



## Малярия

### Доклад Секретариата

1. На своей Сто тридцать второй сессии в январе 2013 г. Исполнительный комитет рассмотрел доклад о ходе работы в области малярии<sup>1</sup>. Хотя Исполком принял к сведению этот доклад<sup>2</sup>, он постановил в свете серьезной растущей угрозы для глобальных программ борьбы с малярией и ее лечения вынести эту тему на обсуждение Ассамблеи здравоохранения в качестве полномасштабного технического пункта повестки дня и внести в ее предварительную повестку дня соответствующее изменение<sup>3</sup>. Соответственно, в результате обновления и расширения доклада о ходе работы был подготовлен настоящий доклад. Помимо обзора прогресса в осуществлении резолюции WHA64.17, он содержит подробную обновленную информацию о глобальных усилиях по профилактике малярии, борьбе с ней и ее ликвидации, а также информирует о ситуации с устойчивостью малярийного паразита к артемизинину – основному компоненту рекомендуемого ВОЗ лечения первой линии неосложненной малярии, вызванной *Plasmodium falciparum*, и шагах по сдерживанию этой устойчивости.

### ТЕКУЩАЯ СИТУАЦИЯ

2. Благодаря беспрецедентным международным усилиям по борьбе с малярией в период 2000–2010 гг. показатели смертности от этого заболевания сократились во всем мире более чем на 25%. В Африканском регионе, где бремя этого заболевания является самым высоким, смертность снизилась за этот же период на 33%. За период 2004–2010 гг. годовое число случаев смерти от малярии во всем мире снизилось с примерно 810 000<sup>4</sup> до 660 000<sup>5</sup>. Однако передача малярии продолжается в 99 странах и территориях мира во всех регионах ВОЗ. В 2010 г. около 3300 миллионов человек подвергались риску заболевания малярией, и 90% всех случаев смерти от малярии

---

<sup>1</sup> См. документ EB132/42 Add.1, раздел F.

<sup>2</sup> См. протокол обсуждения Исполнительного комитета на пятнадцатом заседании, раздел 2.

<sup>3</sup> Решение EB132(17).

<sup>4</sup> Диапазон 603 000 – 1 029 000 случаев смерти.

<sup>5</sup> Диапазон 490 000 – 836 000 случаев смерти.

пришлось на страны Африки к югу от Сахары, главным образом на детей в возрасте до пяти лет.

3. Возникла угроза для дальнейшего прогресса из-за значительного дефицита финансирования. За последние восемь лет международные перечисления средств на профилактику малярии и борьбу с ней резко возросли и составили, по оценкам, 1660 млн. долл. США в 2011 г. и 1840 млн. долл. США в 2012 году. За последние годы финансирование противомаларийных программ национальными правительствами также возросло. Несмотря на это увеличение, доступное сегодня финансирование значительно отстает от объема ресурсов, необходимых для достижения глобальных целей по малярии. Чтобы обеспечить возможности для всеобщего доступа к противомаларийным мероприятиям во всем мире в период 2011–2020 гг., потребуется, по оценкам, финансирование в размере 5100 млн. долл. США в год. По оценкам Партнерства «Обратить вспять малярию», на 2013–2015 гг. дефицит финансирования только стран Африки к югу от Сахары составит 3600 млн. долл. США. Для неуклонного продвижения к достижению 6-й Цели тысячелетия в области развития крайне важно обеспечить пополнение Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. Под руководством Специального посла Генерального секретаря Организации Объединенных Наций по малярии изучается также возможность использования механизмов совместного финансирования, например с помощью облигаций и специализированных налогов.

4. Из-за стагнации в последние годы международного финансирования произошло замедление как поставок противомаларийных изделий, так и расширения мероприятий. Поставки долговечных сетей, обработанных инсектицидом, в страны Африки к югу от Сахары, где малярия является эндемическим заболеванием, сократились с пикового уровня в 145 миллионов штук в 2010 г. до уровня, составившего, по оценкам, 66 миллионов в 2012 году. В декабре 2012 г. Секретариат предупредил, что это сокращение может повлечь значительный всплеск малярии там, где не удастся своевременно заменить надкроватные сети<sup>1</sup>. Секретариат взаимодействует с эндемичными по малярии странами и глобальными партнерами с целью мобилизовать ресурсы, улучшить распределение имеющихся ресурсов на мероприятия по борьбе с переносчиками, создать систему распределения долговечных сетей, обработанных инсектицидом, и повысить износостойкость таких сетей. Произошло также замедление прогресса в усилиях расширить обработку аэрозолями остаточного действия жилья лиц из групп риска, а также увеличить число комбинированных курсов лечения на базе артемизинина, закупаемых государственным сектором. Уровень использования профилактической химиотерапии для лечения новорожденных, детей и беременных женщин также остается низким.

#### **ПРОГРЕСС В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ РЕЗОЛЮЦИИ ВНА64.17**

5. Организация ведет мониторинг осуществления недавно принятых резолюций Ассамблеи здравоохранения по малярии (включая резолюцию ВНА64.17) и

---

<sup>1</sup> *World malaria report 2012*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2012 г.

соответствующих резолюций региональных комитетов, в том числе прогресса в осуществлении региональных стратегий, достижения целей по малярии и усилий прекратить использование пероральных монотерапий на базе артемизинина. *Всемирный доклад о малярии, 2012 г.*, подготовленный ВОЗ, содержит последние данные из регионов ВОЗ, а также комплексную обновленную оценку отдачи от противомалярийных мероприятий во всем мире.

6. В соответствии с *Всемирным докладом о малярии, 2012 г.*, 50 стран успешно продвигаются к сокращению на 75% показателей заболеваемости малярией, как это предусмотрено целями Ассамблеи здравоохранения и Партнерства «Обратить вспять малярию» на 2015 год. Девять из этих стран находятся в Африканском регионе. Согласно прогнозам, еще четыре страны достигнут сокращения в 50%–75%. Прогресс в сокращении заболеваемости и смертности от малярии отличается более высокими темпами в странах с меньшим числом случаев заболеваний и смерти, однако противомалярийные мероприятия позволили спасти больше человеческих жизней в странах, где бремя малярии является наиболее высоким.

7. Измерение продвижения к цели Ассамблеи здравоохранения, сформулированной в резолюции WHA58.2, сопряжено с трудностями, поскольку системы эпиднадзора в эндемичных по малярии странах позволяют выявить лишь около одной десятой от предполагаемого числа заболеваний во всем мире. В 41 такой стране тенденции в отношении малярии можно оценить лишь с помощью примерных оценок случаев заболеваемости и смертности, используя моделируемые взаимосвязи между передачей малярии, заболеваемостью или смертностью, а также охватом противомалярийными мероприятиями. Дальнейший прогресс в противодействии этому заболеванию возможен лишь в случае совершенствования систем эпиднадзора и значительного расширения противомалярийных мероприятий в 17 наиболее затронутых странах, на которые, согласно оценке, приходится 80% случаев заболевания малярией.

8. В 2011 г. Генеральный директор учредила Консультативный комитет по разработке противомалярийной политике – независимую консультативную группу, чье первое совещание состоялось в январе 2012 года. В результате ее создания Секретариат смог укрепить процесс разработки политики по борьбе с малярией и ее ликвидации и усилить его прозрачность и восприимчивость к потребностям государств-членов. На своем совещании в сентябре 2012 г. Комитет просил Глобальную программу по малярии подготовить глобальную техническую стратегию по борьбе с малярией и ее ликвидации на период 2016-2025 годов. Третье совещание этого Комитета состоялось в марте 2013 года.

9. Были подготовлены несколько новых стратегий и мер политики, включая Глобальный план контроля инсектицидной устойчивости у переносчиков малярии (2012 г.)<sup>1</sup>; рекомендация по сезонной химической профилактике малярии в целях борьбы с переносчиками малярии *P. falciparum* в высокосезонных районах передачи

---

<sup>1</sup> *Global plan for insecticide resistance management in malaria vectors*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2012 г.

субрегиона Сахеля в Африке (2012 г.) и изложение позиции по роли ларвицидов, используемых для борьбы с малярией в странах Африки к югу от Сахары (2012 г.). Секретариат также выпустил обновленные рекомендации по прерывистому профилактическому лечению малярии у беременных с использованием сульфадоксина-пириметадина и использованию примахина в разовой дозировке в качестве гаметоцитоцида при малярии, вызванной *P. falciparum*.

10. В апреле 2012 г. Генеральный директор объявила о начале использования новых руководств по эпиднадзору в целях борьбы с малярией и ее ликвидации наряду с инициативой «ТЗ: Test. Treat. Track» (тестирование-лечение-отслеживание), призывая расширить диагностическое тестирование, лечение и эпиднадзор за малярией. В настоящее время эта инициатива разворачивается в регионах ВОЗ с целью обратить внимание лиц, формулирующих политику, на важность тестирования каждого *подозреваемого* случая заболевания малярией, лечения каждого *подтвержденного* случая заболевания противомаларийными препаратами гарантированного качества и отслеживания заболевания с помощью системы своевременного и точного эпиднадзора.

11. На региональном и страновом уровнях Секретариат оказывал государствам-членам поддержку в осуществлении программ борьбы с малярией и ее ликвидации, в том числе пересмотра национальных программ и обновления национальных противомаларийных мер политики и стратегий, а также в мобилизации ресурсов и координации работы партнеров. В 2011 и 2012 гг. ВОЗ оказала содействие в пересмотре противомаларийных программ в 27 странах. Она также подготовила технические руководства по конкретным регионам, в том числе новое руководство для Африканского региона по разработке национальных стратегических противомаларийных планов.

12. Секретариат развернул программу в поддержку расширения комплексного ведения детских заболеваний на уровне общин, призванную облегчить диагностирование и лечение малярии, пневмонии и диареи медработниками общин. Осуществляется развертывание Программы расширения оперативного доступа 2015 г. в пяти странах Африки к югу от Сахары: Демократической Республике Конго, Малави, Мозамбике, Нигере и Нигерии. Эти усилия имеют важное значение для обеспечения всеобщего доступа к медицинскому обслуживанию для наиболее уязвимых лиц и для достижения 4-й Цели тысячелетия в области развития (Сокращение детской смертности).

13. В связи с выявлением устойчивости moskitov к инсектицидам в 64 странах и в ответ на просьбу, сформулированную в резолюции WHA64.17, Секретариат провел широкие консультации более чем со 130 заинтересованными сторонами из глобального противомаларийного сообщества в качестве основы для выработки глобального плана противодействия устойчивости к инсектицидам у переносчиков малярии, который был обнародован в мае 2012 года. Этот глобальный план содержит призыв к правительствам, организациям-донорам, органам системы Организации Объединенных Наций, а также партнерам из сферы научных исследований и индустрии осуществлять по пяти направлениям стратегию противодействия этой растущей угрозе, включая

---

разработку инновационных средств борьбы с переносчиками, а также планирование и осуществление стратегий противодействия устойчивости к инсектицидам.

14. Секретариат провел ряд международных и региональных учебных курсов по малярии для руководителей программ и персонала национальных и субнациональных программ борьбы с малярией по темам, которые включали: планирование и управление мероприятиями по борьбе с малярией; эпиднадзор, мониторинг и оценка малярии; ликвидация малярии и мониторинг устойчивости к противомаларийным препаратам. В 2011 и 2012 гг. на учебных курсах ВОЗ прошли подготовку более 230 руководителей противомаларийных программ и специалистов здравоохранения в Африканском, Восточно-Средиземноморском и Европейском регионах. Секретариат готовит серию новых учебных материалов, учитывающих потребности стран с различной степенью эндемичности по малярии.

15. Секретариат продолжал оказывать адаптированную поддержку странам, приблизившимся к ликвидации малярии. Согласно классификации ВОЗ, сегодня 10 из 99 стран, где продолжается передача малярии, находятся на стадии, предшествующей ликвидации, и 10 стран – на стадии ликвидации малярии. Еще пять стран находятся на стадии предупреждения повторного появления малярии. Трансграничное сотрудничество, обмен надлежащей практикой, активные усилия на региональном, межстрановом и окружном уровнях и совершенствование диагностических средств будут иметь важное значение для поддержания прогресса в странах, продвигающихся к ликвидации, например в странах, подписавших Ташкентскую декларацию (2005 г.), в Европейском регионе, а также в странах Сообщества развития юга Африки, Азиатско-Тихоокеанского региона, Арабского полуострова и Центральной Америки. Благодаря инвестициям в эти усилия ускорилось сокращение бремени малярии и возрос потенциал для предотвращения повторного появления малярии в районах, где передача малярии была прервана.

16. Секретариат обнародовал руководящие принципы по передаче технологии в сфере фармацевтического производства и провел в ряде регионов ВОЗ технические семинары для заинтересованных производителей лекарственных препаратов против ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии. С помощью Программы преквалификации лекарственных средств Секретариат продолжил оказание технической поддержки производителям, которые добиваются значительного прогресса в соблюдении требований в отношении преквалификации. В июне 2012 г. Секретариат развернул пилотный проект с целью протестировать новую процедуру сотрудничества по информированию заинтересованных национальных органов регулирования лекарственных средств об итогах оценок и инспекций, организованных ВОЗ, и ускорить национальную регистрацию противомаларийных и других преквалифицированных лекарственных препаратов.

17. В сентябре 2011 г. ВОЗ сформировала Межучрежденческую целевую группу, призванную установить потенциальные причины истощения запасов средств комбинированной терапии на базе артемизинина в государственном секторе и содействовать принятию коррективных мер. Эта Целевая группа осуществляла мониторинг запасов лекарственных препаратов централизованного уровня с целью

прогнозирования снабжения в последующие шестимесячные периоды с учетом ожидаемых уровней потребления и заказов. В феврале 2012 г. Целевая группа приступила также к мониторингу запасов диагностических экспресс-тестов. Благодаря этим межучрежденческим усилиям в 2012 г. истощение запасов средств комбинированной терапии на базе артемизинина было предотвращено в 17 странах. В начале 2013 г., руководствуясь откликами из стран и результатами анализа ситуации, Целевая группа переключила свое внимание на 10 африканских стран с наибольшим бременем малярии: Буркина-Фасо, Камерун, Кот-д'Ивуар, Демократическая Республика Конго, Гана, Мозамбик, Нигер, Нигерия, Уганда и Объединенная Республика Танзания.

### **СДЕРЖИВАНИЕ УСТОЙЧИВОСТИ К АРТЕМИЗИНИНУ**

18. Возникновение устойчивости к артемизинину в субрегионе Большого Меконга в Юго-Восточной Азии создало значительную проблему в усилиях по профилактике, борьбе и ликвидации малярии за последние годы. Впервые устойчивость паразита к артемизинину была подтверждена в Камбодже в 2008 году. С тех пор устойчивые к артемизинину паразиты были также выявлены в Мьянме, Таиланде и Вьетнаме. Дальнейшее распространение устойчивых штаммов малярийных паразитов или независимое возникновение устойчивости к артемизинину в других регионах может сорвать глобальные усилия по борьбе с малярией и повлечь непредсказуемые последствия.

19. В 2011 г. Генеральный директор объявила Глобальный план по сдерживанию устойчивости к артемизинину, призвав страны осуществлять пятиступенчатую стратегию по предотвращению и сдерживанию устойчивости к артемизинину. Секретариат поддержал программы сдерживания в четырех затронутых странах субрегиона Большого Меконга и регулярно выпускал обновленную информацию о состоянии устойчивости к артемизинину<sup>1</sup>. Секретариат также оказал поддержку эндемичным по малярии странам Африканского и других регионов в совершенствовании мониторинга лечебной эффективности противомалярийных препаратов.

### **План чрезвычайных ответных мер по сдерживанию устойчивости к артемизинину**

20. Секретариат планирует выпустить во втором квартале 2013 г. план чрезвычайных ответных мер по сдерживанию устойчивости к артемизинину в субрегионе Большого Меконга, призванный служить руководством в активном расширении усилий многих заинтересованных сторон по сдерживанию такой устойчивости. В Пномпене был создан региональный центр для координации оптимального осуществления намеченных программ с учетом потребностей стран. Помимо оперативного расширения мероприятий в области профилактики, диагностического тестирования и лечения с целью охвата всех групп риска, включая мигрантов и мобильные группы

---

<sup>1</sup> Доступна на страницах Глобальной программы по малярии на веб-сайте ВОЗ: <http://www.who.int/malaria/en>.

населения, указанный план чрезвычайных ответных мер предлагает усилить координацию и управление операциями на местах, укрепить мониторинг эффективности лекарственных средств и устойчивости к инсектицидам и улучшить эпиднадзор за малярией. Странам также предлагается ускорить научные исследования в области устойчивости к артемизинину, улучшить регулирование фармацевтических препаратов, усилить трансграничное сотрудничество и наращивать политическую приверженность в различных секторах правительства.

21. План чрезвычайных ответных мероприятий осуществляется консорциумом эндемичных по малярии стран, учреждениями системы Организации Объединенных Наций и страновыми партнерами в контексте повышения политической приверженности регионов решению проблемы устойчивости малярии к лекарственным средствам. Участники недавней региональной конференции «Малярия 2012 г.: спасение человеческих жизней в Азиатско-Тихоокеанском регионе» (Сидней, Австралия, 31 октября – 2 ноября 2012 г.) приняли на основе консенсуса документ с обязательством ускорить усилия по борьбе с малярией и ее ликвидации в Азиатско-Тихоокеанском регионе. Этот документ содержит призыв создать Альянс лидеров Азиатско-Тихоокеанского региона против малярии. Вслед за этим соглашением была принята Декларация 7-го Восточно-Азиатского саммита по региональным ответным мерам в области борьбы с малярией и решения проблемы устойчивости к противомалярийным препаратам (Пномпень, 20 ноября 2012 г.), в которой была вновь подтверждена политическая приверженность на высшем уровне, согласован всеобъемлющий подход и выражена поддержка роли и действий ВОЗ.

## **ПОВЕСТКА ДНЯ В ОБЛАСТИ РАЗВИТИЯ НА ПЕРИОД ПОСЛЕ 2015 г.**

22. Профилактика малярии и борьба с ней являются частью 6-й Цели тысячелетия в области развития, Задача 6.С: остановить к 2015 г. распространение малярии и других основных болезней и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости. Хотя человечество продвигается к решению этой задачи, крайне важно поддерживать высокий уровень глобальной приверженности сокращению страданий и гибели людей от малярии. Борьба с малярией должна оставаться ключевым приоритетом глобальных усилий в области здравоохранения и развития на период после 2015 г. и предполагает усиление внимания укреплению систем здравоохранения, что позволит эндемичным по малярии странам значительно повысить качество их ответных мер на проблемы, порождаемые малярией и другими инфекционными заболеваниями. Активное многосекторальное сотрудничество и эффективное глобальное партнерство под эгидой Партнерства «Обратить вспять малярию» будут иметь решающее значение для дальнейшего прогресса, равно как и предсказуемое финансирование международными донорами и новые инновационные механизмы финансирования. Сохранение политической приверженности на национальном уровне, рост внутреннего финансирования и координируемые действия со стороны региональных межправительственных механизмов являются важной основой, на которой могут строиться будущие усилия по профилактике, борьбе и ликвидации малярии.

**ДЕЙСТВИЯ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

23. Ассамблее здравоохранения предлагается принять настоящий доклад к сведению.

= = =