематически обобщать существующие данные и информацию, связанные с малярией. ВОЗ взяла на себя обязательство обеспечить в течение ближайших двух лет внедрение такой системы во всех 107 странах распространения малярии.

VIII. Эпидемии малярии и сложные чрезвычайные ситуации

36. Территории земного шара, население которых в наибольшей степени страдает от сложных чрезвычайных ситуаций, зачастую несут и наибольшее бремя заболеваемости малярией. Следовательно, малярия является существенной причиной болезней и гибели людей в чрезвычайных ситуациях. Согласно оценкам, свыше 30 процентов всех смертельных случаев заболевания малярией приходится именно на эти страны. Обстоятельства, возникающие в сложных чрезвычайных ситуациях, сводят на нет все предшествовавшие им меры по борьбе с малярией и ведут к развалу сферы медицинских услуг. Перемещение населения, рост уязвимости людей из-за недоедания и сопутствующих инфекционных заболеваний, плохие жилищные условия или отсутствие жилья, ухудшение состояния окружающей среды, вызывающее интенсивное размножение переносчиков инфекций, и недостаток сведений у оказывающих помощь медицинских учреждений содействуют увеличению бремени заболеваемости малярией. В результате люди становятся менее защищенными от приступов малярии, острой малярии и смерти вследствие малярии. Борьба с малярией в чрезвычайных ситуациях требует использования специально адаптированных стратегий. В декабре 2005 года ВОЗ издала межучрежденческое полевое пособие, озаглавленное «Борьба с малярией в сложных чрезвычайных ситуациях». Это пособие снабжает лиц, ответственных за разработку политики, плановиков, руководителей полевых программ и медицинских координаторов самыми современными руководящими указаниями, касающимися разработки и осуще-

ствления мер по снижению заболеваемости малярией и вызываемой ею смертности, особенно в острой фазе развития чрезвычайной ситуации. ВОЗ продолжает оказывать практическую помощь на местах пострадавшим странам в периоды острого кризиса, как это было с территориями, пострадавшими от цунами, и во время продовольственного кризиса в Нигере, а также на повседневной основе в контексте осуществления предложения Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией в странах, оказавшихся в критической ситуации. В апреле 2005 года вступила в действие созданная при содействии ВОЗ сеть по борьбе с малярией в чрезвычайных ситуациях, которая один раз в три месяца проводит телеконференции и имеет список электронных адресов обширной группы партнеров по оказанию помощи в чрезвычайных ситуациях для экстренной рассылки жизненно важной информации.

37. Странам трудно выделить ресурсы на борьбу с эпидемиями, в особенности, когда у них не хватает средств даже для повседневного ухода за больными малярией. ВОЗ поддержала усилия по улучшению готовности и совершенствованию механизмов раннего распознавания, эффективного и своевременного реагирования, включая развертывание систем раннего оповещения о вспышках малярии. Однако наилучший способ подготовиться к эпидемии — это укрепить системы передачи медицинской информации, которые на еженедельной основе докладывали бы об эпидемиологической ситуации на территориях и в периоды, для которых характерен повышенный риск заболеваемости, и служили бы в качестве пунктов раннего обнаружения. Сегодня в Африке на территориях, подверженных риску эпидемии малярии, проживает, по оценкам, 144 миллиона человек.

IX. Искоренение малярии

38. На протяжении последнего десятилетия некоторые страны распространения малярии вели настолько серьезную борьбу с малярией, что достигли цели искоренения малярии и сумели повсеместно пресечь передачу этого заболевания. В 2003 году Объединенные Арабские Эмираты стали первой страной, которая еще в 80-х годах официально обратилась к ВОЗ с просьбой сертифицировать ее безмалярийный статус. В марте 2006 года ВОЗ провела оценку ситуации с целью возможной сертификации. До 2015 года возможно поступление аналогичных просьб еще от 10–15 стран, поскольку сертификация искоренения малярии может повлиять на международный политический и социально-экономический имидж страны, ее привлекательность для иностранных инвестиций и туризма. В свете такого развития ситуации ВОЗ приняла решение вновь сосредоточить усилия на искоренении малярии, включив в них разработку руководящих принципов для национальных программ искоренения малярии, обеспечение технической и оперативной поддержки странам, находящимся на пороге полного искоренения этого заболевания, и создание механизмов официальной сертификации.

39. Европейский и Восточносредиземноморский регионы ВОЗ уже сделали задачу искоренения малярии частью своих региональных стратегий в качестве логического продолжения успехов в борьбе с малярией, достигнутых их государствами-членами. Все страны Европейского региона ВОЗ, в которых встречается малярия, согласовали Региональную декларацию 2005 года о переходе от борьбы с малярией к ее искоренению. Восточносредиземноморский регион

ВОЗ поддерживает задачу искоренения малярии в странах, где прекращение ее передачи осуществимо и потенциально может иметь устойчивый характер, а именно в Египте, Марокко, Омане и Сирии.

X. Исследования и разработки

40. Для обеспечения долговременного успеха усилий по борьбе с малярией необходимо увеличить инвестиции в исследования и разработки, связанные с малярией, до уровня, соответствующего масштабам распространения этого заболевания. В октябре 2005 года Фонд Билла и Мелинды Гейтс выделил 258,3 млн. долл. США на субсидирование исследований малярии. С учетом этой суммы общий объем мировых расходов на исследования малярии составит около 375 млн. долл. США в год. Однако по сравнению с тяжестью бремени малярии исследования и разработки в области борьбы с этим заболеванием по-прежнему остро нуждаются в финансировании. Общие инвестиции в исследования и разработки в области малярии в 2004 году составили около 323 млн. долл. США, или приблизительно 0,3 процента общего объема средств, вложенных в медицинские исследования и разработки. И это при том, что последствия малярии для человечества оцениваются по самым приблизительным подсчетам в сумму, в 10 раз превышающую эти ассигнования, составляя 3,1 процента глобального бремени болезней. Непрерывная работа над созданием новых противомалярийных препаратов будет обходиться, как минимум, в 30 млн. долл. США в год, а после 2006 года, возможно, и в большую сумму, так как в этот период новое число проектов вступает в дорогостоящую стадию клинической разработки.

41. Исследования и разработки в области борьбы с малярией обещают появление новых медицинских продуктов. Речь идет о трех новых лекарственных средствах для существующей комбинированной терапии на основе артемизинина — две из них разработаны благодаря совместной инициативе организации по производству лекарств для запущенных заболеваний и фармацевтических компаний (предполагается, что они будут зарегистрированы в 2006 и 2007 годах как комбинации с фиксированной дозировкой препаратов) и еще одна разработка принадлежит компании «Новартис» и венчурному проекту «Лекарства от малярии» (ВЛМ) (предполагается, что она будет зарегистрирована как педиатрическое средство). В портфеле ВЛМ имеется еще три новые формы КТА, находящиеся на завершающих этапах разработки, регистрация которых начнется в 2007 году. Исследования, проводимые Специальной учебно-исследовательской программой по тропическим болезням (ПТБ), позволяют получить важные новые представления о совершенствовании применения терапии на уровне общин и помогают сформулировать методику применения быстрых диагностических тестов в районах с интенсивной передачей заболевания. Позже в этом году ВОЗ произведет анализ данных о безопасности, эффективности и экономической целесообразности периодического профилактического лечения младенцев и введения противомалярийных препаратов младенцам, у которых отсутствуют симптомы заболевания, в ходе их плановой вакцинации на первом году жизни, что потенциально может стать новой стратегией борьбы с малярией. В течение этого года еще дальше продвинулись исследования в области создания противомалярийной вакцины, а вакцина RTSS, которая

проходит самый последний этап клинического тестирования, находится сейчас на третьей стадии клинических испытаний.

42. ВОЗ и ее партнеры осуществляли тесное сотрудничество по стимулированию разработки технологии обработки противомоскитных сеток препаратами длительного действия и передачи ее местным производителям СОИДП в Африке. Все больший интерес, в особенности благодаря широкомасштабной инициативе Фонда Билла и Мелинды Гейтс, в последнее время привлекает разработка более эффективных и благоприятных для пользователя инструментов борьбы с переносчиками заболеваний, включая инсектициды, альтернативные ДДТ и пиретроидам. Кроме того, в рамках региональных сетей ВОЗ государства-члены активизировали наблюдение за резистентностью переносчиков заболеваний к инсектицидам и поиск практических методик решения проблем резистентности.

43. Глобальная повестка дня научных исследований должна быть направлена на устранение пробелов в сфере знаний и инструментов, которые сегодня играют решающую роль в борьбе с малярией. ВОЗ определит приоритетные направления исследований в области борьбы с малярией на основе критического анализа информационных пробелов и практических проблем с тем, чтобы обеспечить формирование наиболее актуального портфеля исследований в области малярии, который будет включать определение профиля продукта, разработку продукта, оперативные и прикладные исследования, и фактическую информацию для разработки политики и стратегий. По мере того как активизируется работа по расширению масштабов противомалярийных мероприятий на уровне стран, возникают новые трудности и проблемы. Для того чтобы обеспечить быстрое и эффективное решение этих вопросов, ВОЗ распространила свою деятельность на область исследований и разработок, занявшись выявлением и определением приоритетных вопросов для повестки дня научных исследований в области малярии, а также координацией и/или размещением заказов на необходимые научные исследования. Приоритетное значение приобретет сбор данных об экономической эффективности текущих и новых мероприятий по борьбе с малярией с целью информационного обеспечения решений на страновом уровне о выборе того или иного мероприятия или наиболее оптимальной комбинации из нескольких мероприятий.

XI. Финансирование и мобилизация ресурсов

44. Согласно оценкам ВОЗ, предотвращение смерти 100 000 детей от малярии в год будет стоить обществу приблизительно 100 млн. долл. США. Ресурсы, необходимые для эффективной борьбы с малярией в глобальном масштабе, оцениваются приблизительно в 3,4 млрд. долл. США в год (в среднем 1,8 млрд. долл. США в год для Африки и 1,6 млрд. долл. США в год для других районов мира, где распространена малярия). Эти расчеты включают потребность в КТА, которая обходится дороже других противомалярийных средств, но которая необходима для стран, где распространена устойчивая к лекарствам молниеносная трехдневная малярия, в технической помощи и в соответствующем развитии системы здравоохранения. Использование для лечения малярии услуг неофициального частного сектора в сочетании с неразвитостью систем распространения медицинской информации затрудняет точную оценку расходов на борьбу с малярией.

45. На уровне стран отсутствует надежная информация о бремени заболеваемости малярией и о финансовых расходах на профилактику этого заболевания, что препятствует разработке обоснованной политики и эффективному распределению ресурсов. В 2000 году главы африканских государств и правительств взяли на себя обязательство снизить или отменить налоги и тарифы на ключевые товары, используемые в борьбе с малярией, такие, как противомалярийные препараты, надкроватные сетки и инсектициды, но на сегодняшний день на это пошли лишь около 50 процентов африканских стран. В 2001 году африканские лидеры обязались поставить цель — выделить 15 процентов годового государственного бюджета на нужды здравоохранения. Несмотря на скромный прогресс, достигнутый некоторыми из государств-членов, доля средств, выделяемых из государственного бюджета на здравоохранение, во многих странах пока еще низка (к сегодняшнему дню лишь одна Ботсвана выделила на цели здравоохранения 15 процентов своего бюджета).

46. В период с 1999 по 2004 год международное финансирование борьбы с малярией существенно расширилось, при этом резкий скачок был сделан в 2001 году после создания Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией. В 2005 году обследование, проведенное учреждениями, занимающимися вопросами развития, позволило установить, что на цели борьбы с малярией в 2004 году в целом было выделено (но не выплачено) около 600 млн. долл. США. При этом в нем отмечалось, что, начиная с 2001 года, Африка к югу от Сахары получила более 75 процентов финансовых средств. Согласно сообщениям Глобального фонда, все его международные выплаты на цели борьбы с малярией составили в 2005 году около 308 млн. долл. США, в результате чего общий объем реальных выплат к концу июля 2006 года достиг приблизительно 748 млн. долл. США. Фонд действует в 73 странах и финансирует в целом 99 малярийных грантов, и ВОЗ участвовала если не на всех, то на некоторых стадиях подготовки и реализации всех этих грантов.

47. Помимо этого, недавние обязательства со стороны крупнейших доноров позволяют надеяться, что борьба с малярией получит дополнительное финансирование. С 2002 по 2005 год общий объем средств, выделенных Соединенными Штатами на цели борьбы с малярией, вырос вдвое, со 118 млн. долл. США до 246 млн. долл. США. Инициатива по борьбе с малярией провозгласила увеличение в течение пяти лет ассигнований на цели профилактики и лечения малярии более чем на 1,2 млрд. долл. США. В июне 2006 года к числу стран, охваченных Инициативой по борьбе с малярией, добавилось еще четыре страны (Малави, Мозамбик, Руанда и Сенегал). На саммите «большой восьмерки» 2005 года руководители восьми государств приняли обязательство активизировать деятельность по борьбе с малярией с тем, чтобы важнейшие лечебно-профилактические мероприятия охватили 85 процентов уязвимого населения, и выделять дополнительно 1,5 млрд. долл. США в год на покрытие ежегодных потребностей. На сегодняшний день по самым оптимистическим оценкам этот показатель выполнен лишь наполовину.

48. В апреле 2005 года вступили в действие Глобальная стратегия и Программа по дополнительному финансированию борьбы с малярией как план Всемирного банка по борьбе с этим заболеванием на период 2005–2010 годов. В сентябре 2005 года была представлена Программа по дополнительному финансированию борьбы с малярией в Африке, которая представляет собой план поддержки Банком усилий по борьбе с малярией в африканских странах. В те-

чение прошлого года Всемирный банк утвердил восемь проектов, в результате чего итоговая сумма объявленных ассигнований на цели борьбы с малярией в Африке достигла 167 млн. долл. США. На этапе подготовки находятся проекты еще для семи стран, на поддержку которых предполагается выделить приблизительно 260 млн. долл. США. Всемирный банк делает акцент на согласовании усилий доноров в рамках мероприятий по борьбе с малярией и добивается от своих партнеров мобилизации дополнительных ресурсов. В текущем финансовом году Программа по дополнительному финансированию предполагает выделить на проекты по борьбе с малярией 190 млн. долл. США.

49. Специальное совещание на высшем уровне глав государств и правительств стран — членов Африканского союза, посвященное борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией, проходившее в Абудже со 2 по 4 мая 2006 года, подтвердило цели, выдвинутые в 2000 году, и призвало ускорить движение в направлении обеспечения всеобщего доступа к медицинским услугам по лечению ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии в Африке. Главы государств высказали решимость активизировать борьбу с этими тремя болезнями, и в частности, обеспечить ускорение движения в области профилактики и лечения малярии с тем, чтобы искоренить малярию, используя для этого все действующие ныне стратегии, такие, как остаточное распыление инсектицидов внутри помещений, обработанные инсектицидами сетки, комбинированная терапия на основе артемизинина и периодическое профилактическое лечение младенцев.

50. Несмотря на эти позитивные сдвиги, ресурсы для борьбы с малярией по-прежнему намного ниже уровня, необходимого для обеспечения потребностей эффективной борьбы с этим заболеванием. Кроме того, одновременно с ростом ассигнований, выделяемых на борьбу с малярией, растет финансирование товарной составляющей, которое не сопровождается увеличением ассигнований на цели технической помощи для создания в странах местного потенциала. Недостаток финансовых средств и отсутствие потенциала замыкаются друг на друге, образуя порочный круг: без потенциала страны не могут освоить имеющееся финансирование, а без финансирования они не могу создать потенциала. Как следствие, многие инициативы пробуксовывают в результате проблем с их практическим осуществлением и не приносят ожидаемого результата, из-за чего уровень заболеваемости и смертности от малярии остается недопустимо высоким.

XII. Выводы и рекомендации

51. **Реальный охват населения мероприятиями по борьбе с малярией сегодня недостаточен, в первую очередь по причине дефицита финансовых средств, нехватки технического опыта и слабости систем здравоохранения. Недостатки планирования и использование низкокачественных или неэффективных продуктов усугубляют эту ситуацию. Увеличение финансовых средств, выделяемых на национальные программы по борьбе с малярией, должно дополняться ассигнованиями на цели технической помощи, поскольку без параллельного наращивания потенциала освоения ресурсов в виде хорошо подготовленных кадров, сильной инфраструктуры и технической поддержки стратегий и программ, в наибольшей степени подходящих к местным условиям, средства, выделяемые на борьбу с малярией, не дой-**

дут до тех, кому они предназначались, и не достигнут поставленных целей. Кроме того, финансирование должно быть предсказуемым, чтобы национальные программы по борьбе с малярией могли планировать долговременные инвестиции, например в закупки и развитие людских ресурсов. Следует также лучше обозначить роль частного сектора в предоставлении медицинских услуг и расширить его сотрудничество с государственным сектором, чтобы гарантировать качество лечения и ухода, доступность медицинских услуг и финансовую защиту. Министерство здравоохранения должно взять на себя руководство борьбой с малярией в стране, увязывая при этом вертикальные и горизонтальные подходы в рамках единой стратегии в области охраны здоровья. Несмотря на определенный прогресс, достигнутый после 2000 года, по-прежнему ощущается острая нехватка полной и своевременной информации по малярии, без которой невозможно контролировать качество исполнения или измерять результаты действий.

52. **На основе выводов настоящего доклада и резолюции 58/2 Всемирной Ассамблеи здравоохранения рекомендуется, чтобы Генеральная Ассамблея призвала страны распространения малярии:**

a) **опираясь на поддержку ВОЗ, использовать национальные базы данных для систематического сбора и анализа существующей информации о ситуации в области распространения малярии, включая эпидемиологические данные, эффективность национальных стратегий и программ, степень охвата населения лечебно-профилактическими мероприятиями, финансирование и резистентность к лекарствам и инсектицидам;**

b) **адаптировать рекомендованные ВОЗ методики, стратегии и инструменты к своим специфическим условиям и разрабатывать информационно обоснованные национальные стратегии и оперативные планы, устанавливать ориентированные на качество исполнения наблюдение и оценку, направленные на расширение реального охвата населения, подверженного риску заболевания, важнейшими лечебно-профилактическими мероприятиями и своевременную и эффективную оценку эффективности осуществления программ, охвата населения мероприятиями и их результативности;**

c) **оценивать потенциал своих национальных программ по борьбе с малярией, в особенности, свои людские ресурсы, и обеспечить размещение квалифицированного персонала в нужном количестве и в нужном месте на всех уровнях системы здравоохранения таким образом, чтобы удовлетворять технические и оперативные потребности, возникающие по мере роста объемов финансирования программ по борьбе с малярией;**

d) **откликаться на потребности укрепления своей системы здравоохранения и обеспечивать комплексное предоставление медицинских услуг на районном уровне, включая проявление заботы о медицинском персонале, поставках лекарственных средств и проведении профилактических мер и о соответствующей инфраструктуре здравоохранения;**

e) **развивать межсекторальное сотрудничество, в особенности, в высших правительственных эшелонах, то есть на уровне министров финансов, образования, сельского хозяйства, экономики, развития и охраны окружающей среды, а также сохранять и укреплять уже существующие**

межстрановые, межучрежденческие и межсекторальные сетевые структуры по борьбе с малярией;

f) **запретить монотерапию на основе перорального приема артемизинина и призвать финансирующие учреждения выполнить свою роль и прекратить финансирование закупок препаратов для монотерапии на основе перорального приема артемизинина, включая прошедшие предзакупочное апробирование антиретровирусные препараты, у производителей, продолжающих сбыт препаратов для монотерапии артемизинином;**

g) **отменить налоги и тарифы на сетки, лекарства и другие продукты, необходимые для борьбы с малярией, как для того, чтобы снизить потребительские цены на эти продукты, так и для того, чтобы стимулировать свободную торговлю этими товарами;**

h) **опираясь на поддержку ВОЗ, укреплять системы наблюдения за лекарственной резистентностью и призвать ВОЗ осуществлять координацию работы глобальной сети наблюдения для мониторинга и контроля лекарственной резистентности;**

i) **опираясь на поддержку ВОЗ, приступить к созданию систем наблюдения за резистентностью к инсектицидам и призвать ВОЗ осуществлять координацию работы глобальной сети наблюдения для мониторинга и контроля резистентности к инсектицидам.**

53. **На основе выводов настоящего доклада и резолюции 58/2 Всемирной Ассамблеи здравоохранения Генеральной Ассамблее рекомендуется призвать:**

a) **международных партнеров использовать системы наблюдения и оценки, которые будут разработаны ВОЗ, в качестве минимальных основных показателей, отказавшись от применения параллельных систем, и призвать ВОЗ разработать в сотрудничестве со странами и другими партнерами простые и менее дорогостоящие методологии обследования с тем, чтобы осуществлять эффективную и своевременную оценку результативности противомалярийных мероприятий и степень охвата ими населения;**

b) **двусторонних и многосторонних партнеров по финансированию досконально ознакомиться с технической политикой и стратегией ВОЗ, в том числе в отношении остаточного распыления инсектицидов внутри помещений, сеток, обработанных инсектицидами, и лечебной практики, добиваясь того, чтобы финансовая поддержка оказывалась только тем проектам, которые соответствуют этой политике и стратегии, и рассмотреть вопрос о передаче ВОЗ технических компонентов обсуждаемых проектов для их анализа до утверждения этих проектов с тем, чтобы обеспечить соблюдение последних технических рекомендаций ВОЗ;**

c) **все учреждения-доноры и страны-импортеры продовольствия сделать четкое заявление, обрисовывающее их позицию в отношении использования ДДТ для остаточного распыления в ситуациях, когда его применение показано и осуществляется в соответствии с руководящими указаниями ВОЗ, и оказать всемерную поддержку странам распространения малярии в эффективном проведении лечебно-профилактических мероприятий и предотвращении заражения сельскохозяйственной продук-**

ции ДДТ и другими инсектицидами, использующимися для остаточного распыления внутри помещений;

d) **производителей обработанных инсектицидами сеток, длительного пользования ускорить передачу технологии развивающимся странам и призвать Всемирный банк и региональные фонды развития рассмотреть вопрос об оказании поддержки странам распространения малярии в создании предприятий с целью увеличения производства СОИДП;**

e) **международное сообщество бороться с торговлей фальсифицированными лекарственными препаратами в развивающихся странах и достичь консенсуса относительно должных уровней и источников субсидирования ключевых товаров, а именно СОИДП и КТА, с тем чтобы расширить для населения, подверженного риску заболевания малярией, возможности доступа к доброкачественным лекарствам и профилактическим мерам;**

f) **ВОЗ вновь проанализировать глобальную повестку дня научных исследований в области малярии с точки зрения борьбы с этим заболеванием с привлечением представителей научной общественности (что должно включать такие основные заинтересованные стороны, как Фонд Билла и Мелинды Гейтс, национальные органы здравоохранения и Европейский союз) и национальных противомалярийных программ. Анализ должен быть сосредоточен на новых препаратах для профилактики и лечения малярии, диагностических тестах, новых инсектицидах и составах, вакцинах, исследованиях хода и осуществления мероприятий и новых методологиях и инструментах оценки результативности и экономической эффективности противомалярийных мероприятий в отдельности, в сочетании друг с другом и в различных обстоятельствах в целях окончательной доработки национальных стратегий борьбы с малярией;**

g) **международное сообщество расширить, среди прочего, финансовую поддержку Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, чтобы он мог продолжать поддерживать страны и предоставлять адекватные дополнительные ресурсы для оказания технической помощи, в особенности ВОЗ и ЮНИСЕФ, добиваясь освоения и эффективного использования ресурсов на уровне отдельных стран.**