



## Ликвидация шистосомоза

### Доклад Секретариата

1. Исполнительный комитет на своей Сто тридцатой сессии в январе 2012 г. рассмотрел более раннюю версию этого доклада<sup>1</sup>. Исполком принял резолюцию EB130.R9<sup>2</sup>.

2. Шистосомоз продолжает оставаться одной из важнейших проблем общественного здравоохранения в силу того, что, по оценкам, им инфицировано 200 миллионов человек в мире, 90% из которых проживают в странах Африки к югу от Сахары. Причиной этой болезни являются возбудители кровяных трематодозов *Schistosoma haematobium*, *S. guineensis*, *S. intercalatum*, *S. japonicum*, *S. mansoni* и *S. mekongi*. *S. Haematobium* вызывает мочеполовой шистосомоз, а другие формы - кишечный шистосомоз.

3. В 2001 г. Ассамблея здравоохранения в своей резолюции WHA54.19 по шистосомозу и гельминтным инфекциям, передаваемым через почву, призвала государства-члены, в частности: (1) поддерживать успешные мероприятия по борьбе в районах с низкой передачей инфекции, с тем чтобы ликвидировать шистосомоз и передаваемые через почву гельминтные инфекции в качестве проблемы общественного здравоохранения, и обеспечить высокий приоритет ведению или активизации борьбы с шистосомозом и передаваемыми через почву гельминтными инфекциями в районах высокой передачи одновременно с мониторингом качества и эффективности лекарственных средств; (2) обеспечить доступ к основным лекарственным средствам против шистосомоза и гельминтных инфекций, передаваемых через почву, во всех службах здравоохранения в эндемичных районах для лечения клинических случаев и групп высокого риска заболеваемости, таких как женщины и дети, с тем чтобы обеспечить достижение к 2010 г. минимальной цели регулярного использования химиотерапии по крайней мере среди 75% и до 100% всех детей школьного возраста с риском заболеваемости; (3) содействовать доступу к безопасному водоснабжению, санитарии и медико-санитарному просвещению посредством межсекторального

<sup>1</sup> См. документ EB/130/2012/REC/2, протокол десятого заседания, раздел 1.

<sup>2</sup> См. документ EB130/2012/REC/1, в котором содержится резолюция, а также финансовые и административные последствия для Секретариата принятия этой резолюции.

сотрудничества; (4) обеспечить, чтобы любые мероприятия по освоению или обустройству, которые могут способствовать появлению или распространению паразитарных болезней, сопровождались профилактическими мерами для ограничения их воздействия; и (5) мобилизовать ресурсы для поддержания мероприятий по борьбе с шистосомозом и гельминтными инфекциями, передаваемыми через почву;

4. В целом эта цель не была достигнута. В 2010 г. профилактической химиотерапией на основе празиквантела и бензимидазола пользовались, соответственно, 12,2% лиц с риском заболеваемости шистосомозом, и 22,8% детей школьного возраста с риском заболеваемости гельминтными инфекциями, передаваемыми через почву. Наличие празиквантела на глобальном уровне недостаточно, в результате чего нехватка этого препарата является одним из важнейших факторов, сдерживающих борьбу с шистосомозом во многих странах, эндемичных по этой болезни. Обеспечение гигиены, санитарии и снабжение питьевой водой для групп населения, подвергающихся риску, были неадекватными во многих странах<sup>1</sup>.

5. Вместе с тем, в деле расширения борьбы с шистосомозом достигнут определенный прогресс; число лиц, воспользовавшихся профилактической химиотерапией на основе празиквантела, увеличилось с 12 миллионов в 2006 г. до 33,5 миллиона в 2010 году. Это увеличение обусловлено расширением доступа к крупномасштабному лечению, например посредством распространения на безвозмездной основе празиквантела и предоставления большего объема ресурсов различными партнерами на цели борьбы с забытыми тропическими болезнями. Создание противошистосомозных программ показало, что расширение медико-санитарных мероприятий на национальном уровне практически осуществимо и в странах с ограниченными ресурсами. В 2010 г. проводились крупномасштабные мероприятия по лечению больных шистосомозом в 28 странах, эндемичных по этой болезни, в результате чего нескольким африканским странам, в которых эта болезнь носит в высшей степени эндемический характер, удалось поставить заболеваемость под контроль и существенно снизить уровни передачи. Они просят дать рекомендации по поводу того, каким образом можно было бы перейти на этап ликвидации этой болезни.

6. В последние несколько лет ряд стран, которые были отнесены к категории эндемичных по шистосомозу, сообщали об отсутствии новых случаев заболеваемости среди коренного населения. Таким образом, процесс передачи шистосомоза можно прервать. К числу этих стран относятся Исламская Республика Иран, Япония, Иордания, Маврикий, Марокко, Тунис и некоторые страны и территории Карибского бассейна. В Китае из 12 провинций, в которых шистосомоз был эндемичным, пять ликвидировали эту болезнь и еще три недавно достигли целей, установленных для контроля за ней. В нескольких эндемичных по шистосомозу странах уровень передачи, как можно предположить, достаточно низок, в результате чего ликвидация этой болезни вполне осуществима.

---

<sup>1</sup> Bartram J, Cairncross S. Hygiene, sanitation, and water: forgotten foundations of health. *PLoS Med*, 2010, 7(11):e1000367.

7. Так, например, в Марокко Министерство здравоохранения приступило в 1982 г. к реализации национальной противошистосомозной программы, цель которой была изменена в 1994 г. на ликвидацию этой болезни к 2004 году. Последний случай шистосомоза среди коренного населения в стране был обнаружен в 2003 году. Серологические обследования, проведенные в 2009 г., подтвердили прекращение передачи *S. Haematobium*<sup>1</sup>. В ходе этих обследований были проверены на практике методы оценки и подтверждения факта прекращения передачи шистосомоза.

8. Секретариат считает, что ликвидация, как это предусмотрено в резолюции WHA54.19, практически осуществима в некоторых эпидемиологических условиях при наличии сильной поддержки этой цели на политическом уровне, достаточных поставок противогельминтных лекарственных средств для профилактической химиотерапии и поддержки гигиены, санитарии и водоснабжения со стороны государств-членов и международного сообщества.

9. В странах с высоким бременем этой болезни необходимо расширить мероприятия, чтобы сократить заболеваемость шистосомозом. В странах с действующими программами борьбы следует активизировать усилия по консолидации достигнутых успешных результатов и сокращению передачи шистосомоза.

10. По возможности, меры борьбы с шистосомозом следует включить в программы борьбы с другими болезнями и в системы здравоохранения, чтобы эффективно использовать ресурсы и оптимизировать программные преимущества.

11. С учетом прогресса в ликвидации шистосомоза и проверки на практике в некоторых странах методов подтверждения факта прекращения передачи необходимо рассмотреть вопрос проведения оценки, по соответствующей просьбе, на предмет того, что эта болезнь в данной стране ликвидирована.

## **ДЕЙСТВИЯ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

12. Ассамблее здравоохранения предлагается принять резолюцию, рекомендованную Исполнительным комитетом в резолюции EB130.R9.

= = =

---

<sup>1</sup> Bartram J, Cairncross S. Hygiene, sanitation, and water: forgotten foundations of health. PLoS Med, 2010, 7(11):e1000367.