



Генеральная Ассамблея

Distr.: General
2 August 2010
Russian
Original: English

Шестьдесят пятая сессия

Пункт 12 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 имеет честь препроводить Генеральной Ассамблее доклад, подготовленный Всемирной организацией здравоохранения в соответствии с резолюцией 64/79 Ассамблеи.

* A/65/150.



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

Резюме

В настоящем докладе отмечается прогресс в деле реализации целей, касающихся борьбы с малярией, которые должны быть достигнуты к 2010 году в соответствии с резолюцией 62/180 Генеральной Ассамблеи. Он подготовлен на основе следующих последних докладов о ходе работы: *Доклад о заболеваемости малярией в мире за 2009 год*, подготовленный Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ); *Финансирование и использование ресурсов на цели борьбы с малярией: первое Десятилетие борьбы за сокращение масштабов заболеваемости малярией* (Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), ВОЗ и Программа современных технологий в области здравоохранения (ПСТЗ), 2010 год), *Всемирный день борьбы с малярией 2010 года: обновленная информация по странам Африки* (ЮНИСЕФ и ПСТЗ, 2010 год) и *Спасение жизни на основе борьбы с малярией: обратный отсчет в достижении целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия* (Университет Тулейна, Университет Джонса Хопкинса, ПСТЗ и ВОЗ, 2010 год), подготовленные Партнерством за сокращение масштабов заболеваемости малярией. Также используются данные, полученные из стран, где малярия эндемична, и от других партнеров, включая Союз за профилактику малярии. В конце доклада содержатся рекомендации для рассмотрения Ассамблеей.

За прошедшее десятилетие вопросам борьбы с малярией уделяется повышенное политическое внимание и в целях их решения оказывается финансовая поддержка на международном, региональном и страновом уровнях. На Африканском саммите по вопросу сокращения масштабов заболеваемости малярией, проведенном в Абудже в 2000 году, главы африканских государств обязались «сократить вдвое к 2010 году смертность населения африканских стран от малярии на основе осуществления стратегий и мероприятий по сокращению масштабов заболеваемости малярией». Мировые лидеры поставили перед собой задачу «остановить распространение малярии к 2015 году и начать обращать вспять тенденцию заболеваемости малярией и другими серьезными заболеваниями» в качестве одной из восьми целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия. В начале 2008 года Генеральный секретарь Пан Ги Мун назначил Специального посланника по вопросам борьбы с малярией для мобилизации глобальной поддержки в деле борьбы с этим заболеванием. После призыва Генерального секретаря к обеспечению всеобщего охвата и в ответ на возрастающую международную поддержку долгосрочных обязательств по борьбе с малярией организации, занимающиеся проблемой малярии, коллективно разработали Глобальный план действий по борьбе с малярией. Задачами плана является ускорение и продолжение усилий по борьбе с малярией, искоренение этого заболевания, когда это возможно, и обеспечение инвестирования исследований в целях поиска новых методов, которые позволят искоренить заболевание в долгосрочной перспективе. Специальный посланник по вопросам борьбы с малярией и недавно созданный Союз африканских лидеров по борьбе с малярией подтвердили, что в глобальной повестке дня в области развития в 2010 году борьбе с малярией по-прежнему уделяется особо приоритетное внимание.

Глобальные информационно-разъяснительные мероприятия способствовали увеличению объема международных финансовых средств, выделяемых на цели борьбы с малярией, с менее чем 0,2 млрд. долл. США в 2000 году до 1,6 млрд. долл. США в 2009 году в основном благодаря созданию Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и повышенным обязательствам по линии инициативы президента США, касающейся борьбы с малярией, Всемирному банку и другим учреждениям. В результате такого увеличения финансирования во многих районах значительно расширились масштабы деятельности по борьбе с малярией и заметно сократились масштабы распространения малярии.

По оценкам, в Африке возросла доля домашних хозяйств (31 процент), имевших как минимум одну обработанную инсектицидами противомоскитную сетку в 2008 году (в 2006 году такой показатель составил 17 процентов), и возросло число детей в возрасте до пяти лет, использовавших такие сетки в 2008 году (24 процента), что больше, чем в предыдущие годы. В 13 африканских странах со значительными масштабами распространения малярии доля домашних хозяйств, имеющих обработанные инсектицидами противомоскитные сетки, превысила 50 процентов. Доля детей, использующих сетки, ниже установленного Всемирной ассамблеей здравоохранения целевого показателя в 80 процентов, главным образом в результате низких показателей наличия сеток в нескольких крупных африканских странах. В настоящее время выделяются финансовые средства для дальнейшего пополнения запасов, при этом в 2009 году было поставлено более 88 миллионов сеток, а в первой половине 2010 года — еще 70 миллионов.

Использование комбинированных препаратов на основе артемизинина возросло в сравнении с 2006 годом, однако по-прежнему находится на весьма низком уровне в большинстве африканских стран; в 11 из 13 стран, обследованных в течение периода 2007–2008 годов, менее 15 процентов детей в возрасте до пяти лет, у которых поднималась температура, получали комбинированные препараты на основе артемизинина, что значительно ниже установленного Всемирной ассамблеей здравоохранения целевого показателя в 80 процентов. Такой показатель дает искусственно низкую оценку надлежащего лечения, поскольку большинство детей с повышенной температурой не проходили диагностический тест для подтверждения малярии. По состоянию на 2008 год примерно 22 процента случаев подозрения на малярию в Африке были подтверждены на основе диагностического тестирования.

В странах Африки со значительными масштабами распространения малярии, которые обеспечили широкое распространение среди своего населения надкроватных сеток и широкий охват программами лечения, зарегистрированные случаи заболевания малярией и смерти от нее сократились на 50 процентов. Это означает, что задачи в рамках цели 6 в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия и направленной на обращение вспять тенденции распространения малярии, могут быть выполнены в случае надлежащего охвата основными мероприятиями. Такие результаты достигнуты не только в некоторых островных государствах (Сан-Томе и Принсипи и Занзибар в Объединенной Республике Танзания), но также в странах, расположенных в материковой части Африки (включая Эритрею, Руанду и Замбию). Информация, поступившая из Сан-Томе и Принсипи, Замбии и Занзибара, показывает, что существенное сокращение случаев заболевания малярией и смертности сопровождалось

резким сокращением общих показателей смертности детей в возрасте до пяти лет, что свидетельствует о том, что активные меры борьбы с малярией позволят многим африканским странам, руководствуясь целью 4 в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия, добиться к 2015 году сокращения детской смертности на две трети.

Проведенный недавно анализ мер в целях усиления борьбы с малярией в 35 африканских странах показал, что в период с 2000 по 2009 год удалось спасти более 560 000 человек, причем почти три четвертых из них — с 2006 года. В целом более чем в одной трети из 108 стран, затронутых малярией, отмечено сокращение более чем на 50 процентов подтвержденных случаев заболевания малярией в 2008 году по сравнению с 2000 годом (9 африканских стран и 29 неафриканских стран); вместе с тем сокращение числа случаев является наименьшим в странах с самыми высокими показателями распространения малярии. Десять стран осуществляют общенациональные программы по ликвидации малярии, а восемь стран находятся на этапе, предшествующем ликвидации. Еще в восьми странах покончено с передачей заболевания, и они находятся на этапе предотвращения возобновления распространения малярии. В мае 2010 года ВОЗ сертифицировала Марокко в качестве свободной от малярии страны, в результате чего число стран, в которых малярия эндемична, сократилось до 107.

Резистентность паразитов к противомаларийным лекарственным средствам и резистентность комаров к инсектицидам представляет серьезную угрозу и препятствует международным усилиям по борьбе с малярией. Впервые о резистентности к артемизинину было сообщено в западной части Камбоджи в 2008 году. С января 2009 года осуществляются оперативные меры сдерживания распространения заболевания, которые предусматривают обнаружение всех случаев в целевых районах и лечение, а также расширение распространения надкроватных сеток среди населения, подверженного риску. Предварительные результаты показывают, что распространение устойчивых к артемизинину штаммов малярии *Plasmodium falciparum* практически прекратилось. Вместе с тем во многих странах продолжается сбыт монопрепаратов на основе артемизинина, несмотря на призыв ВОЗ к прекращению их использования, и это представляет серьезную угрозу для использования комбинированных препаратов на основе артемизинина, имеющих полезные лечебные свойства.

Объем выделяемых финансовых средств странам, в которых малярия эндемична (в 2009 году общий объем составил около 1,5 млрд. долл. США), по-прежнему значительно уступает сумме в размере 5 млрд. долл. США, которая необходима ежегодно для обеспечения широкого охвата и максимального воздействия принимаемых мер во всем мире. Достижение целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, потребует не только достаточного объема финансовых ресурсов, но также укрепления систем охраны здоровья, позволяющих использовать методы борьбы с переносчиками инфекций, проведения диагностических тестов для паразитологического подтверждения малярии наряду с назначением курса лечения с использованием комбинированных препаратов на основе артемизинина и разработки систем постоянного наблюдения за распространением малярии, резистентностью паразитов к противомаларийным медицинским средствам и резистентностью комаров к инсектицидам.

I. Справочная информация и контекст

1. По оценкам, в 2008 году во всем мире насчитывалось 243 миллиона случаев заболевания малярией (5 — 95 центиль, 190 млн. — 311 млн.). Подавляющее большинство случаев (85 процентов) приходится на Африканский регион ВОЗ, далее следует регион Юго-Восточной Азии (8 процентов) и Восточно-Средиземноморский регион (4 процента). По оценкам, в 2008 году было зарегистрировано 863 000 случаев смерти (5 — 95 центиль, 708 000 — 1003 млн.), из которых 91 процент приходится на Африканский регион, далее следует Восточно-средиземноморский регион (6 процентов) и регион Юго-Восточной Азии (3 процента).

2. Малярия является основной причиной смерти африканских детей, и поэтому борьба с малярией внесет непосредственный вклад в достижение задачи в рамках цели 4 в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия и предусматривающей сокращение к 2015 году на две трети смертности среди детей в возрасте до пяти лет. Борьба с малярией будет также содействовать выполнению задачи в рамках цели 5 в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия и предусматривающей сокращение материнской смертности.

3. В 2007 году Организация Объединенных Наций (на основе целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия), Всемирная ассамблея здравоохранения и Партнерство за сокращение масштабов заболеваемости малярией поставили на период 2010–2015 годов общие цели, касающиеся охвата принимаемых мер и их воздействия. К 2010 году четырьмя основными мероприятиями должны быть охвачены более 80 процентов населения: обеспечение обработанных инсектицидами противомоскитных сеток для людей, подверженных риску, обеспечение надлежащих противомаларийных лекарственных средств для пациентов с вероятным или подтвержденным диагнозом малярии, опрыскивание поверхностей внутри помещений целевых домашних хозяйств, подверженных риску, и периодическое профилактическое лечение беременных женщин (в районах со средними-высокими показателями передачи заболевания). К целям, определяющим международное воздействие, относится сокращение числа случаев заболевания малярией и смертности на душу населения на 50 процентов или более с 2000 по 2010 год и на 75 процентов или более с 2000 по 2015 год.

4. Во Всемирный день борьбы с малярией в 2008 году Генеральный секретарь призвал прилагать усилия к тому, чтобы исключить случаи смерти от малярии на основе обеспечения всеобщего охвата мероприятиями по борьбе с малярией к концу 2010 года. Позднее международное сообщество, руководствуясь необходимостью борьбы с малярией, определило три дополнительные цели в рамках Глобального плана действий по борьбе с малярией, объявленного Партнерством за сокращение масштабов заболеваемости малярией в сентябре 2008 года. Первая цель заключается в сокращении общего числа случаев смертности от малярии, с тем чтобы к 2015 году практически свести к нулю случаи смертности от малярии, которые можно предотвратить. Такая цель является более амбициозной, чем предшествующая цель, предусматривающая 70-процентное сокращение числа случаев смертности от малярии к 2015 году. Вторая цель заключается в ликвидации малярии в 8–10 странах к 2015 году и впоследствии во всех странах, которые в настоящее время находятся на этапе,

предшествующем искоренению (2008 год). Третья цель предусматривает «окончательное искоренение малярии во всем мире на основе сокращения распространения заболевания во всем мире до нулевого показателя за счет ее последовательной ликвидации в странах».

II. Политика и стратегии борьбы с малярией

5. Двумя наиболее эффективными и наиболее широко применяемыми мерами, направленными на предупреждение малярии на основе борьбы с комарами, является обеспечение прочных обработанных инсектицидами противомоскитных сеток и опрыскивание поверхностей внутри помещений. Поскольку необходимы высокие показатели охвата для реализации полного потенциала использования противомоскитных сеток или опрыскивания, ВОЗ рекомендует «всеобщий охват» людей, подверженных риску заболевания малярией, в районах, намеченных для предотвращения распространения малярии. Что касается прочных обработанных инсектицидами противомоскитных сеток, все люди, подверженные риску, независимо от возраста или пола, в районах, намеченных для предупреждения распространения малярии, должны обеспечиваться такими сетками.

6. ВОЗ рекомендует, чтобы прочные обработанные инсектицидами противомоскитные сетки предоставлялись бесплатно или по ценам со значительной скидкой. Цена не должна служить барьером для их распространения среди всех людей, подверженных риску заболевания малярией, особенно тех людей, которые подвержены наибольшему риску пагубного воздействия заболевания, таких как дети и беременные женщины.

7. Повсеместное распространение прочных отработанных инсектицидами противомоскитных сеток может быть обеспечено и поддерживаться за счет сочетания распространения в рамках первоначального оперативного охвата и периодических массовых кампаний, дополняемых периодическим распространением сеток среди беременных женщин и младенцев в родильных домах и детских поликлиниках в ходе иммунизации.

8. Национальные программы по борьбе с малярией и их партнеры должны распространять лишь сетки, рекомендованные программой оценки пестицидов ВОЗ. Такие сетки должны сохранять свое биологическое действие против комаров-переносчиков на протяжении как минимум трех лет в местных условиях в соответствии с рекомендованными способами использования, что исключает необходимость регулярной обработки инсектицидами.

9. В настоящее время программой опрыскивания поверхностей внутри помещений рекомендовано 12 инсектицидов, принадлежащих к четырем химическим классам. Дихлордифенилтрихлорэтан (ДДТ) имеет сравнительно наибольший остаточный эффект (более шести месяцев) действия против переносчиков малярии и играет важную роль в подавлении устойчивости у переносчиков болезней. Страны могут использовать ДДТ для опрыскивания поверхностей внутренних помещений так долго, как это им необходимо, при условии, что выполняются руководящие принципы и рекомендации ВОЗ и Стокгольмская конвенция о стойких органических загрязнителях и до тех пор, пока не будут иметься в наличии местные надлежащие и эффективные с точки зрения

затрат альтернативные средства для устойчивого перехода от использования ДДТ.

10. Резистентность к инсектицидам, особенно пиретроидам, представляет серьезную и возрастающую угрозу для устойчивости применяемых методов борьбы с переносчиками заболевания. Чрезвычайно важное значение имеет мониторинг и подавление устойчивости к инсектицидам, применимым в прочных обработанных инсектицидами противомоскитных сетках и при опрыскивании поверхностей внутри помещений.

11. Раннее и эффективное лечение от малярии сокращает заболеваемость, предупреждает смертность и сокращает очаги инфекции, что позволяет вести успешную борьбу с малярией. В 2010 году ВОЗ выпустила обновленные руководящие принципы лечения малярии.

12. До начала курса лечения всем пациентам с подозрением на малярию рекомендуется оперативное паразитологическое подтверждение (в течение двух часов поступления пациента) с применением микроскопа или оперативного диагностирования. Возможность проведения курса лечения, основанного исключительно на клиническом предположении, следует рассматривать лишь в тех случаях, когда паразитологический диагноз невозможен. Важность паразитологического подтверждения малярии до лечения возрастает, поскольку по мере сокращения случаев передачи сокращается число случаев повышения температуры, вызванного малярией. Когда во всех случаях повышения температуры назначается курс лечения от малярии, происходит не только чрезмерное использование комбинированных препаратов на основе артемизинина, но также не оказывается надлежащая медицинская помощь людям, у которых повышение температуры произошло из-за других болезней. Расширение использования оперативного диагностирования позволит сократить случаи ошибочного диагностирования малярии и чрезмерного использования противомаларийных лекарственных средств.

13. При подтвержденных случаях малярии *Plasmodium falciparum* без осложнений необходимо проводить курс лечения с применением комбинированных препаратов на основе артемизинина, а малярии *Plasmodium vivax* с использованием хлорохина, когда это эффективно, или с использованием соответствующих комбинированных препаратов на основе артемизинина в районах, в которых малярия *Plasmodium vivax* резистентна к хлорохину. Курс лечения от малярии *Plasmodium vivax* необходимо проводить в сочетании с применением в течение 14 дней примахина для предотвращения рецидива после подтверждения того, что пациент не страдает от нехватки в организме глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназа.

14. Комбинированные препараты на основе артемизинина являются не только эффективными, но также позволяют предотвратить возникновение и распространение плазмодия, не восприимчивого к лекарственным средствам. В настоящее время рекомендуются пять таких методов лечения благодаря их безопасности и эффективности: артемизинин-люмефантрин, артезунат-амодиахин, артезунат-мефлохин, артезунат-сульфадоксин-пириметамин и дегидроартемизинин-пиперахин. Выбор метода лечения должен быть основан на эффективности комбинаций в стране или районе предполагаемого использования.

15. Периодический профилактический курс лечения с использованием сульфадоксина-пириметамина, назначаемый два-три раза в течение второго и третьего триместров беременности в ходе дородовых консультаций, рекомендуется для беременных женщин в районах с высокой распространенностью заболевания. Периодический профилактический курс лечения младенцев с использованием одной дозы сульфадоксина-пириметамина, назначаемого три раза в течение первого года жизни в рамках регулярной расширенной программы иммунизации, рекомендуется для районов с высокой распространенностью заболевания, в которых сульфадоксин-пириметамин остается эффективным профилактическим средством.

16. В результате резистентности паразитов ранее использовавшиеся противомалярийные лекарственные средства оказались неэффективными в большинстве частей мира, что поставило под угрозу деятельность по борьбе с малярией. Применение высокоэффективных препаратов, являющихся производными артемизинина и близкими к нему по характеристикам лекарствами, сопряжено с аналогичным риском. ВОЗ рекомендует изъять из продажи пероральные монопрепараты на основе артемизинина и заменить их комбинированными препаратами на основе артемизинина.

III. Финансирование борьбы с малярией

17. Проводившиеся в течение последних 10 лет информационно-разъяснительные кампании на глобальном, региональном и национальном уровнях способствовали заявлению повышенных политических и финансовых обязательств в деле борьбы с малярией.

18. Финансовые обязательства внешних учреждений в области борьбы с малярией возросли в пять раз примерно с 0,3 млрд. долл. США в год в 2003 году до 1,6 млрд. долл. США в 2009 году, причем наибольшее увеличение пришлось на 2009 год. Хотя такие обязательства важны, именно международные инвестиции на цели борьбы с малярией в странах, в которых малярия эндемична, определяют прогресс. Объем таких инвестиций возрос с 35 млн. долл. США в 2000 году до более чем 1 млрд. долл. США в 2008 году и, по оценкам, возрос до 1,5 млрд. долл. США в 2009 году, т.е. в 40 раз.

19. С 2000 по 2007 годы на долю Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией пришлось 66 процентов от общего объема внешних инвестиций, выделенных на цели борьбы с малярией в странах, в которых малярия эндемична, или 2,6 млрд. долл. США. Следующим после Глобального фонда в качестве источника финансирования с 2000 по 2007 годы было Агентство Соединенных Штатов по международному развитию, включая инициативу президента по борьбе с малярией, которое увеличило объем финансирования на цели борьбы с малярией в 19 раз с 10 млн. долл. США в 2000 году до 188 млн. долл. США в 2007 году. Третью строчку занимает Министерство по вопросам международного развития Соединенного Королевства, которое увеличило свои взносы с 2 млн. долл. США в 2000 году до 19 млн. долл. США в 2007 году.

20. С 2000 по 2007 годы Глобальный фонд был основным источником внешнего финансирования во всех регионах, за исключением Юго-Восточной Азии, где на долю Всемирного банка приходилось 55 процентов от общего объема

финансирования внешних учреждений. В Европейском регионе с 2000 по 2007 годы на долю Глобального фонда приходилось 96 процентов от общего объема ассигнований внешних учреждений; в Восточно-Средиземноморском регионе на его долю приходилось 94 процента, а в регионе Северной, Центральной и Южной Америки на его долю приходилось 90 процентов. В Африканском регионе на долю Глобального фонда приходилось 76 процентов внешней помощи; для сравнения — на долю Министерства по вопросам международного развития приходилось 12 процентов, на долю Агентства по международному развитию — 3 процента, на долю Всемирного банка — 2 процента и на долю Японии — 1 процент.

21. С 2000 по 2007 годы объем выделенных внешними учреждениями ассигнований на цели борьбы с малярией возрос в 28 раз в Африканском регионе ВОЗ, в 27 раз в Восточно-Средиземноморском регионе (с 2003 года), в 18 раз в Европейском регионе, в 13 раз в Западно-Тихоокеанском регионе и в 8 раз в регионе Северной, Центральной и Южной Америки. Существенного увеличения объема внешней помощи не произошло лишь в регионе Юго-Восточной Азии, где объем выделенных в 2007 году ассигнований лишь в 1,4 раза превышает объем таких ассигнований в 2000 году.

22. Число стран, получающих внешнюю помощь для борьбы с малярией, возросло с 29 в 2000 году до 76 (в общей сложности из 109 стран, в которых малярия эндемична) в 2007 году, причем наибольшее увеличение было отмечено в Африке. Лишь две африканские страны, расположенные к югу от Сахары, в которых малярия эндемична, не получили внешней помощи: Ботсвана и Чад.

23. В целом менее населенные страны (например, Суринам, Сан-Томе и Принсипи и Эритрея) получили больший объем финансирования на душу населения, чем более населенные страны (такие, как Пакистан, Китай и Индия). Частично такое очевидное положение дел, когда более населенным странам выделяется незначительный объем финансовых средств, можно объяснить тем, что делается неточная и завышенная оценка населения, подверженного риску. Поэтому с учетом того, что заключение о том, что более населенные страны получают меньший объем внешней финансовой помощи, вызывает обеспокоенность, необходимо принимать во внимание неточность определения численности населения, подверженного риску, в таких странах, а также другие факторы, которые определяют необходимость внешнего финансирования, такие как наличие национальных финансовых ресурсов.

24. Информация о национальных источниках финансирования в целях борьбы с малярией является менее полной. Как представляется, объем такого финансирования возрос в ряде стран во всех регионах, однако, как представляется, с 2007 по 2008 год наблюдалась тенденция сокращения в двух регионах (Африканском и Восточно-Средиземноморском регионах) и постоянное сокращение с 2005 по 2008 год в регионе Юго-Восточной Азии. Повышение качества информации о национальных источниках финансирования на цели борьбы с малярией позволит получить более точное и полное представление о финансировании борьбы с малярией в международном масштабе.

25. Зачастую государство покрывает фиксированные расходы на осуществление программ по борьбе с малярией, включая расходы, связанные с людскими ресурсами и управлением программами (в частности, информационные системы, практикумы по вопросам планирования и надзор). Ассигнования внешних

учреждений, таких как Глобальный фонд и инициатива президента Соединенных Штатов в целях борьбы с малярией, зачастую направлены на покрытие различных расходов, таких как обеспечение и распределение товаров.

26. Хотя объем финансовых средств на цели борьбы с малярией возрос до беспрецедентного уровня, он по-прежнему меньше, чем ежегодная сумма, которая согласно Глобальному плану действий по борьбе с малярией потребуется для ведения успешной борьбы с малярией во всем мире: от 5 до 6,2 млрд. долл. США в год в период с 2009 по 2015 год. Даже если заявления на высоком уровне о приверженности делу борьбы с малярией в 2009 году (1,5 млрд. долл. США) воплотятся в конкретные ассигнования и расходы по программам и будут дополнены сопоставимым уровнем финансирования государств и частного сектора¹, общий объем финансовых средств, имеющихся на цели борьбы с малярией, составит примерно 3 млрд. долл. США, или менее 60 процентов от прогнозируемых потребностей.

IV. Осуществление программы: борьба с переносчиками инфекции

27. В 2008 году 23 страны в Африканском регионе и 35 стран за его пределами приняли рекомендацию ВОЗ о необходимости обеспечения надкроватных сеток не только для женщин и детей, а для всех возрастных групп, подверженных риску заболевания малярией. С 2007 года произошло увеличение на 13 стран.

28. Согласно данным, представленным Союзом за предупреждение малярии Партнерства за сокращение масштабов заболеваемости малярией, число прочных обработанных инсектицидами противомоскитных сеток, предоставленных африканским странам к югу от Сахары, возросло от 5,6 миллиона в 2004 году до 88,5 миллиона в 2009 году. Число обработанных инсектицидами сеток будет достаточно для охвата примерно 55 процентов населения, подверженного риску заболевания малярией в странах Африки к югу от Сахары в 2009 году, при том понимании, что два человека могут спать под одной сеткой и что срок эксплуатации сетки составляет три года.

29. В первой половине 2010 года было поставлено дополнительно 70 миллионов обработанных инсектицидами противомоскитных сеток. В настоящее время значительного прогресса начинают добиваться ряд крупных стран, которые располагают меньшим объемом финансовых средств. Нигерия распространила 25 миллионов сеток к середине 2010 года и близка к распространению 64 миллионов сеток к началу 2011 года, в результате чего ее программа станет самым крупным масштабным мероприятием по достижению цели, предусматривающей всеобщий охват к концу 2010 года.

30. Страны с более высоким уровнем внешней помощи на душу населения (например, Сан-Томе и Принсипи и Джибути) смогли распространить большее число сеток из расчета на одного человека и добиться более высокого уровня

¹ По оценкам Глобального плана действий по борьбе с малярией, объем финансовых средств правительств и домашних хозяйств примерно соответствует объему внешнего финансирования в 2007 году.

охвата чем другие с меньшим объемом финансирования (включая Кот-д'Ивуар и Камерун).

31. На основе данных по результатам проведения обследований домашних хозяйств и информации о снабжении сетками подготовлена оценка, согласно которой возросла доля домашних хозяйств африканских стран (31 процент), которые имели как минимум одну обработанную инсектицидами противомоскитную сетку в 2008 году (этот показатель в 2006 году составил 17 процентов), и в сравнении с предыдущими годами в 2008 году возросло число детей в возрасте до пяти лет, которые использовали сетку (24 процента). Такие взвешенные средние показатели обусловлены низкими показателями наличия сеток в нескольких крупных африканских странах, для которых лишь начинают выделяться ресурсы на цели увеличения закупок; показатель наличия сеток в домашних хозяйствах достиг более 50 процентов в 13 африканских странах с высокой распространенностью заболевания.

32. Если некоторые страны добились заметного равенства между сельскими и городскими домашними хозяйствами, а также самыми бедными и самыми богатыми домашними хозяйствами с точки зрения наличия обработанных инсектицидами противомоскитных сеток, многие другие страны не сделали этого. Равный охват главным образом обеспечивается за счет широкомасштабных кампаний по бесплатному распространению сеток, нацеленных на районы с высоким уровнем передачи малярии.

33. В 2008 году 44 страны, в том числе 19 в Африканском регионе, сообщили о проведении программ опрыскивания помещений. В Африканском регионе с 2006 по 2008 год число лиц, защищенных благодаря опрыскиванию, увеличилось более чем в два раза — с 15 миллионов до 59 миллионов. Это составляет 9 процентов от общей численности населения, подверженного риску. В 2008 году семь стран обеспечили защиту более 10 процентов подверженного риску населения: Ботсвана (38 процентов), Экваториальная Гвинея (56 процентов), Эфиопия (51 процент), Мадагаскар (32 процента), Мозамбик (30 процентов), Намибия (16 процентов) и Замбия (47 процентов).

34. В регионах помимо Африки оценить охват осуществляемых мероприятий представляется более сложной задачей. Такие мероприятия, как опрыскивание поверхностей внутри помещений и обеспечение обработанных инсектицидами противомоскитных сеток, зачастую проводятся целевым образом и ориентированы не на население в целом, а на группы населения, к которым затруднен доступ, или мобильные группы населения, подверженные наибольшему риску (такие, как мигранты, шахтеры и работники лесного хозяйства). В данном контексте обследования домашних хозяйств являются менее полезными и проводятся гораздо реже.

35. Анализ показывает, что число обработанных инсектицидами противомоскитных сеток, распространяемых среди населения, подверженного риску, является относительно высоким (достаточно для охвата более 20 процентов населения при том понимании, что сеткой пользуются два человека и срок эксплуатации составляет три года) в Суринаме (58 процентов), Малайзии (54 процента), Судане (55 процентов), Вануату (41 процент), Лаосской Народно-Демократической Республике (37 процентов), Бангладеш (31 процент), Папуа — Новой Гвинее (30 процентов), Соломоновых Островах (25 процентов), Бутане (23 процента), Камбодже (23 процента), Китае (23 процента) и Таджикистане (19 процен-

центов). Охват подверженного высокому риску населения мероприятиями по опрыскиванию поверхностей внутри помещений составил более 50 процентов в Таджикистане, Бутане и Малайзии. Охват населения мероприятиями по распыскиванию в Судане, Пакистане, Соломоновых Островах, Филиппинах и Индии составил от 20 до 40 процентов.

36. Обследования домашних хозяйств показывают, что показатель наличия обработанных инсектицидами противомоскитных сеток является низким (менее 20 процентов домашних хозяйств) в Джибути, Сомали и Судане. Согласно таким обследованиям 80 процентов детей в возрасте до пяти лет спят под противомоскитной сеткой в Камбодже, Лаосской Народно-Демократической Республике и Вьетнаме, однако куда меньше детей в этих странах спят под обработанными инсектицидами противомоскитными сетками (4 процента, 41 процент и 13 процентов, соответственно). Доля детей в возрасте до пяти лет, которые спали под обработанными инсектицидами противомоскитными сетками, составила 17 процентов в Папуа — Новой Гвинее в 2006 году и 41 процент на Соломоновых Островах в 2007 году.

V. Осуществление программы: диагностирование

37. В 2008 году 20 из 45 стран, в которых малярия эндемична, в Африканском регионе ВОЗ и 51 из 64 стран вне него сообщили, что имеют политику паразитологического тестирования в случаях подозрения заболевания малярией среди лиц всех возрастов.

38. Из лиц, в отношении которых имелось подозрение на заболевание малярией и которые посетили учреждения общественного здравоохранения в 35 странах с высокой распространенностью заболевания в Африканском регионе в 2008 году, 22 процента прошли тестирование, что в два раза выше по сравнению с 2006 годом. В 2008 году в 10 странах проведено диагностирование более 50 процентов лиц, в отношении которых имелись сообщения о подозрении на заболевание.

39. Число проведенных быстрых диагностических тестов стремительно возросло в 2007 и 2008 годах, в то время как в 2005 году такие тесты практически не проводились. Вместе с тем общее число проведенных в 2008 году тестов покрыло лишь 13 процентов общего числа сообщенных случаев по подозрению на заболевание малярией, что свидетельствует о сохраняющемся разрыве в возможностях диагностирования малярии.

40. На рынке имеются самые разные наборы для быстрого диагностического тестирования, и такая продукция отличается по своим характеристикам. Кроме того, на эффективность применения таких наборов влияют перепады температуры воздуха и влажность — условия, которые зачастую преобладают на местах. В целях обеспечения закупки комплектов для оперативного диагностирования высокого качества странам рекомендуется закупать продукцию, которая доказала свою эффективность в рамках программы оценки комплектов быстрого диагностического тестирования ВОЗ. В рамках этой программы, осуществление которой началось в 2006 году в сотрудничестве с Фондом для передовых новых диагностических средств и центрами Соединенных Штатов Америки по борьбе с заболеваниями и их предупреждению, проводится оценка и представляется информация о рабочих характеристиках комплектов для быстрого диаг-

ностического тестирования, и она служит для стран и закупочных организаций руководством при отборе диагностических комплектов высокого качества. В настоящее время имеются результаты двух раундов эксплуатационного тестирования. Проверка рабочих характеристик имеет также целью помочь производителям повысить качество своей продукции. Кроме того, поскольку рабочие характеристики различных партий отдельных изделий, по-видимому, будут различаться с течением времени, рекомендуется проводить проверку качества всех партий закупаемой продукции на основе тестирования производственных партий до крупномасштабной поставки продукции на места и внедрять процедуру мониторинга рабочих характеристик комплектов быстрого диагностического тестирования на местах. Программа оценки комплектов для быстрого диагностического тестирования предусматривает тестирование производственной партии в одном из трех региональных центров оценки поставленных комплектов для быстрого диагностического тестирования.

VI. Осуществление программы: лечение

41. К 2009 году 78 из 83 стран и территорий, в которых малярия *Plasmodium falciparum* является эндемичной, утвердили для использования комбинированные препараты на основе артемизинина в рамках своей национальной политики применения лекарственных средств.

42. Продолжение использования пероральных лекарственных монопрепаратов на основе артемизинина является основным фактором, способствующим развитию паразитоустойчивости. Несмотря на призыв ВОЗ к прекращению использования таких лекарственных средств (Всемирная ассамблея здравоохранения, резолюция 60.18, одобренная всеми государствами — членами ВОЗ в мае 2007 года), их производство продолжается и многие страны еще не изъяли их из оборота. С 2005 года ВОЗ выявила 76 фармацевтических компаний, занимающихся производством и сбытом пероральных монопрепаратов на основе артемизинина. К июлю 2010 года их производство прекратили лишь 36 компаний, главным образом те, которые имели значительную рыночную долю в государственном секторе закупок, финансируемом международными учреждениями. Вместе с тем существует большая вероятность игнорирования такого призыва ВОЗ более мелкими компаниями, ориентирующимися на рынки частного сектора.

43. К основным причинам ограниченного успеха в деле свертывания производства пероральных монопрепаратов на основе артемизинина относится неудовлетворительное регулирование рынков фармацевтической продукции в странах, в которых малярия эндемична. По состоянию на июль 2010 года из 78 национальных регулирующих органов стран, в которых малярия *Plasmodium falciparum* является эндемичной, 28 не приняли никаких мер регулирования для изъятия таких препаратов из оборота. Большинство таких стран расположены в Африканском регионе ВОЗ (16 национальных регулирующих органов), далее следует регион Юго-Восточной Азии (5 национальных регулирующих органов) и Западно-Тихоокеанский регион (3 национальных регулирующих органа). В целях свертывания производства пероральных лекарственных средств на основе артемизинина необходимо оказывать более активную помощь национальным органам по регулированию лекарственных средств.

44. Закупка комбинированных препаратов на основе артемизинина для государственного сектора продолжает увеличиваться — с более чем 76 миллионов курсов лечения в 2006 году до более чем 157 миллионов в 2009 году.

45. Четырнадцать из 35 стран Африки с высокой распространенностью заболевания сообщили о распределении достаточного количества комбинированных препаратов на основе артемизинина для проведения курса лечения как минимум в 50 процентах сообщенных случаях заболевания малярией в государственном секторе; 5 стран сообщили о распределении достаточного числа доз для проведения курса лечения во всех сообщенных случаях заболевания малярией в 2008 году. В большинстве соответствующих стран за пределами Африки доступ к первоочередным средствам лечения был достаточен для охвата всех сообщенных и подтвержденных случаев заболевания малярией. Во всех регионах, за исключением Юго-Восточной Азии, были проведены более двух курсов лечения из расчета на подтвержденный случай заболевания.

46. Согласно данным, полученным по результатам обследования домашних хозяйств за период 2006–2008 годов, доля детей с повышенной температурой, получающих противомалярийные лекарственные средства, варьировалась от 10 процентов (Эфиопия, 2007 год) до 63 процентов (Гамбия, 2006 год), а взвешенный средний показатель составил 32 процента. Доля детей с повышенной температурой, которые получали комбинированные препараты на основе артемизинина, варьировалась от 0 (ряд стран, 2006 год) до 22 процентов (материковая часть Объединенной Республики Танзания, 2008 год), а средний показатель составил 16 процентов. В 2008 году были зарегистрированы незначительно более высокие показатели использования комбинированных препаратов на основе артемизинина, чем в 2006 году. Возможно, это является отражением расширения распределения комбинированных препаратов на основе артемизинина, однако может также частично объясняться тем фактом, что в течение этих двух лет были представлены разные страны в данных, собранных на основе обследований домашних хозяйств.

47. Низкие показатели приема комбинированных препаратов на основе артемизинина детьми с синдромом лихорадки могут быть вызваны отсутствием медицинских учреждений, высокими ценами в частном секторе и ограниченным доступом к медицинским службам (например, ограниченное число программ по обеспечению ухода на уровне общины). В некоторых случаях это может быть также вызвано расширением доступа к паразитологическому подтверждению малярии, т.е. курс лечения проводится лишь при подтвержденных случаях заболевания.

48. Экспериментальную проверку проходит механизм финансирования — Механизм закупки лекарственных препаратов от малярии, для расширения доступа к комбинированным препаратам на основе артемизинина и замены более дешевых, но неэффективных лекарственных средств и монопрепаратов, которые способствуют устойчивости к лекарственным средствам. Данная программа, которой управляет Глобальный фонд, на экспериментальной основе осуществляется в восьми странах.

49. Впервые подтвержденная информация об устойчивости малярии *Plasmodium falciparum* к артемизинину в Западной Камбодже появилась в 2008 году. В январе 2009 года на тайландско-камбоджийской границе началось осуществление проекта, нацеленного на пресечение распространения резистентных шта-

ммов артемизинина. Проект, который координируется ВОЗ при поддержке Фонда Билла и Мелинды Гейтс, Глобального фонда и Агентства Соединенных Штатов по международному развитию, является масштабным мероприятием, которое включает меры по обнаружению и лечению всех заболеваний в целевых районах и расширению снабжения населения, подверженного риску, надкроватными сетками. В начале 2010 года результаты программы обследования населения в 20 поселениях повышенного риска показали, что штамм малярии *Plasmodium falciparum*, резистентный к артемизинину, практически исчез. Данные, полученные из первых семи поселений, в которых осуществлялась программа, показали, что среди 2800 обследованных лиц были выявлены лишь два случая заболевания. Данные, полученные по результатам национальных обследований в Камбодже, также подтвердили, что число случаев заболевания малярией *Plasmodium falciparum* в целевых районах резко сократилось.

VII. Профилактическое лечение

50. Тридцать пять стран в Африканском регионе и три страны в Восточно-Средиземноморском регионе утвердили и осуществляют политику периодического профилактического лечения от малярии беременных женщин. Папуа — Новая Гвинея утвердила также политику, направленную на периодическое профилактическое лечение. Данные о таких методах лечения для беременных женщин, собранные в ходе обследований в течение периода 2007–2008 годов, имелись для девяти стран с общей численностью населения 217 миллионов человек. В 2007–2008 годах доля женщин, которые получали две лечебные дозы в период беременности, варьировалась от 3 процентов в Анголе до 66 процентов в Замбии; средневзвешенный показатель составил 20 процентов.

VIII. Воздействие программ борьбы в Африканском регионе ВОЗ

51. В африканских странах с высокой распространенностью заболевания, которые добились высоких показателей обеспечения своего населения надкроватными сетками и охвата программами лечения, сокращение числа сообщенных случаев заболевания малярией и смертности более чем на 50 процентов было отмечено в четырех странах (Эритрея, Руанда, Сан-Томе и Принсипи и Замбия) и в одном районе (Занзибар, Объединенная Республика Танзания). В Сан-Томе и Принсипи и на Занзибаре сокращение числа случаев заболевания малярией и смертности наблюдалось после двух-трех лет широкомасштабного использования методов опрыскивания поверхностей внутри помещений, прочных обработанных инсектицидами противомоскитных сеток и комбинированных препаратов на основе артемизинина. В Руанде сокращение наблюдалось лишь после использования прочных обработанных инсектицидами противомоскитных сеток и комбинированных препаратов на основе артемизинина.

52. После проведенных интенсивных мер борьбы с малярией общий показатель смертности пациентов, проходящих стационарный курс лечения, сократился на 53 процента в Сан-Томе и Принсипи и на 57 процентов на островах Занзибара, Объединенная Республика Танзания. В Замбии общий показатель смертности детей сократился на 35 процентов и определялся на основе числа

случаев смерти, зарегистрированных в медицинских учреждениях, и на основе показателя смертности детей в возрасте до пяти лет в соответствии с демографическим и медицинским обследованием 2007 года. Такие тенденции, если они будут подтверждены в неостровных государствах, означают, что активная борьба с малярией может позволить многим африканским странам достичь к 2015 году сокращения показателя детской смертности на две трети в соответствии с четвертой целью в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия.

53. Аналогичное воздействие, возможно, ощущалось в других африканских странах с высокой распространенностью заболевания, однако изменения тенденции заболеваемости и смертности оказались неочевидными в основном по той причине, что системы обследования заболеваний недостаточно разработаны для определения изменений. На основе числа обработанных инсектицидами противомоскитных сеток, предоставленных 35 африканским странам, можно предположить, что с 2000 по 2009 год были спасены более 560 000 людей, причем наибольшее число с 2006 года.

54. В пяти из шести африканских стран с низкими показателями передачи заболевания (Ботсвана, Кабо-Верде, Намибия, Южная Африка и Свазиленд) с 2000 по 2008 год число подтвержденных случаев заболевания малярией и сообщенных случаев смерти от малярии сократилось более чем на 50 процентов. Как представляется, сокращение числа таких случаев стабилизировалось и остается на уровне между 10 и 25 процентами от показателей 2000 года. В каждой из этих стран наблюдается широкомасштабная деятельность по осуществлению программы борьбы с малярией, однако первоначальному сокращению могла также способствовать засуха, затронувшая Намибию, Южную Африку, Свазиленд и Зимбабве в течение периода 2001–2003 годов. Определить, возрастает ли, является ли стабильным или сокращается число таких случаев в другой стране с незначительными масштабами передачи заболевания, а именно в Зимбабве, представляется невозможным, однако, как представляется, в 2008 году превентивными мероприятиями было охвачено более 50 процентов населения, подверженного высокому риску.

IX. Воздействие программ борьбы в других регионах ВОЗ

55. Число случаев, о которых сообщалось в регионе Северной, Центральной и Южной Америки, сократилось с 1,14 миллиона в 2000 году до 557 000 в 2008 году. О сокращении более чем на 50 процентов сообщалось в 11 странах (Аргентина, Боливия (Многонациональное Государство), Эквадор, Сальвадор, Гватемала, Гайана, Гондурас, Мексика, Никарагуа, Парагвай и Суринам). Четыре из этих стран (Аргентина, Сальвадор, Мексика и Парагвай) находились на этапе ликвидации или этапе, предшествующем ликвидации, включая активные последующие меры реагирования на подозрительные случаи, а четыре других страны (Гайана, Гватемала, Никарагуа и Суринам) продемонстрировали, что они активно осуществляют меры контроля в интересах населения, подверженного риску заболевания малярией. В трех из этих стран (Гайана, Никарагуа и Суринам) были зарегистрированы высокие показатели ежегодного анализа крови, что свидетельствует о широком доступе к методам лечения от малярии. Пять стран (Бразилия, Колумбия, Коста-Рика, Панама и Перу) сообщили о колебании числа случаев с 2000 по 2008 год, что может быть связано с сокраще-

нием показателей в предыдущие годы. Бразилия значительно расширила возможности диагностики и лечения на основе сети более 40 000 медицинских работников, которые обслуживают отдельные домашние хозяйства. Число подтвержденных случаев во Французской Гайане свидетельствует о незначительных изменениях с 2000 по 2008 год. Три страны (Доминиканская Республика, Гаити и Венесуэла (Боливарианская Республика)) сообщили об увеличении числа случаев с 2000 по 2008 год, хотя увеличение на Гаити было связано с повышением показателя ежегодного анализа крови. Никакой информации не представил Белиз. В целом в восьми странах (Аргентина, Сальвадор, Гватемала, Гайана, Мексика, Никарагуа, Парагвай и Суринам) наблюдается сокращение числа случаев более чем на 50 процентов, что связано с осуществлением программы активной борьбы с малярией.

56. Сокращение более чем на 50 процентов числа сообщенных случаев с 2000 по 2008 год наблюдалось в пяти странах региона Юго-Восточной Азии (Бутан, Корейская Народно-Демократическая Республика, Непал, Шри-Ланка и Таиланд). Сокращение более чем на 25 процентов, но менее чем на 50 процентов наблюдалось в одной стране (Индия). Имелась информация о широкомасштабном осуществлении мероприятий по борьбе с малярией в двух странах, в которых наблюдалось сокращение числа случаев (Бутан и Таиланд), однако сокращение в Таиланде стабилизировалось в 2006 году после сокращения числа лиц, потенциально охваченных программой предупреждения малярии. Две страны, находившиеся на этапе, предшествовавшем ликвидации (Корейская Народно-Демократическая Республика и Шри-Ланка), приняли активные последующие меры в связи со всеми подозрительными случаями. Как представляется, масштабы превентивных мероприятий были незначительными в Индии и Непале, в которых охват населения, подверженного повышенному риску, составил менее 50 процентов. Другие страны, в которых малярия эндемична (Бангладеш, Индонезия, Мьянма и Тимор-Лешти), сообщили об отсутствии изменений или увеличении числа случаев, и масштаб мероприятий по контролю оказался незначительным по отношению к общей численности населения, подверженного риску. В целом в четырех странах (Бутан, Корейская Народно-Демократическая Республика, Шри-Ланка и Таиланд) наблюдалось сокращение числа случаев заболевания малярией в связи с осуществлением программы по борьбе с малярией, а сокращение в Таиланде, как представляется, стабилизировалось в течение периода 2006–2008 годов.

57. В европейском регионе число сообщенных случаев заболевания малярией значительно сократилось с 32 474 в 2000 году до 285 в 2009 году. Во всем регионе проводятся интенсивные мероприятия по борьбе с заболеванием. Опрыскивание поверхностей внутри помещений является основным способом борьбы с переносчиками заболевания; в дополнение к этому в районах выращивания риса разводится рыба гамбузия, питающаяся личинками, проводится выявление пассивных и активных случаев и осуществляется межстрановое сотрудничество в затронутых приграничных районах; в 2005 году все девять затронутых малярией стран в европейском регионе одобрили Ташкентскую декларацию, целью которой является пресечение распространения малярии к 2015 году и ликвидация заболевания во всем регионе. О последних двух случаях заболевания внутри страны малярией *Plasmodium falciparum* сообщалось в Таджикистане в 2008 году. Если сообщения о других случаях заболевания в этом регионе не поступят, 2009 год ознаменует ликвидацию в этом регионе

этого вида малярии. В целом во всех странах европейского региона, в которых малярия эндемична, существуют эффективные программы борьбы с малярией и они сообщили об устойчивом сокращении числа случаев заболевания более чем на 50 процентов.

58. Четыре страны в Восточно-Средиземноморском регионе (Афганистан, Иран (Исламская Республика), Ирак и Саудовская Аравия) сообщили о тенденции сокращения случаев заболевания малярией. Наблюдалась активная деятельность по борьбе с этим заболеванием в Иране (Исламская Республика), Ираке и Саудовской Аравии, которые согласно классификации находятся на этапе ликвидации или этапе, предшествующем ликвидации. В других странах региона (Джибути, Пакистан, Сомали, Судан и Йемен) постоянное сокращение числа случаев заболевания не зарегистрировано, однако Судан обеспечил охват более 50 процентов населения, подверженного риску, мероприятиями по предупреждению заболевания малярией. В целом в трех странах (Иран (Исламская Республика), Ирак и Саудовская Аравия) наблюдалось устойчивое сокращение числа случаев, связанное с широкомасштабным осуществлением мероприятий по борьбе с малярией.

59. Три страны (Лаосская Народно-Демократическая Республика, Республика Корея и Вьетнам) сообщили о сокращении числа подтвержденных случаев заболевания более чем на 50 процентов с 2000 по 2008 годы, а три страны (Малайзия, Соломоновы Острова и Вануату) сообщили о сокращении таких случаев более чем на 25 процентов в течение того же периода. Во всех этих шести странах наблюдалось широкомасштабное осуществление мероприятий по борьбе с малярией. В Камбодже, Китае, Папуа — Новой Гвинее и Филиппинах устойчивого сокращения числа случаев заболевания не наблюдалось. Во всех этих странах, особенно на Филиппинах, наблюдалось расширение деятельности по профилактике и лечению, однако ее воздействие не было очевидно как следствие осуществления такой деятельности в течение короткого периода времени или изменения не были выявлены в результате неэффективности систем обследования. В целом в шести странах (Лаосская Народно-Демократическая Республика, Малайзия, Республика Корея, Соломоновы Острова, Вануату и Вьетнам) наблюдалось устойчивое сокращение числа случаев, связанное с широкомасштабным осуществлением мероприятий по борьбе с малярией.

Х. Ликвидация

60. ВОЗ поощряет страны в районах низкой и нестабильной передачи заболевания переходить к этапу ликвидации малярии (пресечение передачи)². К чис-

² Ликвидация малярии: воспрепятствование распространению переносимой комарами малярии; полное сокращение случаев инфекции, вызванных малярийным плазмодием человека, в конкретных географических районах в результате целенаправленной деятельности; необходимость продолжения осуществления мер по предупреждению возобновления передачи. ВОЗ может сертифицировать ликвидацию малярии после того, как представлены не вызывающие разумных сомнений доказательства того, что во всей стране на протяжении как минимум трех лет подряд полностью пресекалась передача малярии, вызываемой малярийными комарами. Искоренение малярии: окончательное и полное сокращение во всем мире случаев инфекции, вызываемой конкретным разносчиком; касается конкретных видов малярийных плазмодиев. После окончания этапа искоренения меры воздействия больше не требуются.

лу условий, которые необходимы для обеспечения и продолжения ликвидации малярии в таких районах, относится наличие системы здравоохранения, которая обеспечивает общенациональный охват услугами, качество которых контролируется, включая надзор. В районах с высокими, стабильными показателями передачи, для которых характерно большое количество переносчиков заболевания, например во многих районах тропической Африки, добиться полной ликвидации малярии с нынешним арсеналом средств борьбы с ней в настоящее время является неосуществимой задачей.

61. Десять стран (Алжир, Азербайджан, Грузия, Ирак, Кыргызстан, Республика Корея, Саудовская Аравия, Таджикистан, Турция и Узбекистан) осуществляют общенациональные программы по ликвидации заболевания. Из них Саудовская Аравия является единственной страной, в которой имеет место передача активной формы малярии *Plasmodium falciparum* и которая расположена вне палеарктической экзоты. Четыре из этих стран (Алжир, Ирак, Грузия и Узбекистан) сообщили менее чем о 10 случаях заболевания в год, а еще две страны сообщили о менее чем 100 случаях заболевания в год.

62. Восемь стран (Аргентина, Корейская Народно-Демократическая Республика, Сальвадор, Иран (Исламская Республика), Малайзия Мексика, Парагвай и Шри-Ланка) находятся на этапе, предшествующем ликвидации, и придерживаются подхода, направленного на ликвидацию заболевания в масштабах всей страны.

63. Недавно еще восемь стран добились пресечения передачи. В последние годы вспышки новых случаев передачи произошли на Багамских Островах, Ямайке и в Российской Федерации и после трехлетнего перерыва — в Омане. Наряду с Сирийской Арабской Республикой (о последнем случае заболевания в стране сообщалось в 2004 году), Арменией, Туркменистаном (о последних случаях заболевания в стране сообщалось в 2005 году) и Египтом эти страны составляют группу стран, которые стремятся предотвратить возобновление передачи. В этих целях чрезвычайно важное значение имеют эффективные системы надзора.

64. В мае 2010 года Марокко стало второй страной в новейшей истории, сертифицированной ВОЗ в качестве страны, завершившей ликвидацию малярии; Объединенные Арабские Эмираты получили такую сертификацию в январе 2007 года. Марокко сообщило о последнем случае передачи местного вида малярии *Plasmodium vivax* в 2004 году. Туркменистан и Армения начали процесс, который позволит получить сертификацию о ликвидации малярии.

65. Восемь стран Сообщества по вопросам развития стран юга Африки в настоящее время применяют трансграничный подход к ликвидации малярии в регионе. Инициатива под названием «Ликвидация 8» охватывает Ботсвану, Намибию, Южную Африку, Свазиленд, Анголу, Мозамбик, Замбию и Зимбабве и ее поддерживают ВОЗ, Партнерство за сокращение масштабов заболеваемости малярией и Калифорнийский университет в Сан-Франциско.

XI. Резюме и рекомендации

66. Наблюдается определенный прогресс в достижении поставленных Всемирной ассамблеей здравоохранения и Партнерством за сокращением

масштабов заболеваемости малярией целей, касающихся борьбы с малярией, включая сокращение наполовину к концу 2010 года показателя заболеваемости малярией в 2000 году. Особо обнадеживающим является увеличение предложения прочных обработанных инсектицидами противомоскитных сеток. Только в Африке с 2006 по 2009 годы было распространено 240 миллионов сеток. Такие усилия в сочетании с целевым применением методов опрыскивания поверхностей внутри помещений и постепенным расширением доступа к комбинированным препаратам на основе артемизинина начали приносить желаемые результаты.

67. В странах, в которых были расширены масштабы мероприятий по борьбе с малярией, не только резко сократилось число случаев заболевания малярией, госпитализации и смертность, но также резко сократились общие показатели детской смертности. Данные по результатам национальных обследований заболевания, полученные из Эритреи, Сан-Томе и Принсипи, Руанды, Замбии и Занзибара в Объединенной Республике Танзания, свидетельствовали о сокращении более чем на 50 процентов числа зарегистрированных в медицинских учреждениях случаев заболевания малярией и смертности благодаря активизации мероприятий по борьбе с малярией. В Сан-Томе и Принсипи и на Занзибаре такие позитивные результаты сопровождалась более чем 50-процентным сокращением общих показателей заболеваемости и смертности среди детей в возрасте до пяти лет. В Замбии общие показатели смертности детей сократились на 35 процентов, что определяется количеством случаев смерти, зарегистрированных в медицинских учреждениях, и показателями смертности детей в возрасте до пяти лет, полученными на основе обследования в области демографии и здравоохранения 2007 года. Масштабы такого сокращения аналогичны тем, которые были установлены в ходе последнего исследования, проведенного на острове Биoko, Экваториальная Гвинея, где смертность населения в возрасте до пяти лет сократилась на 66 процентов на четвертый год после начала осуществления активных мероприятий по борьбе с малярией. Такая информация показывает, что эффективная борьба с малярией может играть важную роль в оказании африканским странам помощи в достижении цели 4 в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия и предусматривающей сокращение детской смертности на две третьих к 2015 году.

68. Кроме того, в период с 2000 по 2008 годы сокращение более чем на 50 процентов числа сообщенных случаев подтвержденного заболевания малярией наблюдалось в 29 из 56 неафриканских стран, в которых малярия эндемична, и в пяти из шести африканских стран с незначительными масштабами распространения заболевания. Тенденция сокращения более чем на 25 процентов наблюдалась в пяти других странах, в большинстве из которых было отмечено сокращение более чем на 50 процентов в долгосрочной перспективе. Десять стран осуществляют общенациональные программы ликвидации, а восемь стран находятся на этапе, предшествующем ликвидации. Еще восемь стран недавно покончили с распространением заболевания и находятся на этапе предотвращения рецидива малярии. В мае 2010 года Марокко стало второй страной в новейшей истории, сертифицированной ВОЗ в качестве страны, добившейся ликвидации малярии.

69. Как представляется, значительная внешняя помощь в деле борьбы с малярией приносит свои плоды. Вероятность сокращения числа случаев заболевания малярией с 2000 года была большей у стран, получавших в период с 2000 по 2007 годы на подверженного риску человека более 7 долл. США по линии внешней помощи, чем у стран, получавших 6 долларов или менее. Хотя число стран, получавших такую значительную помощь, является незначительным (лишь 10), подобное замечание предполагает, что сокращение масштабов распространения заболевания обусловлено значительным объемом внешней помощи из расчета на одного человека, подверженного риску заболевания малярией.

70. Хотя такие результаты являются обнадеживающими, очевидны определенные неудачи с точки зрения достигнутого прогресса. Почти 70 процентов домашних хозяйств в Африке не имели обработанных инсектицидами сеток в 2008 году и три четвертых детей в возрасте до пяти лет не использовали сеток. Такие результаты обусловлены низкими показателями наличия сеток в нескольких крупных африканских странах, в которые лишь начинают поступать финансовые ресурсы на цели закупки большего числа распределяемых сеток. Использование комбинированных препаратов на основе артемизинина остается на весьма низком уровне в большинстве африканских стран; в 11 из 13 обследованных в течение 2007–2008 годов стран менее 15 процентов детей в возрасте до пяти лет, у которых повышалась температура, получили такие препараты, что значительно ниже установленного Всемирной ассамблеей здравоохранения целевого показателя в 80 процентов.

71. Вне Африканского континента на долю стран, в которых сокращение числа случаев заболевания составило более 50 процентов приходилось лишь 4 процента от общего предположительного числа случаев вне Африки в 2006 году (850 000 случаев из предположительно 34 миллионов). Страны с наибольшими масштабами распространения малярии в каждом регионе (включая Бангладеш, Бразилию, Камбоджу, Колумбию, Индонезию, Мьянму, Пакистан, Папуа — Новую Гвинею и Судан) добились наименьших успехов в сокращении числа случаев заболевания малярией. Необходимо уделять повышенное внимание обеспечению прогресса в крупных странах, на долю которых приходится наибольшее число случаев заболевания малярией и смертности.

72. Необходимо прикладывать усилия к обеспечению и сохранению всеобщего охвата всеми мероприятиями по борьбе с малярией; в то же время особо необходимо обеспечить всеобщий доступ к диагностическому тестированию малярии. По мере сокращения случаев передачи сокращается число случаев повышения температуры, вызванного малярией. Проводя во всех случаях повышения температуры курс лечения от малярии, мы не только злоупотребляем комбинированными препаратами на основе артемизинина, но также оказываемся не в состоянии оказать надлежащую помощь людям, у которых повышение температуры вызвано другими заболеваниями. Расширение использования оперативных методов диагностирования позволит сократить случаи ошибочного назначения лечения, когда повышение температуры не вызвано малярией. Вместе с тем одного тестирования на малярию недостаточно. В отсутствие оперативных методов тестирования для определения других общих причин повышения тем-

пературы особо важное значение имеет профессиональная подготовка и надзор для повышения профессиональных навыков медицинских работников в области дифференцированной диагностики. Важно также, чтобы в момент оказания ухода имелись необходимые лекарственные средства для лечения малярии и других заболеваний. В противном случае существует риск того, что пациентам с отрицательными результатами тестов будут прописаны противомалярийные лекарственные средства.

73. Необходимо также внедрять стандартные системы обследования, которые позволяют получать своевременную информацию о достигнутом прогрессе в осуществлении программ. Расширение применения методов универсального диагностирования представляет уникальную возможность для укрепления систем обследования масштабов заболеваемости малярией, которые исключительно важны не только для определения воздействия, но также для выявления оставшихся очагов распространения малярии и районов повторной вспышки. В странах, в которых произошло резкое сокращение масштабов распространения малярии, иммунитет к этому заболеванию ослабнет и в результате появится большой риск повторной вспышки. Без своевременного информирования о подтвержденных случаях своевременно обнаружить такие повторные вспышки или принять меры реагирования на них будет невозможно. Число жертв таких вспышек в странах, которые не смогли подготовиться к ним, по всей видимости будет огромным. Таким образом, усиление диагностического тестирования и обследований имеют особо важное значение в странах, которые рассматривают возможность переориентирования своих программ контроля и перехода к этапу ликвидации.

74. Устойчивость к артемизинину была выявлена в Азии и, если меры по сдерживанию окажутся безуспешными, существует высокий риск того, что заболевание в конечном счете распространится в западном направлении, затронув Африку и другие регионы. Страны должны удвоить свои усилия на глобальном уровне для пресечения сбыта и использования только пероральных препаратов на основе артемизинина, которые, как считается, являются основной причиной возникновения и распространения устойчивости к артемизинину. Комбинированные препараты высокого качества должны иметься в государственных и частных медицинских учреждениях по доступным ценам. В целях оперативного выявления устойчивости мы должны обеспечить проведение регулярных исследований эффективности лекарственных средств, в ходе которых больным малярией назначают рекомендованные противомалярийные лекарственные средства и проводится их мониторинг в течение периода до 63 дней для определения успеха или неудачи.

75. Широкое распространение, особенно в частном секторе, получили низкокачественные и контрафактные лекарственные средства. Такие лекарственные средства не только ставят под угрозу жизнь отдельных пациентов, которые могут не получить надлежащий курс лечения от малярии, но также могут способствовать устойчивости к противомалярийным препаратам. Международное сообщество должно усилить поддержку национальных органов по регулированию лекарственных средств, с тем чтобы они могли повысить свою способность выявлять контрафактные и не от-

вещающие стандартам лекарственные средства и усиливать действующие положения путем изъятия такой продукции из оборота.

76. Существует ряд вопросов качества методов оперативного диагностирования и широко признается, что во многих случаях качество микроскопической диагностики малярии является низким. Странам потребуется дополнительная помощь в проведении предшествующего сбыту контроля качества методов диагностического тестирования (на основе оценки рабочих характеристик и качества производства) и проведение стандартного тестирования качества товарной партии, а также в обеспечении качества и контроля качества в рамках национальных программ контроля.

77. Хотя медицинские работники играют важную роль в деле борьбы с малярией, они не могут преуспеть в этой борьбе без участия населения. Министерства здравоохранения должны рассматривать общины в качестве активных участников программ борьбы с малярией и стремиться убеждать их брать на себя максимальную ответственность за различные аспекты таких программ, включая обеспечение того, чтобы каждый человек каждую ночь спал под обработанными инсектицидами противомоскитными сетками; обеспечение решения проблемы повышения температуры на уровне общины; и сбор данных для осуществления мер на местном уровне и для включения в национальную систему обзора заболеваемости малярией. Если общины получают возможность играть центральную роль в борьбе с малярией, а не будут рассматриваться лишь как конечные пользователи товаров и услуг, политическая воля вести борьбу с малярией не ослабнет, даже если сократится финансирование со стороны доноров.

78. Хотя недопустимо игнорировать необходимость обеспечения постоянного потока финансовых ресурсов, предназначенных для приоритетных стран и программ, центральной в этих областях деятельности является одна тема: необходимость повышения способности министерств здравоохранения вести эффективную борьбу с малярией. Отдача от увеличения объема инвестиций, по всей видимости, окажется мизерной, если министерства не станут центром притяжения и не будут получать инвестиции на цели укрепления потенциала и долгосрочного развития людских ресурсов на всех уровнях системы (национальном, окружном, районном и общинном), что необходимо для управления все более сложными программами. Чрезвычайно важно обеспечить эффективную координацию взносов доноров и национальных программ по борьбе с малярией и тесно увязывать финансирование товаров, необходимых для борьбы с малярией, с реальным укреплением потенциала, включая оказание долгосрочной технической помощи и интенсивную профессиональную подготовку сотрудников на всех уровнях системы здравоохранения. В то же время правительствам стран, в которых малярия эндемична, следует настоятельно предложить направлять инвестиции в развитие людских ресурсов, которые необходимы для гарантирования успеха в долгосрочной перспективе. В конечном счете, борьба с малярией может содействовать укреплению систем здравоохранения, что в свою очередь усилит такую борьбу.