



Болезнь Шагаса: борьба с ней и ликвидация

Доклад Секретариата

1. Цель, поставленная Ассамблеей здравоохранения в резолюции WHA51.14, к 2010 г. положить конец распространению болезни Шагаса, достигнута не будет. Болезнь распространяется за пределы районов, в которых она изначально являлась эндемической. В настоящем докладе излагается нынешняя ситуация с болезнью Шагаса, включая ее распространение в последнее время в неэндемичные страны, что обусловлено значительным усилением мобильности населения.

ЗАБОЛЕВАНИЕ

2. Болезнь Шагаса, также именуемая американским трипаносомозом и впервые открытая столетие назад д-ром Карлосом Шагасом в 1909 г., возникает в результате инфицирования паразитом *Trypanosoma cruzi*. Предполагается, что во всем мире этим паразитом инфицированы от 16 до 18 миллионов человек; из числа этих инфицированных ежегодно умирают 50 000 человек. Болезнью Шагаса можно заразиться в таких странах, как Аргентина, Белиз, Боливия, Бразилия, Колумбия, Коста-Рика, Эквадор, Сальвадор, Французская Гвиана, Гватемала, Гайана, Гондурас, Мексика, Никарагуа, Панама, Парагвай, Перу, Суринам и Венесуэла (Боливарианская Республика). В связи с миграцией населения отмечается рост числа случаев в Европе и Соединенных Штатах Америки, и этот рост является причиной дополнительного риска передачи болезни при переливании крови и трансплантации органов.

3. Местом обитания триатомовых клопов ("поцелуйных" клопов) на территории от южной Аргентины до южных штатов США являются обветшалые жилые помещения, где они находят для себя благоприятные условия в трещинах стен и в кровле неблагоустроенных жилищ в сельских районах или трущобах на периферии городов. Эти клопы инфицируются, укусив животное или лицо, инфицированное этим паразитом. Человек инфицируется *T. cruzi* несколькими путями: люди могут переносить паразита на глаза, рот или порезы, если до этого коснулись фекалий инфицированного триатомового клопа; клоповые фекалии могут попадать людям в глаза прямым путем; при потреблении не прошедшей тепловую обработку пищи, зараженной клоповыми фекалиями, паразит может попадать в пищевод; матери могут передавать *T. cruzi* детям во время беременности или при рождении; паразит может передаваться через зараженную кровь при переливании крови или трансплантации органов.

4. Риск инфекции *T. cruzi* непосредственно обусловлен нищетой. Миграция сельского населения в города, имевшая место в Латинской Америке в 1970-х и в 1980-х годах, изменила традиционную эпидемиологическую картину болезни Шагаса, ставшую городской инфекцией, которая передается при переливании крови. Степень зараженности банков крови в некоторых городах американского континента может составлять от 3% и до 53%, указывая на тот факт, что в запасах крови распространенность крови, инфицированной *T. cruzi*, может превышать распространенность вирусов ВИЧ и гепатитов В и С.

5. У человека при заболевании болезнью Шагаса отмечаются два этапа: острый период, при котором симптомы появляются вскоре после инфицирования, и хронический период, при котором симптомы проявляются после спокойного периода, который может продолжаться несколько лет. При хроническом течении заболевания происходят необратимые повреждения внутренних органов, в частности сердца, пищевода, толстой кишки и периферийной нервной системы. По истечении нескольких лет асимптоматической инфекции у 27% инфицированных развиваются сердечные симптомы (которые могут привести к внезапной смерти), у 6% нарушаются пищеварительные функции (главным образом, гипертрофия внутренних органов) и у 3% проявляются нарушения периферической нервной системы.

6. Лечение заболевания в острой фазе производится при помощи двух лекарственных средств: нифуртимокс и бензнидазол. Ход лечения можно улучшить при помощи более безопасных и более эффективных лекарств или рецептур (например, педиатрические рецептуры). Появляется все больше данных о том, что благодаря лечению пациентов по прошествии острой фазы можно избежать осложнений и снизить их остроту.

ДОСТИЖЕНИЯ

7. Межправительственные инициативы по укреплению борьбы против болезни Шагаса в Латинской Америке, основанные на борьбе против переносчика, а также на ведении больных, включают в себя: **Инициативу Южного конуса по борьбе против болезни Шагаса и по ликвидации ее**, осуществление которой было начато в Бразилии в 1991 г. (Аргентина, Боливия, Бразилия, Чили, Парагвай и Уругвай); **Инициатива Андских стран по борьбе против векторной и трансфузионной передаче болезни Шагаса**, которая была начата в 1997 г. (Колумбия, Эквадор, Перу и Венесуэла (Боливарианская Республика)); **Инициатива стран Центральной Америки по борьбе против передаваемой переносчиком и при переливании крови болезни Шагаса, а также по лечению этой болезни**, которая была организована в 1997 г. (Белиз, Коста-Рика, Сальвадор, Гватемала, Гондурас, Никарагуа и Панама); и **Инициатива стран Амазонии по эпиднадзору за болезнью Шагаса и по борьбе против нее**, которая была начата в 2005 г. (Боливия, Бразилия, Колумбия, Эквадор, Французская Гвиана, Гайана, Перу, Суринам и Венесуэла (Боливарианская Республика)).

8. Важные сдвиги произошли в последние десятилетия. Однако в разных районах положение может существенно отличаться. Ощутимые снижения наблюдались в числе острых случаев, а также в популяциях интрадомицильных триатомовых клопов в таких

странах, как Бразилия. Ежегодное расчетное количество случаев смерти во всем мире снизилось с 45 000 в 1990 г. до 12 500 в 2006 г., а расчетное число инфицированных снизилось с 30 миллионов до 15 миллионов. Ежегодная заболеваемость в течение этого 16-летнего периода сократилась с 700 000 до 41 000. Бремя болезни Шагаса снизилось с 2,8 миллиона лет жизни, скорректированных на инвалидность, до менее чем 500 000.

9. В 2005 г. болезнь Шагаса была внесена в классификацию ВОЗ по тропическим заболеваниям, не получающим достаточного внимания, в целях содействия синергизму в пропаганде и усилиях по борьбе против этой болезни наряду с другими заболеваниями, в равной степени не получающими достаточного внимания.

10. Перед лицом распространения и глобализации этого заболевания ВОЗ создала в июле 2007 г. Глобальную сеть по ликвидации болезни Шагаса, с тем чтобы поставить эту, главным образом, латиноамериканскую проблему в глобальную перспективу. Одной из первых инициатив, явившихся результатом работы этой сети, явилась Инициатива неэндемичных стран, предназначенная для дополнения существующих латиноамериканских межправительственных инициатив. В Европе в этой новой инициативе принимают участие Бельгия, Франция, Италия, Испания, Швейцария, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, а также Япония и Соединенные Штаты Америки.

11. В 2007 г. ВОЗ получила в дар 2,5 миллиона таблеток нифуртимокса на пятилетний период, что поможет скомпенсировать ограниченность в наличии и доступности этого лекарственного средства.

НОВЫЕ ЗАДАЧИ

12. **Распространение заболевания.** За минувшее десятилетие наблюдалось распространение болезни Шагаса на те районы, которые ранее считались неэндемичными по этой болезни, такие как Соединенные Штаты Америки и ряд стран Европы и Западной части Тихого океана, что объясняется ростом мобильности населения между Латинской Америкой и остальной частью света. В результате этого случаи болезни Шагаса могут иметь место в странах, где понимание или опыт в отношении этой болезни ограничен и где методы эпиднадзора и борьбы недостаточны, в особенности в области банков крови и акушерских служб.

13. **Устойчивость.** Всем заинтересованным сторонам необходимо стараться избегать самоуспокоенности и ослабления политического участия, а также сокращения ресурсов, с тем чтобы сохранялись и консолидировались успехи в области борьбы против болезни Шагаса, в том числе и в районах с незначительной эндемичностью. Необходим более активный эпиднадзор, с тем чтобы противостоять новым вызовам в области эпидемиологии.

14. **Возникновение.** Болезнь Шагаса появилась в регионах, ранее считавшихся свободными от этой болезни, таких как бассейн Амазонки, где паразит передается

переносчиками, обитающими не в жилище человека, а в природной лесной среде, и где наблюдались местные микроэпидемии болезни, передаваемой оральным путем.

15. **Повторное возникновение.** Болезнь Шагаса вновь возникла там, где меры борьбы однажды были успешными, в таких регионах, как регион Чако в Аргентине и Боливии. В дополнение к ослаблению мер борьбы в этих районах усилия по сдерживанию заболевания еще более усложняются в силу существования обширных популяций основных переносчиков, обитающих вне жилища человека, а также в силу появления определенной резистентности к инсектицидам.

16. **Диагноз и лечение.** Даже при существенном сокращении передачи заболевания остаются инфицированными миллионы людей, что указывает на необходимость более широкого доступа к надлежащей диагностике и лечению. Это требование будет сохраняться в эндемичных и неэндемичных районах в связи с ожидаемыми в будущем уровнями активной или случайной трансмиссии и в особенности, с учетом значительного бремени медицинских осложнений.

ПЕРСПЕКТИВЫ ЛИКВИДАЦИИ БОЛЕЗНИ ШАГАСА

17. Задача ликвидации болезни Шагаса более является не региональным, но глобальным вопросом. Основная проблема состоит в обеспечении более активной поддержки и укрепления национального и регионального потенциалов по достижению цели ликвидации болезни Шагаса как проблемы общественного здравоохранения.

18. ВОЗ в состоянии обеспечить скоординированную и глобальную поддержку в деле борьбы против болезни Шагаса и ее ликвидации. Организация расширяет концептуальную схему, закрепленную в Целях тысячелетия в области развития и других целях, согласованных в международном плане, в отношении заболеваний, не получающих достаточного внимания. Организация также расширяет программы ПАОЗ в деле неустанной борьбы против инфекционных заболеваний.

19. Необходимо располагать всеобщей гармонизированной и скоординированной эпидемиологической системой, для того чтобы отслеживать процесс ликвидации болезни Шагаса. В этом контексте эндемичным странам неотложно необходима скоординированная поддержка в области проводимых ими субрегиональных инициатив по профилактике и борьбе против заболевания, а неэндемичные районы нуждаются в поддержке их национальных и региональных программ, в задачи которых входят:

- эпиднадзор за переносчиками, числом случаев заболевания и другими факторами, имеющими отношение к передаче заболевания на всех уровнях общества, а также системы медико-санитарной информации по этим вопросам;
- профилактика передачи *T. cruzi* при переливании крови и трансплантации органов в эндемичных и неэндемичных районах;

- разработка диагностических тестов для скрининга и диагноза инфекции *T. cruzi* и разработка новых лекарственных средств, улучшающих лечение;
- профилактика передачи заболевания при рождении и борьба с этим явлением, ведение случаев врожденных и неvroжденных инфекций, включая стратегии выявления диагноза и лечение случаев болезни на различных уровнях медико-санитарной помощи (например, посредством включения этого аспекта в первичную медико-санитарную помощь, используя механизмы низового уровня, а также другие необходимые механизмы), которые могут применяться в эндемичных и неэндемичных странах;
- исследования в области борьбы против болезни Шагаса.

ДЕЙСТВИЯ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА

20. Исполнительному комитету предлагается принять доклад к сведению.

= = =