



## Мониторинг достижения связанных со здоровьем Целей тысячелетия в области развития

### Доклад Секретариата

1. В ответ на просьбы, содержащиеся в резолюциях WHA63.15, WHA63.24 и WHA58.31<sup>1</sup>, в настоящем докладе кратко излагаются последние тенденции, касающиеся хода работы по достижению связанных со здоровьем Целей тысячелетия в области развития и решению конкретных задач. В нем также описывается ход работы по снижению детской смертности посредством профилактики и лечения пневмонии, как это предусмотрено резолюцией WHA63.24; по снижению перинатальной и неонатальной смертности; и по достижению всеобщего охвата мероприятиями в области охраны здоровья матерей, новорожденных и детей, как это предусмотрено резолюцией WHA58.31. Исполнительный комитет на своей Сто тридцать второй сессии рассмотрел более ранний вариант этого документа<sup>2</sup>.

### НЫНЕШНЕЕ ПОЛОЖЕНИЕ ДЕЛ И ТЕНДЕНЦИИ

2. По прошествии более десяти лет после того, как лидеры всех стран приняли Цели тысячелетия в области развития и соответствующие задачи, был достигнут существенный прогресс в деле сокращения детской и материнской смертности, улучшения питания и снижения показателей заболеваемости и смертности в результате ВИЧ-инфекции, туберкулеза и малярии. Прогресс во многих странах, для которых

---

<sup>1</sup> Соответствующие конкретные задачи: Цель 1, Задача 1.С: Сократить вдвое за период 1990-2015 гг. долю населения, страдающего от голода; Цель 4, Задача 4.А: Сократить на две трети за период 1990-2015 гг. смертность среди детей в возрасте до пяти лет; Цель 5, Задача 5.А: Снизить на три четверти за период 1990-2015 гг. коэффициент материнской смертности; и Задача 5В: Обеспечить к 2015 г. всеобщий доступ к охране репродуктивного здоровья; Цель 6, Задача 6.А: Остановить к 2015 г. распространение ВИЧ/СПИДа и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости, Задача 6.В: К 2010 г. обеспечить всеобщий доступ к лечению от ВИЧ/СПИДа для всех, кто в нем нуждается; и Задача 6.С: Сократить вдвое к 2015 г. распространение малярии и других основных болезней и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости; Цель 7, Задача 7.С: Сократить вдвое к 2015 г. долю населения, не имеющего постоянного доступа к чистой питьевой воде и основным санитарно-техническим средствам; Цель 8, Задача 8.Е: В сотрудничестве с фармацевтическими компаниями обеспечить в развивающихся странах доступ к основным лекарственным средствам по приемлемой цене.

<sup>2</sup> Документ EB132/11.

характерны самые высокие показатели смертности, в последние годы ускорился, хотя между странами и в пределах одних и тех же стран продолжают сохраняться существенные различия. Нынешние тенденции создают хорошие условия для активизации коллективных действий и распространения успешных подходов в целях преодоления трудностей, вызванных многочисленными кризисами и высоким уровнем неравенства.

3. По оценкам, основной причиной смертности в 35% всех случаев смерти среди детей в возрасте до пяти лет является недоедание (недостаточный вес, неоптимальное грудное вскармливание и нехватка витаминов и микроэлементов). Доля таких детей с недостаточным уровнем питания в развивающихся странах снизилась с 28% в 1990 г. до 17% в 2011 году. Этот показатель прогресса близок к тому, что требуется для решения поставленной задачи, однако характер его распределения варьируется между регионами и в пределах регионов. В своей резолюции WHA65.6 Ассамблея здравоохранения утвердила план осуществления деятельности в области питания матерей и детей грудного и раннего возраста, который содержит новую цель: сократить во всем мире к 2025 г. количество случаев задержки роста детей на 40% по сравнению с базовым показателем 2010 года<sup>1</sup>. В период с 1990 по 2011 год число детей с задержкой роста во всем мире уменьшилось на 35%, с 253 миллионов до 165 миллионов.

4. Во всем мире был достигнут значительный прогресс в снижении смертности среди детей в возрасте до пяти лет. В период с 1990 по 2011 год смертность среди детей в возрасте до пяти лет снизилась на 41% или с 87 до 51 на 1000 живорожденных. При этом за последнее десятилетие глобальные темпы этого сокращения ускорились: с 1,8% в год в период с 1990 по 2000 год до 3,2% в год в период с 2000 по 2011 год; вместе с тем, этого недостаточно для решения поставленной задачи: сократить смертность к 2015 г. на две трети по сравнению с уровнем 1990 года. В мировом масштабе 44 из 144 стран с низким и средним уровнем доходов смогут достигнуть поставленной цели к 2015 г. только в том случае, если темпы прогресса сохранятся на уровне показателей за период 2005–2011 годов.

5. В 2011 г. охват иммунизацией от кори детей в возрасте 12-23 месяцев на глобальном уровне составлял 84%. В настоящее время число стран, которые достигли высоких уровней охвата иммунизацией, продолжает расти; в 2011 г. 64% государств-членов достигли, как минимум, охвата иммунизацией в 90%. В период с 2000 по 2011 год, по оценкам, число случаев смерти от кори снизилось на 71%.

6. Для того чтобы поддержать и облегчить осуществление согласованных и более масштабных мероприятий по борьбе с пневмонией и диареей среди детей в возрасте до пяти лет, проживающих в развивающихся странах, ВОЗ провела четыре региональных рабочих семинара (три – в Африканском регионе и одно – в Регионе Юго-Восточной Азии) и один рабочий семинар на страновом уровне в Судане в сотрудничестве с министерствами здравоохранения из 34 стран, ЮНИСЕФ и другими партнерами. Эти регионы несут на себе самое тяжелое бремя смертности в результате пневмонии и

---

<sup>1</sup> См. документ WHA65/2012/REC/1, Приложение 2.

диареи и включают страны, которые не в состоянии соблюсти график достижения Цели 4 в области развития (Сокращение детской смертности). В ряде стран были осуществлены последующие мероприятия в контексте этой деятельности в целях мониторинга прогресса. ВОЗ и ЮНИСЕФ в сотрудничестве с различными заинтересованными сторонами разработали глобальный план действий по профилактике и борьбе с пневмонией и диареей, который был введен в действие в апреле 2013 года.

7. ВОЗ совместно с ЮНИСЕФ и другими заинтересованными сторонами работает над обеспечением доступности амоксициллина для перорального применения при лечении пневмонии и пероральной регидратации и приема солей и препаратов цинка при лечении диареи в соответствии с рекомендациями Комиссии Организации Объединенных Наций по товарам, спасающим жизнь женщин и детей<sup>1</sup>. Почти 20% случаев смерти среди детей в возрасте до пяти лет, главным образом по причине пневмонии и диарейных болезней, можно предотвратить с помощью вакцин.

8. В настоящее время принимаются меры для расширения доступа к мероприятиям по борьбе с пневмонией, как это предусмотрено Ассамблеей здравоохранения в резолюции WHA63.24. В прошлом году при поддержке Альянса ГАВИ все большее число стран в Африканском регионе, Регионе стран Америки и Регионе Восточного Средиземноморья стали применять пневмококковые конъюгатные вакцины. Многие страны воспользовались совместными заявлениями ЮНИСЕФ и ВОЗ по клиническому ведению детей, страдающих диареей и пневмонией, в целях разработки стратегий расширения доступа к медицинской помощи с привлечением подготовленных и действующих под контролем общинных медико-санитарных работников. К концу 2012 г. 39 из 75 стран, в которых проводится мониторинг в рамках инициативы «Отчет времени до 2015 г.»<sup>2</sup>, приняли политику ведения больных пневмонией в общине, а восемь других стран сделали шаг вперед на пути принятия и осуществления этой политики.

9. Хотя сокращение материнской смертности – факт весьма примечательный (с 543 000 в 1990 г. до примерно 287 000 в 2010 г.), тем не менее, эти темпы снижения наполовину ниже тех, которые необходимы для решения Задачи 5.А: за период с 1990 по 2015 год сократить на три четверти коэффициент материнской смертности. Темпы снижения этого показателя в период 1990–2010 гг. составляли на глобальном уровне 3,1% в год, причем в Регионе стран Америки и Регионе Восточного Средиземноморья эти темпы были ниже (2,5% и 2,6% в год, соответственно). Приблизительно четверть стран с самым высоким показателем материнской смертности в 1990 г. (100 случаев материнской смерти или более на 100 000 живорожденных) добились недостаточного или не добились никакого прогресса в этом плане. Вместе с тем, принятие странами системного подхода к эпиднадзору за материнской смертностью и ответными мерами,

---

<sup>1</sup> См. <http://www.everywomaneverychild.org/resources/un-commission-on-life-saving-commodities> (по состоянию на 12 апреля 2013 г.).

<sup>2</sup> Countdown to 2015 for Maternal, Newborn and Child Survival, см. <http://www.countdown2015mnch.org/> по состоянию на 12 апреля 2013 г.).

согласно рекомендации Комиссии по информации и подотчетности, могло бы внести вклад в более точную оценку случаев материнской смертности<sup>1</sup>.

10. Для того чтобы сократить число случаев материнской смертности, женщинам необходим доступ к эффективным медико-санитарным мерам и высококачественной медицинской помощи в области репродуктивного здоровья. Недавно проведенные исследования по причинам материнской смертности предоставили дополнительную информацию по биомедицинским и социальным детерминантам материнской смертности. Во многих государствах-членах были осуществлены программы по устранению или сокращению препятствий на пути к получению доступа к эффективным медико-санитарным мерам. В 2010 г. 63% женщин в возрасте от 15 до 49 лет, которые были замужем или состояли в гражданском браке, пользовались тем или иным видом контрацепции. Доля женщин, которые получали дородовую помощь, как минимум, один раз во время беременности, составила в период 2005-2012 гг. около 81%, однако в случае рекомендуемого минимума четырех или более посещений этот показатель составляет приблизительно 55%. Было отмечено более активное обращение в медицинские учреждения в случае родов. В период 2005-2012 гг. доля родов в присутствии квалифицированных сотрудников, что имеет жизненно важное значение для сокращения перинатальной, неонатальной и материнской смертности, превысила 90% в трех из шести регионов ВОЗ. Вместе с тем в этой области нужны улучшения, например, в Африканский регионе, где охват составляет все еще менее 50%.

11. Ежегодно около 16 миллионов девочек-подростков в возрасте от 15 до 19 лет становятся матерями. Доля детей, рожденных девочками-подростками, составляет около 11% от общего числа деторождений в мире; около 95% этих деторождений приходится на развивающиеся страны. В странах с низким и средним уровнем доходов осложнения при беременности и родах являются основной причиной смерти среди девушек-подростков указанной возрастной группы. В 2008 г., по оценкам, было 3 миллиона небезопасных абортов среди девушек-подростков этой возрастной группы. Неблагоприятные последствия деторождения в подростковом возрасте также влияют на здоровье новорожденных. Показатель перинатальной смертности среди детей, рожденных женщинами в возрасте до 20 лет, на 50% выше аналогичного показателя у женщин в возрасте от 20 до 29 лет. Показатели рождения ребенка с низкой массой тела выше среди детей, рожденных от девушек-подростков, что повышает вероятность будущих долгосрочных проблем со здоровьем. В 2011 г. ВОЗ опубликовала руководящие принципы по предупреждению ранней беременности и низким показателям репродуктивного здоровья среди подростков в развивающихся странах и оказывает поддержку странам в части включения соответствующих мер в национальные стратегии и планы действий.

12. ВОЗ сотрудничает со своими партнерами по оказанию поддержки странам в части внедрения мер, необходимых для ускорения прогресса по достижению всеобщего

---

<sup>1</sup> См. рекомендации в документе «*Keeping promises, measuring results*» по адресу: [http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/accountability\\_commission/en/](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/accountability_commission/en/) (по состоянию на 12 апреля 2013 г.).

доступа к репродуктивному здоровью. В рамках обязательств, объявленных на Лондонском саммите по планированию семьи, ВОЗ провела брифинги по стратегиям в отношении: оптимизации кадровых ресурсов здравоохранения для объективных служб планирования семьи; более широкого использования постоянных методов контрацепции длительного действия; расширения доступа к службам для подростков; и усиления ответных мер системы здравоохранения<sup>1</sup>. Другие обязательства ВОЗ включают: расширение выбора и методов контрацепции за счет проведения научных исследований в этой области; и повышение доступности качественных контрацептивных товаров за счет предварительной квалификации препаратов и механизмов быстрого отслеживания.

13. Общее число случаев неонатальной смерти снизилось с 4,4 миллиона в 1990 г. до 3,0 миллиона в 2011 году. В течение этого же периода показатели неонатальной смертности снизились с 32 на 1000 живорожденных до 22 на 1000 живорожденных, что представляет собой сокращение более чем на 30%. Эти темпы снижения ниже, чем в случае темпов снижения смертности детей в целом, притом что доля смертей среди детей в возрасте до пяти лет, которая приходится на неонатальный период, увеличилась с 36% в 1990 г. до 43% в 2011 году. Преждевременное рождение является основной причиной смерти новорожденных и второй основной причиной смерти детей в возрасте до пяти лет. ВОЗ и ее партнеры впервые опубликовали глобальный доклад по преждевременным родам<sup>2</sup>, в котором представлены научно обоснованные решения по спасению недоношенных детей и снижению высоких показателей смертности и инвалидности. По оценкам, общее число мертворождений на глобальном уровне снизилось с 3,0 миллиона в 1995 г. до 2,6 миллиона в 2009 г., а показатель мертворожденных снизился приблизительно на 15%: с 22 на 1000 живорожденных в 1995 г. до 19 на 1000 живорожденных в 2009 году.

14. Исключительно важное значение для предупреждения и лечения состояний, которые являются причиной материнской и неонатальной смертности, имеет первичная медицинская помощь во время родов и послеродовая медицинская помощь на самом раннем этапе. ВОЗ и ее партнеры поддерживают работу по расширению возможностей медико-санитарных работников в деле профилактики или лечения основных болезней матерей и детей перинатального и неонатального периода, включая применение антенатальных стероидов в случае преждевременных родов, поддержку раннего и исключительно грудного вскармливания, применение метода «кенгуру», а также визиты на дому для оказания помощи матерям и новорожденным. Кроме того, ВОЗ собирает дополнительные фактические данные о наиболее экономически эффективных вмешательствах, включая упрощенные схемы лечения сепсиса у новорожденных с помощью антибиотиков.

---

<sup>1</sup> См. [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family\\_planning/policybriefs/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/policybriefs/en/index.html) (по состоянию на 12 апреля 2013 г.).

<sup>2</sup> *Born too soon: the global action report on preterm birth*, Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2012 г.

15. Слишком часто доступные по цене и эффективные лекарственные препараты и простые медицинские средства оказываются недоступными для женщин и детей, которые в них нуждаются. Комиссия Организации Объединенных Наций по товарам, спасающим жизнь женщин и детей, сформулировала 10 рекомендаций по расширению доступа к медицинским препаратам и товарам, спасающим жизнь самых уязвимых групп населения нашей планеты. Был составлен первоначальный перечень, состоящий из 13 доступных по цене, эффективных, но недостаточно используемых товаров, спасающих жизнь женщин и детей<sup>1</sup>. Последующие действия потребуют участия всех заинтересованных сторон, взявших обязательства в рамках Глобальной стратегии Организации Объединенных Наций по охране здоровья женщин и детей, и будут направлены на действия по формированию глобальных и местных рынков, повышению качества, повышению эффективности регулирования, повышению спроса и предложения, а также введению инновационных схем финансирования. ВОЗ подготовила соответствующие планы реализации в порядке решения нормативных вопросов и вопросов качества продукции, включая предварительную квалификацию, а также расширение доступа к отобраным важнейшим продуктам здравоохранения.

16. Около половины мирового населения подвергается риску малярии, при этом, по оценкам, на 219 миллионов случаев заболевания малярией в 2010 г. приходилось 660 000 случаев смерти. По оценкам, в период с 2000 по 2010 год число случаев заболевания малярией во всем мире снизилось на 17%, а смертность – на 26%. Оценки по странам, имеющиеся за 2010 г., свидетельствуют о том, что приблизительно 80% случаев заболевания малярией приходится на 17 стран, а 80% случаев смерти от этой болезни – всего лишь на 14 стран. Охват профилактическими мерами, такими как распространение прикроватных сеток, обработанных инсектицидом, и распыление инсектицидов остаточного действия в помещениях, значительно расширился и должен поддерживаться на этом уровне с целью предотвратить повторное возникновение этой болезни и, как следствие, смерть людей.

17. Ежегодное число новых случаев заболевания туберкулезом на глобальном уровне продолжает медленно снижаться с 2006 г.; в период 2010-2011 гг. этот показатель снизился на 2,2%. В 2011 г., по оценкам, было зарегистрировано 8,7 миллиона новых случаев заболевания, из них около 13% больных были к тому же инфицированы ВИЧ. С 1990 г. число случаев смерти от туберкулеза снизилось на 41%. Таким образом, данная тенденция указывает на то, что на глобальном уровне к 2015 г. данный показатель снизится на 50%. Показатели заболеваемости также снижаются во всех шести регионах. В глобальном масштабе показатели успешного лечения поддерживались на высоком уровне - 85% или выше целевого показателя за последние четыре года (эта цель была впервые поставлена Ассамблеей здравоохранения в 1991 г.).

18. В мировом масштабе в 2011 г., по оценкам, было 2,5 миллиона новых случаев инфекции ВИЧ, что на 20% меньше, чем 3,2 миллиона новых случаев инфицирования в 2001 году. На долю стран Африки к югу от Сахары приходится почти 70% всех случаев

---

<sup>1</sup> См. <http://www.everywomaneverychild.org/resources/un-commission-on-life-saving-commodities/life-saving-commodities> (по состоянию на 12 апреля 2013 г.).

инфицирования ВИЧ в мировом масштабе. По оценкам, в 2011 г. число лиц, живущих с ВИЧ, составляло 34 миллиона человек, что представляет собой некоторое повышение по сравнению с предыдущими годами. По мере расширения доступа к антиретровирусной терапии в странах с низким и средним уровнем доходов (8 миллионов человек в странах с низким и средним уровнем доходов прошли лечение в 2011 г.) число лиц, живущих с ВИЧ, будет продолжать расти, поскольку по причинам, связанным со СПИДом, умирает все меньше людей.

19. Термин «забытые тропические болезни» относится к 17 болезням, от которых страдает свыше миллиарда человек во всем мире<sup>1</sup>. За исключением лихорадки денге и лейшманиоза, эти болезни редко вызывают вспышки и распространяются в беднейших, наиболее маргинальных обществах, вызывая сильную боль, постоянную инвалидность и смерть миллионов людей. ВОЗ достигла поворотного пункта в своих усилиях по преодолению этих болезней благодаря применению с 2007 г. согласованного и комплексного подхода, который предусматривает одновременное использование различных безопасных и высококачественных лекарственных средств, предоставляемых на безвозмездной основе. С учетом того, что в 2011 г. число случаев заболевания дракункулезом составило менее 1058 человек, эта болезнь находится на грани ликвидации без использования каких бы то ни было лекарственных средств или вакцин.

20. Работа в области питьевой воды и основных санитарно-технических средств охвачена Целью 7.C: к 2015 г. сократить вдвое долю населения, не имеющего постоянного доступа к безопасной питьевой воде и основным санитарно-техническим средствам. В случае питьевой воды эта цель была достигнута; в 2011 г. 89% населения пользовалось источниками питьевой воды по сравнению с 76% населения в 1990 году. Достигнутый прогресс впечатляет, однако между регионами ВОЗ неравенство сохраняется. Хотя в четырех из шести регионов охват питьевым водоснабжением составляет не менее 90%, он остается низким в Африканском регионе и в Регионе Восточного Средиземноморья. Если судить по нынешним темпам прогресса, то эти два региона не смогут решить задачу, поставленную на 2015 год. Что касается основных санитарно-технических средств, то начиная с 1990 г. доступ к улучшенным санитарно-техническим средствам получили 1900 миллионов человек; вместе с тем в 2011 г. у 2500 миллионов человек такого доступа просто не было. Нынешние темпы прогресса в этой области слишком медленные, для того чтобы выполнить поставленную задачу как на глобальном уровне, так и в регионах (за исключением Региона Западной части Тихого океана, в котором масштабы охвата в период с 1990 по 2011 год увеличились в два раза).

21. Многие люди продолжают сталкиваться с проблемой дефицита лекарственных средств в государственном секторе, что вынуждает их обращаться в частный сектор, где цены могут быть значительно более высокими. Исследования, проведенные в

---

<sup>1</sup> См. документ A66/20. К числу этих болезней относятся следующие: лихорадка денге, бешенство, трахома, язва Бурули, эндемический трепонематоз, лепра, болезнь Шагаса, африканский трипаносомоз, лейшманиоз, цистицеркоз, дракункулез, эхинококкоз, элементарный трематодоз, лимфатический филяриатоз, онхоцеркоз, шистосоматоз и гельминтозы, передаваемые через почву.

период с 2007 по 2012 год, указывают на то, что средний показатель доступности отдельных лекарственных средств-генериков в странах с низким и средним уровнем доходов составляет в государственном секторе всего лишь 57%. Цены для пациентов на самые дешевые генерики в частном секторе в среднем в пять раз выше по сравнению с международными базовыми ценами, а в некоторых странах они могут быть выше в 16 раз. Даже самые дешевые генерики могут сделать недоступным самый обычный курс лечения для семей с низким уровнем доходов в развивающихся странах. Самые большие расходы на лекарства ложатся на плечи пациентов, страдающих хроническими заболеваниями. Несмотря на наличие эффективных методов лечения большинства хронических болезней в мире, всеобщий доступ к ним по-прежнему остается вне пределов досягаемости.

### **ВОПРОСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПОВЕСТКЕ ДНЯ В ОБЛАСТИ РАЗВИТИЯ НА ПЕРИОД ПОСЛЕ 2015 г.**

22. До конца 2015 г. остается все меньше времени, и совершенно очевидно, что, несмотря на достигнутый прогресс, придется проделать еще очень большой объем работы, для того чтобы достичь связанных со здоровьем Целей тысячелетия в области развития, и многое предстоит сделать после 2015 года. В то же время наш мир сталкивается с новыми проблемами, которые необходимо проанализировать на предмет того, каким образом следует измерять прогресс после 2015 года. Мнения государств-членов могли бы помочь в организации обсуждений этого вопроса с целью удостовериться в том, что усилия по достижению связанных со здоровьем Целей тысячелетия в области развития продолжаются в рамках глобальной повестки дня в области развития<sup>1</sup>.

### **ДЕЙСТВИЯ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

23. Ассамблее здравоохранения предлагается принять настоящий доклад к сведению.

= = =

---

<sup>1</sup> См. документ EВ132/12.