



Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро

ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОНАЛЬНЫЙ КОМИТЕТ  
ШЕСТЬДЕСЯТ ЧЕТВЕРТАЯ СЕССИЯ

Копенгаген, Дания 15–18 сентября 2014 г.



© Dreamstime.com



© WHO



© WHO



© Shutterstock



© Dreamstime.com



Отчеты о ходе работы



**Европейский региональный комитет**  
Шестьдесят четвертая сессия

EUR/RC64/19 Corr.1

**Копенгаген, Дания, 15–18 сентября 2014 г.**

2 сентября 2014 г.

Пункт 5(h) предварительной повестки дня

140651  
ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

## Отчеты о ходе работы

### Поправка

Данный документ содержит поправки к разделу А “Отчет о ходе работы по реализации Европейского плана действий по ВИЧ/СПИДу на 2012–2015 гг.”.

Последнее предложение в пункте 20 следует читать:

“На Западе число людей, получающих АРТ, было высоким (460 000), и большинство стран уже достигли целевого ориентира – 80%-ый охват АРТ к 2015 г., или находятся на пути его достижения”.

В Приложении А1. Индикаторы для оценки прогресса в реализации Европейского плана действий по областям вмешательства, под подзаголовком

<b>Лечение и помощь при ВИЧ</b>
---------------------------------

Число людей, получающих в настоящее время АРТ
---

следует читать:

	559 000	430 000	129 000	659 000	460 000	199 000	18%
--	---------	---------	---------	---------	---------	---------	-----



**Всемирная организация  
здравоохранения**

**Европейское** региональное бюро

**Европейский региональный комитет**  
Шестьдесят четвертая сессия

EUR/RC64/19

**Копенгаген, Дания, 15–18 сентября 2014 г.**

4 августа 2014 г.

140422

Пункт 5(h) предварительной повестки дня

ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

## Отчеты о ходе работы

Данный сводный документ содержит отчеты о ходе работы:

- A. по реализации Европейского плана действий по ВИЧ/СПИДу на 2012–2015 гг.
- B. в области борьбы с вредным употреблением алкоголя в Европейском регионе ВОЗ
- C. по осуществлению резолюции EUR/RC55/R9: предупреждение травматизма в Европейском регионе ВОЗ
- D. по реализации Европейской стратегии "Здоровье и развитие детей и подростков"
- E. по реализации Европейского стратегического плана действий по проблеме устойчивости к антибиотикам

## Содержание

	Стр.
A. Отчет о ходе работы по реализации Европейского плана действий по ВИЧ/СПИДу на 2012–2015 гг. ....	1
Введение и исходные сведения .....	1
Анализ ситуации .....	1
Достижения .....	2
Приложение. Индикаторы для оценки прогресса в реализации Европейского плана действий по областям вмешательства .....	13
B. Отчет о прогрессе, достигнутом в области борьбы с вредным употреблением алкоголя в Европейском регионе ВОЗ .....	17
Введение и общая информация: необходимость активизации усилий в Европе.....	17
Развитие политики в отношении алкоголя – 10 направлений действий.....	18
Ключевые сдвиги в развитии политики в отношении алкоголя.....	21
Роль Секретариата .....	22
Приложение. Среднедушевое потребление учтенного алкоголя среди взрослого населения по странам Европейского региона ВОЗ, 1990–2010 гг.....	25
C. Отчет о прогрессе, достигнутом в осуществлении резолюции EUR/RC55/R9: предупреждение травматизма в Европейском регионе ВОЗ .....	31
Введение .....	31
Поддержка государств-членов в усилении мер по предупреждению травматизма и выработке планов действий.....	32
Сбор и распространение примеров передовой практики в сфере профилактики.....	34
Поддержка для сети национальных координаторов и взаимодействие с другими сетями .....	34
Укрепление организационно-кадрового потенциала .....	35
Техническая поддержка для улучшения оказания помощи пострадавшим .....	36
Создание партнерств и сотрудничество с Европейским союзом и другими международными правительственными и неправительственными организациями.....	36
Отчетность.....	36
Выводы и направления для дальнейшей деятельности.....	37
Приложение 1. Бремя травматизма и насилия в Европе .....	38
Приложение 2. Другие публикации по теме .....	42
D. Отчет о ходе работы: Европейская стратегия "Здоровье и развитие детей и подростков" ....	47
Введение .....	47
Инструментарий.....	47
Реализация стратегии .....	48
Выводы.....	50
Приложение 1. Разработка стратегий в странах: состояние дел в 2008 г. ....	52
Приложение 2. Некоторые уроки, извлеченные из анализа практики отдельных стран.....	53
E. Отчет о ходе реализации Европейского стратегического плана действий по проблеме устойчивости к антибиотикам .....	55
Введение и исходные сведения .....	55
Предпринятые действия и достигнутые успехи.....	56

## **А. Отчет о ходе работы по реализации Европейского плана действий по ВИЧ/СПИДу на 2012–2015 гг.**

### **Введение и исходные сведения**

1. Приняв резолюцию EUR/R61/R8, Региональный комитет одобрил Европейский план действий по ВИЧ/СПИДу на 2012–2015 гг. и предложил Региональному директору представить отчет о его реализации на шестьдесят четвертой сессии Регионального комитета в 2014 г. В данном предварительном отчете описан достигнутый за период, прошедший после РК-61 (сентябрь 2011 г.), прогресс и остающиеся сложности. Его следует читать вместе с Планом действий<sup>1</sup>.

### **Анализ ситуации**

2. Значительный прогресс в Регионе был достигнут в увеличении числа людей, получающих лечение в связи с ВИЧ/СПИДом, и в достижении цели элиминации передачи вируса от матери ребенку (см. Приложение А.1). Стал очевидным тот факт, что на глобальном и европейском уровнях достижения в отношении лечения ВИЧ-инфекции распределяются неравномерно. На Востоке Региона<sup>2</sup> охват антиретровирусной терапией (АРТ) остается низким – число людей, соответствующих критериям получения АРТ, которые начинают лечение и достигают ослабления вируса, сравнительно небольшое. В результате этого число случаев СПИДа и случаев смерти, обусловленных СПИДом, возросло с 2010 г. на 47% и 13% соответственно. В западной части Региона<sup>2</sup>, где охват АРТ высок, число случаев СПИДа и связанных с ним смертельных исходов снижается.

3. Рост на 7% числа зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции за два года, прошедших с момента принятия Европейского плана действий, подчеркивает то, какую серьезную проблему представляет ВИЧ/СПИД для общественного здравоохранения в Европе. В 2012 г. число зарегистрированных новых случаев ВИЧ-инфекции составило 131 000, что является самым большим годовым показателем с начала отчетности. Общее число случаев составило 1,5 млн. Большинство новых случаев по-прежнему регистрировались на Востоке (76% в 2012 г.), из которых 92% было зарегистрировано в Российской Федерации и Украине. В центральной части Региона<sup>2</sup> число случаев инфицирования оставалось низким, при этом в период с 2010 по 2012 гг. оно возросло на 39%. На Западе эпидемия оставалась стабильной.

---

<sup>1</sup> Европейский план действий по ВИЧ/СПИДу на 2012–2015 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2011  
([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/154000/e95953R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/154000/e95953R.pdf)).

<sup>2</sup> Группы стран соответствуют тем, что используются в совместных ежегодных докладах ВОЗ/Европейского центра профилактики и контроля заболеваний по эпиднадзору за ВИЧ/СПИДом в Европе. Эти группы составлены, исходя из эпидемиологических соображений. К восточной части Региона ("Востоку") относятся: Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Украина, Узбекистан и Эстония; к центральной части Региона ("Центру") относятся: Албания, Болгария, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Венгрия, Кипр, Польша, Румыния, Сербия, Словакия, Словения, Турция, Хорватия, Черногория и Чешская Республика; к западной части Региона ("Западу") относятся: Австрия, Андорра, Бельгия, Германия, Греция, Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Люксембург, Мальта, Монако, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Сан-Марино, Соединенное Королевство, Финляндия, Франция, Швейцария, Швеция.

4. Эпидемия остается концентрированной в группах населения, подверженных более высокому риску ВИЧ-инфекции, к которым относятся лица, употребляющие инъекционные наркотики, и их сексуальные партнеры, мужчины, практикующие секс с мужчинами, работники коммерческого секса, заключенные и мигранты. Основным путем передачи ВИЧ на Западе и в Центре являлся секс между мужчинами, тогда как гетеросексуальная передача и передача при употреблении инъекционных наркотиков доминировали на Востоке (см. Приложение А1).

5. Потребление инъекционных наркотиков остается важным путем передачи ВИЧ на Востоке, в 2012 г. им было обусловлено 34% новых случаев; на Западе этот путь передачи стал причиной только 5% новых случаев. Вспышки ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков становятся все более распространенными в Центре. Значительный прогресс был достигнут в предупреждении передачи ВИЧ от матери ребенку. Элиминация передачи ВИЧ от матери ребенку и врожденного сифилиса является региональным приоритетом. На Востоке туберкулез (ТБ) оставался наиболее распространенным СПИД-индикаторным заболеванием. В 2013 г. 13,3 миллиона (1,8%) взрослых в Европейском регионе были больны гепатитом В, 15,0 миллиона (2,0%) – гепатитом С, а уровни сочетанной инфекции ВИЧ-гепатит были исключительно высокими.

## **Достижения**

### **Стратегическое направление 1: Оптимизировать результаты профилактики ВИЧ-инфекции, а также диагностики, лечения и помощи в связи с ВИЧ**

6. Все государства-члены поддержали Европейский план действий, а 20 приоритетных для вмешательств стран в Центре и на Востоке приняли всеобъемлющие меры политики, стратегии и среднесрочные планы, в которых для профилактики и борьбы с ВИЧ-инфекцией, целенаправленных действий в отношении групп населения повышенного риска и интеграции услуг по профилактике и борьбе с ВИЧ-инфекцией используется подход с позиций систем общественного здравоохранения.

7. Региональное бюро оказывало поддержку государствам-членам в проведении обзоров, адаптации и утверждении разработанных в соответствии с рекомендациями ВОЗ национальных протоколов, в которых особо подчеркивается важность ВИЧ-тестирования и консультирования, комплексной помощи и лечения, включая скрининг и лечение сочетанных инфекций (ТБ и вирусного гепатита), услуги по снижению вреда и профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку.

8. Услуги по тестированию и консультированию в связи с ВИЧ в Регионе являются все более широко распространенными, доступными и приемлемыми по цене, это касается как учреждений здравоохранения, так и местных сообществ. Однако качество и этические стандарты варьируют, и в некоторых странах не соблюдаются стандарты, касающиеся добровольного информированного согласия, конфиденциальности и обеспечения связи тестирования с надлежащим лечением, помощью и поддержкой.

9. Согласно оценкам, в 2012 г. по меньшей мере 50 миллионов человек в Регионе были протестированы на ВИЧ, и эта цифра растет. Этот рост, однако, не отражает улучшения охвата групп населения, которые наиболее нуждаются в тестировании, так как процентная доля протестированных представителей ключевых групп населения оставалась ниже целевого ориентира (90% к 2015 г.) и была в пределах 38–50% (см. Приложение А1). Согласно оценкам, 50% всех новых случаев ВИЧ-инфекции были выявлены на поздней стадии (число клеток CD4 < 350 на мл крови), и с 2010 г. не наблюдалось улучшений в отношении диагностики на более ранних стадиях.

10. Региональное бюро поддерживало усилия государств-членов по расширению доступа к ВИЧ-тестированию и консультированию, повышению уровней тестирования и консультирования на более ранних стадиях, по реагированию на конкретные нужды уязвимых групп населения и сокращению размеров недиагностированных групп населения и числа поставленных на поздних стадиях диагнозов путем улучшения ранней диагностики и более раннего начала лечения. Поддержка включала публикацию и распространение основ политики "Расширение тестирования и консультирования на ВИЧ в Европейском регионе ВОЗ" (2010 г.), содействие инициативе Европейского союза "Европейская неделя ВИЧ-тестирования" (2013 г.), общеевропейской инициативе "ВИЧ в Европе (2012–2013 гг.) и помощь в проведении соответствующих конференций, а также предоставление технической помощи непосредственно государствам-членам.

11. В течение периода с 2010 по 2012 гг. шесть стран достигли и 11 находятся на пути достижения европейского целевого ориентира на 2015 г. – 50%-ное сокращение числа новых случаев ВИЧ-инфекции, путем передачи которых является употребление инъекционных наркотиков; еще 14 стран сообщили, что на базовом уровне число случаев инфицирования через употребление инъекционных наркотиков равно 0 или менее 2, а также заявили об отсутствии какого-либо значительного изменения уровней за последние годы. Уровень передачи ВИЧ через употребление инъекционных наркотиков оставался в Регионе сравнительно стабильным; он снизился на Востоке и повысился в Центре и на Западе, в основном из-за вспышек в двух странах Европейского союза.

12. Большинство стран реализовывали пакет вмешательств по профилактике, лечению и помощи при ВИЧ-инфекции для потребителей наркотиков, который был рекомендован ВОЗ, Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) и Управлением ООН по наркотикам и преступности (УНПООН). Некоторые компоненты этого пакета вмешательств в некоторых странах оставались недоступными, в частности заместительная терапия опиоидами не является доступной в шести странах, а программы обмена игл и шприцев – в четырех.

13. В 2011 г. более 713 000 человек в 45 европейских странах получали заместительную терапию опиоидами, в том числе 11 300 человек на Востоке. Охват людей, нуждавшихся в этой терапии, варьировал в Регионе в пределах от 0% до 82%, но оставался на уровне ниже 5% в большинстве стран Востока.

14. Региональное бюро оказывало поддержку государствам-членам в предупреждении новых инфекций среди людей, которые употребляют инъекционные наркотики, в смягчении проявления других нарушений здоровья у потребителей наркотиков и в улучшении доступности и качества услуг по снижению вреда и в особенности услуг по лечению ВИЧ-инфекции, интегрированных услуг по лечению ВИЧ-ТБ и ВИЧ-вирусного гепатита, а также заместительной терапии опиоидами:

- проведя в 2010–2013 гг. социально-поведенческое исследование, посвященное расширению доступа к услугам по снижению вреда, лечению и помощи для потребителей инъекционных наркотиков, и определив структурные барьеры и средовые факторы риска (совместно с Исполнительным агентством Европейской комиссии по здравоохранению и защите прав потребителей (ЕАНС), Лондонской школой гигиены и тропической медицины, Всемирным банком и другими партнерами);
- внеся вклад в проведение систематического обзора, направленного на определение и синтез оценок распространенности ВИЧ-инфекции и факторов риска среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (совместно с Лондонской школой гигиены и тропической медицины);



- организовав в 2013 г. семинары и опубликовав руководство по внедрению и расширению программ опиоидной заместительной терапии (совместно с ЕАНС и Европейским центром по мониторингу наркотиков и наркоманий);
- организовав в 2012 г. региональную техническую консультацию по профилактике ВИЧ-инфекции у потребителей инъекционных наркотиков в Центральноазиатских государствах-членах (совместно с ЮНЭЙДС и другими партнерами);
- составляя всесторонние обзоры ситуации, отчеты о методах наилучшей практики, опыте и трудностях в отношении профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков как в обществе в целом, так и в тюрьмах (совместно с ЮНЭЙДС, Всемирным банком и другими партнерами);
- назначив в 2013 г. новый сотрудничающий центр ВОЗ по вопросам снижения вреда для развития потенциала и предоставления технической поддержки по стимулированию внедрения высококачественных, основанных на научных данных подходов в отношении борьбы с потреблением наркотиков (Институт общественного здравоохранения, факультет медицины, Вильнюсский университет, Литва);
- предоставляя техническую помощь и проводя агитационно-разъяснительную работу (адвокацию) в поддержку снижения вреда (в сотрудничестве с Европейским центром профилактики и контроля заболеваний (ECDC) и другими партнерами).

15. За период с 2010 по 2012 г. 15 стран сократили уровни передачи ВИЧ-инфекции половым путем на 5% и более, но лишь три страны достигли или были близки к достижению европейского целевого ориентира 2015 г. по сокращению уровней такой передачи на 50%. Частота передачи половым путем возросла на Востоке и в Центре и снизилась на Западе. Гетеросексуальная передача была связана с передачей вируса от мужчин, употребляющих инъекционные наркотики, и мигрантов их партнерам на Востоке, и с миграцией из стран с генерализованной эпидемией ВИЧ-инфекции на Западе, где мигранты являются источником более трети случаев заражения гетеросексуальным путем. Уровень использования презервативов варьировал в различных группах населения; в 2012 г. самый высокий уровень использования презервативов наблюдался среди работников коммерческого секса (88%), он был ниже среди мужчин, практикующих секс с мужчинами (56%), и самым низким среди потребителей инъекционных наркотиков (42%).

16. Региональное бюро оказывало поддержку государствам-членам в предупреждении передачи вируса половым путем, обеспечив перевод и распространение глобального руководства по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции и других инфекций, передаваемых половым путем, у мужчин, практикующих секс с мужчинами, и трансгендерных лиц.

17. В 2012 г. всего 1% новых зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции был обусловлен передачей от матери ребенку. С 2010 г. число инфицированных детей сократилось на 10%, в основном благодаря сокращению на Западе; 75% инфицированных детей были зарегистрированы на Востоке. На Западе почти 40% инфицированных детей были рождены матерями, являющимися выходцами из стран с генерализованной эпидемией.

18. В Регионе достигнуты и поддерживались самые высокие в мире уровни охвата АРТ для снижения риска передачи вируса от матери ребенку (> 95%), ранней постановки диагноза новорожденным (> 95%) и ВИЧ-тестирования и консультирования беременных женщин (69% в 2011 г.). Наблюдался прогресс на пути достижения европейского целевого ориентира по ВИЧ-тестированию и консультированию 95% беременных



женщин к 2015 г. Одиннадцать приоритетных стран на Востоке планируют к 2015 г. перейти от рекомендованного ВОЗ "варианта В" для предупреждения передачи от матери ребенку к рекомендованному ВОЗ "варианту В+"<sup>3</sup>.

19. Региональное бюро оказывало поддержку государствам-членам в элиминации вертикальной передачи ВИЧ-инфекции путем:

- продвижения и поддержки в рамках региональных технических консультаций сводного руководства ВОЗ по применению антиретровирусных препаратов (2013 г.)
- проведения (в сотрудничестве с ЮНЭЙДС, Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) и Фондом народонаселения ООН (ЮНФПА)) пилотных оценок в странах и страновых миссий для мониторинга прогресса в области элиминации передачи от матери ребенку ВИЧ и врожденного сифилиса, сосредотачиваясь на ключевых группах населения;
- проведения оценки достигнутого прогресса и решения проблем в распознавании передачи от матери ребенку и ее элиминации;
- подготовки (с ЮНЭЙДС, ЮНФПА, ЮНИСЕФ, УНП ООН и др.) региональной консультации по элиминации передачи от матери ребенку ВИЧ и врожденного сифилиса.

20. Государства-члены добились значительного прогресса в обеспечении лечения и помощи для людей, живущих с ВИЧ, в том числе в совершенствовании лабораторного мониторинга и предоставления услуг. Во всем Регионе был расширен масштаб использования АРТ. Хотя ни одна из стран с низким и средним уровнем доходов пока еще не достигла европейского целевого ориентира 2015 г. по охвату АРТ 80% нуждающихся в ней людей, число получающих АРТ значительно возросло: в 2012 г. АРТ получали на 70 000 больше пациентов, чем в 2010 г. (см. Приложение А1). Охват АРТ на Востоке возрос с 23% (129 000) в 2010 г. до 35% в 2012 г. (199 000). На Западе число людей, получающих АРТ, было высоким (560 000), и большинство стран уже достигли целевого ориентира – 80%-ый охват АРТ к 2015 г., или находятся на пути его достижения.

21. Большинство людей, получающих АРТ на Востоке, получали рекомендованную ВОЗ схему первого ряда, широко использовались комбинации фиксированных доз антиретровирусных препаратов. Тестирование вирусной нагрузки и подсчет клеток CD4 были доступны во всех восточноевропейских странах за исключением двух; а национальные рекомендации включали рекомендации ВОЗ по частоте тестирования (каждые 3–6 месяцев).

22. Региональное бюро оказывало поддержку государствам-членам в обеспечении всеобщего доступа к лечению и помощи для людей, живущих с ВИЧ, путем:

- поддержки распространения и реализации в Регионе сводного руководства по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции<sup>4</sup>;

---

<sup>3</sup> ВОЗ рекомендует два варианта предупреждения передачи ВИЧ от матери ребенку: Вариант В – это использование на протяжении всей жизни АРТ только беременными и кормящими женщинами, которые отвечают критериям получения терапии для их собственного здоровья (это означает, что предоставление АРТ должно быть прекращено для не отвечающих критериям получения терапии женщин после родов и окончания грудного вскармливания); вариант В+ – предоставление на протяжении всей жизни АРТ для всех беременных и кормящих женщин независимо от стадии инфекции и числа клеток CD4.

- организации региональной технической консультации по распространению и внедрению руководства в 12 странах Восточной Европы и Центральной Азии;
- оказания поддержки 11 странам в подготовке национальных планов по адаптации страновых стратегий к новым рекомендациям ВОЗ;
- назначения нового сотрудничающего центра по ВИЧ-инфекции и вирусному гепатиту (программа по борьбе с ВИЧ Копенгагена, факультет науки, Отделение международного здравоохранения, иммунологии и микробиологии, Университет Копенгагена, Дания), который будет содействовать Региональному бюро в предоставлении технической поддержки странам;
- проведения оценки и предоставления рекомендаций по АРТ и оптимизации предоставления услуг по АРТ в девяти странах.

23. В 2012 г. менее 0,3% новых случаев ВИЧ-инфекции были результатом заражения в учреждениях здравоохранения; однако за период между 2010 и 2012 гг. число людей, инфицированных в результате внутрибольничной передачи, возросло в Регионе на 178% в связи с ростом на Востоке. Все государства-члены проводят скрининг на ВИЧ всей донорской крови для обеспечения качества. Для достижения европейского целевого ориентира по снижению к 2015 г. на 80% случаев внутрибольничной передачи необходимо обеспечить лучшую профилактику и контроль вспышек ВИЧ-инфекции, связанных с учреждениями здравоохранения.

### **Стратегическое направление 2: Улучшение более общих показателей здоровья благодаря ответным мерам в связи с ВИЧ**

24. Три приоритетные страны на Востоке интегрировали предоставление опиоидной заместительной терапии в учреждения, предоставляющие АРТ, и еще три страны планируют сделать это к 2015 г. Две страны интегрировали эту терапию в учреждения по лечению ТБ, а еще три страны планируют включить ее к 2015 г. в свои национальные стратегии.

25. В 2012 г. охват тестированием на ВИЧ зарегистрированных пациентов с ТБ достиг 60%, а 62% пациентов с ТБ с ВИЧ-положительным статусом получали АРТ. Все три страны с высоким бременем ВИЧ/СПИДа и ТБ реализовывали состоящий из 12 пунктов стратегический пакет по совместным действиям в отношении ВИЧ и ТБ. В 10 странах на Востоке были одобрены рекомендации ВОЗ, касающиеся того, что все люди, живущие с ВИЧ и ТБ, должны получать АРТ, а восемь стран четко определили, что АРТ необходимо начинать в течение восьми недель после начала лечения ТБ.

26. Хотя скрининг на вирусный гепатит рекомендуется как часть комплексной помощи при ВИЧ-инфекции, в 2010–2011 гг. только около трети людей, получающих помощь при ВИЧ-инфекции на Востоке, прошли скрининг на гепатит В и С.

---

<sup>4</sup> В новом руководстве расширены критерии для начала АРТ и рекомендуется начинать лечение для некоторых групп населения независимо от числа клеток CD4, при сохранении рекомендации по приоритизации лечения людей с продвинутой стадией болезни по сравнению с людьми, у которых число клеток CD4 составляет 350–500 на мм<sup>3</sup>.

27. Региональное бюро внесло прямой вклад в сокращение уровней коинфекции ВИЧ-ТБ и инфекций, передаваемых половым путем, поддерживая совместные мероприятия и интегрируя программы по борьбе с ТБ и ВИЧ, в том числе путем:

- проведения в сотрудничестве с партнерами всесторонних обзоров национальных программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией, инфекциями, передаваемыми половым путем, и по репродуктивному здоровью;
- проведения в семи приоритетных странах оценки доступности тестирования на инфекции и состояния, которые влияют на лечение ВИЧ-инфекции (ТБ, вирусные гепатиты В и С, беременность и инфекции, передаваемые половым путем);
- проведения оценки совместных мероприятий по борьбе с ВИЧ-инфекцией и ТБ и интеграции услуг в семи странах;
- предоставления рекомендаций для расширения доступа к тестированию, диагностике, лечению и мониторингу в отношении ТБ и ВИЧ-инфекции у пациентов с сочетанной инфекцией;
- публикации учебного пособия, посвященного развитию услуг по борьбе с ТБ для людей, употребляющих наркотики (совместно с Евразийской сетью по снижению вреда и Европейской комиссией);
- содействия повышению осведомленности об услугах, направленных на укрепление профилактики и совершенствование лечения вирусного гепатита, и расширению масштабов таких услуг, включая региональную кампанию, приуроченную к Всемирному дню борьбы с гепатитом, и публикацию обзора о распространенности гепатита В и С;
- публикации статей и документов, посвященных факторам, препятствующим и способствующим лечению ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С и ТБ, и укрепления связей между здравоохранением в тюрьмах и службами общественного здравоохранения.

### **Стратегическое направление 3: Создание надежных и устойчивых систем**

28. Государства-члены добились различной степени прогресса в построении надежных и устойчивых систем здравоохранения. Тридцать восемь из них сообщили о наличии многосекторальных стратегий по ответным действиям в отношении ВИЧ-инфекции, а в 33 имелся официально признанный многосекторальный координационный орган национального уровня по борьбе со СПИДом; 24 страны интегрировали мероприятия по борьбе с ВИЧ-инфекцией в свои планы по развитию.

29. Многие страны на Востоке получали поддержку, предоставленную Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. Правительства укрепили свою лидерскую роль, и по меньшей мере три страны (Казахстан, Российская Федерация и Эстония) приняли на себя полную ответственность по финансированию своих программ по АРТ после прекращения предоставления грантов Глобального фонда. Международные фонды покрыли в среднем 93% стоимости программ для работников коммерческого секса, 96% стоимости программ для мужчин, практикующих секс с мужчинами, и 78% – для потребителей инъекционных наркотиков.

30. Истощение запасов антиретровирусных препаратов продолжало оставаться проблемой, вызывающей обеспокоенность, в основном на Востоке, хотя зарегистрированное число учреждений, в которых наблюдались случаи истощения запасов, в 2012 г. снизилось до пяти в двух странах (см. Приложение А1). Ряд стран открыли новые точки по предоставлению АРТ в отдаленных районах или

децентрализовали свои службы для охвата ключевых групп населения, в том числе мигрантов, используя мобильные клиники.

31. Региональное бюро внесло непосредственный вклад в создание прочных, устойчивых систем:

- оказывая поддержку (совместно с ЮНЭЙДС) региональной инициативе по расширению охвата АРТ путем систематического описания предоставления АРТ в 11 странах высокого приоритета на Востоке;
- стимулируя децентрализацию услуг по лечению и помощи в связи с ВИЧ-инфекцией и предоставляя соответствующую техническую помощь;
- учредив (совместно с Федеральным центром Германии по образованию в области здравоохранения и неправительственной организацией AIDS Action Europe) инициативу по улучшению качества профилактики ВИЧ-инфекции в Европе.

32. Региональное бюро продолжало укреплять системы стратегической информации для эпиднадзора, мониторинга и оценки в отношении ВИЧ/СПИДа в Европе,

- координируя проведение эпиднадзора в партнерстве с ECDC [Ежегодные отчеты публикуются Региональным бюро и ECDC. Последний опубликован в 2013 г. и содержит данные за 2012 г. Всем 53 государствам-членам предлагается ежегодно предоставлять национальные данные эпиднадзора за случаями ВИЧ/СПИДа и предоставляется соответствующая поддержка. В 2013 г. данные представили 51 из 53 государств-членов (96%)];
- организуя совместно с ECDC регулярные совещания сети эпиднадзора за ВИЧ для всех европейских государств-членов ВОЗ, последнее подобное совещание состоялось в Дубровнике, Хорватия (май 2014 г.);
- внося изменения (в сотрудничестве с ECDC) в эпиднадзор за ВИЧ, к примеру путем интеграции эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией и СПИДом; упрощая данные по подверженности воздействию и включая биометрические маркеры; проводя мониторинг (в сотрудничестве с ECDC, ЮНЭЙДС и ЮНИСЕФ) национальных ответных мер в связи с ВИЧ-инфекцией путем ежегодного сбора данных и использования общего инструмента интернет-отчетности (на базе ЮНЭЙДС) и гармонизированных индикаторов и выпуская регулярные региональные и глобальные отчеты о прогрессе в отношении ответных мер в связи с ВИЧ-инфекцией;
- организовав в сотрудничестве с ЮНЭЙДС и Центрами США по контролю и профилактике заболеваний (CDC) техническую консультацию по обзору моделей оценки распространенности ВИЧ-инфекции и потребностей в АРТ;
- продолжая укреплять национальный потенциал для внедрения эффективных, устойчивых и приспособленных к конкретным контекстным условиям систем эпиднадзора, мониторинга и оценки в связи с ВИЧ-инфекцией;
- предоставляя обучение и техническую поддержку для проведения эпиднадзора, мониторинга и оценки силами сотрудничающего центра по эпиднадзору за ВИЧ-инфекцией в Загребе, Хорватия.

#### **Стратегическое направление 4: Снижение уязвимости и устранение структурных препятствий при доступе к услугам**

33. Тринадцать из 28 стран (46%) сообщили о том, что ряд их законов, нормативных положений или мер политики создают препятствия на пути обеспечения эффективной ВИЧ-профилактики, лечения, ухода и поддержки при ВИЧ для групп наибольшего риска

и других уязвимых слоев населения. В наибольшей степени это касалось лиц, потребляющих инъекционные наркотики, работников коммерческого секса и мигрантов.

34. Большинство государств-членов достигли прогресса в снижении уязвимости: например путем четко заявленного уважения или отражения прав человека в национальных стратегиях по борьбе со СПИДом, а также благодаря консультациям и вовлечению гражданского общества при формулировании стратегий в отношении ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита и при принятии соответствующих решений.

35. Некоторые страны сократили уязвимость, а также проводили мероприятия по устранению структурных барьеров для снижения частоты новых случаев инфицирования, в то время как в других странах потенциальное воздействие на заболеваемость и распространенность ВИЧ-инфекции определено благодаря моделированию.

36. Двадцать четыре страны сообщили о наличии программ по сокращению связанных с ВИЧ стигматизации и дискриминации для применения среди работников здравоохранения, на предприятиях и в организациях, а также при работе со средствами массовой информации. Поддержка и защита прав человека были четко отражены в национальных мерах политики или стратегиях по борьбе с ВИЧ в 30 из 35 стран (86%).

37. Региональное бюро тесно сотрудничало с гражданским обществом по таким аспектам мониторинга, как нехватка препаратов для лечения ВИЧ-инфекции, практика ВИЧ-тестирования и консультирования и ответные меры в рамках программ. Региональное бюро также оперативно реагировало на вопросы, поднятые национальными коалициями гражданского общества и региональными сетями по различным темам, такие как техническая поддержка в подготовке бизнес-обоснования для введения процесса предварительной квалификации медикаментов в Украине в качестве предварительного условия для закупки антиретровирусных препаратов.

38. Региональное бюро активно поддерживало участие и вклад гражданского общества в разработку национальных стратегий и обзор национальных программ, к примеру, в Азербайджане, Греции, Казахстане и Украине.

39. Региональное бюро оказывало поддержку в работе таких региональных сетей, как Евразийская сеть по снижению вреда (через сотрудничество и финансовую поддержку), Евразийская коалиция по мужскому здоровью (через техническую и финансовую поддержку), Международная коалиция по готовности к лечению в Восточной Европе и Центральной Азии (через обмен информацией и включение в важные региональные процессы).

40. В большинстве стран гражданское общество в различной степени вовлечено в планирование и бюджетирование национальных стратегических планов; только 11% стран сообщили об отсутствии вовлеченности гражданского общества. Организации гражданского общества все больше вовлечены в проведение организованного на базе местных сообществ экспресс-тестирования на ВИЧ и в обеспечение связи тестирования с оказанием помощи при ВИЧ-инфекции. Во многих государствах-членах вовлеченность гражданского общества в предоставление профилактических услуг является относительно активной. В странах Региона расходы национальных бюджетов по борьбе с ВИЧ на мероприятия, осуществляемые гражданским обществом, варьировали, являясь выше на Западе (почти 50%), чем в Центре (19%) и на Востоке (7%).

41. В 2013 г. Региональное бюро и Всемирный банк опубликовали систематический обзор фактических данных по уязвимости к ВИЧ-инфекции и ответным мерам во всех странах Региона.

42. Региональное бюро оказывало поддержку странам в сокращении уязвимости и устранении структурных барьеров:

- реагируя на попытки расширить меры политики и практику по обязательному тестированию на ВИЧ и продолжая выступать против обязательного тестирования на ВИЧ;
- выступая против законов и практики, которые представляют собой барьеры для профилактики и лечения и которые маргинализируют и криминализируют ключевые группы населения;
- внося вклад в проведение систематического обзора, направленного на определение и синтез оценок распространенности ВИЧ-инфекции и факторов риска среди людей, употребляющих инъекционные наркотики; в результате этого обзора был сделан вывод о том, что вмешательство правоохранительных органов и контакты с правоприменительной средой содействуют повышению риска инфицирования ВИЧ;
- проводя адвокацию и предоставляя поддержку продвижению и реализации стратегий и практики в отношении ответных мер в связи с ВИЧ на основе фактических данных и с учетом прав человека.

### **Трудности и направления дальнейших действий**

43. Новейшие международные фактические данные, руководства и рекомендации для использования подхода общественного здравоохранения к применению антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции приближают нас к тому, чтобы поставить эпидемию под контроль. Необходимо расширение стратегического использования АРТ для лечения и профилактики передачи ВИЧ-инфекции и для достижения сформулированных в Европейском плане действий целевых показателей на 2015 г.

44. В новом руководстве расширены критерии для начала АРТ, однако в большинстве стран с ограниченными ресурсами и потенциалом будет сложно достичь показателя по предоставлению лечения 80% нуждающихся в нем людей к 2015 г. В области повышения охвата АРТ важнейшую проблему представляет сокращение недиагностированных случаев ВИЧ-инфекции и диагнозов, поставленных на поздней стадии, улучшение связей при ВИЧ-инфекции и обеспечение продолжения получения медицинской помощи, а также расширение доступа к АРТ и достижение вирусной супрессии. Каскад услуг по оказанию помощи при ВИЧ-инфекции представляет собой последовательные стадии или континуум помощи от диагностики ВИЧ-инфекции через связь с оказанием помощи, обеспечение продолжения больными ее получения и назначение АРТ к достижению вирусной супрессии. Разработка, оценка и сравнение каскадов лечения ВИЧ-инфекции и ключевых уязвимых групп населения в этих странах помогло бы в измерении прогресса на пути к обеспечению всеобщего доступа и, что еще важнее, в определении сильных и слабых сторон программ по борьбе с ВИЧ.

45. Страны могут снизить затраты на лечение, благодаря, к примеру, оптимизации режимов медикаментозной терапии и использованию более простых инструментов диагностики и мониторинга; а сэкономленные средства могли бы использоваться для расширения охвата АРТ.

46. Определенные группы населения в Европе непропорционально страдают от эпидемии ВИЧ-инфекции, а экономическая нестабильность и риски, связанные с рецессией, повышают их уязвимость к ВИЧ-инфекции и другим инфекциям. Политика и практика в отношении ВИЧ-тестирования должна сосредотачиваться на охвате групп

населения, которые подвергаются риску инфицирования ВИЧ, включая людей с вирусным гепатитом и больных с активной формой ТБ. Охват опиоидной заместительной терапией и программами по обмену шприцев и игл должен расширяться и далее во всех странах, и в особенности на Востоке. Профилактика половой передачи ВИЧ среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, особенно сложна на Востоке, где стигма, дискриминация и криминализация препятствуют профилактике и лечению.

47. Несмотря на достигнутый прогресс, остаются трудности в элиминации передачи ВИЧ от матери ребенку, так как все еще есть живущие с ВИЧ беременные женщины, у которых нет доступа к дородовой помощи или которые начинают получать ее поздно; в особенности это относится к женщинам, потребляющим инъекционные наркотики, работницам коммерческого секса, представительницам этнических меньшинств, женщинам-мигрантам и заключенным. Связи между услугами для людей, потребляющих инъекционные наркотики, и услугами по охране здоровья матери и ребенка остаются слабыми, а опыт и знания в области профилактики передачи вируса от матери ребенку во время беременности, отягощенной потреблением наркотиков, часто отсутствуют.

48. В некоторых странах продолжает представлять проблему неадекватная реализация стандартных мер предосторожности, которые должны предприниматься во избежание внутрибольничного заражения.

49. Трудности остаются в отношении коинфекций с ТБ и гепатитом и в отношении интеграции соответствующих услуг. Тестирование на ВИЧ зарегистрированных пациентов с ТБ должно расширяться и далее, что необходимо для обеспечения эффективного лечения ВИЧ-инфекции. Так называемые "Три И"<sup>5</sup> для сокращения числа случаев смерти от ТБ среди людей, живущих с ВИЧ, еще не были внедрены в полной мере. Усилия по профилактике и контролю гепатита и стоимость лечения этого заболевания представляют особенно серьезную проблему и требуют дальнейшей интеграции услуг по лечению гепатита, в особенности для потребителей инъекционных наркотиков. Создание более прочных и устойчивых систем представляет возможности для дальнейшего интегрированного предоставления услуг, в особенности в группах населения, подверженных более высокому риску, а также для более эффективных ответных мер по борьбе с ВИЧ.

50. Страны все в большей мере должны будут опираться на национальные бюджеты и брать на себя большую ответственность по финансированию лечения и профилактики среди уязвимых групп населения в рамках программ по борьбе с ВИЧ и особенно в отношении снижения вреда для потребителей инъекционных наркотиков.

51. Необходимо устранить структурные барьеры для доступа к услугам при ВИЧ-инфекции и инфекциях, передаваемых половым путем, вирусном гепатите и к другим важнейшим услугам (в том числе и благодаря воздействию на социальные детерминанты здоровья).

52. Для обеспечения ответных мер важнейшее значение имеют сильные партнерства с гражданским обществом и государственными структурами. Ключевую проблему представляют законы и положения, являющиеся преградами для эффективных ответных мер, стигма и дискриминация, а также наблюдаемая в некоторых странах относительная слабость систем, действующих на базе местных сообществ. Наличие финансирования и изменение отношения к проблеме ВИЧ/СПИДа многих правительств предоставляют

---

<sup>5</sup> Интенсифицированные услуги по выявлению ТБ, изониазидная химиопрофилактика и инфекционный контроль ТБ.



основу для конструктивной и устойчивой вовлеченности гражданского общества в обеспечение ответных действий в связи с эпидемией ВИЧ-инфекции.

53. В итоговом документе Четвертой конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии (Москва, 12–13 мая 2014 г.) отмечен особый прогресс в ключевых областях ответных действий в связи с ВИЧ/СПИДом: расширение доступа к АРТ и улучшение процедур закупки препаратов и снабжения ими; расширение охвата услугами по предупреждению передачи ВИЧ от матери ребенку; расширение социальной помощи и поддержки для людей, живущих с ВИЧ; улучшение обмена информацией между странами, а также новыми данными по эпидемиологической эффективности мер по профилактике в ключевых группах населения. В рамках Конференции также говорилось о существующих трудностях, в том числе таких как: ненадлежащее финансирование программ по ВИЧ/СПИДу на национальном уровне; ненадлежащая реализация всеобъемлющих, основанных на фактических данных стратегий по профилактике и тестированию, а также инновационных методов предупреждения ВИЧ-инфекции; низкий охват АРТ и надлежащей диагностикой, в особенности в исправительных учреждениях; слабая вовлеченность всех потенциальных заинтересованных сторон (включая гражданское общество, частный сектор и людей, живущих с ВИЧ) в ответные действия в связи с ВИЧ/СПИДом; недостаточное внимание к программам и услугам по борьбе с ВИЧ для женщин и девочек; ненадлежащий уровень просвещения молодежи в целом о ВИЧ-инфекции.

## Приложение А1. Индикаторы для оценки прогресса в реализации Европейского плана действий по областям вмешательств

	2010				2012				% изменения
	Европа <sup>а</sup>	Запад <sup>б</sup>	Центр <sup>с</sup>	Восток <sup>д</sup>	Европа	Запад	Центр	Восток	
<b>Диагнозы ВИЧ-инфекции</b>									
Число новых диагностированных случаев ВИЧ-инфекции									
	122 684	25 659	2 478	90 258	131 202	27 315	3 715	100 172	7%
<b>Тестирование на ВИЧ и консультирование</b>									
Процент представителей групп высокого риска, прошедших ВИЧ-тестирование в предшествующие 12 месяцев и ознакомленных с его результатами <sup>е</sup>									
Работники коммерческого секса	49% (n = 21)		54% (n = 9)	45% (n = 12)	50% (n = 20)		55% (n = 9)	46% (n = 11)	
МСМ	48% (n = 29)	51% (n = 10)	50% (n = 9)	42% (n = 10)	38% (n = 33)	44% (n = 12)	33% (n = 8)	37% (n = 13)	
ПИН	46% (n = 29)	61% (n = 8)	41% (n = 8)	40% (n = 13)	45% (n = 27)	53% (n = 7)	48% (n = 9)	38% (n = 11)	
Процент вновь диагностированных случаев ВИЧ-инфекции при числе CD4 < 350 на мм <sup>3</sup> крови на момент постановки диагноза									
	50% (n = 25)				50% (n = 29)				
Процент беременных женщин, протестированных на ВИЧ-инфекцию и ознакомленных с результатами <sup>г</sup>									
				63%				69%	10% (Восток)
Процент младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, прошедших вирусологическое тестирование на ВИЧ-инфекцию в течение двух месяцев после рождения <sup>г</sup>									
									> 95% (с 69% до > 95%)
<b>Передача ВИЧ при потреблении инъекционных наркотиков</b>									
Число новых случаев ВИЧ-инфекции, диагностированных у ПИН									
	29 313	1 244	121	27 948	27 511	1 390	273	25 848	-6%
Процент лиц с опиоидной зависимостью, получающих опиоидную заместительную терапию (ОЗТ)									
	713 000 (n = 45)			11 300 (n = 12)					
Число пунктов ОЗТ на 1000 ПИН									
		33 (n = 9)	2.4 (n = 9)	0.3 (n = 12)			2.0 (n = 6)	0.2 (n = 8)	
Число пунктов обмена игл и шприцев на 1000 ПИН									
		4.5 (n = 7)	1.8 (n = 9)	3.6 (n = 12)			1.3 (n = 6)	1.0 (n = 8)	
<b>Передача ВИЧ половым путем</b>									
Число новых случаев ВИЧ-инфекции, диагностированных у МСМ									
	13 092	11 792	758	542	12 944	11 378	975	591	-1%
Число новых случаев ВИЧ-инфекции, диагностированных у лиц, инфицированных в результате гетеросексуального контакта									
	37 175	12 035	687	24 453	38 466	9 654	915	27 897	3%
Число новых случаев ВИЧ-инфекции, обусловленной половой передачей (в совокупности у МСМ и в результате гетеросексуальных контактов)									
	50 267	23 827	1 445	24 995	51 410	21 032	1 890	28 488	2%
Процент представителей уязвимых групп населения, сообщивших об использовании презерватива во время последнего полового контакта или контакта с последним клиентом <sup>е</sup>									
Работники коммерческого секса	79% (n = 22)				88% (n = 11)				
МСМ	56% (n = 26)				56% (n = 13)				
ПИН	42% (n = 23)				42% (n = 15)				

	2010				2012				% изменения
	Европа <sup>a</sup>	Запад <sup>b</sup>	Центр <sup>c</sup>	Восток <sup>d</sup>	Европа	Запад	Центр	Восток	
<b>Передача ВИЧ от матери ребенку</b>									
Число новых случаев ВИЧ-инфекции, диагностированных у детей, инфицированных в результате передачи ВИЧ от матери ребенку									
	1 009	282	31	696	912	193	33	686	-10%
Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получавших антиретровирусные препараты с целью снижения риска передачи вируса ребенку									
		> 95%		88%		> 95%		> 95%	8% (Восток)
Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин ПИН, получавших антиретровирусные препараты с целью снижения риска передачи вируса ребенку									
			66% (с 50% до > 95%) (n = 7)						
Процент младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, получающих профилактику АРВ-препаратами для предупреждения передачи вируса от матери ребенку									
			75% (с 63% до 91%)				94% (с 50% до > 95%)		25% (Восток)
<b>Лечение и помощь при ВИЧ</b>									
Число людей, получающих в настоящее время АРТ									
	559 000	430 000	129 000	759 000	759 000	560 000	199 000		36%
Процент удовлетворяющих критериям назначения АРТ взрослых и детей, получающих ее в настоящее время									
			23%				35%		52% (Восток)
Расчетное число смертей, обусловленных СПИДом									
		7 700		83 000		7 600		91 000	10% (Восток)
Зарегистрированное число смертей среди больных СПИДом									
	6 661	1 949	283	4 429	5 983	713	252	5 018	13% (Восток)
<b>Передача ВИЧ в лечебных учреждениях</b>									
Число вновь диагностированных случаев ВИЧ-инфекции, обусловленных внутрибольничной передачей вируса									
	37	20	1	16	103	6	1	96	178%
Число вновь диагностированных случаев ВИЧ-инфекции, обусловленной заражением при переливании крови и ее продуктов, а также у людей с гемофилией									
	80	79	1	0	63	55	1	7	-21%
Число вновь диагностированных случаев ВИЧ-инфекции, приобретенной в результате заражения во всех лечебных учреждениях									
	117	99	2	16	166	61	2	103	42%
<b>Программы по туберкулезу</b>									
Процент пациентов с ТБ с известным ВИЧ-статусом (процент прошедших тестирование с диагностированной ВИЧ-инфекцией)									
	55% (5.9%)				60% (6.2%)				9%
Процент ВИЧ-положительных пациентов с ТБ, начавших или продолжающих АРТ									
	61%				62%				2%
<b>Программы по борьбе с вирусными гепатитами</b>									
Процент взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, которые прошли скрининг на гепатит В и гепатит С									
Гепатит В	36% (n = 25)	88% (n = 6)	38% (n = 9)	30% (n = 10)					
Гепатит С	39% (n = 25)	97% (n = 4)	29% (n = 12)	38% (n = 9)					
<b>Лекарственные и диагностические средства и другая продукция</b>									
Число лечебно-профилактических учреждений, выдающих АРВ-препараты, которые испытали дефицит как минимум одного необходимого АРВ-препарата за последние 12 месяцев									
				20 (n = 7)				5 (n = 2)	

n: число стран, предоставляющих отчетность; МСМ: мужчины, практикующие секс с мужчинами; ПИН: потребители инъекционных наркотиков; АРТ: антиретровирусная терапия

<sup>a</sup> Европа: все 53 государства-члена Европейского региона ВОЗ.

<sup>b</sup> Запад: Австрия, Андорра, Бельгия, Германия, Греция, Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Люксембург, Мальта, Монако, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Сан-Марино, Соединенное Королевство, Финляндия, Франция, Швейцария, Швеция.

<sup>c</sup> Центр: Албания, Болгария, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Венгрия, Кипр, Польша, Румыния, Сербия, Словакия, Словения, Турция, Хорватия, Черногория, Чешская Республика.

<sup>d</sup> Восток: Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан, Украина, Эстония.

<sup>e</sup> Данные указаны за 2009 и 2011 гг.

<sup>f</sup> Данные указаны только за 2011 г.

<sup>g</sup> Данные указаны за 2009 и 2012 гг.



## **В. Отчет о прогрессе, достигнутом в области борьбы с вредным употреблением алкоголя в Европейском регионе ВОЗ**

### ***Введение и общая информация: необходимость активизации усилий в Европе***

1. В своей резолюции EUR/RC61/R4 Европейский региональный комитет призвал государства-члены использовать Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя на 2012–2020 гг. (документ EUR/RC61/13) в качестве основы для разработки или, при необходимости, пересмотра национальных стратегий и планов действий в отношении алкоголя. Региональный комитет также поручил Региональному директору оказывать государствам-членам и организациям поддержку в разработке и осуществлении на национальном уровне стратегий по предупреждению или снижению вреда, связанного с употреблением алкоголя; вести мониторинг прогресса в реализации Европейского плана действий и его результатов; использовать собранную информацию для пересмотра и обновления Европейской информационной системы по алкоголю и здоровью.

2. Европейский регион характеризуется самым высоким из всех регионов ВОЗ уровнем потребления алкоголя среди взрослых, почти вдвое превышающим среднемировые показатели. В 2008–2010 гг. среднеевропейский уровень потребления алкоголя взрослым населением (в возрасте  $\geq 15$  лет) был равен 10,9 л чистого спирта – снижение по сравнению с периодом 2003–2005 гг., когда этот показатель составлял 12,2 л. Динамика по странам приведена в Приложении В. Средний уровень неучтенного потребления в период 2008–2010 гг., по оценочным расчетам, составил 1,9 л чистого спирта, что соответствует 17% от всего объема потребления алкоголя в Регионе. По оценкам за 2003–2005 гг., этот показатель был равен 2,7 л чистого спирта, или 22% от всего объема потребления. Усредненный показатель 12-месячного воздержания от алкоголя составил 33,6%. При этом самые низкие значения показателя воздержания отмечены в странах Западной Европы, а самые высокие – в странах со значительной долей мусульманского населения, таких как Турция и страны Центральной Азии. Среди мужчин уровень потребления алкоголя почти в два раза выше, чем у женщин: в 2008–2010 гг. средний показатель потребления алкоголя на душу населения составил для мужчин 22,7 л, для женщин – 10,1 л. Единовременное употребление алкоголя в дозе не менее 60 г чистого спирта определяется как "эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах", или эпизодическое пьянство (англ. heavy episodic drinking). В среднем и исключительно по данным о пьющем населении, за месяц, предшествующий опросу, в таких количествах алкоголь употребляли 31,8% мужчин и 12,6% женщин, однако по этому показателю между странами Региона наблюдаются значительные различия. В Регионе сократилась доля пьющего населения – с 68,8% в 2003–2005 гг. до 66,4% в 2008–2010 гг.

3. По имеющимся оценкам, от алкогольной зависимости в Европейском регионе страдают 6,4% взрослых мужчин и 1,2% взрослых женщин. В отношении связанных с алкоголем расстройств эти цифры составляют соответственно 12,6% и 2,9%.

## **Развитие политики в отношении алкоголя – 10 направлений действий<sup>1</sup>**

### **Лидерство, информированность и приверженность**

4. После того как был утвержден Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя на 2012–2020 гг., в странах началась работа по созданию или пересмотру национальной политики в отношении алкоголя. Из 53 государств-членов, представивших данные в Секретариат к апрелю 2014 г., в 38 имеется документированная национальная политика в отношении алкоголя, в 20 из них осуществляется ее обновление. Из 15 государств-членов, где национальная политика отсутствует, в 9 ведется работа по ее созданию. За период с 2012 г. новые национальные стратегии в отношении алкоголя, соответствующие принципам Европейского плана действий, были приняты в 10 государствах-членах.

5. За период с 2011 г. была пересмотрена имеющаяся или принята новая политика в отношении алкоголя в следующих странах: Албания, Беларусь, Германия, Израиль, Ирландия, Исландия, Латвия, Литва, Норвегия, Польша, Республика Молдова, Сан-Марино, Соединенное Королевство, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан, Финляндия, Черногория, Швейцария, Швеция и Эстония.

### **Меры на уровне служб здравоохранения**

6. Сектор здравоохранения играет важную роль в выявлении людей, которые употребляют алкоголь в дозах, наносящих вред, а также тех, кто нуждается в лечении в связи с наличием алкогольных расстройств. В ряде стран проводится работа по организации скрининга и кратких консультаций о вреде алкоголя на уровне первичной медико-санитарной помощи; в 27 государствах-членах<sup>2</sup> имеется методическое руководство по проведению кратких консультаций, одобренное или утвержденное по крайней мере одним профессиональным медицинским органом.

### **Действия в сообществах и на рабочих местах**

7. В 43 государствах-членах<sup>2</sup> осуществляются программы активных вмешательств на уровне местных сообществ с участием различных заинтересованных сторон. В большинстве случаев в качестве партнеров выступают неправительственные организации (41 страна) и местные государственные органы (32 страны)<sup>2</sup>. В 20 государствах-членах<sup>2</sup> в проектах принимают участие хозяйственные структуры, в большинстве случаев – представители алкогольной индустрии.

8. Национальные руководства по профилактике и консультированию в отношении алкогольных проблем на рабочем месте имеются в 18 государствах-членах<sup>2</sup>, а в 17 государствах-членах<sup>2</sup> существуют законодательные требования по тестированию на алкоголь на рабочем месте. В 19 государствах-членах<sup>3</sup> в действиях на национальном уровне, направленных на профилактику и снижение связанного с алкоголем вреда на рабочем месте, участвуют социальные партнеры, представляющие работодателей и работников.

---

<sup>1</sup> Информация о различных мерах, предпринимаемых теми или иными государствами-членами, содержится в Европейской информационной системе по алкоголю и здоровью (<http://apps.who.int/gho/data/?showonly=GISAH&theme=main-euro>) (на англ. яз.).

<sup>2</sup> По двум государствам-членам данные отсутствуют.

<sup>3</sup> По четырем государствам-членам данные отсутствуют.



## **Политика и контрмеры в отношении управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения**

9. Во всех странах, за исключением Мальты и Соединенного Королевства, предельно допустимая концентрация алкоголя в крови водителей (среди всего населения) установлена на уровне  $\leq 0,5$  г/л. В девяти странах законодательно установлен нулевой допустимый уровень.

10. Во всех государствах-членах, кроме одного, обычным методом определения концентрации алкоголя в крови является дыхательный тест (исследование выдыхаемого воздуха). Также широко распространено исследование крови и мочи (44 государства-члена). В 46 странах применяются выборочные проверки, при которых полиция может остановить любого водителя в любое время и предложить ему пройти дыхательный тест на алкоголь. В 29 государствах-членах в качестве средства контроля за соблюдением закона о предельно допустимом содержании алкоголя в крови полиция периодически организует на дорогах так называемые блокпосты трезвости в целях выявления нетрезвых водителей.

## **Доступность алкогольных напитков**

11. Во всех государствах-членах существует возрастной ценз: лица, младше установленного законом возраста, не имеют права приобретать алкогольные напитки. Законодательство большинства стран запрещает продажу всех видов алкогольных напитков лицам, не достигшим 18 лет, однако в 10 странах приобретать пиво и вино вне питейных заведений все еще разрешено с 16 лет. Что касается продажи алкоголя навынос, в 21 стране существует ограничение времени продажи, в 32 странах ограничивается продажа во время определенных мероприятий, а в 20 странах ограничена продажа алкоголя на автозаправочных станциях. В 25 странах действует запрет на употребление алкоголя в лечебных учреждениях, в 26 – в зданиях, где расположены учебные заведения, в 22 – в помещениях государственных учреждений, и в 17 странах – в общественном транспорте.

12. В 36 государствах-членах (68%) существуют ограничения на продажу алкоголя в ресторанах и барах нетрезвым посетителям. Большинство государств-членов также ограничивают продажу алкоголя распивочно и навынос во время проведения определенных мероприятий. О запретах на продажу спиртных напитков в определенных местах, в зависимости от типа напитков, сообщили от 43% до 57% государств-членов, и в единичных странах введены ограничения в отношении дней продажи или плотности размещения торговых точек.

## **Маркетинг алкогольных напитков**

13. Ограничения на рекламу алкогольных напитков предусмотрены законодательством 47 государств-членов, а в 36 странах ограничивается скрытая реклама алкогольной продукции, например в виде ее демонстрации в художественных фильмах. О существовании полного запрета телевизионной рекламы пива сообщили 10 стран, а в 14 и 23 странах Региона на телевидении запрещается реклама, соответственно, вина и крепких спиртных напитков. В то же время в 12 государствах-членах на телевидении свободно допускается реклама пива, а в 9 и 6 государствах никак не ограничивается реклама вина и крепких спиртных напитков, соответственно. В остальных странах реклама алкоголя ограничивается частично или на добровольной основе.

## **Ценовая политика**

14. Во всех государствах-членах, за исключением двух, алкогольная продукция облагается налогом на добавленную стоимость в размере от 8% до 30%<sup>2</sup>; в большинстве стран ставка налога составляет 15–20%. Во всех государствах-членах взимается акцизная пошлина на крепкие спиртные напитки, во всех, кроме одного, – также на пиво<sup>4</sup>; 12 государств-членов не облагают акцизами вино<sup>4</sup>. В 13 государствах-членах размер акциза периодически пересматривается с учетом инфляции.

15. Несколько стран (Беларусь, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация и Украина) сообщили об установлении нижнего предела розничной цены на алкогольные напитки. Закон о введении политики нижнего предела цены принят в Шотландии. Решение об аналогичных мерах недавно принято в Польше.

## **Уменьшение негативных последствий употребления алкоголя и алкогольного опьянения**

16. Примерно 36% государств-членов сообщили о регулярном проведении учебных курсов для персонала заведений, реализующих спиртные напитки. Такое обучение может быть, например, предусмотрено национальным или местным законом в качестве обязательного требования для получения лицензии на продажу алкоголя как распивочно, так и навынос.

17. В 8 государствах-членах закон требует наличия на бутылках, банках или иной таре для алкогольных напитков надписей, информирующих и напоминающих потребителям о рисках, связанных с алкоголем<sup>5</sup>.

18. В 9 государствах-членах<sup>4</sup> действуют национальные правовые требования размещать на этикетках алкогольной продукции сведения о калорийности, наличии добавок и витаминов.

## **Сокращение последствий для общественного здоровья, связанных со спиртными напитками, изготовленными незаконно и в неорганизованном секторе**

19. На момент сбора данных национальные законы по предотвращению нелегального производства или продажи алкогольных напитков домашнего или иного не заводского приготовления действовали во всех государствах-членах, за исключением четырех.

20. Помещение акцизных марок на алкогольной таре практиковалось в 14 государствах-членах – для пива, в 20 – для вин и в 34 – для крепких напитков<sup>4</sup>.

## **Мониторинг и эпиднадзор**

21. В 32 государствах-членах<sup>4</sup>, по представленным сведениям, действуют национальные системы для мониторинга потребления алкоголя и его последствий для здоровья и общества, с информационными базами, содержащими широкий круг данных, собираемых на популяционном уровне и из медицинских учреждений.

22. В 20 государствах-членах регулярно публикуются всесторонние доклады о ситуации в отношении алкоголя в стране<sup>6</sup>. Наиболее часто охватываемые темы – это

---

<sup>4</sup> По одному государству-члену данные отсутствуют.

<sup>5</sup> С учетом изменений в законодательстве Турции, внесенных в 2013 г.

употребление алкоголя взрослым населением (17 стран), вождение в нетрезвом виде и дорожно-транспортные происшествия, связанные с алкоголем (17 стран), а также употребление алкоголя несовершеннолетними (16 стран). Менее часто практикуется регулярная публикация докладов по таким вопросам, как легкость приобретения и финансовая доступность алкоголя – области, контролирование которых, по заключению ВОЗ, могло бы дать наибольший эффект для сокращения бремени неинфекционных заболеваний.

### **Ключевые сдвиги в развитии политики в отношении алкоголя**

23. В период после принятия плана действий в Регионе произошел ряд важных изменений. Безусловно, нельзя отнести все эти сдвиги только за счет конкретных мер, принятых государствами-членами, или вмешательств ВОЗ. Тем не менее, за период после выхода в свет публикации *Алкоголь и здоровье: европейский доклад о положении дел, 2010 г.*<sup>7</sup> в ряде стран были введены более жесткие меры в отношении алкоголя<sup>8</sup>:

- Число государств-членов с документированной национальной или субнациональной политикой выросло с 30 до 38. Такая политика теперь имеется в 72% всех государств-членов.
- Число государств-членов, которые провели на национальном уровне мероприятия по повышению осведомленности, выросло с 39 до 51.
- Число государств-членов, установивших предельно допустимое содержание алкоголя в крови водителей среди общего населения на уровне 0,5 г/л и ниже, выросло с 42 до 51, а выборочное проведение дыхательных проб на алкоголь практикуется в 46 государствах-членах, по сравнению с 27 в 2010 г.
- Число государств-членов, где действует запрет на продажу алкогольных напитков навынос лицам младше 18 лет, выросло с 31 до 43.
- Число государств-членов с нормативно-правовыми ограничениями на рекламу алкогольной продукции выросло с 42 до 47.
- Число государств-членов с нормативно-правовыми ограничениями на скрытую рекламу спиртных напитков выросло с 31 до 36.
- Число государств-членов, требующих размещения предупреждений о вреде для здоровья в рекламе алкогольной продукции, выросло с 12 до 15.
- Число государств-членов, где ставка налогообложения алкогольных напитков индексируется с учетом инфляции, выросло с 7 до 13.
- Число государств-членов, где действует законодательство, направленное на предупреждение нелегального производства или продажи алкогольных напитков домашнего или иного заводского приготовления, выросло с 41 до 49.

---

<sup>6</sup> По пяти государствам-членам данные отсутствуют.

<sup>7</sup> European status report on alcohol and health 2010. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/128065/e94533.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/128065/e94533.pdf)).

Алкоголь и здоровье: европейский доклад о положении дел, 2010 г. (аннотация на русском языке, <http://www.euro.who.int/ru/what-we-publish/abstracts-and-health-2010>).

<sup>8</sup> На основе данных, поступивших из 45 государств-членов.

## Роль Секретариата

### Стратегическое руководство

24. Европейская сеть национальных координаторов ВОЗ по политике в отношении алкоголя и реализации Европейского плана действий продолжает укреплять сотрудничество с государствами-членами и оказывать им поддержку. После принятия Плана действий государства-члены Региона обменялись информацией о политике в отношении алкоголя на совещании в Варшаве, Польша, которое прошло с 30 мая по 1 июня 2012 г. На этом совещании, принимающими сторонами которого были Государственное агентство Польши по предупреждению заболеваний и проблем, связанным с употреблением алкоголя, и Европейская комиссия, состоялась также презентация нового доклада ВОЗ по вопросам потребления алкоголя в странах Европейского союза<sup>9</sup>. В Стамбуле, Турция, 26–27 апреля 2013 г., при поддержке со стороны Министерства здравоохранения и турецкой неправительственной организации "Зеленый полумесяц", прошло совещание национальных координаторов, на котором они обменялись информацией по политике в отношении алкоголя и обсудили готовящийся к выходу в свет европейский доклад о ситуации в отношении алкоголя и здоровья. Координаторы оказывают содействие Региональному бюро, предоставляя данные о потреблении алкоголя, связанном с ним вреде и последних достижениях антиалкогольной политики, которые были использованы, в частности, в Европейской информационной системе по алкоголю и здоровью, а также в двух недавних публикациях<sup>9,10</sup>.

25. Силами Секретариата издан и распространен на английском и русском языках Европейский план действий<sup>11</sup> вместе с текстом соответствующей резолюции EUR/RC61/R4 и перечнем показателей (с определениями), относящихся к 10 направлениям действий. План действий отражает 5 целей и 10 направлений деятельности, которые сформулированы в Глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя, принятой Всемирной ассамблеей здравоохранения (резолюция WHA63.13). Все показатели также включены в Европейскую информационную систему по алкоголю и здоровью.

26. Секретариат проводит активную работу с государствами-членами, межправительственными организациями и основными партнерами в системе ООН, направленную на активизацию многоотраслевых действий, наращивание национального потенциала, поиск новых возможностей для партнерств, продвижение эффективных и рациональных с точки зрения вложений подходов к сокращению вредного употребления алкоголя. Эти усилия вносят вклад в профилактику и борьбу с неинфекционными

---

<sup>9</sup> Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012

([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/160680/e96457.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf), accessed 6 November 2013). Алкоголь в Европейском союзе. Уровни потребления, наносимый вред и подходы в области политики (аннотация на русском языке, <http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/alcohol-in-the-european-union.-consumption,-harm-and-policy-approaches>).

<sup>10</sup> Status report on alcohol and health in 35 European countries. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/190430/Status-Report-on-Alcohol-and-Health-in-35-European-Countries.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/190430/Status-Report-on-Alcohol-and-Health-in-35-European-Countries.pdf), accessed 6 November 2013).

Алкоголь и здоровье – доклад о ситуации в 35 европейских странах, 2013 г. (аннотация на русском языке, <http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/status-report-on-alcohol-and-health-in-35-european-countries-2013>).

<sup>11</sup> Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 г.

([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/187154/e96726R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/187154/e96726R.pdf), по состоянию на 23 июня 2014 г.).

заболеваниями, а также в выполнении обязательств, вытекающих из Политической декларации совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними и политики Здоровье-2020<sup>12</sup> Европейского регионального бюро ВОЗ<sup>13</sup>.

27. Секретариат оказывает поддержку в проведении в странах Региона учебно-методических семинаров по выработке и реализации политики в отношении алкоголя в контексте профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними, тем самым способствуя появлению надлежащих национальных стратегий в этой области. С 2012 г. оказывалась техническая поддержка в процессе проведения совещаний по вопросам политики в отношении алкоголя в целом ряде государств-членов: Армения, Бельгия, Дания, Италия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Люксембург, Норвегия, Польша, Португалия, Республика Молдова, Российская Федерация, Словакия, Соединенное Королевство, Турция, Финляндия, Хорватия, Черногория, Эстония. Более того, Секретариат тесно сотрудничал с государствами-членами, которые обновили или выработали новую политику в отношении алкоголя в соответствии с Европейским планом действий по сокращению вредного употребления алкоголя на 2012–2020 гг. Продолжается диалог с неправительственными организациями и профессиональными ассоциациями с обсуждением возможностей для их участия в усилиях по снижению уровня вредного употребления алкоголя. Наконец, Секретариат принимает участие в совещаниях, которые организуются неправительственными организациями, многие из которых, в свою очередь, приглашаются на совещания национальных координаторов по политике в отношении алкоголя.

### **Усиление эпиднадзора и мониторинга и оценки, а также научные исследования**

28. Благодаря более совершенному сбору и анализу данных и публикации его результатов стало возможным оптимизировать процессы выработки и распространения знаний о потреблении алкоголя, причиняемом им вреде и ответных мерах в области политики в государствах-членах. В этой сфере Региональное бюро тесно сотрудничает со штаб-квартирой ВОЗ и Европейской комиссией. В 2011–2013 гг. совместно с Европейской комиссией был реализован проект, направленный на обеспечение использования одинаковых показателей и единой системы сбора и анализа данных. Предполагается, что работа проекта будет продолжена до сентября 2014 г. В 2012 г. при содействии государств-членов Европейского региона было проведено Глобальное обследование в отношении алкоголя и здоровья. В число вопросов анкетирования были включены специальные региональные показатели, и полученные в результате обследования данные вошли в опубликованный на веб-сайте ВОЗ доклад о ситуации в Европе, в котором содержатся сведения об антиалкогольной политике по 53 государствам-членам<sup>14</sup>.

---

<sup>12</sup> Резолюция, принятая Генеральной Ассамблеей 19 сентября 2011 года, A/RES/66/2. Приложение: Политическая декларация совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Шестидесят шестая сессия Генеральной Ассамблеи, 24 января 2012 г. ООН Нью-Йорк, 2012 г. (<http://www.un.org/Docs/asp/ws.asp?m=A/RES/66/2>, по состоянию на 23 июня 2014 г.).

<sup>13</sup> Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 г. ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf), по состоянию на 23 июня 2014 г.).

<sup>14</sup> European status report on alcohol and health 2014. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/news/news/2014/03/european-status-report-on-alcohol-and-health-2014>, accessed 26 March 2014).

29. В 2011 г. Региональное бюро приступило к сбору информации о ходе разработки и реализации в государствах-членах мер государственной политики в отношении алкоголя за период с 2006 г., со ссылками на документы, публикации и веб-сайты для содействия обмену между государствами-членами информацией, знаниями и примерами передовой практики. Информация за период с 2006 по 2012 гг. включена в виде приложения в Доклад о положении дел за 2013 г.<sup>10</sup> и будет использована при создании в 2014 г. онлайн-базы данных с привязкой к 10 направлениям плана действий. Региональное бюро планирует обновлять такую информацию ежегодно. База данных будет размещена в Глобальной обсерватории здравоохранения, и таким образом ее можно будет связать с другими базами данных по этой же проблематике, включая Европейскую информационную систему по алкоголю и здоровью.

30. Региональное бюро уже сейчас использует разработанные им на основе Европейской базы данных "Здоровье для всех"<sup>15</sup> новые показатели смертности, связанной с употреблением алкоголя, и намерено и далее продолжать усилия по улучшению качества данных о вреде, обусловленном употреблением алкоголя. Региональное бюро также участвует в работе по проблемам вреда для других людей, помимо самих пьющих, в частности таким проблемам, как спектр нарушений развития плода, обусловленных алкоголем, а также связи вредного употребления алкоголя с насилием и ВИЧ-инфекцией.

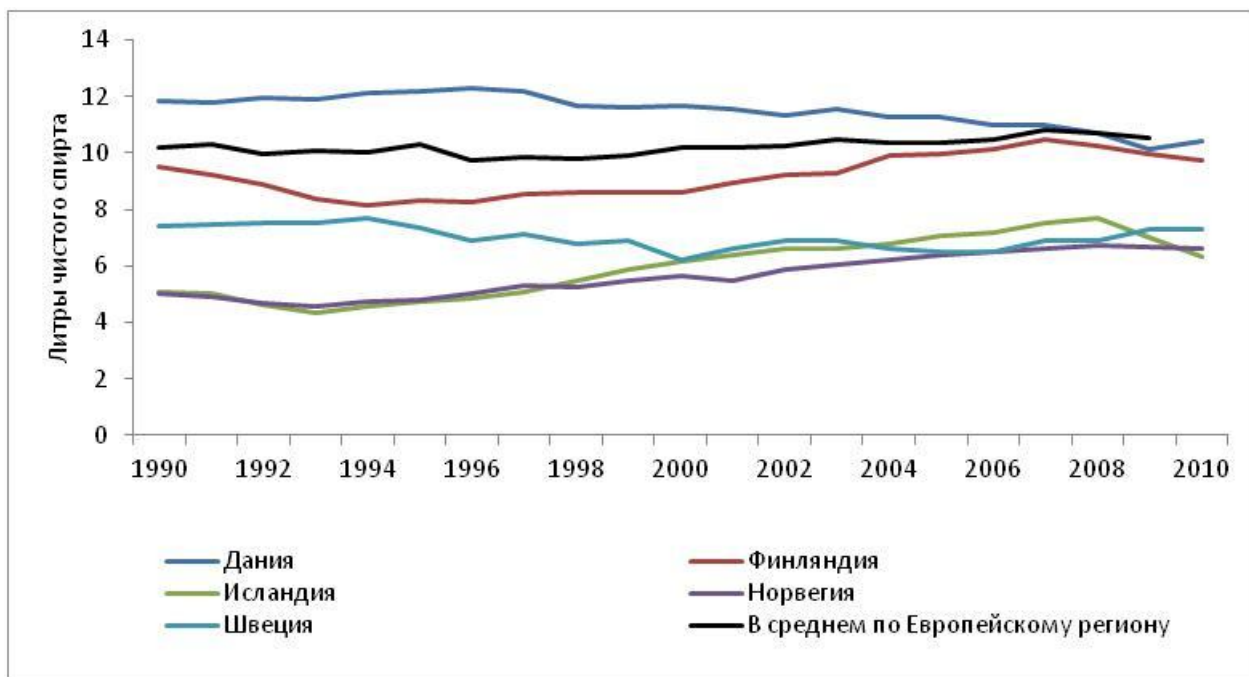
31. В настоящее время ведется работа над созданием новой балльной системы для оценки реализации в странах эффективных стратегий в отношении алкоголя. Для всех государств-членов по каждому из 10 направлений деятельности Европейского плана действий будут разработаны свои профили, которые можно будет использовать в качестве руководства в процессе реализации мер новой государственной политики по сокращению вредного употребления алкоголя. Выход в свет публикации по этой теме запланирован на 2014 г.

---

<sup>15</sup> Европейская база данных "Здоровье для всех" [онлайн-база данных]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>, по состоянию на 23 июня 2014 г.).

## Приложение В1. Среднедушевое потребление учтенного алкоголя среди взрослого населения по странам Европейского региона ВОЗ<sup>16</sup>, 1990–2010 гг.

Рисунок В1. Среднедушевое потребление учтенного алкоголя среди взрослого населения, 1990–2010 гг., группа 1

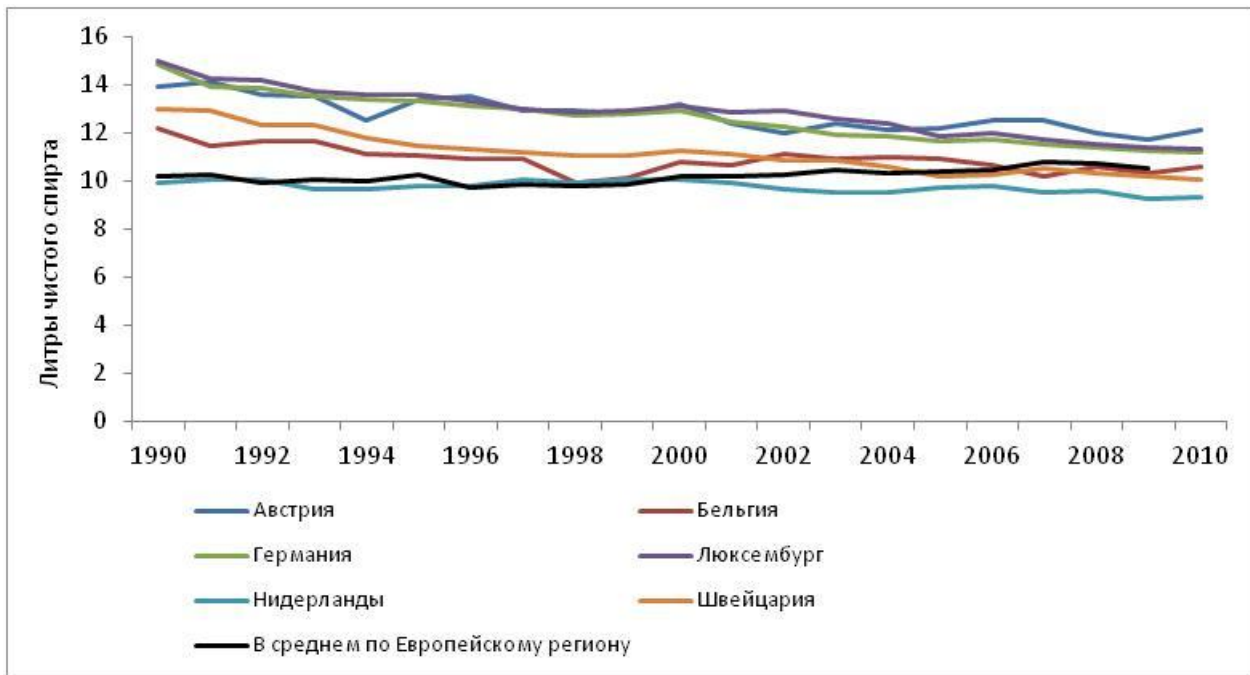


<sup>16</sup> Для целей данного отчета государства-члены разбиты на девять субрегиональных групп. Группы определены частично географическим местоположением, частично традициями и тенденциями в потреблении алкоголя:

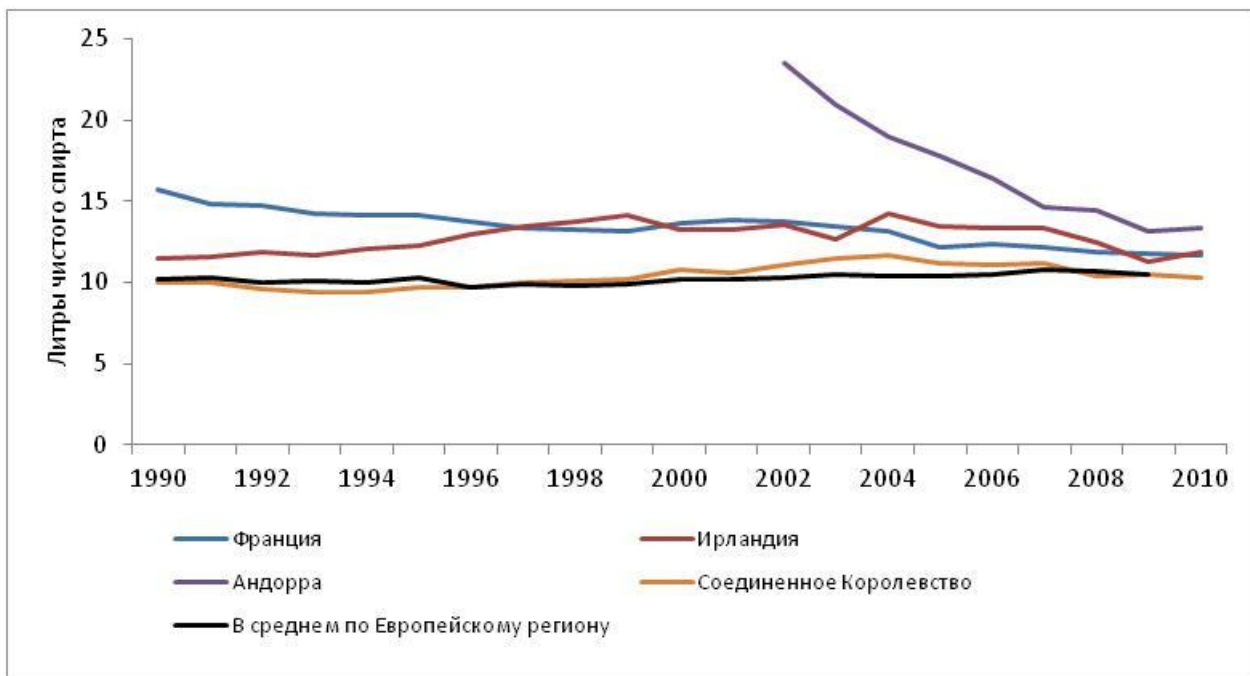
- Группа 1: Дания, Исландия, Норвегия, Финляндия, Швеция.
- Группа 2: Австрия, Бельгия, Германия, Люксембург, Нидерланды, Швейцария.
- Группа 3: Андорра, Ирландия, Монако, Сан-Марино, Соединенное Королевство, Франция.
- Группа 4: Польша, Словакия, Чешская Республика.
- Группа 5: Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Российская Федерация, Украина.
- Группа 6: Латвия, Литва, Эстония.
- Группа 7: Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан.
- Группа 8: Греция, Израиль, Испания, Италия, Кипр, Мальта, Португалия, Турция.
- Группа 9: Албания, Болгария, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Венгрия, Республика Молдова, Румыния, Сербия, Словения, Хорватия, Черногория.



**Рисунок В2. Среднедушевое потребление учтенного алкоголя среди взрослого населения, 1990–2010 гг., группа 2**

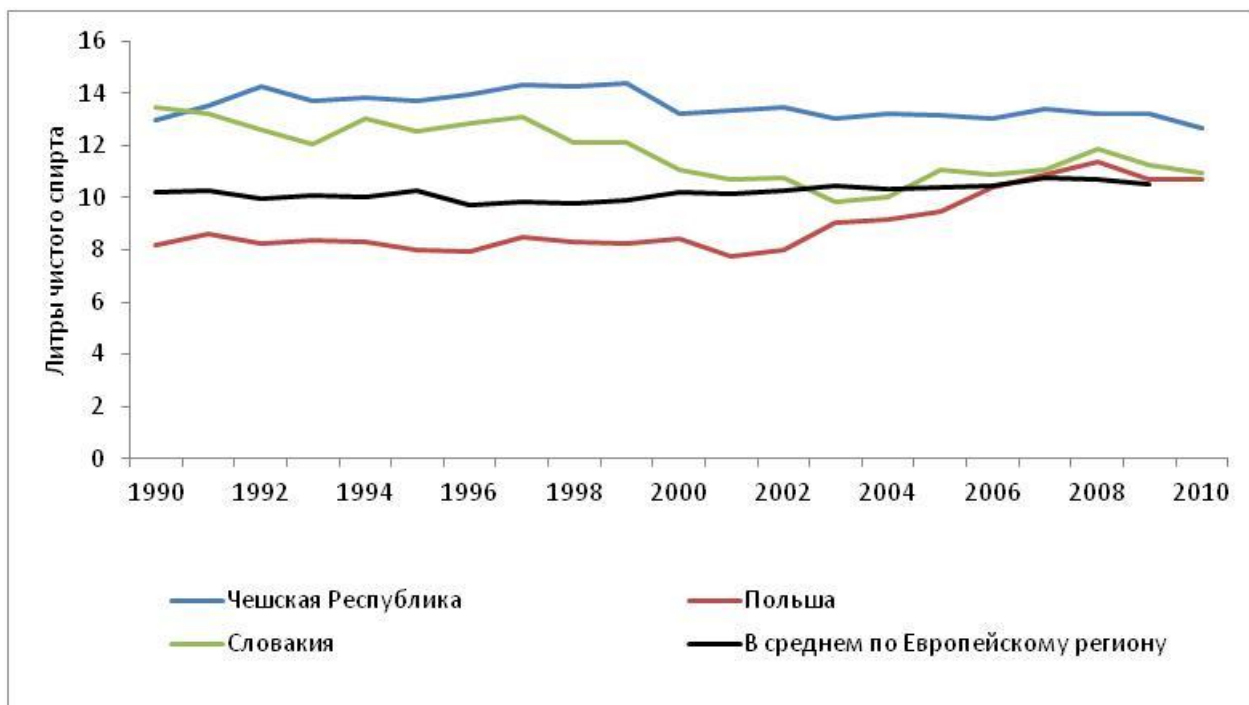


**Рисунок В3. Среднедушевое потребление учтенного алкоголя среди взрослого населения, 1990–2010 гг., группа 3<sup>17</sup>**

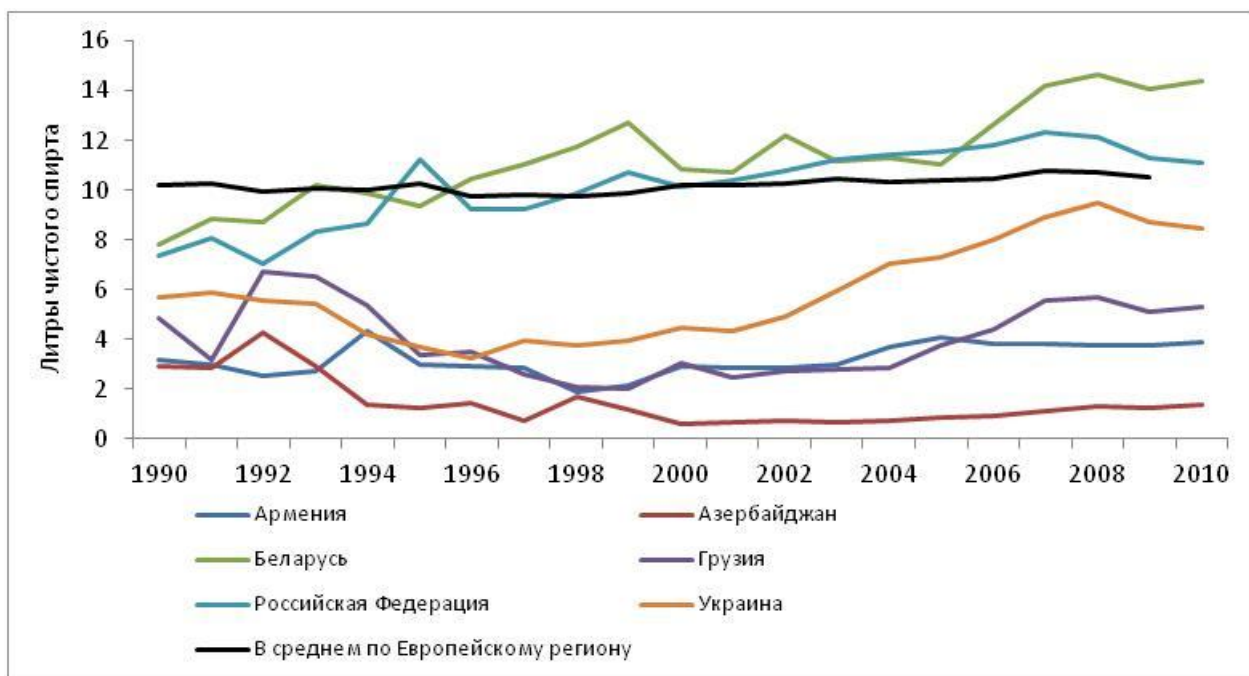


<sup>17</sup> Нет данных по Монако и Сан-Марино.

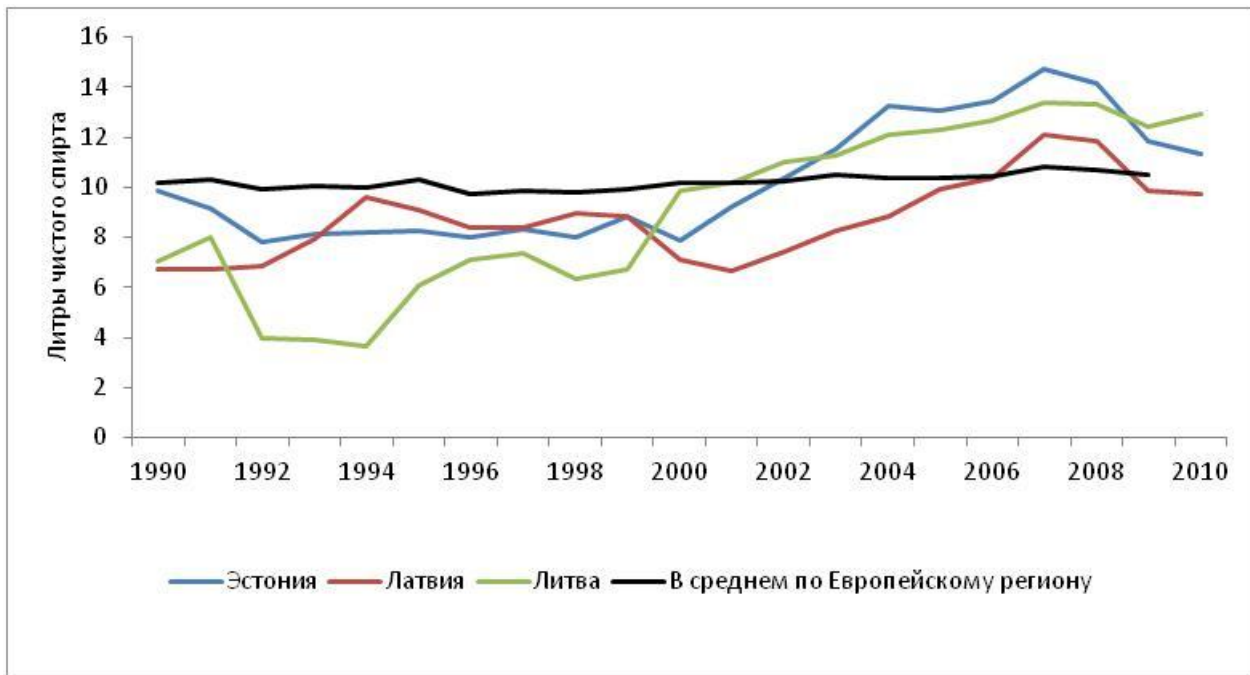
**Рисунок В4. Среднедушевое потребление учтенного алкоголя среди взрослого населения, 1990–2010 гг., группа 4**



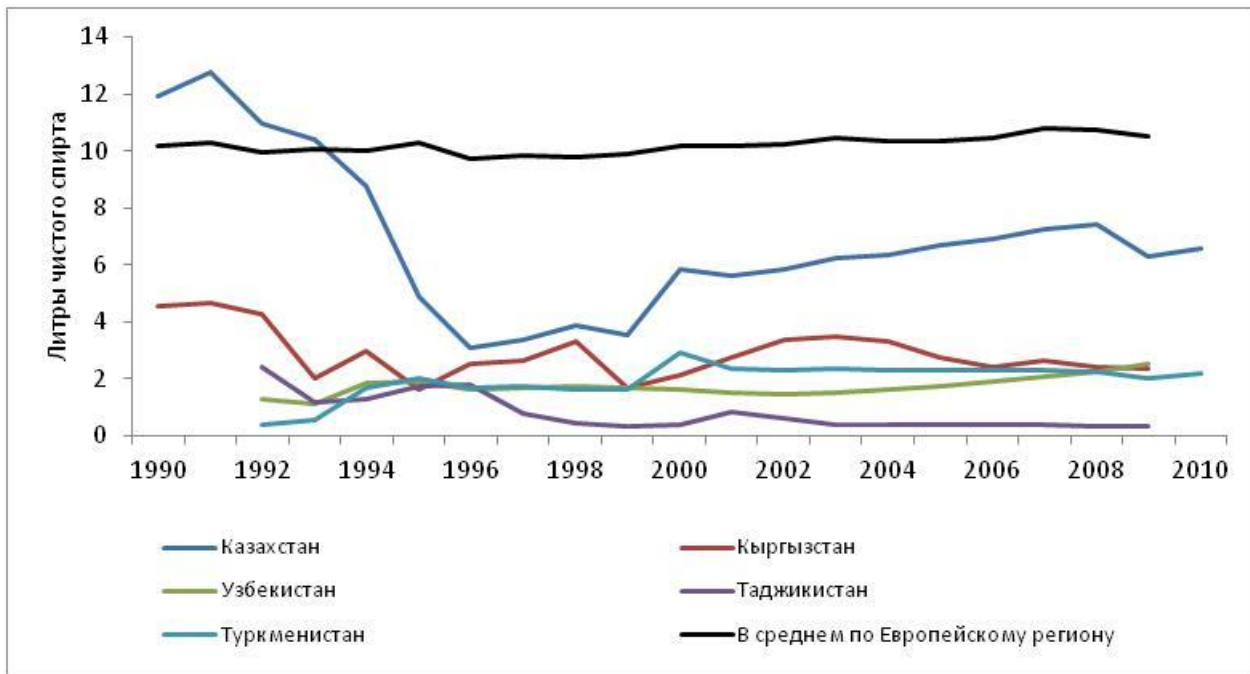
**Рисунок В5. Среднедушевое потребление учтенного алкоголя среди взрослого населения, 1990–2010 гг., группа 5**



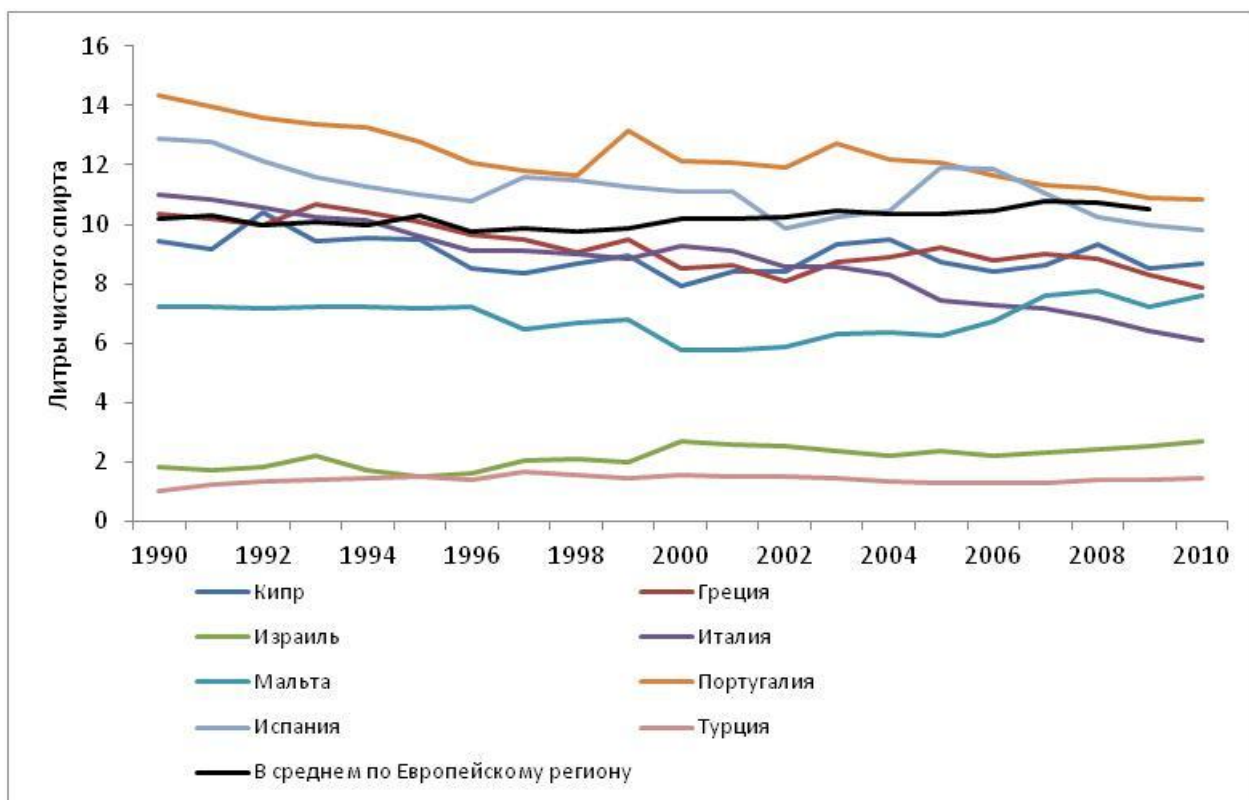
**Рисунок В6. Среднедушевое потребление учтенного алкоголя среди взрослого населения, 1990–2010 гг., группа 6**



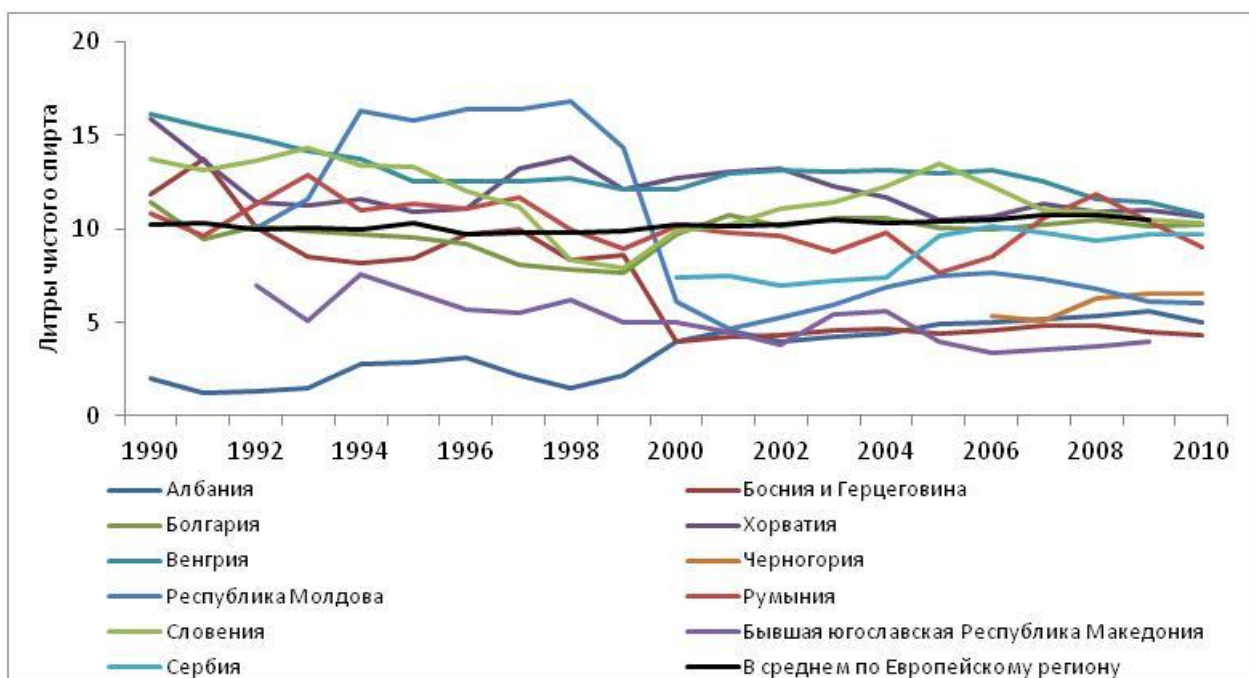
**Рисунок В7. Среднедушевое потребление учтенного алкоголя среди взрослого населения, 1990–2010 гг., группа 7**



**Рисунок В8. Среднедушевое потребление учтенного алкоголя среди взрослого населения, 1990–2010 гг., группа 8**



**Рисунок В9. Среднедушевое потребление учтенного алкоголя среди взрослого населения, 1990–2010 гг., группа 9**





## **С. Отчет о прогрессе, достигнутом в осуществлении резолюции EUR/RC55/R9: предупреждение травматизма в Европейском регионе ВОЗ**

### **Введение**

1. В 2005 г. Европейский региональный комитет принял резолюцию EUR/RC55/R9 “Предупреждение травматизма в Европейском регионе ВОЗ”, в которой Региональному директору предлагается:

- (a) оказывать поддержку государствам-членам в их усилиях по укреплению программ предупреждения травматизма и разработке национальных планов действий;
- (b) способствовать выявлению примеров наилучшей практики и обмену опытом в области предупреждения насилия и непреднамеренных травм;
- (c) оказывать содействие и поддержку сети национальных координаторов и продолжать развивать сотрудничество с другими сетями экспертов и специалистов, работающих в этой области;
- (d) содействовать наращиванию потенциала на техническом и политическом уровне с целью повышения эффективности мер, направленных на борьбу с травматизмом в странах, включая эпидемиологический мониторинг, научно обоснованные практические действия и оценку;
- (e) оказывать техническую поддержку в целях повышения качества догоспитальной помощи лицам, пострадавшим от непреднамеренных травм и насилия;
- (f) содействовать расширению партнерских связей и сотрудничества с Европейским союзом и другими международными организациями, в частности с Советом Европы, Европейской конференцией министров транспорта, Организацией экономического сотрудничества и развития, Европейской экономической комиссией ООН, Детским фондом ООН, Международной организацией труда и неправительственными организациями, когда это целесообразно, в целях расширения возможностей для решения проблем, связанных с различными причинами травматизма;
- (g) представить в 2008 г. Региональному комитету доклад о ходе работы по выполнению этой резолюции Секретариатом и государствами-членами.

2. В настоящем документе представлен отчет о прогрессе, достигнутом в течение десяти лет после принятия Европейским региональным комитетом ВОЗ резолюции EUR/RC55/R9. Ситуация с травматизмом в Регионе улучшилась, и число смертей вследствие непреднамеренных травм и насилия снизилось с 790 000 в год на момент принятия резолюции до нынешнего уровня в 555 000<sup>1</sup> (см. Приложение С1). Такое снижение смертности отмечается практически во всех государствах-членах и, более того, немалый прогресс был достигнут в странах с низким и средним уровнями доходов, где чрезмерный по сравнению со странами с высокими доходами риск погибнуть от травм снизился с 3,6 в 2000 г. до 2,4 раза в 2011 г. В то же время, между возрастными группами этот прогресс распределяется достаточно неравномерно: так, разрыв в смертности в группе детей младше 15 лет между странами с высоким и странами с низким и средним уровнями доходов в этот период увеличился (Приложение С1).

---

<sup>1</sup> Injuries in Europe: a call for public health action. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014.



3. При поддержке Секретариата ЕРБ ВОЗ государства-члены мобилизовывали ресурсы общества для противодействия угрозе, которую травматизм представляет для общественного здоровья. Например, сейчас уже все страны Региона располагают национальными стратегиями по обеспечению безопасности дорожного движения, в 92% стран существует законодательство, затрагивающее все пять факторов риска травматизма, а в 49% стран это законодательство носит комплексный характер<sup>2</sup>. В частности, в указанной части стран существует национальное законодательство в отношении скоростного режима, и предельно допустимая скорость движения в городах не превышает 50 км/ч, причем местные органы власти вправе менять эти ограничения. Предельно допустимая концентрация алкоголя в крови в соответствии с национальным законодательством не превышает 0,05 г/дл. Национальное законодательство делает обязательным ношение мотошлемов для всех водителей и пассажиров всех соответствующих транспортных средств, причем шлемы должны соответствовать установленным стандартам. Национальное законодательство требует также, чтобы все водители и пассажиры использовали ремни безопасности, и регулирует использование детских автомобильных кресел. Несомненно, что не все из этих достижений в сокращении бремени травматизма могут быть обусловлены исключительно осуществлением вышеуказанной резолюции, из доклада следует, что определенная часть прогресса связана именно с ней. Подобные меры профилактики необходимо продолжить и далее, чтобы еще больше снизить по-прежнему высокое бремя травматизма: в настоящее время травмы остаются третьей по значению причиной смерти в Регионе, уступая лишь сердечно-сосудистым заболеваниям и раку. У людей в возрасте 5–49 лет травматизм и насилие и вовсе являются ведущей причиной смерти. Таким образом, уменьшение несправедливых различий в отношении травматизма и насилия является для Региона одним из приоритетов для повышения социальной справедливости.

4. В отчете приводятся основные достижения Секретариата ВОЗ в сфере предупреждения насилия и травматизма, преимущественно в отношении выработки политики государствами-членами.

### ***Поддержка государств-членов в усилении мер по предупреждению травматизма и выработке планов действий***

5. Государства-члены все лучше осознают серьезность проблемы и важность целесообразных с точки зрения затрат и результатов мер профилактики; об этом, в частности, свидетельствует стабильный рост числа стран, с которыми были заключены двухгодичные соглашения о сотрудничестве: с пяти стран в 2004–2005 гг. до 20 в 2014–2015 гг. (девять в 2006–2007, 15 в 2008–2009, 18 в 2010–2011 и 19 в 2012–2013 гг.). Предусмотренные соглашениями мероприятия акцентированы на пять приоритетных задач: выработка политики, безопасность дорожного движения, предупреждение насилия, укрепление организационно-кадрового потенциала и эпидемиологический мониторинг.

6. Полученные от 47 государств-членов ответы на оценочное обследование, проведенное в 2009 г., свидетельствуют о том (75% ответов), что резолюция повысила политическую значимость профилактики насилия и травматизма и стала толчком для конкретных действий в этом направлении. В настоящее время назрела необходимость в обновлении этих данных.

7. Доля государств-членов, располагающих теми или иными национальными стратегиями для воздействия на причины травм или насилия, варьируется. Например, в

---

<sup>2</sup> Европейские факты и "Доклад о состоянии безопасности дорожного движения в мире, 2013 г." Копенгаген WHO Regional Office for Europe; 2013.



то время как национальные стратегии в отношении безопасности дорожного движения существуют во всех без исключения странах, лишь в 40% из них имеются программы по предупреждению утопления, в 76% стран – программы по предупреждению насилия со стороны интимного партнера, в 62% – по предупреждению насилия среди молодежи, и только в 40% стран – по предупреждению жестокого обращения с лицами старшего возраста.

8. Немалую пользу для государств-членов принесли также две организованные ООН Всемирные недели дорожной безопасности (23–29 апреля 2007 г. и 6–12 мая 2013 г.), а также глобальные информационно-пропагандистские мероприятия штаб-квартиры ВОЗ. В частности, эти инициативы повысили важность таких приоритетов, как защита на дорогах молодежи и пешеходов. В Европейском регионе ВОЗ активную поддержку получали более 20 стран, где вместе со страновыми офисами ВОЗ проводились диалоги по вопросам политики, а министерствам здравоохранения оказывалась помощь в проведении многосекторальных действий по обеспечению дорожной безопасности. Вместе с Европейской комиссией Региональное бюро проводит Европейские дни дорожной безопасности.

9. Немалое внимание безопасности дорожного движения уделяется также в *Докладе о состоянии безопасности дорожного движения в мире*<sup>3</sup>, сбор данных для которого проводился в 2008, 2012 и 2014 гг. Этот глобальный проект финансируется благотворительным фондом семьи Блумберг (Bloomberg Philanthropies) и координируется штаб-квартирой ВОЗ. В 51 стране назначены национальные координаторы по работе с данными; эти страны провели у себя обследования, и на основании межсекторального сотрудничества для них были составлены национальные профили. Отчеты о положении дел в мире и в Регионе были представлены на Первой всемирной министерской конференции по безопасности дорожного движения, которая была проведена Российской Федерацией в 2009 г., а последние данные по этой теме будут также рассматриваться на Второй всемирной министерской конференции по безопасности дорожного движения, которая пройдет в 2015 г. в Бразилии в рамках среднесрочного обзора достижений Десятилетия действий за безопасность дорожного движения ООН 2011–2020 гг.

10. В сборе данных для *Доклада о ситуации в мире в области предупреждения насилия*<sup>4</sup> принимают участие 42 государства-члена. Региональное бюро поддержало проведение этого обследования, участие в котором принимают партнеры из различных секторов и которое должно стать фундаментом для оценки будущих успехов в предупреждении насилия, в том числе и жестокого обращения с детьми. Предполагается, что отчет будет опубликован в конце 2014 г. на мероприятии, организованном при участии правительства Бельгии; одновременно с этим будет также подготовлен документ, касающийся Европы.

11. Четырнадцать странам Региона (Австрии, Беларуси, Венгрии, Германии, Кипру, Кыргызстану, Латвии, Литве, бывшей югославской Республике Македония, Российской Федерации, Румынии, Турции, Чешской Республике и Эстонии) была предоставлена помощь в выработке национальных стратегий по предупреждению насилия и

---

<sup>3</sup> Доклад о состоянии безопасности дорожного движения в мире, 2013 г.: поддержать Десятилетие действий. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 ([http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/2013/report/ru/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013/report/ru/), по состоянию на 16 апреля 2014 г.).

<sup>4</sup> Доклад о ситуации в мире в области предупреждения насилия будет представлен в конце 2014 г. Дополнительную информацию о данном проекте см. на [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/status\\_report/ru](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/ru) (по состоянию на 16 апреля 2014 г.).

травматизма. В Азербайджане, Казахстане, Республике Молдова, Таджикистане, Узбекистане и Черногории прошли диалоги по вопросам политики.

### ***Сбор и распространение примеров передовой практики в сфере профилактики***

12. Многочисленные публикации, аналитические заметки и информационные бюллетени позволили собрать базу новейших знаний о бремени насилия и травматизма в Регионе и об основанных на фактических данных подходах к его сокращению. Эта информация активно доносится до широкой аудитории лиц, вырабатывающих политику, практических работников и ученых, что немало способствует распространению и практическому применению этих знаний, причем не только через сеть координаторов, но и по другим каналам. Региональное бюро вместе со штаб-квартирой и сотрудничающими центрами ВОЗ подготовило ряд технических отчетов. Полный перечень публикаций, увидевших свет после 2005 г., приведен в Приложении С2.

13. Эти публикации были представлены на таких мероприятиях, как пятьдесят восьмая и шестьдесят третья сессии Регионального комитета, заседания Европейского парламента, Пятая министерская конференция по окружающей среде и охране здоровья, европейская и всемирная конференции по предупреждению травматизма и содействию безопасности, национальные и общеевропейские мероприятия в рамках Всемирной недели дорожной безопасности ООН, организованные Европейской комиссией мероприятия для заинтересованных сторон и все семь совещаний сети координаторов от министерств здравоохранения.

### ***Поддержка для сети национальных координаторов и взаимодействие с другими сетями***

14. Координаторы по вопросам предупреждения насилия и травматизма назначены в 49 государствах-членах. На данный момент прошло уже семь совещаний Европейской сети, принимающими сторонами для которых выступали министерства здравоохранения Нидерландов (2005 г.), Австрии (2006 г.), Португалии (2007 г.), Финляндии (2008 г.), Германии (2009 г.), Норвегии (2011 г.) и Турции (2012 г.). В ходе этих совещаний рассматривались основные положения резолюции EUR/RC55/R9, такие как безопасность дорожного движения, предупреждение насилия, укрепление организационно-кадрового потенциала, эпиднадзор и информационно-пропагандистская деятельность. В ходе седьмого совещания его участники одобрили предложение о том, что подготовка программы по предупреждению жестокого обращения с детьми должна стать для Европейского региона одной из приоритетных целей. Помимо этого, было проведено три совещания координаторов на глобальном уровне, приуроченных к Всемирной конференции по предупреждению травматизма и содействию безопасности в Южной Африке в 2006 г., Мексике в 2008 г. и Соединенном Королевстве в 2010 г. Активное участие в них принимали европейские страны.

15. Координаторы немало способствуют усилиям Регионального бюро, собирая данные по безопасности дорожного движения и предупреждению насилия и внося ценный вклад в процесс выработки политики – в частности, в подготовку Европейского плана действий по предупреждению жестокого обращения с детьми.

16. Налажено сотрудничество и с другими сетями, включая сети Генеральных директоратов Европейской комиссии по здравоохранению и делам потребителей, по юстиции и по мобильности и транспорту, Европейскую сеть по выработке политики в отношении алкоголя, Сеть здравоохранения Юго-Восточной Европы (SEEHN) и

Глобальную кампанию по предупреждению насилия (совещания которой проводились Соединенным Королевством в 2007 г. и Италией в 2010 г.).

### **Укрепление организационно-кадрового потенциала**

17. Одним из основных направлений для деятельности является укрепление потенциала национальных систем для принятия мер по борьбе с травматизмом с упором на эпидемиологический мониторинг, действия на основании имеющихся данных и оценку результатов этих действий. Этим вопросам был посвящен целый ряд совещаний координаторов для обмена передовой практикой, а основной публикацией по теме стала разработанная штаб-квартирой ВОЗ программа по обучению и укреплению сотрудничества в интересах здоровья в сфере предупреждения насилия и травматизма (TEACH-VIP) (программа также переведена на русский язык).

18. Для координаторов по предупреждению насилия и травматизма проводились учебные семинары по усилению роли сектора здравоохранения в наращивании многосекторальных действий в этой сфере. В 2007 и 2009 гг. были проведены два семинара по каскадному обучению преподавателей для, соответственно, русскоязычных участников и участников из стран SEEHN. ВОЗ оказала помощь в переводе и адаптации программы TEACH-VIP для Азербайджана, Албании, Беларуси, Испании, Казахстана, Кыргызстана, Латвии, Литвы, Португалии, бывшей югославской Республики Македония, Республики Молдова, Российской Федерации, Румынии, Сербии, Соединенного Королевства, Таджикистана, Туркменистана, Турции, Узбекистана и Чешской Республики. Закреплению этой информации немало поспособствовали включение соответствующих материалов в учебные планы для работников здравоохранения и каскадное обучение преподавателей. В странах Балтии, Северной Европы и SEEHN проводились также специализированные семинары по укреплению организационно-кадрового потенциала в сфере профилактики насилия, обусловленного алкоголем. В общей сложности в мероприятиях по программе TEACH-VIP приняли участие около 8500 представителей из 39 стран.

19. В большинстве стран существуют проблемы неполного учета несмертельных травм и их медико-санитарных и социальных последствий. В связи с этим была оказана поддержка для развития эпидемиологического мониторинга травматизма на базе больниц в Литве и Российской Федерации. Члены сети координаторов, а также представители стран SEEHN принимали участие в учебных семинарах по эпиднадзору за травматизмом, способствующих обмену передовым опытом. Следует также отметить, что ВОЗ входит в состав консультативного комитета по регистрации случаев травматизма для Венгрии, Словакии и Чешской Республики, а также участвует в финансируемом Европейской комиссией проекте "Европейская база данных по травматизму".

20. В рамках противодействия жестокому обращению с детьми в 10 странах среди молодежи прошли обследования, посвященные неблагоприятным переживаниям в детском возрасте, ставящие перед собой цель оценить распространенность жестокого обращения и сделать данные о ней доступными для широкого круга сторон. Результаты обследования были представлены при проведении диалогов по вопросам политики в области предупреждения жестокого обращения с детьми в Албании, Латвии, Литве, бывшей югославской Республики Македония, Румынии, Черногории и Чешской Республике; в дальнейшем такие диалоги планируется также провести в Российской Федерации, Сербии и Турции.

## **Техническая поддержка для улучшения оказания помощи пострадавшим**

21. В июне 2008 г. по приглашению правительства Италии была проведена региональная консультация по вопросам подготовки *Всемирного доклада об инвалидности*<sup>5</sup>, а в августе 2013 г. состоялась региональная консультация по *проекту Глобального плана ВОЗ по инвалидности на 2014–2021 гг.: лучшее здоровье для всех людей с инвалидностью*<sup>6</sup>. Были подготовлены руководства по вопросам необходимой травматологической помощи, добольничной помощи и медико-правовой помощи жертвам сексуального насилия. Эти документы переводятся в настоящее время на русский язык, и в Российской Федерации и Турции были проведены семинары по укреплению системы травматологической помощи.

## **Создание партнерств и сотрудничество с Европейским союзом и другими международными правительственными и неправительственными организациями**

22. Существенно укрепились партнерские отношения с Генеральным директором по здравоохранению и делам потребителей (в рамках проекта с совместным финансированием в 2007 г.), а также с генеральными директоратами по юстиции и по транспорту и мобильности. Совместная работа ведется также со Всемирным банком и Международным транспортным форумом. Немалый вклад вносится в такие международные проекты, как проект по безопасности дорожного движения в 10 странах. В Российской Федерации и Турции существенно выросли показатели использования ремней безопасности и детских автомобильных кресел, а также снизилось число нарушений скоростного режима. Также осуществляется сотрудничество с Советом Европы, Организацией экономического сотрудничества и развития, Европейской экономической комиссией Организации Объединенных Наций и Детским фондом Организации Объединенных Наций. Здесь необходимо также отметить такую влиятельную сеть научных и государственных учреждений, как Европейская ассоциация по предупреждению травматизма и содействию безопасности (EuroSafe). Это важный партнер ВОЗ, который занимается вопросами профилактики травматизма в Европейском союзе.

## **Отчетность**

23. В 2008<sup>7</sup> и 2010<sup>8</sup> гг. государства-члены и Секретариат провели официальные оценки осуществления резолюции, и в 2008 г. Региональному комитету был представлен отчет о достигнутом прогрессе.

---

<sup>5</sup> Всемирная организация здравоохранения, Всемирный банк. Всемирный доклад об инвалидности. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2011.

<sup>6</sup> Проект глобального плана ВОЗ по инвалидности на 2014–2021 гг.: лучшее здоровье для всех людей с инвалидностью. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 (EB134/16; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67/A67\\_16-ru.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_16-ru.pdf), по состоянию на 16 апреля 2014 г.).

<sup>7</sup> Sethi D, Racioppi F, Frerick B, Frempong N. Прогресс в области предупреждения травматизма в Европейском регионе ВОЗ: выполнение резолюции Европейского регионального комитета ВОЗ (EUR/RC55/R9) по предупреждению травматизма в Европейском Регионе ВОЗ и рекомендаций Совета Европейского союза по предупреждению травматизма и содействию безопасности.

Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008

([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0012/101280/E91710R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/101280/E91710R.pdf), по состоянию на 16 апреля 2014 г.).

## **Выводы и направления для дальнейшей деятельности**

24. Резолюция стала важнейшим инструментом для взаимодействия между Региональным бюро и государствами-членами и другими партнерами в сфере снижения бремени травматизма. В то же время, несмотря на достигнутый прогресс, это бремя остается высоким, и в странах по-прежнему существуют крайне опасные для общественного здоровья социальные неравенства в этой сфере. Расширение разрыва в детской смертности между странами с высоким и странами с низким и средним уровнями доходов требует значительной активизации усилий.

25. Меры по борьбе с травматизмом и насилием должны носить многосекторальный характер и требуют охвата всех этапов жизни человека и сфер общества, с особым акцентом на повышение социальной справедливости. Для этого системы здравоохранения должны осуществлять эффективное стратегическое руководство, как это предписывается политикой Здоровье-2020. Возможности для согласованных действий открывают и другие региональные программы здравоохранения, такие как Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг. (документ EUR/RC61/13), Европейский план действий по охране психического здоровья (документ EUR/RC63/11), План действий по осуществлению Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями на 2012–2016 гг. (документ EUR/RC61/12) и пересмотренная Европейская стратегия по вопросам здоровья и развития детей и подростков.

26. В дальнейшем осуществление резолюции будет зависеть от политической поддержки со стороны государств-членов и постоянных вложений в развитие сетей (например, сетей координаторов в министерствах здравоохранения) для укрепления институционального потенциала и обмена опытом и знаниями. В 2018 г. предлагается представить доклад о ходе работы в этой области.

27. Предупреждение насилия и травматизма является одним из элементов Двенадцатой общей программы работы ВОЗ на 2014–2019 гг., и Региональное бюро выражает признательность за предоставленные Европейской комиссией, а также Австрией, Германией, Италией, Нидерландами, Норвегией, Португалией, Соединенным Королевством, Финляндией и Швецией ресурсы для осуществления деятельности.

---

<sup>8</sup> Sethi D, Mitis F, Racioppi F. Предупреждение травматизма в Европе. От международного сотрудничества к реализации на местах. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/114159/E93567r.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/114159/E93567r.pdf), по состоянию на 16 апреля 2014 г.).

## Приложение С1. Бремя травматизма и насилия в Европе

В 2011 г. в Европейском регионе ВОЗ было зарегистрировано около 555 000 случаев смерти вследствие травм, что составляет 6,1% от всех смертей. Причиной 72% из этих смертей стали непреднамеренные травмы (397 000), связанные, главным образом, с дорожно-транспортными происшествиями (92 000), падениями (78 000), утоплением (37 000), пожарами (27 000) и отравлениями (22 000). Главные причины смерти от преднамеренных травм (158 000) – суицид (124 000 смертей) и межличностное насилие (32 000 смертей). Четверть всех травм (140 000 смертей) относится к разнородной категории "другие непреднамеренные травмы". Более 50% всех смертей, связанных с травмами, приходится на три основные причины: суицид, дорожные происшествия и падения (1).

Среди людей в возрасте 5–49 лет травматизм является в Регионе ведущей причиной смерти; в возрасте 5–29 лет главными причинами смерти являются, соответственно, дорожно-транспортные происшествия, суицид, непреднамеренные травмы, утопление и межличностное насилие. Семь из десяти жертв травматизма – мужчины, в то время как среди женщин смертность вследствие травматизма в 3,1 раза ниже. Бремя болезней распределяется по странам Региона неравномерно. В странах с низким и средним уровнем доходов показатели смертности вследствие травматизма самые высокие в мире, а в странах с высоким уровнем доходов – самые низкие: 60% смертей сосредоточено в странах с низким и средним уровнем доходов, и показатели смертности там превышают таковые в странах с высокими доходами в 2,4 раза. Немалые различия, наблюдаемые между странами в отношении травматизма и насилия, тесно связаны с социально-экономическими детерминантами. Например, среди наименее обеспеченных групп населения уровень смертности среди детей-пешеходов или детей-велосипедистов в 20 раз выше, чем среди остальных социальных групп. Дети и пожилые люди уязвимы перед насилием и травматизмом больше других; такие выводы делаются в отчетах о предупреждении детского травматизма (2), жестокого обращения с детьми (3) и жестокого обращения с пожилыми людьми (4).

За последнее десятилетие ситуация в Европейском регионе существенно улучшилась. В странах Содружества Независимых Государств смертность от травматизма достигла своего пика в 2002 г. и после этого начала резко снижаться. В странах Европейского союза устойчивое, хотя и не такое резкое, снижение смертности наблюдается с 1980 г.: за этот период показатели смертности снизились с 63,1 до 35,6 на 100 000 населения в 2011 г. Несмотря на это, разрыв по-прежнему велик: в 2010 г. показатель смертности в результате травм в странах СНГ превышал таковой для стран ЕС в три раза (5) (см. рис. С1). Особенно впечатляющий прогресс был достигнут в сфере безопасности дорожного движения: с 2007 по 2010 гг. смертность в результате дорожных происшествий снизилась на 25%, притом, что за этот же период количество зарегистрированных транспортных средств выросло на 6% (6).

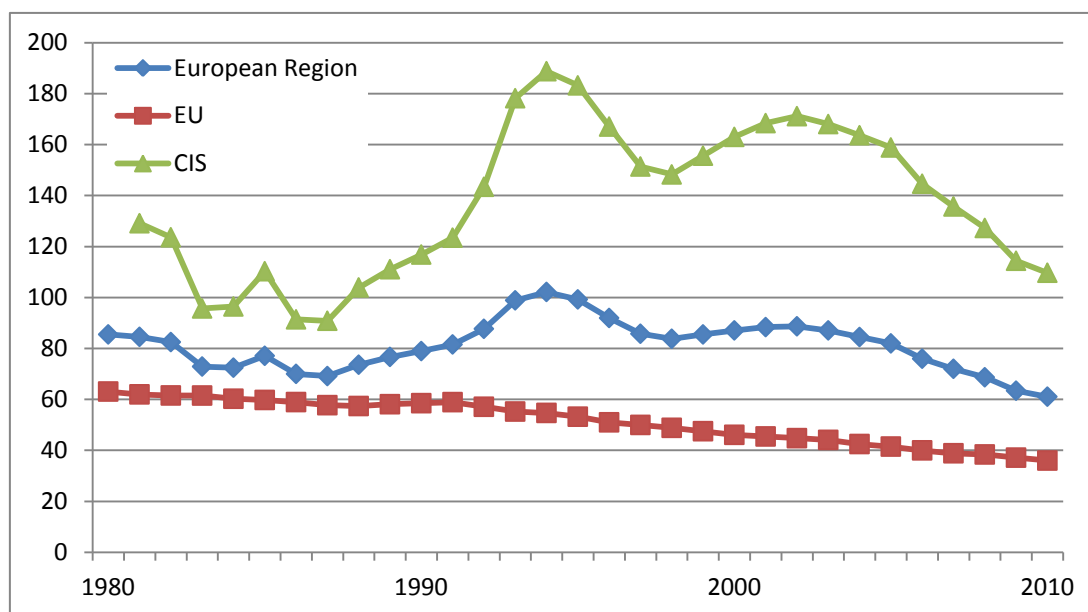
По данным *Доклада о профилактике детского травматизма в Европе* (2), особое внимание следует уделять проблеме травм в детском возрасте, которые являются ведущей причиной смерти в возрасте 0–19 лет (42 000 смертей). Несмотря на отсутствие доподлинных сведений о несмертельных травмах, можно с уверенностью сказать, что они являются причиной многих миллионов случаев госпитализации и обращений в отделения неотложной помощи. Ведущая причина смерти среди детей – дорожно-транспортный травматизм, за которой следуют утопление, отравления, термические травмы и падения. Приоритетное значение для Региона по-прежнему имеет профилактика детского травматизма. Сопоставление показателей смертности вследствие дорожно-транспортного травматизма в группе детей младше 15 лет между странами с низким и средним и странами с высоким уровнем доходов показывает, что разрыв между этими двумя

группами стран увеличивается. Соотношение показателей смертности от всех непреднамеренных травм увеличилось с 4,2 в 2000 г. до 6,1 в 2011 г., а соотношение показателей смертности от дорожно-транспортного травматизма в этот же период – с 1,9 до 3,8 (рис. С2). Таким образом, в этой сфере крайне необходимо приложить дополнительные усилия (особенно – в странах с низким и средним уровнем доходов) по устранению такого неравенства.

По некоторым данным, жестокое обращение с детьми является причиной совершенных в Регионе 852 убийств детей младше 15 лет (3). В то же время такая форма насилия считается скрытой, и ее подлинные масштабы, несомненно, шире. По данным метаанализа, 18 миллионов детей являются жертвами сексуального насилия, 44 миллиона – физического насилия, а 55 миллионов – насилия психологического.

Для людей старшего возраста особенно остро стоит проблема падений. Так, свыше 50% всех связанных с падениями смертей (44 000) фиксируется в возрастной группе старше 70 лет. Падениями обусловлено большое число смертельных и несмертельных травм, полученных пожилыми людьми в домашних условиях и во время отдыха, поэтому следует уделить повышенное внимание созданию условий окружающей среды, благоприятных для лиц старшего возраста.

Рисунок С1. Внешние причины травм и отравлений в Европейском регионе ВОЗ, Содружестве Независимых Государств (СНГ) и Европейском союзе (ЕС) (стандартизированные по возрасту коэффициенты смертности на 100 000 населения, 1980–2011 гг.)



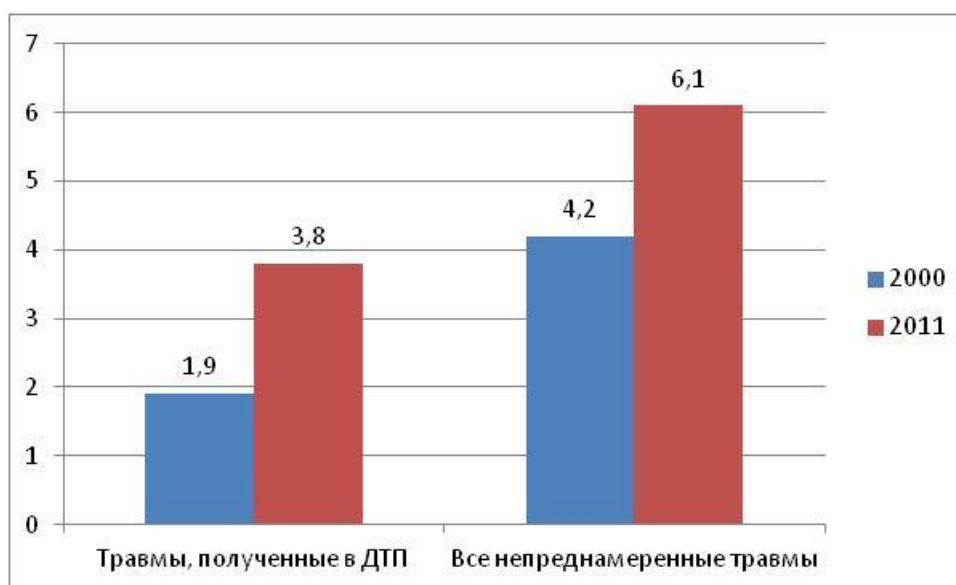
Лица старшего возраста также обладают повышенной уязвимостью перед насилием: каждый год жертвами убийств становятся 8500 человек старше 60 лет. В то же время есть основания считать эти данные заниженными, поскольку обследования показывают, что от физического насилия страдают 4 миллиона пожилых людей, от сексуального насилия – 1 миллион, от психического насилия – 29 миллионов, а от финансового – 6 миллионов.

Таким образом, случаи смерти от травматизма – это лишь вершина айсберга. На каждый случай смерти приходится примерно 24 случая госпитализации и 145 обращений в отделения неотложной помощи больниц. Таким образом, травматизм создает для систем



здравоохранения поистине громадное бремя, и 13 миллионов случаев госпитализации и 80 миллионов обращений в отделения неотложной помощи влекут за собой как высокие расходы на оказание медико-санитарной помощи, так и социальные издержки, перегружая системы, и без того работающие на пределе своих возможностей. По имеющимся оценкам, дорожно-транспортные происшествия могут обходиться странам вплоть до 3,9% валового внутреннего продукта (6); финансовые издержки, связанные с насилием среди молодых людей в Англии и Уэльсе составляют 13 млрд фунтов стерлингов (7); а насилие со стороны интимного партнера, как показывают исследования, влечет за собой издержки в размере 2% от ВВП (8).

Рисунок С2. Соотношения показателей смертности от всех непреднамеренных травм и от дорожно-транспортного травматизма среди детей младше 15 лет в странах с низким и средним уровнем доходов и в странах с высоким уровнем доходов в 2000 и 2011 г.



## Библиография

1. Global health estimates 2011. Geneva: World Health Organization; 2011 ([http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates\\_regional/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/en/), accessed 14 April 2014).
2. Sethi D, Racioppi F, Frerick B, Frempong N. Европейский доклад о профилактике детского травматизма. Европейский центр ВОЗ по окружающей среде и охране здоровья; Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2008 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/98744/E92049R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98744/E92049R.pdf), по состоянию на 16 апреля 2014 г.).
3. Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, Galea G, eds. European report on preventing child maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf), accessed 14 April 2014).
4. Sethi D, Wood S, Mitis F, Bellis M, Penhale B, Marmolejo II, et al. European report on preventing elder maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/144676/e95110.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf), accessed 14 April 2014).



5. База данных о смертности: показатели смертности в разбивке по 67 причинам смерти, возрасту и полу (HFA-MDB). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/databases/mortality-indicator-database-mortality-indicators-by-67-causes-of-death,-age-and-sex-hfa-mdb>, по состоянию на 16 апреля 2014 г.).
6. Mitis F, Sethi D. Европейские факты и "Доклад о состоянии безопасности дорожного движения в мире – 2013 г.". Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/european-facts-and-global-status-report-on-road-safety-2013>, по состоянию на 16 апреля 2014 г.).
7. Sethi D, Mitis F, Racioppi F. European report on preventing violence and knife crime among young people. WHO European Centre for Environment and Health; Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0012/121314/E94277.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/121314/E94277.pdf), accessed 14 April 2014).
8. Sethi D, Racioppi F, Baumgarten I, Vida P. Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done. WHO European Centre for Environment and Health; Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006 (<http://www.euro.who.int/document/E88037.pdf>, accessed 14 April 2014).

## Приложение С2. Другие публикации по теме

### Резолюции

Резолюция EUR/RC55/R9. Предупреждение травматизма в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2005 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/88106/RC55\\_rres09.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/88106/RC55_rres09.pdf), по состоянию на 16 апреля 2014 г.).

### Технические отчеты

Травматизм и насилие в Европе. В чем важность этой проблемы и что можно сделать. Резюме. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/98405/E87321R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98405/E87321R.pdf), по состоянию на 16 апреля 2014 г.).

Shields N, Sethi D, Racioppi F, Yordi Aguirre I, Baumgarten I. National responses to preventing violence and unintentional injuries: WHO European survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e89258.pdf>, accessed 14 April 2014).

Sethi D, Racioppi F, Baumgarten I, Vida P. Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/E88037.pdf>, accessed 14 April 2014).

Sethi, D, Racioppi F, Mitis F. Дорожная безопасность для детей и молодежи в Европе. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/98455/E90142R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98455/E90142R.pdf), по состоянию на 16 апреля 2014 г.).

Sethi D, Towner E, Vincenten J, Segui-Gomez M, Racioppi F. Доклад о профилактике детского травматизма в Европе. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2008 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/98744/E92049R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98744/E92049R.pdf), по состоянию на 16 апреля 2014 г.).

Sethi D, Racioppi F, Frerick B, Frempong N. Прогресс в области предупреждения травматизма в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2008 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0012/101280/E91710R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/101280/E91710R.pdf), по состоянию на 16 апреля 2014 г.).

Laflamme L, Sethi D, Burrows S. Сглаживание социально-экономических различий в отношении безопасности человека: краткий аналитический обзор. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2009 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/98743/E92197R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98743/E92197R.pdf), по состоянию на 16 апреля 2014 г.).

Европейский доклад о состоянии безопасности дорожного движения. За безопасные дороги и более здоровые транспортные альтернативы. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2009 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/111151/E92789R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/111151/E92789R.pdf), по состоянию на 16 апреля 2014 г.).

Sethi D, Mitis F, Racioppi F. Предупреждение травматизма в Европе. От международного сотрудничества к реализации на местах. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2010. ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/114159/E93567r.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/114159/E93567r.pdf), по состоянию на 16 апреля 2014 г.).

Sethi D, Mitis F, Racioppi F. European report on preventing violence and knife crime among young people. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010

([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0012/121314/E94277.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/121314/E94277.pdf), accessed 14 April 2014).

Polinder S, Toet H, Panneman M, van Beeck E. Methodological approaches for cost-effectiveness and cost-utility analysis of injury prevention measures, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011

([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/144196/e95096.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/144196/e95096.pdf), accessed 14 April 2014).

Sethi D, Wood S, Mitis F, Bellis M, Penhale B, Marmolejo II, et al. European report on preventing elder maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011

([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/144676/e95110.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf), accessed 14 April 2014).

Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, Galea G, eds. European report on preventing child maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013

([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf), accessed 14 April 2014).

Mitis F, Sethi D. European facts and “Global status report on road safety 2013”. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013

(<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/Transport-and-health/publications/2013/european-facts-and-global-status-report-on-road-safety-2013>, accessed 14 April 2014).

## **Аналитические обзоры**

Sethi D. Developing national policy for injury and violence prevention. Amsterdam: EuroSafe; 2006

([http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/0/D733D6539AF7F643C12573A8003761DC/\\$file/Policy%20briefing%20.pdf](http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/0/D733D6539AF7F643C12573A8003761DC/$file/Policy%20briefing%20.pdf), accessed 14 April 2014).

Sethi D. The role of public health in injury prevention in the WHO European Region.

Amsterdam: EuroSafe; 2006 ([http://www.euro.who.int/document/VIP/policy\\_briefing\\_1.pdf](http://www.euro.who.int/document/VIP/policy_briefing_1.pdf), accessed 14 April 2014).

Sethi D. Inequality in injury risks. Amsterdam: EuroSafe; 2006

([http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/0/D733D6539AF7F643C12573A8003761DC/\\$file/Policy%20briefing%203.pdf](http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/0/D733D6539AF7F643C12573A8003761DC/$file/Policy%20briefing%203.pdf), accessed 14 April 2014).

The cycles of violence: The relationship between childhood maltreatment and the risk of later becoming a victim or perpetrator of violence: Key facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006 (<http://www.euro.who.int/document/E90619.pdf>, accessed 14 April 2014).

Разорвать замкнутый круг: рассмотрение проблем межличностного насилия в Российской Федерации с точки зрения общественного здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2006

([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/98793/E89855r.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98793/E89855r.pdf), по состоянию на 16 апреля 2014 г.).

Межличностное насилие и алкоголь в Российской Федерации. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2007

([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/98805/e88757r.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98805/e88757r.pdf), по состоянию на 16 апреля 2014 г.).

Preventing child maltreatment in Europe: A public health approach. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007  
([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0012/98778/E90618.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/98778/E90618.pdf), accessed 14 April 2014).

Sethi D. Road traffic injuries among vulnerable road users. Amsterdam: EuroSafe; 2008  
([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/98779/polbrief\\_road\\_injuries.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98779/polbrief_road_injuries.pdf), accessed 14 April 2014).

Sethi D, Mitis F. Alcohol and injuries. Amsterdam: EuroSafe; 2009  
([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/157929/Policy-briefing-5-Alcohol-and-injuries-final.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/157929/Policy-briefing-5-Alcohol-and-injuries-final.pdf), accessed 14 April 2014).

Sethi D, Bei H, Frerick B.. Youth violence prevention. Amsterdam: EuroSafe; 2009  
([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/157931/Policy-briefing-6-Youth-violence\\_FINAL.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/157931/Policy-briefing-6-Youth-violence_FINAL.pdf), accessed 14 April 2014).

Sethi D, Mitis F. Using advocacy for injury prevention. Amsterdam; EuroSafe: 2009  
([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/157935/Policy-briefing-8-Using-advocacy-for-injury-prevention.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/157935/Policy-briefing-8-Using-advocacy-for-injury-prevention.pdf), accessed 14 April 2014).

Jackson J, Mitis F, Sethi D. Injuries in Europe: A call for public health action. An update from the 2008 WHO Global Burden of Disease. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/171973/Injuries-in-Europe-a-call-for-public-health-action-An-update-from-2008-WHO-Global-Burden-of-Disease.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/171973/Injuries-in-Europe-a-call-for-public-health-action-An-update-from-2008-WHO-Global-Burden-of-Disease.pdf), accessed 14 April 2014).

Barone A, Mitis F, Sethi D. Injuries in Europe: A call for public health action. An update from the 2011 WHO Global Burden of Disease. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014.

### **Статьи в журналах**

Sethi D, Racioppi F, Baumgarten I, Bertollini R. Reducing inequalities in injuries in Europe. *Lancet* 2006;368:2243–50.

Racioppi F, Sethi D, Baumgarten I. Stepping up the effort to reduce violence and unintentional injuries in Europe. *Eur J Public Health* 2006;16:337–8.

Sethi D, Waxweiler R, Racioppi F. Developing a national policy for injury and violence prevention. *Int J Injury Control Saf Promot* 2007;15:53–5.

Sethi D, Racioppi F, Bertollini R. Preventing the leading cause of death in young people in Europe. *J Epidemiol Commun Health* 2007;61:842–3.

Racioppi F, Sethi D. The first United Nations global road safety week: Addressing the leading cause of death in young Europeans. *Eur J Public Health* 2007;17:232–4.

Sethi D, Racioppi F. The role of public health in injury prevention in the WHO European Region. *Int J Injury Control Saf Promot* 2008;14:271–3.

Parekh N, Mitis F, Sethi D. Progress in preventing injuries: A content analysis of national policies in Europe. *Int J Injury Control Saf Promot* (in press).

## **Главы книг**

Sethi D, Racioppi F. Road traffic injury prevention in children and young people in the European Region. In: Tellnes G (Ed.). Urbanisation and health. Oslo: Oslo Academic Press; 2005.

Sethi D, Butchart A. Violence/Intentional injuries: Prevention and control. In: Heggenhougen K, Quah S (Eds). International Encyclopaedia of Public Health. London: Elsevier; 2008.

Sethi D, Mitis F. Road traffic injuries. In: Mackenbach JP, McKee M (Eds). Successes and failures of health policy in Europe. Four decades of diverging trends and converging challenges. Maidenhead, Berkshire: Open University Press; 2012.

Mitis F, Sethi D. Male on male violence. In: Donnelly P, Ward C (Eds). Oxford textbook of violence prevention: Epidemiology, evidence and policy. Oxford: Oxford University Press; 2014.

## **Отчеты о совещаниях координаторов**

WHO, Ministry of Health, Welfare and Sport, Netherlands. Joint meeting of the European national focal points for violence and injury prevention. Noordwijkerhout, 14, 17, 18 November 2005

([http://www.euro.who.int/document/VIP/FPs\\_%20meeting\\_%20report\\_FINAL\\_edited.pdf](http://www.euro.who.int/document/VIP/FPs_%20meeting_%20report_FINAL_edited.pdf), accessed 14 April 2014).

Reports on “Workshop on strengthening capacity for violence and injury prevention”, Salzburg, 21–23 June 2006, and “Second meeting of the violence and injury prevention focal persons for WHO Europe”, Salzburg, 23–24 June 2006

([http://www.euro.who.int/Document/VIP/2nd\\_VIP\\_FocalPerMtg.pdf](http://www.euro.who.int/Document/VIP/2nd_VIP_FocalPerMtg.pdf), accessed 14 April 2014).

First VIP focal points consultation meeting: Third annual European meeting of violence and injury prevention national focal persons of the ministries of health: report of a joint meeting of the WHO and the High Commissariat of Health at the Ministry of Health, Portugal, Lisbon, 21–22 November 2007 ([http://www.euro.who.int/document/VIP/3rd\\_vip\\_focalpermtg.pdf](http://www.euro.who.int/document/VIP/3rd_vip_focalpermtg.pdf), accessed 14 April 2014).

Meeting report of the fourth annual European meeting of violence and injury prevention national focal persons of the ministries of health, Helsinki, 10–11 November 2008.

Report of the fifth annual European meeting of violence and injury prevention national focal persons of the ministries of health, Bonn, 16–17 December 2009

([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/83992/E93692.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/83992/E93692.pdf), accessed 14 April 2014).

Report of the sixth annual European meeting of violence and injury prevention national focal persons of the ministries of health. Oslo, 11–12 October 2011.

Report of the seventh annual European meeting of violence and injury prevention national focal persons of the ministries of health. Antalya, 17–18 October 2012

([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/180946/e96749.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/180946/e96749.pdf), accessed 14 April 2014).



## D. Отчет о ходе работы: Европейская стратегия "Здоровье и развитие детей и подростков"

### Введение

1. Европейская стратегия "Здоровье и развитие детей и подростков"<sup>1</sup>, одобренная Европейским региональным комитетом на его 55-й сессии в 2005 г., базируется на анализе широкого спектра данных об образе жизни детей и подростков в плане здоровья, которое отражает поведенческие, культурные и социально-экономические факторы. В ней были поставлены три задачи:

- обеспечить концептуальную основу для научно обоснованного анализа и совершенствования национальных стратегий и программ в области охраны здоровья и развития детей и подростков, уделяя внимание всем этапам жизни;
- активизировать многосекторальные действия, направленные на решение основных проблем, связанных со здоровьем детей и подростков, отводя важнейшую роль сотрудничеству с партнерами за пределами сектора здравоохранения, с особым упором на сотрудничестве со сферой образования;
- определить роль сектора здравоохранения в разработке и координации стратегий и в предоставлении услуг, отвечающих потребностям детей и подростков.

2. Стратегия базируется на четырех направляющих принципах:

- **подход с учетом всех этапов жизни человека:** стратегии и программы должны быть ориентированы на решение связанных со здоровьем проблем на каждом этапе развития – от внутриутробного периода до подросткового возраста;
- **социальная справедливость:** при оценке состояния здоровья населения, выработке политики и планировании деятельности по оказанию услуг следует принимать во внимание потребности наиболее уязвимых групп населения;
- **межсекторальные действия:** при разработке стратегий и планов по улучшению состояния здоровья детей и подростков следует применять межсекторальный подход с позиций общественного здравоохранения, который будет воздействовать на основные детерминанты здоровья;
- **сопричастность:** широкая общественность и молодежь должны принимать участие в планировании, осуществлении и мониторинге стратегий и деятельности по предоставлению услуг.

### Инструментарий

3. Для поддержки государств-членов в разработке и реализации стратегии был разработан набор инструментов<sup>1</sup>. Изначально этот набор состоял из ряда руководств по осуществлению самостоятельной оценки, которые были разработаны для:

- проведения оценки имеющихся мер политики и стратегий по охране здоровья детей и подростков;

---

<sup>1</sup> Европейская стратегия "Здоровье и развитие детей и подростков" Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2005 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/policy/european-strategy-for-child-and-adolescent-health-and-development>, по состоянию на 24 апреля 2014 г.).

- определения того, какая информация и данные необходимы для разработки мер политики и стратегий в интересах детей и подростков;
  - начала осуществления приоритетных действий по улучшению здоровья детей и подростков;
  - включения гендерного анализа в программы охраны здоровья детей и подростков и для определения эффективных вмешательств, учитывающих гендерные аспекты.
4. Позже был разработан набор инструментов для проведения основанных на фактических данных мероприятий по охране здоровья подростков и инструмент для мониторинга выполнения целей и реализации принципов стратегии на национальном уровне. Страны использовали эти инструменты как для планирования национальных стратегий, так и для мониторинга их реализации (см. Приложение D1).

### **Реализация стратегии**

5. С момента принятия стратегии в 2005 г. Европейское региональное бюро ВОЗ оказывало активную поддержку 20 государствам-членам в разработке и пересмотре национальных стратегий по охране здоровья детей и подростков (Приложение D1), уделяя особое внимание таким мероприятиям, как:

- проведение анализа ситуации в странах с составлением подробных страновых профилей и сбором информации об организации их систем здравоохранения, показателях здоровья матерей, детей и подростков, а также об имеющихся трудностях в осуществлении охраны здоровья и благополучия детей и подростков;
- проведение семинаров в странах в целях ознакомления со стратегией, систематического анализа и обсуждения хода реализации имеющихся программ, связанных с охраной здоровья детей, а также определения направлений дальнейшей работы на национальном уровне;
- поддержка в разработке стратегии и плана действий, сопровождающегося расчетом затрат, для представления на одобрение правительства или парламента.

6. Подробная оценка прогресса реализации стратегий по охране здоровья детей и подростков была проведена в период с 2006 по 2008 гг.<sup>2</sup> и состояла из двух этапов: проведение опросного исследования на основе анкеты, в рамках которого были собраны простые данные, которые могли быть обобщены на страновом и региональном уровнях, а также анализ практического опыта стран.

7. Основной целью опросного исследования был сбор информации по реализации стратегии, включая следующее:

- политические и организационные меры, предпринятые в результате реализации стратегии, и участие партнеров;
- политическая приверженность;
- службы по охране здоровья детей и подростков;
- информационные системы;
- кадровые ресурсы.

---

<sup>2</sup> Европейская стратегия “Здоровье и развитие детей и подростков”: от резолюции к действиям, 2005–2008 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2008 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/publications/pre-2009/european-strategy-for-child-and-adolescent-health-and-development-from-resolution-to-action,-20052008>, по состоянию на 31 марта 2014 г.).



## Результаты опросного исследования

*Стратегии и программы должны быть ориентированы на решение проблем, связанных со здоровьем на каждом этапе развития – от дородового периода до подросткового возраста (внимание ко всем этапам жизни).*

8. Число стран, в национальных стратегиях которых уделялось внимание различным возрастным группам, возросло с двух до восьми в 2008 г. В настоящее время интересы различных возрастных групп учитываются в национальных стратегиях по меньшей мере в 12 странах. Шесть стран сообщили о том, что они включили в свои национальные стратегии подход, основанный на учете всех этапов жизни.

*При оценке состояния здоровья населения, выработке политики и планировании деятельности по оказанию услуг следует принимать во внимание потребности самых обездоленных групп населения.*

9. Разрывы в показателях здоровья внутри различных групп населения и между ними были изучены в более широком масштабе, и 15 стран выявили значительные неравенства в показателях здоровья детей и подростков между группами населения. Число стран, в которых осуществлялись меры по сокращению неравенств между различными группами населения, возросло с девяти до семнадцати.

*При разработке стратегий и планов по улучшению состояния здоровья детей и подростков следует применять межсекторальный подход с позиций общественного здравоохранения при учете основных детерминант здоровья.*

10. Число стран, которые сообщили о наличии межсекторальной целевой рабочей группы, выросло с нуля до тринадцати.

*Широкая общественность и молодежь должны принимать участие в планировании, осуществлении и мониторинге стратегий и деятельности по предоставлению услуг.*

11. Доля стран, которые привлекали молодежь к разработке стратегий, возросла. Зачастую молодежь была вовлечена в процесс через неправительственные организации, например молодежные парламенты и другие молодежные движения. Что же касается участия широкой общественности, более чем в половине стран в процесс разработки стратегий были вовлечены неправительственные организации. Это свидетельствует о том, что процесс становится открытым для более широкой группы экспертов.

## Анализ примеров из практики

12. Анализ примеров из практики был осуществлен в пяти странах<sup>3</sup>. Этот анализ предоставил значительный объем информации для будущей работы в этих и других государствах-членах (см. Приложение D2).

## Прогресс, достигнутый после 2008 г.

13. В 2008–2013 гг. Европейское региональное бюро ВОЗ продолжала оказывать государствам-членам помощь в области здоровья и развития детей, которая заключалась,

---

<sup>3</sup> Barnekow V, Smith L, Simonelli F, Majer K, Fernandes Guerreiro AI. Development of national strategies – case studies from five countries European Strategy for Child and Adolescent Health and Development. Копенгаген: WHO Regional Office for Europe; 2008 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/53929/e92117.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/53929/e92117.pdf), accessed 16 April 2014).

в частности, в технической поддержке для подготовки и осуществления национальных стратегий и планов действий в сфере здоровья детей и подростков – способствуя, тем самым, и выполнению этими странами Цели в области развития 4. Региональное бюро оказало 18 странам техническую поддержку в сфере выработки политики и укрепления систем здравоохранения в контексте здоровья детей и подростков.

14. В Казахстане здоровье детей и подростков стало одним из компонентов национального плана здравоохранения. Армения и Узбекистан провели оценку имеющихся стратегий и в настоящее время занимаются разработкой новых программ на ближайшие пять-шесть лет. Кыргызстан, Республика Молдова и Туркменистан также занимаются разработкой стратегий, и предполагается, что утвержденные программы появятся в этих странах уже к концу 2014 г.

15. В восьми странах был создан необходимый потенциал для проведения анализа расходов в процессе выработки политики, а Республика Молдова, Узбекистан и Украина получили помощь в переориентации и повышении качества своих медицинских услуг, предоставляемых в школах.

16. При технической поддержке ВОЗ страны, подписавшие с Организацией двухгодичные соглашения о сотрудничестве (Армения, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан и Украина) провели основанные на фактических данных оценки клинической практики в первичном и вторичном звеньях системы оказания медицинской помощи, разработали или адаптировали и распространили руководства и инструменты по оказанию качественной медико-санитарной помощи детям, а также укрепили компоненты систем здравоохранения, отвечающие за здоровье детей. В Узбекистане, например, было создано руководство по вопросам политики с соответствующими инструментами для формирования интегрированной вспомогательной системы надзора в области охраны здоровья матери и ребенка; помимо этого при поддержке партнеров прилагаются усилия по укреплению организационно-кадрового потенциала. В Армении была принята национальная стратегия по оказанию стационарной помощи детям, благодаря чему в стране возросли объемы финансирования для медико-санитарной помощи и были введены медицинские карточки для детей, которые упростили доступ к медицинской помощи и позволили снизить на 45% уровень больничной летальности от пневмонии среди детей грудного возраста, а также (на 35%) общую смертность среди детей в возрасте 1–5 лет.

17. Благодаря рекомендациям ВОЗ Армения, Казахстана, Кыргызстана, Таджикистан и Узбекистан сформировали национальные стратегии и создали потенциал для повышения качества услуг здравоохранения. В четырех странах – Кыргызстане, Республике Молдова, Таджикистане и Узбекистане – при помощи разработанных ВОЗ инструментов было успешно повышено качество стационарной помощи для детей с надлежащим обеспечением их прав на получение услуг здравоохранения, чему предшествовала оценка разрыва между полноценным соблюдением прав детей в стационарных учреждениях и реальным положением дел в этой области, с конкретными шагами по улучшению ситуации.

## **Выводы**

18. Страны продемонстрировали политическую волю в поддержке стратегии, однако практические действия осуществлялись в меньшем масштабе. Проблему представляло выделение или перераспределение целевых государственных бюджетных средств для охраны здоровья детей и подростков, поэтому в большинстве стран работа в рамках реализации стратегии велась без привлечения государственных ресурсов. Однако постепенно в эту сферу начинают направляться финансовые ресурсы, и число стран, где имеется целевое финансирование для разработки стратегий, увеличилось за период с 2006 по 2008 гг. с двух до

четырёх. Кроме того, еще семь стран сообщили о частичном обеспечении финансовых ресурсов, необходимых для разработки стратегии.

19. Одной из причин недостаточного финансирования охраны здоровья детей и подростков может являться дефицит данных по этому вопросу. Для поддержки запросов на финансирование нужна надежная информация по различным параметрам и тенденциям в отношении здоровья детей и подростков. Однако в обследовании, проведенном в 2008 г., было выявлено, что только около половины стран имеют национальную базу данных, в которой содержится информация, относящаяся к здоровью детей и подростков. В ряде стран база данных о здоровье детей не существует в виде отдельной структуры, а является частью других регистров или баз данных. Данные о заболеваемости и смертности собираются в большинстве стран, и они все чаще и чаще приводятся в разбивке по возрасту. Вместе с тем продолжает отмечаться дефицит данных в разбивке по социально-экономическим условиям и по этническим группам. Сбор дезагрегированных данных является сложной задачей, которая требует больших временных затрат. Тем не менее, некоторые страны начинают сбор данных в разбивке, к примеру, по полу и по возрасту. Более трудно получить дезагрегированные данные по социально-экономическому статусу или этнической принадлежности.

20. В целом, опыт показывает, что для интеграции европейской стратегии ВОЗ “Здоровье и развитие подростков” в меры политики и стратегии на уровне стран необходимы следующие условия:

- реализация стратегии с учетом подхода с позиций систем здравоохранения;
- определение других имеющихся стратегий, выявление пробелов и неудовлетворенных потребностей посредством ситуационного анализа;
- лидирующая роль министерства здравоохранения (или другого наиболее соответствующего министерства) в отношении как проведения ситуационного анализа, так и определения приоритетов;
- наличие политической воли и прочной приверженности и поддержки со стороны правительства делу охраны здоровья детей и подростков, а также обеспечение межсекторального сотрудничества;
- наличие четкой, пользующейся поддержкой правительства системы координации деятельности всех заинтересованных сторон, с назначением головного министерства и созданием межсекторальной рабочей группы высокого уровня;
- определение статуса стратегии, а также сфер ответственности каждого сектора за выполнение содержащихся в ней положений;
- определение того, какие финансовые и иные ресурсы обеспечит каждый партнер, при наличии четко сформулированных и сопровождающихся расчетом затрат планов действий по реализации.

21. К традиционным угрозам здоровью и благополучию детей и молодежи в Регионе, таким как нарушения питания, перинатальные расстройства и инфекционные болезни, присоединяются новые проблемы: ожирение, болезни, передаваемые половым путем, психосоциальные отклонения и проблемы психического здоровья. Также выражалась озабоченность по поводу современных и будущих угроз здоровью и благополучию, обусловленных загрязнением окружающей среды, и распространением среди детей и молодежи вредных для здоровья характеристик поведения и образа жизни.

22. Этим вопросам уделяется особое внимание в обновленной стратегии, которая предлагается на период 2014–2025 гг.

## Приложение D1. Разработка стратегий в странах: состояние дел в 2008 г.

Страны, получившие интенсивную поддержку со стороны ВОЗ	Страны, обратившиеся к ВОЗ за интенсивной поддержкой	Страны, где имеется проект стратегии охраны здоровья детей и подростков	Страны, где утверждена стратегия охраны здоровья детей и подростков
Албания	Азербайджан	Армения	Венгрия
Армения	Ирландия	Грузия	Шотландия*
Грузия	Казахстан	Кыргызстан	Словакия
Венгрия	Российская Федерация	Республика Молдова	Словения
Кыргызстан	Туркменистан	Узбекистан	Таджикистан
Республика Молдова			Украина
Румыния			
Словакия			
Таджикистан			
Турция			
Украина			
Узбекистан			

\* В Шотландии нет отдельной стратегии охраны здоровья детей и подростков, однако там был применен набор инструментов для разработки рамочной стратегической основы для защиты интересов детей и молодежи.

Многие из перечисленных выше стран продолжали получать поддержку по проведению мониторинга и пересмотра национальных стратегий охраны здоровья детей и подростков. Кроме того, поддержка была предоставлена Республике Беларусь и Косово<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> В соответствии с резолюцией 1244 Совета безопасности ООН (1999).

## Приложение D2. Некоторые уроки, извлеченные из анализа практики отдельных стран<sup>5</sup>

*Переход от политики к конкретным действиям* – это непрерывный процесс, успешное начало которому было положено во всех странах. В плане получения необходимых финансовых ресурсов для нужд практического внедрения, большинство стран оказались в парадоксальной ситуации: обязательным условием для выделения финансовых средств является наличие последовательной, согласованной стратегии, но ее разработке мешает отсутствие гарантий последующего финансового обеспечения.

Ключевую важность для успешного продвижения вперед имеет *политическая приверженность*, которая должна подкрепляться убедительными политическими действиями и отведением необходимых ресурсов.

Во всех странах со всей очевидностью соблюдается *принцип внимания ко всем этапам жизни*, однако его применение не всегда носит последовательный характер, и представляется необходимым, чтобы в национальных стратегиях было уделено больше внимания вопросам здоровья подростков.

Следует придавать более приоритетное значение выявлению и удовлетворению потребностей групп высокого риска в целях более полного соблюдения принципов *социальной справедливости*. Вызывают озабоченность вопросы гендерного неравенства; гендерные аспекты обеспечения социальной справедливости приобретают все большее значение в странах и учитываются при формировании политики и в практической деятельности, однако в сфере охраны здоровья детей и подростков гендерные различия все еще не находят достаточного отражения и в большинстве стран отмечается дефицит экспертного опыта в решении гендерных вопросов. Гендерные проблемы необходимо решать систематическим образом.

Сильной стороной в деятельности изученных стран явилось *межсекторальное сотрудничество*. При этом важная лидирующая роль принадлежала министерствам здравоохранения. Однако степень *интеграции с другими направлениями политики* варьирует в широких пределах между отдельными странами. Было отмечено, что нестабильная политическая обстановка и слишком частая смена представителей могут оказывать негативное влияние на работу межсекторальных координационных групп.

---

<sup>5</sup> Европейская стратегия “Здоровье и развитие детей и подростков”: от резолюции к действиям, 2005–2008 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2008. Выдержки со страницы 8 публикации ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/132932/E91655R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/132932/E91655R.pdf) по состоянию на 25 апреля 2014 г.)



## **Е. Отчет о ходе реализации Европейского стратегического плана действий по проблеме устойчивости к антибиотикам**

### **Введение и исходные сведения**

#### **Европейский стратегический план действий по проблеме устойчивости к антибиотикам**

1. На шестьдесят первой сессии Европейского регионального комитета в 2011 г. все 53 страны Региона приняли резолюцию EUR/RC61/R6 и Европейский стратегический план действий по проблеме устойчивости к противомикробным препаратам (документ EUR/RC61/14). План действий предусматривает семь стратегических задач, которые должны обеспечить всесторонний подход к комплексным факторам, связанным с устойчивостью к противомикробным средствам.

2. Резолюция EUR/RC61/R6 призывает государства-члены обеспечить необходимые для осуществления стратегического плана действий политическую поддержку и ресурсы; поддержать создание национальных систем эпиднадзора за устойчивостью к противомикробным средствам и мониторинга потребления антибиотиков; создать и должным образом оформить на национальном уровне межсекторальные всеобъемлющие механизмы координации; а также оказывать поддержку для проведения на уровне стран кампаний информирования о причинах развития устойчивости.

3. В резолюции EUR/RC61/R6 Региональному директору поручено продолжать обеспечивать государствам-членам лидерство, обеспечивать их инструментами, указаниями и технической поддержкой, необходимыми для оценки сложившейся там ситуации относительно устойчивости к противомикробным препаратам и потребления антибиотиков, а также потенциала стран для выработки и реализации национальных планов действий. Кроме того, Региональному бюро поручено содействовать обмену информацией в отношении тенденций в развитии устойчивости и способствующих тому факторов; в частности, было предложено создать на региональном уровне платформу для распространения и анализа данных. Наконец, Региональному директору необходимо представлять Региональному комитету доклад о ходе работы по реализации Европейского стратегического плана действий ежегодно в период до 2014 г., затем раз в два года, с представлением заключительного доклада в 2020 г.

#### **Глобальные меры по борьбе с устойчивостью к антибиотикам**

4. В 2011 г. в рамках Всемирного дня здоровья ВОЗ призвала страны к борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам (УПП) под лозунгом "Не принять меры сегодня – нечем будет лечить завтра!" ВОЗ убеждена, что только незамедлительные действия всех стран, секторов и отраслей позволят не допустить потери завоеванных с таким трудом достижений в здоровье и развитии из-за роста устойчивости к антимикробным препаратам в целом и антибиотикам в частности. Сейчас, по мере роста понимания того, что УПП стала одной из главных глобальных угроз для здоровья, во всем мире осуществляются беспрецедентные по своей активности меры в этой области.

5. В сентябре 2013 г. Генеральный директор ВОЗ провела совещание Стратегической и технической консультативной группы по проблеме устойчивости к противомикробным средствам (STAG-AMR), основного технического консультативного комитета ВОЗ по вопросам УПП. Первое заседание STAG-AMR состоялось 19 и 20 сентября 2013 г. в штаб-квартире ВОЗ в Женеве, Швейцария. Главная ее рекомендация заключалась в том,

что ВОЗ должна возглавить процесс подготовки глобального плана действий по борьбе против УПП. В январе 2014 г. эта рекомендация была поддержана Исполнительным комитетом, который приветствовал создание Глобальной целевой группы по проблеме устойчивости к противомикробным препаратам для координации усилий и сотрудничества между техническими программами в сфере УПП в штаб-квартире ВОЗ и ее региональных бюро. STAG-AMR также рекомендовала Всемирной ассамблее здравоохранения принять во время ее Шестьдесят седьмой сессии в мае 2014 г. резолюцию о борьбе против УПП. 30 апреля 2014 г., перед сессией Всемирной ассамблеи ВОЗ опубликовала первый глобальный отчет по вопросам УПП, значительный вклад в подготовку которого внесли Региональное бюро и Европейский центр профилактики и контроля заболеваний (ECDC).

## ***Предпринятые действия и достигнутые успехи***

### **Реализация Европейского стратегического плана действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам**

6. На уровне Европейского регионального бюро осуществление Европейского стратегического плана действий по проблеме устойчивости к противомикробным препаратам невозможно без тесного сотрудничества между рядом технических программ и их сетями партнеров, а также без участия правительств государств-членов. В настоящем отчете рассказывается о последних шагах и достижениях Регионального бюро и его партнеров в отношении реализации предусмотренных планом семи стратегических задач.

### **Стратегическая цель 1: Укреплять национальную координацию путем организации национальных межведомственных комитетов по сдерживанию устойчивости к антибиотикам**

7. Региональное бюро, Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды Нидерландов (RIVM) и Европейское общество клинической микробиологии и инфекционных заболеваний (ESCMID) анализируют положение дел в странах и оценивают соответствующий потенциал для предупреждения и контроля устойчивости к противомикробным препаратам благодаря эпиднадзору, рациональному использованию антибиотиков и инфекционному контролю. Сотрудники ВОЗ и независимые эксперты посещают государства-члены, обсуждая принимаемые в настоящее время меры по борьбе с УПП с назначенными координаторами и другими партнерами в секторах медицины и ветеринарии, а также наблюдая за деятельностью лабораторий и лечебных учреждений. В 2013–2014 гг. были проведены оценки положения дел в Азербайджане, Армении, Боснии и Герцеговине, Грузии, Кыргызстане, Республике Молдова и Узбекистане. В течение 2014–2015 гг. планируется провести подобные оценки в Албании, Казахстане, Таджикистане, Туркменистане и Украине.

8. Практически все государства-члены выполнили просьбу Секретариата о назначении национальных координаторов по УПП, участвующих в создании механизмов межсекторальной координации (ММК) по этой проблеме (например, целевой группы, руководящего комитета, комиссии или совета) и руководящих подготовкой национальных планов действий, которые включали бы задачи, стратегии и механизмы эпиднадзора и контроля. С помощью ММК национальный координатор обеспечивает регулярный сбор данных и обмен информацией, а также способствует эффективной коммуникации и координации действий между членами комитета и другими участниками. С момента принятия стратегического плана действий ММК были созданы или начали создаваться в Армении, Беларуси, Грузии, Кыргызстане, бывшей югославской Республике Македония, Республике Молдова, Турции, Узбекистане и Черногории; эти



страны разрабатывают также национальные планы действий по проблеме УПП. Секретариат предоставляет техническую поддержку и доступ к помощи со стороны экспертов при выработке и совершенствовании национальных планов и соответствующих структур стратегического руководства.

## **Стратегическая цель 2: Укреплять эпиднадзор за устойчивостью к антибиотикам.**

9. Считается, что эпиднадзор за устойчивостью к противомикробным препаратам – это основа Европейского стратегического плана действий. Эпиднадзор необходим для точной оценки масштаба проблемы, контроля за возникновением и развитием тенденций в отношении конкретных комбинаций "патоген-препарат" и оценки эффективности целенаправленных вмешательств. Многие страны Региона, не входящие в Европейский союз, не осуществляют систематического сбора и распространения данных об устойчивости к противомикробным препаратам, однако Региональное бюро при содействии RIVM и ESCMID учредило в 2012 г. Сеть по эпиднадзору за устойчивостью к противомикробным препаратам в странах Центральной Азии и Восточной Европы (CAESAR), функция которой заключается в помощи странам в создании и/или укреплении национальной системы эпиднадзора за УПП, позволяя, таким образом, вести эпиднадзор на уровне всего Региона.

10. Сеть CAESAR работает в первую очередь с теми странами, которые не входят в Европейскую сеть по надзору за устойчивостью к противомикробным препаратам (EARS-Net), функционирующую на базе ECDC. В тесном сотрудничестве с ECDC и благодаря использованию совместимой методологии CAESAR будет дополнять усилия по эпиднадзору со стороны Европейского союза и Европейского агентства по окружающей среде для обеспечения полноты региональной информации. В настоящее время в работе сети CAESAR на разных уровнях и с разной степенью интенсивности участвуют Азербайджан, Армения, Беларусь, Босния и Герцеговина, Грузия, Кыргызстан, бывшая югославская Республика Македония, Республика Молдова, Российская Федерация, Сербия, Турция, Узбекистан, Черногория и Швейцария, а также Косово<sup>1</sup>.

11. Пять стран – Беларусь, бывшая югославская Республика Македония, Сербия, Турция и Швейцария – направили свои данные в базу CAESAR. Региональное бюро и его партнеры стремятся к тому, чтобы в единую и скоординированную сеть эпиднадзора вошли все без исключения страны Европейского региона, что крайне важно для защиты здоровья населения от возникающих трансграничных угроз УПП. К концу 2014 г. Секретариат планирует опубликовать первый ежегодный доклад о работе сети CAESAR, где будут представлены данные об устойчивости к антибиотикам по меньшей мере в пяти вышеуказанных странах.

12. В ноябре 2013 г. Национальная служба внешней оценки качества в сфере микробиологии Соединенного Королевства провела первую независимую оценку тестирования на предмет чувствительности к противомикробным препаратам в 121 лаборатории в девяти странах и территориях, участвующих в CAESAR. Независимые оценки качества тестирования на предмет чувствительности к противомикробным препаратам – ценный инструмент для подтверждения точности полученных данных, который позволяет сравнивать данные на межлабораторном уровне. Результаты оценки обсуждались на втором совещании сети CAESAR в Барселоне, Испания, в мае 2014 г.

13. В июле 2014 г. Секретариат и его партнеры организовали в Грузии многострановой семинар по проблеме УПП. Он состоял из двух частей: многострановой семинар для

---

<sup>1</sup> В соответствии с резолюцией 1244 Совета безопасности ООН (1999 г.).

широкого круга работников здравоохранения, целью которого было повышение общей осведомленности по проблеме УПП, а также лабораторный семинар для медицинских микробиологов, направленный на укрепление лабораторного потенциала для проведения эпиднадзора за УПП на национальном и международном уровнях. В семинаре приняли участие представители Азербайджана, Армении, Грузии, Кыргызстана, Республики Молдова, Российской Федерации, Туркменистана, Турции, Узбекистана и Черногории. По завершении семинара состоялось совещание национальных заинтересованных сторон Грузии, в рамках которого обсуждался проект национального плана действий.

14. Секретариат участвовал в подготовке и проведении первого регионального совещания координаторов по устойчивости к противомикробным препаратам из 11 стран Сети здравоохранения Юго-Восточной Европы (SEEHN), которое прошло в Болгарии в ноябре 2013 г. На совещании обсуждались наиболее актуальные вопросы эпиднадзора за устойчивостью к антибиотикам в странах SEEHN и подходы к гармонизации работы в этих странах с принципами Европейского стратегического плана действий по проблеме устойчивости к противомикробным препаратам.

### **Стратегическая цель 3: Всемерно содействовать разработке и внедрению национальных стратегий по рациональному применению антибиотиков и усилить надзор за их использованием в странах**

15. В государствах-членах Европейского региона продолжают усилия по расширению сети эпиднадзора за потреблением противомикробных препаратов, которая дополняла бы информацию, полученную с использованием тех же методов от EARS-Net. На настоящий момент стали членами сети и проводят сбор данных 18 стран, не входящих в ЕС: Азербайджан, Армения, Албания, Беларусь, Босния и Герцеговина, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, бывшая югославская Республика Македония, Республика Молдова, Российская Федерация, Сербия, Таджикистан, Турция, Узбекистан, Украина, Черногория и Швейцария, а также Косово<sup>1</sup>. Сеть ВОЗ по надзору за потреблением противомикробных препаратов была создана при поддержке внешних партнеров с использованием финансирования от Нидерландов. Проведение надзора за потреблением антибиотиков положило в нескольких странах начало стратегическим инициативам в этой области на национальном уровне, и в нескольких странах, включая Армению и Турцию, на основании полученных данных были предприняты ответные меры.

16. В рамках сети были получены данные за 2011 г. о потреблении противомикробных средств в 13 государствах-членах, не входящих в ЕС, которые были проанализированы в сотрудничестве с Университетом Антверпена в Бельгии и сопоставлены с данными ECDC для внесения в ESAC-Net. Согласно данным, опубликованным в марте 2014 г.<sup>2</sup> в *The Lancet Infectious Diseases*, среди 42 стран и областей в Европейском регионе ВОЗ (как в пределах ЕС, так и вне его) наблюдаются почти четырехкратные различия между самым высоким и самым низким уровнем потребления антибиотиков. Эти данные дают четкое представление об использовании различных групп препаратов. Между странами, принявшими участие в исследовании, в использовании антибиотиков существуют значительные различия. Некоторые участники исследования (к примеру, Таджикистан, Турция и Черногория) по уровню потребления антибиотиков опережают страны ЕС, в то время как в других (Азербайджан, Армения, Беларусь и Босния и Герцеговина) показатели потребления антибиотиков являются низкими.

---

<sup>2</sup> Versporten A, Bolokhovets G, Ghazaryan L, Abilova V, Pyshnik G, Spasojevic T, et al. Antibiotic use in eastern Europe: a cross-national database study in coordination with the WHO Regional Office for Europe. *Lancet Infect Dis*. 2014; 2–14; doi: 10.1016/S1473-3099(14)70071-4 (<http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099%2814%2970071-4>).

17. В то же время, низкий уровень использования антибиотиков может быть свидетельством ограниченного доступа к таковым для значительной части населения. Самой распространенной группой антибиотиков в странах-участниках исследования являются препараты пенициллинового ряда: так, во всех этих странах, особенно в новых независимых государствах, отмечаются высокие показатели использования пенициллинов широкого спектра действия (амоксцициллина и ампициллина). В странах Юго-Восточной Европы весьма активно (в частности, в сравнении со странами в северной части ЕС) используются цефалоспорины первого поколения. В Сербии и Черногории, например, в большом объеме использовался макролид длительного действия – азитромицин. Во всех ННГ очень интенсивно применяется парентеральное введение антибиотиков.

18. Данные этого и других исследований легли в основу аргументов в пользу борьбы с УПП, при этом для продолжения работы в этой сфере, в том числе на основании полученных данных, потребуются дополнительные ресурсы. Для наращивания усилий необходима приверженность, в том числе финансирование, предоставляемое заинтересованными сторонами, что и предусматривается комплексным Европейским стратегическим планом действий по проблеме устойчивости к противомикробным препаратам.

19. Помимо надзора за потреблением противомикробных препаратов Секретариат осуществляет в Регионе ряд программ по изменению поведения как работников здравоохранения, так и потребителей лекарственных средств; к ним относятся и усилия по уточнению ролей и обязанностей фармацевтов в отношении рационального применения антибиотиков. Было налажено сотрудничество с профессиональными ассоциациями, такими как Фармацевтическое объединение Европейского союза и форум EuroPharm, что позволит получить четкое представление о существующих на национальном уровне инициативах, способствующих рациональному применению лекарственных средств, предлагать новые инициативы и эффективно внедрять передовые фармацевтические методики для рационального использования лекарств.

#### **Стратегическая цель 4: Укрепление инфекционного контроля и мониторинга устойчивости к антибиотикам в условиях лечебно-профилактических учреждений.**

20. Глобальная кампания ВОЗ 2014 г. "Спасайте жизни – мойте руки!" привлекла внимание к роли, которую играет гигиена рук для борьбы с УПП благодаря защите пациентов от устойчивых патогенов, а также подчеркнула тот факт, что УПП может развиваться в процессе лечения.

21. Секретариат продолжает взаимодействовать с Сетью сотрудничества по проблеме устойчивости к антибиотикам для стран Балтии и Глобальной сетью по профилактике и контролю инфекций. Секретариат также внимательно следит за ходом формулирования национального учебного плана по вопросам профилактики и контроля инфекций по итогам прошедших в мае 2013 г. в Эстонии трех последовательных совещаний по этому вопросу.

22. Описанный выше анализ положения дел в странах (стратегическая задача 1) предусматривает проводимую на месте оценку мер по профилактике и контролю инфекций в лечебных учреждениях и наблюдение за осуществлением таких мер. В рамках подготовки национальных планов действий по УПП Секретариат активно поддерживает включение в них мер по профилактике и контролю инфекций, таких как вакцинация, и предоставляет для этого конкретные рекомендации.

23. Секретариат был приглашен для участия в прошедших в марте 2014 г. в Сан-Паоло, Бразилия, дебатах по проблеме УПП в здравоохранении и в обществе, в рамках которых он представил опыт ВОЗ в Европейском регионе. Это мероприятие было одним из серии дебатов по вопросам государственной политики в области инфекционного контроля и безопасности пациентов, в которых приняли участие представители правительственных департаментов, отвечающих за вопросы здравоохранения, университетов, а также специалистов, работающих непосредственно в этой области. Это мероприятие было одним из растущего числа межрегиональных совещаний по обмену опытом по проблеме УПП.

24. Региональное бюро выделяет финансовую и техническую помощь для проведения учебно-методических семинаров по клинической микробиологии и стратегическому управлению в области применения антибиотиков, с участием специалистов по инфекционным болезням, интенсивной терапии и другим актуальным отраслям медицины.

### **Стратегическая цель 5: Предупреждение возникновения устойчивости к антибиотикам, применяемым в ветеринарии и сельском хозяйстве.**

25. В ряде стран прошли мероприятия, направленные на повышение осведомленности о проблеме УПП в пищевой цепочке и на укрепление эпиднадзора за УПП у патогенов, передающихся с пищевыми продуктами. В декабре 2013 г. и в мае 2014 г. в Албании и Сербии соответственно прошли межсекторальные семинары по безопасности пищевых продуктов, на которых обсуждался, помимо прочего, и вопрос УПП в пищевой цепочке. Семинары дали импульс предметной дискуссии и прошли при высокой активности участников. На международной конференции высокого уровня, состоявшейся в Ташкенте, Узбекистан, в июне 2014 г., особое значение придавалось важности рассмотрения вопроса устойчивости к антибиотикам с точки зрения безопасности пищевых продуктов.

26. Под эгидой Глобальной сети ВОЗ по пищевым инфекциям в Таджикистане (май 2013 г.), Туркменистане (сентябрь 2013 г.) и Узбекистане (ноябрь 2013 г.) прошли национальные пятидневные межсекторальные учебные курсы, а в июле 2014 г. в Албании состоялся межсекторальный тренинг для представителей Албании и Косово<sup>1</sup>. В курсах приняли участие должностные лица из секторов общественного здравоохранения, ветеринарии и сельского хозяйства; в программу курсов вошли упражнения по лабораторной диагностике устойчивых к антибиотикам *Salmonella* и *Campylobacter* и связанных с ними случаев УПП.

27. Консультативная группа по интегрированному надзору за устойчивостью к антибиотикам профинансировала проект по интегрированному эпиднадзору за УПП в Косово. Проект был начат в ноябре 2012 г. и успешно завершен в марте 2014 г. В его рамках были получены данные об УПП в ветеринарном секторе, в частности, в отношении *Salmonella* в сфере производства яиц. Также в ходе проекта изучались масштабы и особенности применения антибиотиков в первичном звене медико-санитарной помощи. Проект стал источником важной информации об использовании антибиотиков и устойчивости к ним в Косово<sup>1</sup>, и в будущем эти данные будут использоваться в дальнейших мерах по борьбе с УПП.

28. В период с ноября 2013 г. по апрель 2014 г. при финансовой поддержке Всемирного банка и Всемирной организации охраны здоровья животных в Албании было проведено обследование по проблеме устойчивой к антибиотикам *Salmonella* в пищевой цепочке, а в Таджикистане – в пищевой цепочке и у людей. Эпиднадзор за УПП на птицефермах в Албании показал высокий уровень УПП среди изолятов бактерий от птиц

и широкое географическое распространение проблемы по всей стране. Отчет о проекте станет призывом к выработке надлежащей нормативной базы и разумных принципов применения антибиотиков в ветеринарном секторе страны. Существует потребность в проведении аналогичных исследований и в других странах Региона, что позволит получить лучшее представление о тенденциях и причинах УПП в производстве пищевых продуктов и обосновать необходимость в целенаправленных вмешательствах.

29. ВОЗ внимательно следит за проектом Европейской комиссии "Надзор за потреблением антибиотиков в ветеринарном секторе", который осуществляется в странах ЕС под руководством Европейского агентства по лекарственным средствам. Ближе к концу 2014 г. Региональное бюро будет оказывать Агентству поддержку в проведении аналогичных исследований в ряде стран, не входящих в Европейский союз.

**Стратегическая цель 6: Содействие научным исследованиям и инновациям, направленным на создание новых лекарственных средств и новых технологий.**

30. В Брюсселе, Бельгия, 3 апреля 2014 г. прошла презентация инициативы по совместной реализации программ борьбы с устойчивостью к противомикробным препаратам. Региональное бюро входило в состав консультативного совета партнеров инициативы и участвовало в формировании программы исследований. Штаб-квартира и Региональное бюро ВОЗ приняли участие в семинаре "Антибиотики и альтернативы им: обеспечение лекарственными средствами", который был организован Генеральным директором по научным исследованиям и инновациям Европейской комиссии. Секретариат продолжает сотрудничать с другими неправительственными организациями и сетями, такими как ReAct и Antibiotic Action, в задачи которых входит содействие инновациям и разработка новых бизнес-моделей, стимулирующих научные исследования и препятствующих агрессивному маркетингу новых разновидностей антибиотиков.

**Стратегическая цель 7: Улучшать информированность, повышать безопасность пациентов и развивать партнерства.**

31. Главные факторы развития устойчивости к антибиотикам – это чрезмерное и неправильное их использование, и поэтому особенно важно информировать как отдельных лиц, так и общество в целом о связанных с этим рисках и менять существующие подходы. В рамках проекта на средства, осуществляемого при финансовой поддержке правительства Бельгии, Секретариат планирует выделять небольшие гранты на разработку и реализацию пробных или учебных кампаний, направленных на улучшение профилактики инфекций и содействие рациональному использованию и назначению антибиотиков в странах Региона, которые не входят в состав ЕС. В частности, гранты могут выделяться на подготовку образовательных и просветительских материалов, инструментариев, кампаний, материалов на телевидении и в электронных СМИ, адаптированных к потребностям стран и к мероприятиям, к которым эти материалы приурочены (таким как Европейский день знаний об антибиотиках в ноябре 2014 г.).

32. В 2013 г. Региональное бюро снова приняло участие, вместе с ECDC и Европейской комиссией, в мероприятиях по случаю Европейского дня знаний об антибиотиках. Как и в 2012 г., Секретариат подготовил для страновых офисов информационные материалы, которые те предоставляли желающим принять участие в мероприятиях государствам-членам. В 2013 г. в Европейском дне знаний об антибиотиках приняли участие и государства-члены, не входящие в ЕС, такие как Азербайджан, Беларусь, Босния и Герцеговина, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, бывшая югославская Республика Македония, Республика Молдова, Сербия, Таджикистан, Турция, Узбекистан и

Черногория, а также Косово<sup>1</sup>. Региональное бюро приняло участие в официальной программе в честь Европейского дня в Брюсселе 15 ноября.

33. После успеха публикации *Руководство по адаптации программ иммунизации*<sup>3</sup> Секретариат в сотрудничестве с RIVM готовит еще один документ – *Руководство по адаптации программ по проблеме УПП*, в котором вниманию государств-членов будут представлены инструменты для выбора целевых групп, которые оказывают наибольшее влияние на вопросы, связанные с УПП, и для выработки конкретных стратегий для изменения поведения (например, в интересах рационального применения антибиотиков). Предполагается, что руководство будет сначала апробировано в Соединенном Королевстве и Швеции.

34. Региональное бюро организовало 6–8 ноября 2013 г. региональный семинар по эпиднадзору и осведомленности в сфере устойчивости к антибиотикам и их потребления при поддержке Университета Антверпена, Бельгийского комитета по координации политики в области антибиотиков и ESCMID. Принимающей стороной семинара выступил RIVM. Целью семинара было установление связи между тремя инициативами, предусмотренными Европейским стратегическим планом действий по проблеме устойчивости к противомикробным препаратам: (1) эпиднадзор за УПП (CAESAR), (2) надзор за использованием противомикробных препаратов, и (3) помощь странам в проведении информационных кампаний по проблеме УПП путем развития сетей в тех странах, которые не входят в состав Европейского союза.

35. Семинар состоял из пленарных заседаний и упражнений по лабораторной диагностике, анализу данных и планированию информационных кампаний по вопросам использования антибиотиков, которые вели эксперты из Регионального бюро и сотрудничающих учреждений. В нем приняли участие представители 17 стран Европы, которые рассказывали о своем опыте и готовили планы действий по укреплению эпиднадзора, борьбе с УПП и практическому использованию полученных данных.

36. В результате этого семинара ряд участвовавших в нем стран (Армения, Босния и Герцеговина, Грузия, Сербия, бывшая югославская Республика Македония и Черногория) успешно подали запросы на финансирование для проведения во второй половине 2014 г. мероприятий по повышению осведомленности об УПП. Финансирование было предоставлено совместным комитетом по обзору, в который входит Бельгийский комитет по координации политики в области антибиотиков, RIVM, ECDC и Региональное бюро.

= = =

---

<sup>3</sup> Руководство по адаптации программ иммунизации (АПИ). Повышение уровня охвата вакцинацией детей в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/241345/The-Guide-to-Tailoring-Immunization-Programmes-TIP-Rus.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/241345/The-Guide-to-Tailoring-Immunization-Programmes-TIP-Rus.pdf?ua=1)).