



Доклады о ходе работы¹

Доклад Секретариата

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Ликвидация болезни, профилактика и борьба	
G. Вирусный гепатит (резолюция WHA63.18)	2
H. Профилактика туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью и туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью и борьба с ним (резолюция WHA62.15).....	3
I. Холера: механизмы борьбы и профилактики (резолюция WHA64.15).....	6
J. Борьба с африканским трипаносомозом человека (резолюция WHA57.2).....	7
K. Глобальная стратегия сектора здравоохранения по ВИЧ/СПИДу на 2011–2015 гг. (резолюция WHA64.14).....	9
L. Профилактика инфекций, передаваемых половым путем, и борьба с ними: глобальная стратегия (резолюция WHA59.19).....	11

¹ См. документы EB130/35, доклады A-C, EB130/35 Add.1, доклады M-P, и EB130/35 Add.3, доклады D-F.

G. ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ (резолюция WHA63.18)

1. В 2010 г. Ассамблея здравоохранения приняла резолюцию WHA63.18, в которой отмечается необходимость комплексного подхода к профилактике и мерам борьбы против вирусного гепатита. Чтобы выполнить поручение, содержащееся в резолюции, Секретариат предпринимает широкий подход, в том числе расширение масштабов успешных мероприятий, укрепление систем здравоохранения и разработка новых подходов, при одновременной мобилизации столь необходимых ресурсов. Работа Секретариата разворачивается по четырем стратегическим направлениям.

2. **Стратегическое направление 1: повышение осведомленности и мобилизация ресурсов.** Проводится работа по повышению осведомленности лиц, принимающих решения, специалистов здравоохранения и общественности о вирусном гепатите; по укреплению мер профилактики и борьбы; и по ликвидации дискриминации инфицированных.

3. Двадцать восьмое июля 2011 г. ВОЗ организовала первый официальный Всемирный день борьбы против гепатита. Работая в рамках темы "Это гепатит ... Знай его. Умей противостоять. Гепатит может коснуться каждого, повсюду", ВОЗ оказывала поддержку мероприятиям, сотрудничая с гражданским обществом. Материалы в рамках этой кампании, подготовленные на различных языках, включали в себя технические информационные бюллетени, веб-уведомления, последние известия, пресс-релизы, видео-выступление Генерального директора, агитационные плакаты, социальные средства массовой информации и различные аудиовизуальные материалы. Широко привлекались средства массовой информации, что позволяло расширить как понимание проблем, связанных с вирусным гепатитом, так и решений, имеющих для противодействия различным болезням.

4. **Стратегическое направление 2: информационная основа для политики и действий.** ВОЗ обновляет оценки глобальной распространенности и бремени вирусного гепатита. В настоящее время прилагаются усилия по распространению результатов и по разработке средств, позволяющих правительствам подготовить опирающиеся на фактические данные и экономически эффективные меры политики и планы. Проводится завершающая работа по рекомендациям и стандартам в области эпиднадзора, с тем чтобы страны могли лучше приоритезировать ресурсы и определиться в выборе соответствующих мероприятий от иммунизации до противовирусной терапии, и от скрининга запасов крови до обеспечения безопасной обстановки в медучреждениях и безопасной практики. Готовится также руководство по проведению серологических обследований, что позволит проводить мониторинг тенденций по вирусному гепатиту и оценивать результативность мер профилактики.

5. **Стратегическое направление 3: профилактика передачи.** С учетом роста населения изменения эпидемиологической картины и новых экономических ограничений вносятся коррективы в профилактические действия, которые доказали свою эффективность. ВОЗ пересматривает принципы в области иммунизации, например те, которые касаются планов иммунизации, охраны здоровья новорожденных и медработников (в особенности от инфицирования вирусом гепатита В), расширения

роли существующих вакцин против гепатита А, новых вакцин против гепатита Е и новаторских подходов на будущее. Точно так же как возникновение эпидемии ВИЧ/СПИДа в 1980-е годы способствовало кампаниям, успешно повлиявшим на поведение многих людей, непрерывная работа в области укрепления здоровья должна сосредоточиться на таком поведении, которое влечет за собой риск инфекции и которое надлежит изменить. Важнейшие призывы в профилактике гепатита включают в себя контроль над инфекцией, более безопасный секс и формулирование стратегий безопасных продуктов крови, инъекций, продуктов питания и воды, которых странам надлежит придерживаться.

6. **Стратегическое направление 4: скрининг, уход и лечение.** В течение прошедшего десятилетия в области терапевтических средств против гепатита В и С наблюдался стремительный прогресс. В результате этого гепатит С часто вылечивается, а хронический гепатит В можно длительное время держать под контролем. Чрезвычайно важно было бы подготовить руководства по скринингу пациентов с гепатитом В и С по расширению доступа к медико-санитарной помощи и по противодействию развитию лекарственной устойчивости. Особое внимание следует уделять тем, кто находится в условиях ограниченных ресурсов. Поэтому Секретариат готовит комплекс мер, которые предусматривают консультирование до и после проведения тестирования, в рамках схемы обеспечения ухода и лечения, а также оказания поддержки странам в деле обеспечения более широкого охвата лечебными услугами, которые были бы более доступны по стоимости.

7. ВОЗ сформировала в штаб-квартире специализированную группу по гепатиту, имеющую координаторов в региональных бюро, которая будет заниматься координацией работы с партнерами и государствами-членами. Задача группы заключается в разработке средств и материалов, содействующих продвижению вперед важной работы по всем этим направлениям. Эта деятельность будет способствовать развитию и продвижению оперативной структуры на страновом уровне, нацеленной на осуществление мандата, установленного в резолюции WHA63.18.

Н. ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ И ТУБЕРКУЛЕЗА С ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ И БОРЬБА С НИМ (резолюция WHA62.15)

8. В резолюции WHA62.15 Ассамблея здравоохранения призывает государства-члены добиваться всеобщего доступа к диагностике и лечению туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью и предлагает ВОЗ поддержать этот процесс. В этой связи был достигнут существенный прогресс, в результате чего на момент подготовки этого документа 26 из 27 государств-членов, на которые приходится более 85% случаев заболевания туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью на глобальном уровне, приняли планы по расширению доступа к медицинской помощи. В сентябре 2011 г. Европейский региональный комитет принял сводный план действий по профилактике туберкулеза с множественной

и широкой лекарственной устойчивостью и борьбе с ним в Европейском регионе ВОЗ на 2011-2015 гг. (резолюция EUR/RC61/R7).

9. Отчасти в целях предупреждения развития туберкулеза с лекарственной устойчивостью все 22 страны с высоким бременем туберкулеза приняли рекомендованные ВОЗ стратегии по привлечению соответствующих провайдеров медико-санитарной помощи, специализирующихся на борьбе с туберкулезом, посредством налаживания государственно-частного сотрудничества. В 2011 г. провайдеры медико-санитарных услуг, работающие вне национальных противотуберкулезных программ, в 20 странах (включая 10 с высоким бременем туберкулеза) в районах, в которых используются комбинированные государственно-частные методы лечения, уведомили о случаях туберкулеза, число которых составляет 20%-40% от общего числа. Поскольку для профилактики и лечения туберкулеза с лекарственной устойчивостью нужны лекарственные средства гарантированного качества, ВОЗ оказывает техническую помощь и стратегически важные консультации по стандартам качества и нормативным вопросам для изготовителей и регулятивных органов в более чем 70 странах.

10. В период с 2008 по 2011 год ВОЗ ввела в действие новые принципы программного ведения больных туберкулезом с лекарственной устойчивостью и новые методы лабораторной диагностики и одобрила шесть дополнительных методов тестирования подверженности воздействию лекарственных средств, включая анализ "Xpert MTB/RIF" - новый молекулярный метод диагностики как туберкулеза, так и устойчивости к рифампицину - менее чем за два часа. ВОЗ подготовила руководство для стран по использованию этих тестов и координирует осуществление проекта по расширению доступа к новым средствам диагностики ТБ, который имеет целью улучшить доступ к тестированию лекарственной устойчивости в 27 приоритетных странах. Передача технологии завершена или продолжается в 18 из этих стран. К концу 2011 г. метод "Xpert MTB/RIF" будет использоваться в 40 развивающихся странах.

11. Ранее в этом году было положено начало работе по введению в действие соответствующей новой глобальной системы по координации поддержки стран по линии ВОЗ и партнеров в целях расширения доступа к медицинскому лечению пациентов, страдающих туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью. В настоящее время все страны имеют возможность приобретать противотуберкулезные лекарственные средства гарантированного качества второго ряда непосредственно через глобальный механизм по обеспечению лекарственными средствами (механизм закупок, действующий при поддержке ВОЗ), однако их стоимость остается высокой. Примерно в 2013 г. должны поступить два новых противотуберкулезных лекарственных средства для их использования в клинических условиях, в связи с чем ВОЗ в настоящее время разрабатывает концепцию их рационального введения в действие и использования.

12. ВОЗ оказывает странам поддержку в мониторинге доступа к лечению туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью и модернизации систем информационной технологии, используемых для этой цели. Некоторые из 21 страны

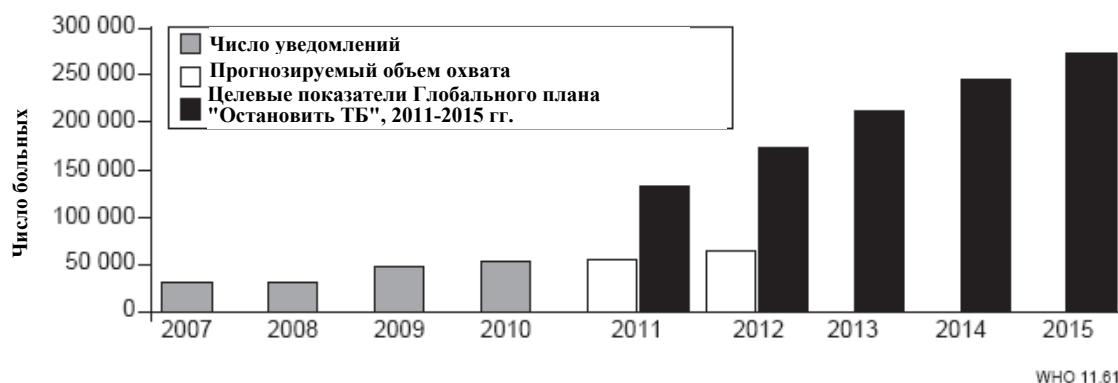
с высоким бременем туберкулеза используют или планируют ввести в действие электронные системы управления данными, а 10 из них планируют, приступили или завершили обследования лекарственной устойчивости в целях повышения точности доступной информации.

13. Несмотря на этот прогресс, его нынешние темпы не позволяют достичь целевых показателей, установленных в резолюции WHA62.15. На глобальном уровне только около 6% базовых медико-санитарных учреждений, оказывающих медицинскую помощь туберкулезным больным, также оказывают помощь и тем больным, которые страдают туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью. Общее число уведомлений о случаях туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью увеличилось с 29 000 в 2008 г. до приблизительно 53 000 в 2010 г., однако это значительно ниже установленного целевого показателя (см. Рисунок). В принципе, ежегодно можно было бы выявлять около 290 000 случаев заболевания туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью, если бы всех идентифицированных больных туберкулезом можно было бы проверить на подверженность воздействию лекарственных средств, однако, по имеющимся данным, только около 46 000 пациентов, страдающих туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (16% от предполагаемого общего числа), были зачислены в программы лечения в 2010 г., причем только 13 000 из них подверглись лечению в соответствии со стандартами ВОЗ.

14. Страны должны в срочном порядке выделять больше финансовых средств на противотуберкулезные программы, расширить доступ к доступным по цене оперативным диагностическим средствам и оказывать лечение большему числу туберкулезных пациентов с лекарственной устойчивостью. Расходы на лечение необходимо снизить, а производственный потенциал по изготовлению лекарственных средств гарантированного качества второго ряда повысить. Необходимо также укрепить программный потенциал ведения больных туберкулезом посредством осуществления политики, изложенной в резолюции WHA62.15.

Рисунок

Число уведомлений о случаях туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью, прогнозируемый объем охвата программами лечения и целевые показатели



I. ХОЛЕРА: МЕХАНИЗМЫ БОРЬБЫ И ПРОФИЛАКТИКИ (резолюция WHA64.15)

15. В настоящем докладе представлена обновленная информация о глобальной ситуации и оценка усилий, предпринятых в области методов профилактики холеры и борьбы с ней в ответ на предложение, сделанное Всемирной ассамблеей здравоохранения в резолюции WHA64.15 в отношении холеры: механизмов борьбы и профилактики.

16. В 2010 г.¹ было 317 534² зарегистрированных случаев заболевания холерой, в том числе 7543 случая смерти с коэффициентом смертности 2,38%, что является увеличением числа случаев заболевания на 43% по сравнению с 2009 г.³ и увеличением на 130% по сравнению с 2000 годом^{4,5}. Случаи заболевания были зарегистрированы в 48 странах. Впервые с 1995 г. в результате крупной вспышки данного заболевания на Гаити, которая началась в октябре 2010 г.⁵, доля зарегистрированных ВОЗ случаев заболевания на Африканском континенте сократилось с уровня, превышающего 90% от общего глобального уровня, до уровня, составляющего менее 50%. На три вспышки данного заболевания, от которых пострадали район озера Чад в Центральной Африке, Доминиканская Республика и Гаити в районе Карибского моря, а также Папуа-Новая Гвинея в Океании, приходится 79% глобальных случаев заболевания и 89% глобальных случаев смерти от холеры⁵.

17. В течение всего года продолжались усилия по расширению мер борьбы. Например, Кения разработала всеобъемлющий национальный план действий, который осуществляется и который послужит примером для других стран в Регионе. По меньшей мере трем странам высокого риска (их местонахождение еще не определено) до распространения этой болезни на другие районы высокого риска было предложено осуществлять новаторский план медико-санитарного просвещения населения.

18. На специальном совещании экспертов, проведенном ВОЗ в Женеве в мае 2011 г., были рассмотрены принципы комплексного плана ответных мер на вспышки данного заболевания в случае крупномасштабных гуманитарных кризисов. Был достигнут полный консенсус в отношении активного применения противохолерных вакцин во время вспышек в целях сокращения смертности в тех районах, где невозможно эффективно осуществлять другие мероприятия. Важно, чтобы такие кампании по вакцинации не нарушили проведение других высокоприоритетных мероприятий.

¹ Холера, 2010 г.; *Эпидемиологический еженедельник*, 2011 г., **86**(31):325-340 (по англ. изд.).

² Все данные, рассматриваемые в настоящем докладе, были представлены ВОЗ в рамках национальных систем эпиднадзора за болезнями.

³ Холера, 2009 г.; *Эпидемиологический еженедельник*, 2010 г., **85**(31):293-308 (по англ. изд.).

⁴ Холера, 2000 г.; *Эпидемиологический еженедельник*, 2001 г., **76**:233-240 (по англ. изд.).

⁵ На тенденции и уровни зарегистрированных случаев заболевания и смерти оказываются влияние уровни оповещения, предоставляемого национальными системами эпиднадзора, и число стран, предоставивших информацию.

19. На консультативном совещании экспертов, проведенном ВОЗ в Женеве в сентябре 2011 г., была обсуждена стратегия создания запасов противохолерной вакцины. Рабочей группой был разработан подробный план действий в отношении следующих шагов. Преквалификация второй вакцины, проведенная ВОЗ в сентябре 2011 г., явилась важным шагом вперед по повышению доступности противохолерных вакцин.

20. Страны предпринимают серьезные усилия по активизации борьбы с холерой в районах, эндемичных по данной болезни, но достижение прогресса затрудняется в результате возросшей численности населения, проживающего в антисанитарных условиях, повышения уровней миграции, разрушающей инфраструктуры, воздействия климатических изменений и конкурирующих приоритетов в области общественного здравоохранения.

21. В настоящее время в результате совместных усилий ВОЗ и ЮНИСЕФ официально создана Международная сеть по содействию очистке и безопасному хранению бытовых вод. Будут активизированы усилия по содействию деятельности, осуществляемой в эндемичных районах. Данный вопрос будет поднят на 6-м Всемирном водном форуме (Марсель, 7-12 марта 2012 г.), где также будет проведено совещание по вопросам профилактики холеры и борьбы с ней в Африке.

Ж. БОРЬБА С АФРИКАНСКИМ ТРИПАНОСОМОЗОМ ЧЕЛОВЕКА (резолюция WHA57.2)

22. Впервые за 50 лет число новых случаев африканского трипаносомоза человека уменьшилось до менее 10 000 с 9878 новых случаев в 2009 г. и 7139 в 2010 году. Общее число случаев, зарегистрированных в период 2001-2010 гг., сократилось на 73,4%.

23. Хроническая форма этой болезни, вызываемой *Trypanosoma brucei gambiense*, является эндемической в 24 странах. В течение 2009 г. и 2010 г. 11 стран (Бенин, Буркина-Фасо, Гамбия, Гана, Гвинея-Биссау, Либерия, Мали, Нигер, Сенегал, Сьерра-Леоне и Того) не зарегистрировали ни одного случая и восемь (Камерун, Конго, Кот-д'Ивуар, Экваториальная Гвинея, Габон, Гвинея, Нигерия и Уганда) сообщили о среднем числе менее 100 новых случаев ежегодно. Ангола, Центральноафриканская Республика, Чад и Судан регистрировали от 100 до 1000 новых случаев ежегодно. Демократическая Республика Конго является наиболее сильно пораженной страной, в которой ежегодно регистрируется более 1000 новых случаев.

24. Острая форма африканского трипаносомоза человека, вызываемая *T.V.rhodesiense*, является эндемической в 13 странах. В тот же период в Ботсване, Бурунди, Эфиопии, Мозамбике, Намибии, Руанде и Свазиленде не было зарегистрировано ни одного случая. Спорадические случаи были зарегистрированы в Кении и Зимбабве. Малави, Объединенная Республика Танзания и Замбия сообщили о менее 100 новых случаях ежегодно, а Уганда сообщила о том, что в ней ежегодно происходит от 100 до 1000 новых случаев.

25. Государственно-частные партнерства дали возможность странам, эндемичным по африканскому трипаносомозу человека, использовать наилучшие из имеющихся вариантов лечения. В апреле 2009 г. комбинация эфлорнитина и нифуртимокса была одобрена Комитетом экспертов по отбору и использованию основных лекарственных средств для лечения второй стадии болезни, вызываемой *T.V.rhodesiense*. Эта комбинация сокращает продолжительность лекарственного лечения и облегчает введение лекарств, сохраняя при этом тот же уровень эффективности, что и лечение одним эфлорнитиним. Благодаря этому новому варианту лечения в 2010 г. только 12% зарегистрированных случаев подверглись лечению токсичным меларсопролом, по сравнению с 86% случаев, зарегистрированных в 2008 году. Этот успех стал возможным благодаря созданию потенциала и бесплатному распределению комплекта, включающего все материалы, необходимые для введения этой комбинации лекарств.

26. Несмотря на вдохновляющие результаты и открывающиеся перспективы, этот процесс по-прежнему остается нестабильным, и африканский трипаносомоз человека продолжает быть угрозой в Африке. Поэтому странам, эндемичным по этой болезни, необходимо оказывать поддержку для укрепления деятельности по борьбе с ней посредством выявления изолированных очагов передачи болезни, улучшения эпиднадзора и регистрации. Для достижения этого следует принять комплексный подход, в соответствии с которым мероприятия по эпиднадзору и борьбе будут предприниматься в рамках усиленных и оперативных систем здравоохранения.

27. Сокращение числа случаев африканского трипаносомоза человека способствовало отсутствию интереса к двустороннему сотрудничеству и к сотрудничеству между неправительственными организациями и донорами, а также сокращению осознания угрозы, которую представляет эта болезнь для развития и общественного здравоохранения в странах, в которых она является эндемической. Эта тенденция усиливается в результате установления других приоритетов общественного здравоохранения. Поэтому существует риск стагнации мер борьбы и эпиднадзора, как это произошло в 1960-е годы, что в конечном счете привело к возвращению этой болезни. Для того чтобы эта история не повторилась, следует расширять информированность об этой болезни посредством удвоения усилий по информации и пропаганде. Цель должна состоять в обеспечении придания приоритета этой болезни в повестках дня здравоохранения как эндемичных стран, так и доноров. Борьбу и эпиднадзор в этой области следует усилить и ускорить исследования средств, предназначенных для содействия разработке новых стратегий, направленных на использование в системах здравоохранения эффективных с точки зрения затрат мер борьбы и эпиднадзора, связанных с африканским трипаносомозом человека.

28. В борьбе против этой болезни ВОЗ продолжает сотрудничать с Комиссией Африканского союза в рамках Панафриканской кампании по ликвидации мухи цеце и трипаносомоза и с ФАО в рамках многоучрежденческой Программы борьбы против африканского трипаносомоза.

К. ГЛОБАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ВИЧ/СПИДУ НА 2011–2015 гг. (резолюция WHA64.14)

29. Ассамблея здравоохранения в резолюции WHA64.14 одобрила Глобальную стратегию сектора здравоохранения по ВИЧ/СПИДУ на 2011-2015 годы. Данный доклад является ответом на предложение, содержащееся в данной резолюции, о том, чтобы Генеральный директор представляла доклады о ходе работы по осуществлению данной стратегии.

30. Был разработан оперативный план, в котором были подробно указаны основные достижения ВОЗ по оказанию поддержки в осуществлении данной стратегии. Этот план увязан с единым бюджетом, результатами и рамками отчетности¹ ЮНЭЙДС на 2012-2015 годы. В июле 2011 г. отдел по ВИЧ завершил процесс стратегической увязки в целях оптимизации его структуры и набора персонала для осуществления данной стратегии в условиях ограниченных ресурсов.

31. Двадцатого июня 2011 г. в Женеве было проведено консультативное совещание с государствами-членами, ЮНЭЙДС, партнерами по развитию, представителями гражданского общества и коспонсорами по вопросам воплощения глобальной стратегии в страновую деятельность. Осуществлялась региональная адаптация данной глобальной стратегии. В октябре 2010 г. в резолюции EM/RC57/R.5 Региональный комитет для стран Региона Восточного Средиземноморья одобрил свою региональную стратегию. В сентябре 2011 г. в резолюции Регионального комитета для стран Региона Юго-Восточной Азии приветствовалось одобрение Ассамблеей здравоохранения данной стратегии², а в октябре 2011 г. Региональный комитет Европейского региона в резолюции EUR/RC61/R8 принял план действий. Региональный план ПАОЗ на 2006-2015 гг. будет пересмотрен в первой половине 2012 года³. Региональное бюро для стран Африки проводит обновление региональной стратегии⁴, которая будет рассмотрена Региональным комитетом для стран Африканского региона в 2012 году. Данная глобальная стратегия была учтена в Политической декларации по ВИЧ/СПИДУ, принятой Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций 10 июня 2011 года⁵.

¹ http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2011/20110526_UBRAF%20Part%201_final.pdf (по состоянию на 14 ноября 2011 г.).

² См. резолюцию SEA/RC64/R6.

³ Regional HIV/STI Plan for the Health Sector 2006–2015, PAHO, 2005, http://www.paho.org/english/ad/fch/ai/HIV_Regional_Plan_2006-2015_ENGLISH.pdf (по состоянию на 7 ноября 2011 г.).

⁴ Документ AFR/RC56/8, HIV prevention in the African Region: a strategy for renewal and acceleration, cited in resolution AFR/RC56/R3.

⁵ Резолюция Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций A/RES/65/277, http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/06/20110610_UN_A-RES-65-277_en.pdf (по состоянию на 7 ноября 2011 г.).

32. Были определены приоритеты на двухгодичный период 2012-2013 годов. На консультативном совещании по вопросу стратегического использования антиретровирусных лекарственных препаратов по профилактике и лечению ВИЧ¹, были рассмотрены новые направления научных исследований по использованию преимуществ антиретровирусной терапии в области профилактики, более широкие медицинские преимущества более раннего внедрения антиретровирусной терапии, эффективность преинфекционной профилактики ВИЧ с помощью антиретровирусных лекарственных средств и применение вагинальных бактерицидных средств. Одним из его результатов является набор руководящих принципов, в настоящее время находящийся на стадии подготовки, по приоритетному использованию антиретровирусных препаратов. В рамках отдела ЮНЭЙДС по трудовым вопросам² ВОЗ совместно с ЮНИСЕФ осуществляет руководство деятельностью в области предупреждения передачи ВИЧ от матери ребенку и активно участвует в разработке глобального плана по ликвидации ВИЧ-инфекций³. Инициатива "Лечение 2.0", руководство которой осуществляют ВОЗ и ЮНЭЙДС, направлена на оптимизацию лечения ВИЧ в целях достижения всеобщего доступа к 2015 году.

33. Секретариат продолжает осуществление мониторинга пандемии ВИЧ и ответные меры сектора здравоохранения. В ноябре 2011 г. ВОЗ, ЮНЭЙДС и ЮНИСЕФ совместно приступили к принятию глобальных мер в ответ на ВИЧ/СПИД⁴. Новые данные показывают уменьшение заболеваемости ВИЧ в мире, причем в 2010 г. было зарегистрировано приблизительно 2,7 миллиона новых случаев ВИЧ-инфекции (2,4 миллиона - 2,9 миллиона), что на 15% ниже уровня 3,1 миллиона (3 миллиона - 3,3 миллиона) новых случаев инфицирования в 2001 году. Ежегодная смертность, связанная со СПИДом, сократилась с максимального уровня 2,2 миллиона (2,1 миллиона - 2,5 миллиона) в 2005 г. до приблизительно 1,8 миллиона (1,6 миллиона - 1,9 миллиона) в 2010 году. Однако наблюдаются значительные региональные колебания по регионам.

34. Был достигнут значительный прогресс в принятии ответных мер сектора здравоохранения в отношении ВИЧ. Были расширены программы по медицинской циркумцизии у мужчин в целях профилактики ВИЧ в 13 африканских странах к югу от Сахары с высоким бременем этой болезни. В 2010 г. было сделано 410 000 операций, но эта цифра отражает лишь 2% предполагаемой необходимости. В результате

¹ Это было неофициальное консультативное совещание ВОЗ по вопросу стратегического использования антиретровирусных препаратов, Женева, 14-16 ноября 2011 г., и в нем участвовали государства-члены, научные работники, партнеры по развитию, представители гражданского общества и разработчики программы.

² См. документ отдела ЮНЭЙДС по трудовым вопросам об оказании технической поддержки: резюме и обоснование, Женева, ЮНЭЙДС, 2005 г.

³ Глобальный план устранения новых случаев заражения ВИЧ среди детей до 2015 г. и оказания помощи матерям, чтобы они могли оставаться в живых, 2011-2015 гг., http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_ru.pdf (по состоянию на 7 ноября 2011 г.).

⁴ Global Response to HIV/AIDS: Epidemic update and progress towards Universal Access (на стадии подготовки).

увеличения на 22% числа медицинских учреждений, предоставляющих услуги по тестированию на ВИЧ и консультативные услуги, в 2010 г. по сравнению с 2009 г. большее число людей знает свой ВИЧ-статус. Однако по-прежнему ограничены услуги в борьбе с ВИЧ для групп населения повышенного риска, включая потребителей инъекционных наркотиков, работников секс-бизнеса, мужчин, практикующих секс с мужчинами, и транссексуальных лиц. Продолжается успешное расширение лечения ВИЧ, причем в конце 2010 г. курс антиретровирусной терапии в странах с низким и средним уровнями доходов прошли 6,6 миллиона человек, что составляет увеличение на 27% с конца 2009 года. Также расширился доступ к антиретровирусным лекарственным средствам для предупреждения передачи ВИЧ от матери ребенку, причем в 2010 г. 59% ВИЧ-позитивных беременных женщин получили доступ к такому лечению по сравнению с 48% в 2009 году.

L. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, И БОРЬБА С НИМИ: ГЛОБАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ (резолюция WHA59.19)

35. В настоящем докладе содержится обновленная информация о ходе работы по осуществлению Глобальной стратегии по профилактике инфекций, передаваемых половым путем, и борьбе с ними, которая была одобрена Ассамблеей здравоохранения в резолюции WHA59.19.

36. В Европейском регионе ВОЗ была разработана региональная рамочная программа осуществления Глобальной стратегии; впоследствии она была рассмотрена представителями государств-членов в данном Регионе, международными организациями-партнерами и гражданским обществом. Кроме того, были направлены миссии в Кыргызстан, Таджикистан и Украину в целях оказания технической поддержки в работе по укреплению мероприятий, направленных на профилактику инфекций, передаваемых половым путем, и борьбе с ними. В сентябре 2011 г. в ходе 26-го Европейского конгресса Международного союза борьбы с болезнями, передаваемыми половым путем (Рига, 8-10 сентября 2011 г.), ВОЗ организовала симпозиум, который позволил мобилизовать поддержку со стороны государств этого Региона.

37. В Регионе Западной части Тихого океана было проведено совещание по проведению среднесрочного обзора Регионального стратегического плана действий по профилактике инфекций, передаваемых половым путем, и борьбе с ними (Улан-Батор, 18-20 октября 2010 г.). Участники совещания заслушали информацию о ходе работы по осуществлению плана действий, свидетельствующую о снижении показателей распространенности инфекций, передаваемых половым путем, и ВИЧ, а также о сохранении низких уровней распространенности ВИЧ во Вьетнаме, Камбодже, Лаосской Народно-Демократической Республике, Монголии и на Филиппинах. Распространенность инфекций, передаваемых половым путем, и ВИЧ среди работников секс-индустрии была сокращена за счет всесторонних целенаправленных мероприятий, которые состояли в проведении информационно-разъяснительной работы, подготовке с привлечением сверстников и коллег, более широким применением презервативов, осуществлении программы под названием

"100%-ное использование презервативов" и в оказании регулярных услуг в случае инфекций, передаваемых половым путем. Во Вьетнаме, Лаосской Народно-Демократической Республике и на Филиппинах степень распространенности инфекций, передаваемых половым путем, удалось снизить среди работников секс-индустрии посредством периодического лечения предполагаемых случаев заражения в дополнение к другим целевым мерам.

38. В целях укрепления глобальной программы эпиднадзора за устойчивостью гонококковой инфекции к противомикробным препаратам ВОЗ создала сеть лабораторий, обладающих передовым опытом, в целях мониторинга и разработки рекомендаций в отношении глобального распространения болезней, вызванных *Neisseria gonorrhoeae*, с множественной лекарственной устойчивостью. Эти контрольные лаборатории расположены в Австралии, Индии, Канаде, Швеции и Южной Африке. Кроме того, в целях борьбы с устойчивостью *N. gonorrhoeae* к противомикробным препаратам на глобальном уровне было укреплено сотрудничество с Отделом профилактики болезней, передаваемых половым путем, Центрами профилактики болезней и борьбы с ними (Атланта, Соединенные Штаты Америки); Агентством здравоохранения (Лондон, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии); и Европейским центром профилактики болезней и борьбы с ними.

39. В некоторых регионах проводилась профессиональная подготовка в целях укрепления и расширения масштабов эпиднадзора за инфекциями, передаваемыми половым путем, включая эпиднадзор за гонококковыми инфекциями, устойчивыми к противомикробным препаратам. В Африканском регионе была проведена работа по профессиональной подготовке 23 медсестер и трех лабораторных техников из Зимбабве в октябре 2010 г. в Хараре, двух биологов из Мадагаскара в контрольной лаборатории в Южной Африке в марте 2011 г. и трех лабораторных техников из Объединенной Республики Танзания в Южной Африке в июне 2011 года. В Регионе Юго-Восточной Азии был проведен учебный семинар для четырех лабораторных техников из Бутана в контрольной лаборатории Индии в июне 2010 года. В декабре 2010 г. в том же центре прошли обучение один микробиолог из Бутана, 9 из Индии и один из Шри-Ланки. Всестороннюю подготовку по эпиднадзору за инфекциями, передаваемыми половым путем, прошли около 20 руководителей программ из 11 стран данного Региона в Шри-Ланке в октябре 2011 года.

40. Были достигнуты определенные успехи в деле ликвидации врожденного сифилиса на глобальном уровне. В рамках системы отчетности о деятельности ВОЗ по достижению цели всеобщего доступа к профилактике, лечению и поддержке ВИЧ-инфицированных больных была создана соответствующая система мониторинга. К 2010 г. 16 стран с низким и средним уровнями доходов достигли поставленного на 2015 г. глобального показателя по ликвидации этой болезни, который состоит в скрининге более 90% лиц в возрасте 15-24 лет, впервые получающих дородовую помощь. В июне 2011 г. было начато осуществление на экспериментальной основе инициативы по двойной ликвидации передачи сифилиса и ВИЧ от матери ребенку, в которой участвуют шесть стран Африканского региона. В 2009 г. в Регионе для стран Америки 11 стран уже удовлетворили требованиям, предусмотренным региональным

определением ликвидации врожденного сифилиса в качестве проблемы общественного здравоохранения: показатель заболеваемости ниже 0,5 случая на 1000 живорождений¹. В настоящее время 22 страны имеют планы по ликвидации. В сентябре 2011 г. была начата работа по осуществлению рамочной программы по ликвидации новых инфекций ВИЧ в детском возрасте и врожденного сифилиса в Азии и бассейна Тихого океана на 2011-2015 годы². В Регионе Юго-Восточной Азии были установлены показатели, разработано определение случая заболевания и установлены целевые показатели в отношении ликвидации. И в заключение, в Регионе Западной части Тихого океана удалось снизить тенденции заражения врожденным сифилисом в Монголии за счет использования метода "одной точки обслуживания".

= = =

¹ См. PAHO, Latin American Center for Perinatology, UNICEF, World Bank. *Regional initiative for elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in Latin America and the Caribbean: concept document*. Pan American Health Organization, Washington DC, PAHO, 2010 (<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Regional%20Initiative%20for%20Elimination%20Concept%20Document%20for%20the%20Caribbean.pdf>, по состоянию на 21 октября 2011 г.).

² См. *Elimination of new pediatric HIV infections and congenital syphilis in Asia-Pacific, 2011–2015*. United Nations Children's Fund East Asia and Pacific Regional Office, Bangkok, 2011 (http://www.unicef.org/eapro/PPTCT_CF_and_ME_guide_17Aug11.pdf, по состоянию на 17 октября 2011 г.).