



## **Ликвидация дракункулеза**

### **Доклад Секретариата**

1. Дракункулез является основным заболеванием забытых людей в забытых местах, и он являлся бичом для человечества в течение тысячелетий. Он вызывается нематодой *Dracunculus medinensis*. Этот паразит передается только через питьевую воду, и пресноводные веслоногие ракообразные являются прямыми переносчиками. Инкубационный период длится 12-14 месяцев. Передача данного паразита является сезонной. Не существует лечебной медицины или вакцины, и у людей не развивается иммунитет к инфекции. Число заболеваний сокращается посредством применения комбинации вмешательств, направленных на прерывание передачи данного паразита: раннее выявление случаев заболевания и методика сдерживания, борьба с переносчиками, фильтрация воды и снабжение безопасной питьевой водой, а также медико-санитарное просвещение.

2. Дракункулез является одной из двух болезней людей, в настоящее время намеченных для ликвидации, другой болезнью является полиомиелит. Региональный комитет для стран Африки принял несколько резолюций по ликвидации данной болезни<sup>1</sup>. В 2004 г. Ассамблея здравоохранения приняла резолюцию WHA57.9 по ликвидации дракункулеза, повторив призыв к его ликвидации к 2009 г.<sup>2</sup>, задача, которая также была поставлена в Женевской декларации по ликвидации дракункулеза, подписанной во время Ассамблеи здравоохранения.

### **ХОД РАБОТЫ ПО ДОСТИЖЕНИЮ ПОСТАВЛЕННОЙ ГЛОБАЛЬНОЙ ЦЕЛИ**

3. Ежегодная заболеваемость дракункулезом заметно снизилась. В 2010 г. были зарегистрированы лишь 1797 новых случаев, что составляет сокращение на 89%, по сравнению с 16 026 зарегистрированными случаями в 2004 г., и сокращение более чем на 99%, по сравнению с 3,5 миллиона инфицированных людей в 1986 году.

---

<sup>1</sup> Резолюции AFR/RC38/R13, AFR/RC41/R2, AFR/RC43/R9, AFR/RC44/R8 и AFR/RC45/R8.

<sup>2</sup> См. также предыдущие резолюции WHA39.21 и WHA42.29 о ликвидации этой болезни и WHA44.5 и WHA50.35 о ее полной ликвидации.

4. Число стран, эндемичных по этой болезни, сократилось с 12 стран, которые подписали Женевскую декларацию в 2004 г., до четырех (Эфиопия, Гана, Мали и Судан) к концу 2010 г., то есть сокращение на 67% и уменьшение на 80% по сравнению с 20 странами, которые были эндемичны в отношении этой болезни в течение 1980-х годов.

5. Число сельских населенных пунктов, в которых были зарегистрированы случаи заболевания в 2010 г., составляло 779, то есть это число снизилось на 79% по сравнению с 2004 г., когда их число составляло 3625, и на 97% по сравнению с 1991 г., когда число сельских населенных пунктов было самым высоким и составляло 23 735.

6. Хотя цель ликвидации к концу 2009 г. не была достигнута, были зарегистрированы значительные достижения государств-членов, совершенные при поддержке со стороны партнеров. Достигнутый прогресс является значительным, когда он рассматривается с учетом ограниченных ресурсов, выделяемых для национальных программ, политической нестабильности и небезопасности, с которыми сталкиваются многие страны.

#### **Страны и территории, сертифицированные в качестве стран, свободных от дракункулеза**

7. После Пятьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения Международная комиссия по сертификации ликвидации дракункулеза сертифицировала еще 19 стран, освободившихся от дракункулеза (14 стран в Африканском регионе - Алжир, Бенин, Камерун, Центральнаяафриканская Республика, Габон, Гвинея, Либерия, Мавритания, Мозамбик, Сьерра-Леоне, Свазиленд, Уганда, Объединенная Республика Танзания и Замбия; две страны в Регионе Восточного Средиземноморья - Афганистан и Джибути; и три страны в Регионе Западной части Тихого океана - Камбоджа, Палау и Маршалловы Острова). Всего 187 стран и территорий были сертифицированы в качестве освободившихся от передачи дракункулеза со времени создания Комиссии в 1995 году.

#### **Экономические и социальные преимущества**

8. Дракункулез возникает почти исключительно в изолированных сельскохозяйственных районах. Хотя эта болезнь не является летальной, она налагает значительное экономическое бремя на пострадавшие сельские населенные пункты. Население догонов в Мали называет эту болезнь "болезнью пустого амбара". Величина потерянного дохода для отдельных лиц и общины может быть очень высокой. Результаты исследования, проведенного при поддержке ЮНИСЕФ в 1989 г., показали, что производители риса среди населения в 1,6 миллиона человек в юго-восточной части Нигерии ежегодно несли потери в размере 20 млн. долл. США в связи с тем, что многие люди были выведены из строя в результате заболевания дракункулезом в течение сезона, когда они должны были убирать свой урожай риса.

9. Всемирный банк подсчитал, что как только будет ликвидирована данная болезнь, экономический уровень возвращения средств, инвестированных в область ликвидации дракункулеза, будет составлять приблизительно 29% в год. Эта цифра была основана на очень консервативных оценках среднего объема времени, в течение которого

инфицированные работники не могли работать (пять недель), и при использовании проектных норм 1987-1998 годов.

### **Улучшение водоснабжения**

10. Начиная с 1986 г. в сотрудничестве с ЮНИСЕФ и национальными органами, ответственными за водоснабжение и санитарию, глобальная кампания по ликвидации дракункулеза способствовала улучшению питьевого водоснабжения населения, являющегося эндемичным по дракункулезу или подверженному риску этого заболевания. Однако для снабжения эндемичных на данный момент районов безопасной питьевой водой предстоит еще многое сделать.

## **СОХРАНЯЮЩИЕСЯ НАЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ**

11. Проблема ликвидации дракункулеза по-прежнему заключается в том, чтобы прекратить передачу этой болезни в четырех оставшихся странах, в которых в конце 2010 г. данная болезнь являлась по-прежнему эндемической: в основном Судан и в меньшей степени Эфиопия, Гана и Мали, а также Чад, находящийся в предсертификационной стадии. На основе информации, поступившей от программ в этих странах, делается вывод о том, что Эфиопия, Гана и Мали, вероятнее всего, достигнут ликвидации дракункулеза к концу 2011 года. В 2010 г. в Чаде были зарегистрированы 10 новых случаев заболевания.

12. **Эфиопия.** После затишья в сообщениях о местных случаях заболевания в период с июля 2006 г. по февраль 2008 г., в 2008 г. был зарегистрирован 41 случай дракункулеза в 11 сельских населенных пунктах, включая два случая заболевания, завезенных из южного Судана. Впоследствии Программа по ликвидации дракункулеза в Эфиопии выявила 24 местных случая заболевания в девяти сельских населенных пунктах в районе Гамбела в 2009 году. Были сообщения о том, что лишь 21 случай (88%) из них были локализованы. В 2010 г. в Эфиопии был зарегистрирован 21 случай заболевания, один из которых был завезен из южного Судана.

13. Ежегодно в период с 2001 по 2010 год в Эфиопии постоянно отмечалось менее 50 случаев заболевания, что указывает на низкий уровень передачи инфекции, которая остается неконтролируемой. Регулярное перемещение людей между Эфиопией и районами южного Судана, где дракункулез является эндемическим, учитывая сведения об упущенных очагах трансмиссии, значительно затрудняет ликвидацию болезни. В настоящее время предпринимаются усилия по эффективному прекращению передачи, о чем свидетельствует сдерживание случаев болезни в 2010 г. на уровне 90%. Столь же важным является поддержание эпиднадзора в районах, освободившихся от дракункулеза, на высоком уровне, с тем чтобы можно было принимать меры по предотвращению появления новых очагов.

14. **Гана.** После многих лет Программа Ганы по ликвидации дракункулеза достигла существенного прогресса в 2007 г., достигнув 85% сокращения случаев болезни с 3358 в 2007 г. до лишь 501 случая в 2008 году. Несмотря на незначительную вспышку в

Северном регионе в начале 2009 г., программа сократила число болезни еще на 52%, доведя его до 242 случаев, зарегистрированных в 52 сельских населенных пунктах в 2009 году. В 2009 г. Северный регион зарегистрировал 98% всех случаев болезни в Гане, и все 19 сельских населенных пунктов с эндемической передачей инфекции находились в этом Регионе. В 2009 г. программа зарегистрировала уровень сдерживания случаев болезни до 93%. В течение 2010 г. Гана зарегистрировала в общей сложности восемь случаев болезни, что составляет сокращение на 97% по сравнению с 2009 годом. Сообщалось о том, что все эти случаи были локализованы и были установлены источники передачи, известные по 2009 году. В 2010 г. на Гану приходилось менее 1% всех зарегистрированных глобальных случаев болезни, по сравнению с 45% в 2004 году. После регистрации своего первого месяца, в котором отсутствовали зарегистрированные случаи болезни в ноябре 2009 г., не был зарегистрирован ни один случай болезни в период с июня 2010 г. по январь 2011 г. (на момент подготовки настоящего доклада). В целях дальнейшего укрепления эпиднадзора программа приступила к осуществлению экспериментального проекта по денежному вознаграждению информаторов, сообщающих о подтвержденных случаях дракункулеза. Задача Ганы состоит в осуществлении эффективного общенационального эпиднадзора за дракункулезом посредством Интегрированной программы по эпиднадзору за болезнями и принятию ответных мер. Задача состоит в том, чтобы выявлять и расследовать все подозрительные случаи, которые могут отмечаться в любой части страны.

15. **В Мали**, где в 2009 г. было зарегистрировано 6% всех случаев болезни в мире, в 2008 г. наблюдался значительный регресс, когда был выявлен 261 случай болезни в области Кидаль, где данная болезнь ранее не была эндемической. Инфекция была завезена одним невыявленным больным, который проник в эту область в 2007 г. из района Мали, эндемичного в отношении дракункулеза, и занес инфекцию в источник питьевой воды. В 2009 г. в Мали было достигнуто снижение числа случаев болезни на 55%, с 417 случаев в 69 районах в 2008 г. до 186 случаев в 52 районах в 2009 г.; в 2009 г. поступили сообщения о сдерживании 73% случаев болезни. В 2010 г. были зарегистрированы 57 случаев болезни в 22 пунктах, из которых 45 случаев (79%), согласно сообщениям, были локализованы. В восьми областях Мали передача дракункулеза ограничивается пятью: Гао, Кидаль, Сегу, Мопти и Томбукту.

16. Большинство случаев (93%) были отмечены в кочевой этнической группе туарегов, проживающих в районах Гао и Кидаль и находящихся в постоянном движении, даже пересекающих границы Алжира, Буркина-Фасо и Нигера. Постоянные проблемы безопасности и ограниченные запасы безопасной питьевой воды представляют серьезные проблемы для проведения эпиднадзора и эффективного сдерживания случаев болезни.

17. В 2010 г. в **Судане** было зарегистрировано 94% всех случаев дракункулеза в мире в 732 пунктах - 94% всех сельских населенных пунктов во всем мире, в которых отмечены случаи болезни. В настоящее время передача ограничена частями южного Судана, причем последний местный случай дракункулеза в северном Судане был зарегистрирован в штате Аль-Гедареф в 2003 году. Программа по ликвидации дракункулеза в южном Судане начала полномасштабную работу лишь в 2006 г. после подписания Всеобъемлющего мирного соглашения в январе 2005 года. В связи с поступлением данных из вновь

открывшихся по завершении конфликта районов, Программой был зарегистрирован резкий рост числа случаев болезни, более 20 000 в 2006 г., и с тех пор Программа постоянно усиливает меры контроля. В период с 2008 по 2009 год число зарегистрированных случаев сократилось на 24%, а число эндемичных сельских населенных пунктов сократилось на 38%, в то время как Программа увеличила уровень сдерживания случаев болезни с 49% до 78%. Однако процент эндемичных по этой болезни сельских населенных пунктов с одним или более числом безопасных источников питьевой воды сохранился на уровне приблизительно 16%. В 2010 г. Программа зарегистрировала общее число случаев на уровне 1698, для сравнения в 2009 г. было зарегистрировано 2733 случая, что означает снижение их числа на 38%.

18. После снижения числа случаев болезни на 72% в 2007 г. по сравнению с 2006 г. темпы снижения стабилизировались на уровне от 24% до 39%. Это общее снижение заслуживает положительной оценки, учитывая труднопроходимый характер местности и еще зарождающуюся инфраструктуру, но стабилизация темпов вызывает беспокойство. Чтобы в значительной степени повлиять на прекращение передачи инфекции в последующие два года, уровень локализации болезни необходимо увеличить по сравнению с 74%, наблюдавшимися в 2010 году. Эпиднадзор в областях, где данная болезнь является эндемической, а также в тех областях, которые освободились от дракункулеза, необходимо усилить, с тем чтобы круглосуточно выявлять случаи болезни и способствовать принятию мер по полной локализации.

19. Беспокойная обстановка в южном Судане в наибольшей степени угрожает успешному завершению глобальной кампании по ликвидации дракункулеза. В течение 2009 г. имели место 32 инцидента, которые вынуждали работников Программы оставаться в своих домах или временно эвакуироваться, что, таким образом, нарушило их работу в районах, в которых в общей сложности была зарегистрирована половина всех глобальных случаев в 2009 году.

20. **Чад.** Начиная с сентября 2000 г. в Чаде не было зарегистрировано ни одного случая. Однако после 10 лет образцы, собранные в двух подозрительных случаях в июле 2010 г., были в результате паразитологических, а также молекулярных исследований подтверждены в качестве инфицированных *D. medinensis*. Первоначальное обследование показало, что эти больные, согласно сообщениям, никогда не были в Чаде. С тех пор сообщалось еще о восьми случаях. Проводится расследование и принимаются меры, препятствующие распространению болезни.

### **Сохранение эпиднадзора**

21. По мере сокращения числа случаев дракункулеза и числа районов, освободившихся от передачи, снизился уровень информированности и готовности регистрировать уменьшение подозрительных случаев. Однако этот этап является наиболее важной фазой эпиднадзора в кампании по ликвидации: необходимо сохранять оптимальный эпиднадзор, с тем чтобы предотвратить повторное возникновение передачи из-за пропущенных случаев болезни. Факты, свидетельствующие о повторном возникновении передачи, имелись в Эфиопии в 2006-2007 гг., а в последнее время в Чаде (2010 г.). Министрам

здравоохранения необходимо обеспечить наличие достаточных ресурсов и особо выделить значение сохранения эпиднадзора. В настоящее время дракунгулез зарегистрирован в Интегрированной системе по эпиднадзору за болезнями и ответным мерам, которая разрабатывается в африканских странах. Все страны, за исключением Судана, создали систему вознаграждения информаторов, которые сообщают о случаях, которые впоследствии оказываются подтвержденными случаями дракунгулеза. Однако эту информацию необходимо широко публиковать, и необходимо незамедлительно расследовать все подозрительные случаи.

### **Беспокойная обстановка в отдельных странах**

22. Небезопасная обстановка и, как результат, отсутствие доступа в эндемичные по этой болезни районы остаются основными проблемами, особенно в Эфиопии, Мали и Судане. К перемещению населения в рамках государственных границ и за их пределами следует, насколько это возможно, проявлять готовность, с тем чтобы создать необходимые резервы в области эпиднадзора.

### **Перемещение населения**

23. Перемещение людей из эндемичных по этой болезни районов в неэндемичные районы в рамках границ государств или за их пределами вызвало неожиданные вспышки болезни, которые затормозили движение к достижению цели ликвидации болезни за год или большее число лет в некоторых странах. Тем не менее, число случаев дракунгулеза, завезенных из одной страны в другую, сократилось со 114 в 2004 г. до всего пяти в 2010 году.

24. Однако с 2004 г. возрастает число сельских населенных пунктов, в которых отмечены лишь завезенные случаи из других сельских населенных пунктов в пределах страны. В 2010 г. из 779 сельских населенных пунктов, в которых были отмечены случаи дракунгулеза, лишь в 66% зарегистрированы случаи, завезенные из других эндемичных по этой болезни сельских населенных пунктов. В течение 2010 г. 69% из 732 сельских населенных пунктов в южном Судане, в которых были отмечены случаи болезни, регистрировались лишь случаи, завезенные из эндемичных по дракунгулезу сельских населенных пунктов.

### **ФИНАНСИРОВАНИЕ ОБЕСПЕЧЕНО ДО 2013 г.**

25. Основным событием, связанным с выделением 72 млн. долл. США, необходимых для осуществления деятельности Программы по ликвидации дракунгулеза в период с 2008 по 2013 год, явилось предоставление гранта в размере 40 млн. долл. США, который Фонд Билла и Мелинды Гейтс передал Центру Картера, а через него ВОЗ в ноябре 2008 года. С того времени Центр Картера получал крупные гранты от Омана, Саудовской Аравии и Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии, Фонда ОПЕК для целей международного развития, Фонда Джона Хассмана и компании Вестергаард Франдсен, а также финансовые средства, поступающие от других доноров, которые могут

соответствовать средствам гранта, предоставленного Фондом Билла и Мелинды Гейтс, необходимые для покрытия оставшихся 32 млн. долл. США.

## СЛЕДУЮЩИЕ ШАГИ

26. С тем чтобы прервать передачу инфекции и в кратчайшие сроки достичь ликвидации дракункулеза, государствам-членам, в которых дракункулез является или был эндемическим, и международному сообществу необходимо принять совместные меры. В частности, важное значение имеют следующие действия:

- (1) срочное преобразование политического обязательства высокого уровня, выраженное лидерами оставшихся стран, в которых дракункулез является эндемическим, в меры, направленные на прекращение передачи дракункулеза, обладает высоким приоритетом в плане работы этих стран в области общественного здравоохранения;
- (2) обязательство международных партнеров по предоставлению достаточных ресурсов для придания окончательного импульса достижению цели ликвидации;
- (3) обеспечение достаточными и безопасными запасами питьевой воды в оставшихся эндемичных по этой болезни общинах;
- (4) осуществление активных мер по сдерживанию случаев болезни, включая круглосуточное выявление всех случаев дракункулеза во всех оставшихся районах, где эта болезнь является эндемической, а также в районах, освободившихся от дракункулеза, если произойдет завоз случая болезни;
- (5) повышение информированности населения в рамках всей страны в отношении дракункулеза и система вознаграждения за сообщения о случаях дракункулеза по надлежащим каналам связи;
- (6) постоянная сертификация деятельности в странах, которая соответствует критериям ликвидации.

27. На своей Сто двадцать восьмой сессии Исполнительный комитет принял к сведению первоначальный вариант настоящего доклада<sup>1</sup> и принял резолюцию EB128.R6.

## ДЕЙСТВИЯ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

28. Ассамблее здравоохранения предлагается принять резолюцию, рекомендованную Исполнительным комитетом в резолюции EB128.R6.

= = =

---

<sup>1</sup> См. документ EB128/2011/REC/2, протоколы восьмого заседания, раздел 3.