



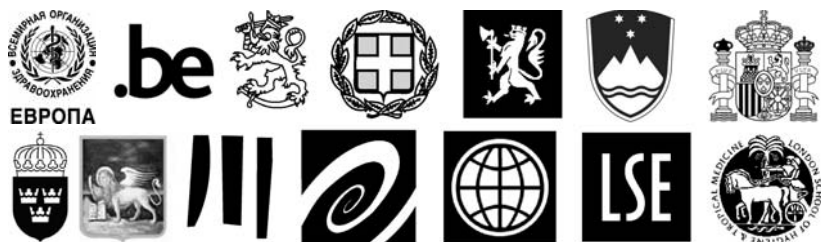
Системы здравоохранения и проблемы инфекционных заболеваний

Опыт Европы и Латинской Америки

Richard Coker
Rifat Atun
Martin McKee

Системы здравоохранения и проблемы инфекционных заболеваний

Опыт Европы и Латинской Америки



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Словении, Финляндии и Швеции, итальянской провинцией Венето, Европейским инвестиционным банком, Институтом «Открытое общество», Всемирным банком, Лондонской школой экономических и политических наук, Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

Системы здравоохранения и проблемы инфекционных заболеваний

Опыт Европы и Латинской Америки

Редакторы:

Richard Coker, Rifat Atun, Martin McKee

Ключевые слова:
DELIVERY OF HEALTH CARE – organization and administration
COMMUNICABLE DISEASES – prevention and control
EUROPE
LATIN AMERICA

© Всемирная организация здравоохранения 2009 г., от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения

Все права защищены. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Запросы относительно публикаций следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

ISBN 978 92 890 4184 3

Серия публикаций Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения — уникальный проект по совершенствованию систем здравоохранения, в рамках которого сотрудничают:

- Европейское региональное бюро ВОЗ
- Правительство Бельгии
- Правительство Греции
- Правительство Испании
- Правительство Норвегии
- Правительство Словении
- Правительство Финляндии
- Правительство Швеции
- Итальянская провинция Венето
- Европейский инвестиционный банк
- Институт «Открытое общество»
- Всемирный банк
- Лондонская школа экономических и политических наук
- Лондонская школа гигиены и тропической медицины

О серии

Книги данной серии посвящены ключевым вопросам разработки политики здравоохранения в Европе. В каждой из них анализируются способы построения более справедливых, эффективных и рентабельных систем здравоохранения в Европе: общие предпосылки, результаты и извлеченные уроки. Цель серии — помочь в разработке научно обоснованного подхода к определению политики в сфере здравоохранения.

Книги будут полезны всем, кто участвует в разработке и оценке национальной политики здравоохранения, и в первую очередь — руководителям и экспертам, то есть тем, в чьи обязанности входит совершенствование структуры и финансирования систем здравоохранения. Преподавателям и студентам, занимающимся политикой здравоохранения, эти книги помогут лучше понять, насколько сложные задачи стоят перед системами здравоохранения в Европе и как трудно выбрать оптимальное решение этих задач.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения поддерживает и поощряет научно обоснованный подход к разработке политики здравоохранения путем тщательного исчерпывающего анализа динамики развития систем здравоохранения в Европе.

Редакторы серии

Josep Figueras, глава секретариата и научный руководитель Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, глава Европейского центра политики здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Martin McKee, научный руководитель Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, профессор Лондонской школы гигиены и тропической медицины (специалист по европейскому общественному

здравоохранению), содиректор Европейского центра по системам здравоохранения стран переходного периода.

Elias Mossialos, научный руководитель Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, преподаватель кафедры политики здравоохранения имени Брайана Абель-Смита факультета социальной политики Лондонской школы экономических и политических наук, содиректор исследовательского центра по здравоохранению и социальному обеспечению Лондонской школы экономических и политических наук.

Richard B. Saltman, научный руководитель Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, профессор Школы общественного здравоохранения имени Роллинса, Университет Эмори, Атланта, Джорджия (специалист по политике и управлению здравоохранением).

Публикации Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения на русском языке

Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития Восточной Европы и Центральной Азии

Marc Suhrcke, Lorenzo Rocco, Martin McKee

Экономические последствия неинфекционных заболеваний и травм в Российской Федерации

Marc Suhrcke, Lorenzo Rocco, Martin McKee, Stefano Mazzucco, Dieter Urban, Alfred Steinherr

Оказание помощи при хронических состояниях. Взгляд с позиций системы здравоохранения

Ellen Nolte, Martin McKee

Содержание

	Список таблиц	IX
	Список рисунков	XI
	Список вставок	XIII
	Список сокращений	XV
	Список авторов	XVII
	Предисловие	XXI
Глава 1.	Новые и возрождающиеся инфекционные заболевания: вызов современному обществу	1
	<i>Richard Coker, Rifat Atun, Martin McKee</i>	
Глава 2.	Меняющийся облик стран переходного периода	21
	<i>Martin McKee, Jane Falkingham</i>	
Глава 3.	Эффективные государственные меры по борьбе с инфекциями в странах переходного периода	48
	<i>Kelley Lee, John Wyn Owen</i>	
Глава 4.	Микроорганизмы и человек: непрерывная борьба	65
	<i>Anthony McMichael</i>	
Глава 5.	Инфекционные заболевания в Европе и Центральной Азии	80
	<i>Shazia Karmali, Andrew Amato-Gauci, Andrea Ammon, Martin McKee</i>	
Глава 6.	Инфекционные заболевания в странах Латинской Америки и Карибского бассейна	101
	<i>Oscar Echeverri, Patricio Marquez, Enis Baris</i>	
Глава 7.	Системы здравоохранения и системное мышление	129
	<i>Rifat Atun, Nata Menabde</i>	

VIII Содержание

Глава 8.	Организация борьбы с инфекционными заболеваниями на международном и европейском уровне <i>Ralph Reintjes</i>	149
Глава 9.	Борьба с ВИЧ/СПИДом и туберкулезом в странах бывшего СССР <i>Nina Schwalbe, Jeffrey Lazarus, Olusoji Adeyi</i>	163
Глава 10.	Системы здравоохранения стран бывшего СССР в борьбе с туберкулезом: задачи и перспективы <i>Andrei Mosneaga, Elena Yurasova, Richard Zaleskis, Wieslaw Jakubowiak</i>	181
Глава 11.	Системы здравоохранения и борьба с инфекционными заболеваниями: факты и уроки Центральной и Восточной Европы <i>Rifat Atun, Richard Coker</i>	205
Глава 12.	Реформы систем здравоохранения и инфекционные заболевания в странах Латинской Америки и Карибского бассейна <i>Patricio Marquez, Oscar Echeverri, Enis Baris</i>	223
Глава 13.	Борьба со СПИДом и с туберкулезом в Бразилии: уроки переходной экономики <i>Eduardo Gómez</i>	232
Глава 14.	Финансирование здравоохранения и борьба с инфекционными заболеваниями: основные проблемы и выводы <i>Rifat Atun, Claudio Politti, Ipek Gurol-Urganci, Joseph Kutzin</i>	247
Глава 15.	Системы здравоохранения и инфекционные заболевания: предвидение грядущих проблем и подготовка к ним <i>Richard Coker, Ana Mensua, Rifat Atun, Martin McKee</i>	271
	Предметный указатель	279

Список таблиц

Таблица 1.1.	Смертность по причинам в различных регионах ВОЗ, данные за 2002 г.	7
Таблица 1.2.	Бремя болезней по причинам (в показателях DALY) в различных регионах ВОЗ, данные за 2002 г.	8
Таблица 1.3.	Примеры новых патогенных микроорганизмов и заболеваний, которые они вызывают, 1973–2003 гг.	9
Таблица 1.4.	Заболевания и возможные возбудители	10
Таблица 1.5.	Примеры экономического ущерба от крупных вспышек инфекционных заболеваний	10
Таблица 2.1.	Экономические и социальные показатели восьми стран, вступивших в Европейский Союз с мая 2004 г.: сводные данные за отдельные годы	26
Таблица 2.2.	Экономические и социальные показатели ряда стран Юго-Восточной Европы: сводные данные за отдельные годы	29
Таблица 2.3.	Экономические и социальные показатели Российской Федерации и ряда соседних с ней стран: сводные данные за отдельные годы	31
Таблица 2.4.	Экономические и социальные показатели ряда стран Кавказа и Центральной Азии: сводные данные за отдельные годы	35
Таблица 2.5.	Экономические и социальные показатели ряда стран Центральной Америки: сводные данные за отдельные годы	38
Таблица 2.6.	Экономические и социальные показатели ряда стран Южной Америки: сводные данные за отдельные годы	41

Х Список таблиц

Таблица 2.7.	Экономические и социальные показатели ряда стран Карибского бассейна: сводные данные за отдельные годы	43
Таблица 3.1.	Основные принципы обеспечения жизнестойкости системы общественного здравоохранения в борьбе со вспышками инфекционных заболеваний	52
Таблица 5.1.	Число вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции (в скобках – количество случаев на 1 млн населения)	85
Таблица 5.2.	Заболеваемость сифилисом в Центральной Азии	92
Таблица 6.1.	Охват стратегией DOTS в странах Северной и Южной Америки, 2002 г.	116
Таблица 6.2.	Распространенность туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных в странах Латинской Америки в 1999–2002 гг.	117
Таблица 8.1.	Некоторые факторы, способствующие появлению новых угроз здоровью человека со стороны инфекционных заболеваний	150
Таблица 8.2.	Некоторые европейские системы эпидемиологического надзора и борьбы с инфекционными заболеваниями	155
Таблица 9.1.	Официальная заболеваемость ВИЧ/СПИДом и туберкулезом в некоторых странах, 2005 г.	164
Таблица 13.1.	Этапы децентрализации здравоохранения в Бразилии	233
Таблица 14.1.	Покупка и предоставление медицинских услуг по борьбе с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом в Эстонии различными учреждениями, занимающимися сбором средств, 2005 г.	257

Список рисунков

Рисунок 6.1.	Смертность от малярии во всем мире и в странах Латинской Америки и Карибского бассейна в 2000 г.	104
Рисунок 6.2.	Заболееваемость малярией в странах Латинской Америки и Карибского бассейна в 1994–2004 гг.	104
Рисунок 6.3.	Зарегистрированные случаи лихорадки денге в странах Латинской Америки и Карибского бассейна в 1996–2005 гг.	106
Рисунок 6.4.	Динамика заболеваемости геморрагической формой лихорадки денге в Латинской Америке и Карибском бассейне в 1987–2005 гг.	107
Рисунок 6.5.	Зарегистрированные случаи холеры в странах Латинской Америки в 1991–1994 гг.	109
Рисунок 6.6.	Динамика заболеваемости туберкулезом в Северной и Южной Америке в 1985–2003 гг.	110
Рисунок 6.7.	Заболееваемость туберкулезом в континентальных странах Латинской Америки в 1990–2003 гг.	112
Рисунок 6.8.	Заболееваемость туберкулезом в странах Карибского бассейна в 1990–2003 гг.	113
Рисунок 6.9.	Смертность от туберкулеза в континентальных странах Северной и Южной Америки в 1990–2003 гг.	114
Рисунок 6.10.	Смертность от туберкулеза в странах Карибского бассейна в 1990–2003 гг.	115
Рисунок 6.11.	Заболееваемость СПИДом в Северной и Южной Америке в 1982–2002 гг.	120
Рисунок 6.12.	Охват вакцинацией детей в возрасте одного года в Северной и Южной Америке в 1999–2004 гг.	122

ХII Список рисунков

Рисунок 6.13.	Охват вакцинацией против полиомиелита (живая полиомиелитная вакцина, 3 дозы) и заболеваемость паралитической формой полиомиелита в Северной и Южной Америке в 1969–2001 гг.	123
Рисунок 7.1.	Схема анализа систем здравоохранения и их окружения	141
Рисунок 9.1.	Заболеваемость туберкулезом на 100 000 населения в некоторых странах бывшего СССР в 1994–2004 гг.	171
Рисунок 13.1.	Заболеваемость и смертность от туберкулеза и СПИДа в Бразилии в 1980–2003 гг.	235
Рисунок 14.1.	Финансирование программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией, туберкулезом и наркоманией в Эстонии	253
Рисунок 14.2.	Финансовые потоки в системе здравоохранения Самарской области, Российская Федерация	261

Список вставок

Вставка 1.1.	Афинский мор	3
Вставка 1.2.	«Черная смерть», Реформация и дробление Европы	4
Вставка 1.3.	Эпидемия дифтерии в бывшем Советском Союзе: возможные причины	16
Вставка 1.4.	Птичий грипп в Азии: возможные причины	17
Вставка 4.1.	Молекулярно-генетические особенности вируса птичьего гриппа А	67
Вставка 4.2.	Появление новых инфекционных заболеваний	71
Вставка 4.3.	Основные факторы, влияющие на вероятность появления новых инфекций и их распространение	72
Вставка 6.1.	Вклад Обратного фонда ПАОЗ в обеспечение вакцинами	122
Вставка 7.1.	Первые определения систем здравоохранения	131
Вставка 7.2.	Разработанная ВОЗ Система оценки качества деятельности здравоохранения	132
Вставка 7.3.	Аспекты реформ здравоохранения по Frenk	133
Вставка 7.4.	Анализ реформ здравоохранения: регуляторы по Hsiao	134
Вставка 7.5.	Динамическая сложность	136
Вставка 7.6.	Моделирование системной динамики	140
Вставка 7.7.	Метод экспресс-оценки систем	142
Вставка 7.8.	Препятствия успешной борьбе с туберкулезом, создаваемые системой здравоохранения	143
Вставка 7.9.	Влияние окружения, в котором работает система здравоохранения, на борьбу с ВИЧ-инфекцией	144
Вставка 9.1.	Уточнение оценок распространенности ВИЧ-инфекции на Украине	167

XIV Список вставок

Вставка 9.2.	Исследование, посвященное борьбе с туберкулезом в Латвии	175
Вставка 10.1.	Координация усилий по борьбе с туберкулезом в Российской Федерации	187
Вставка 10.2.	Участие местных властей в реализации программы лечения полирезистентного туберкулеза в Латвии	191
Вставка 10.3.	Обеспечение противотуберкулезными средствами в Беларуси	192
Вставка 10.4.	Деятельность лабораторий, занятых диагностикой туберкулеза, в Грузии	194
Вставка 10.5.	Задачи врачей общей практики в борьбе с туберкулезом	197
Вставка 10.6.	Участие работников первичной медицинской помощи в борьбе с туберкулезом в Республике Молдова и в Грузии	198
Вставка 14.1.	Финансирование противотуберкулезной службы в Самарской области Российской Федерации	262

Список сокращений

АДС	адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин
АКДС	адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина
АРТ	антиретровирусная терапия
ВААРТ	высокоактивная антиретровирусная терапия
ВВП	валовой внутренний продукт
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВНП	валовой национальный продукт
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ЕС	Европейский Союз
ЗППП	заболевания, передающиеся половым путем
КСГ	клинико-статистическая группа
НИРЗ	Национальный институт развития здравоохранения
ОМС	обязательное медицинское страхование
ООН	Организация Объединенных Наций
ОЭСР	организация экономического сотрудничества и развития
ПАОЗ	Панамериканская организация здравоохранения
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
СССР	Союз Советских Социалистических Республик
США	Соединенные Штаты Америки
ТОРС	тяжелый острый респираторный синдром
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
AIS	Комплексная система здравоохранения (Acoes Integradas de Saúde)
DALE	показатель средней продолжительности полноценной жизни (Disability-Adjusted Life Expectancy)

XVI Список сокращений

DALY	годы жизни, скорректированные с учетом нетрудоспособности (Disability-Adjusted Life-Years)
DOTS	программа коротких курсов лечения под медицинским наблюдением (Directly Observed Treatment, Short-course)
ECDC	Европейский центр профилактики и контроля заболеваний (European Centre for Disease Control)
Enter-NET	Международная сеть эпидемиологического надзора за кишечными инфекциями, сальмонеллой и штаммами <i>Escherichia coli</i> , вырабатывающими веротоксины (International Surveillance Network for the Enteric Infections Salmonella and verocytotoxin-producing <i>Escherichia coli</i>)
EPIET	Европейская программа обучения практической эпидемиологии (European Programme for Intervention Epidemiology Training)
EWGLI	Европейская рабочая группа по легионеллезам (European Surveillance Scheme for Travel Associated Legionnaires' Disease)
EWRS	Система раннего оповещения и ответных мер (Early Warning and Response System)
GHPIN	Глобальная сеть информации в области общественного здравоохранения (Global Public Health Intelligence Network)
GOARN	Глобальная сеть предупреждения о вспышках болезней и ответных действий (Global Outbreak Alert and Response Network)
INAMPS	Национальный институт медицинской помощи и социального обеспечения
PNDST/AIDS	Национальная программа по борьбе с ЗППП/СПИДом
SUDS	Унифицированная децентрализованная система здравоохранения (Sistema Único de Saúde)
SUS	Унифицированная система здравоохранения (Sistema Único de Saúde)

Список авторов

Olusoji Adeyi, координатор программ в области общественного здравоохранения Департамента гуманитарного развития Всемирного банка.

Andrew J. Amato-Gauci, заместитель руководителя отдела эпидемиологического надзора Европейского центра профилактики и контроля заболеваний.

Andrea Ammon, руководитель отдела эпидемиологического надзора Европейского центра профилактики и контроля заболеваний.

Rifat Atun, профессор, специалист по управлению международным здравоохранением, руководитель Центра управления здравоохранением бизнес-школы Танаки, Королевский колледж Лондона.

Enis Baris, старший специалист по общественному здравоохранению в регионе Ближний Восток и Северная Африка, Всемирный банк, Вашингтон.

Richard Coker, преподаватель по общественному здравоохранению, кафедра общественного здравоохранения и политики Лондонской школы гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство.

Oscar Echeverri, проработал 16 лет во Всемирном банке в качестве старшего специалиста по общественному здравоохранению, руководителя Отдела здоровья населения и питания в техническом департаменте Латинской Америки, а затем в качестве управляющего инвестициями в регионе Юго-Восточная Азия.

Jane Falkingham, профессор, специалист в области демографии и международной социальной политики, Саутгемптонский университет.

XVIII Список авторов

Eduardo J. Gymez, аспирант кафедры политических наук Университета Брауна, внештатный сотрудник группы политики и управления Гарвардской школы общественного здравоохранения.

Ipek Gurol-Urganci, научный сотрудник Центра управления здравоохранением бизнес-школы Танаки, Королевский колледж Лондона.

Wieslaw Jakubowiak, координатор программы ВОЗ по борьбе с туберкулезом, офис Специального представителя Генерального директора ВОЗ в России.

Shazia Karmali, участвует в управлении проектами в области здоровья населения и общественного здравоохранения в органах здравоохранения провинции Британская Колумбия, Канада.

Joseph Kutzin, региональный консультант по вопросам финансирования систем здравоохранения Европейского регионального бюро ВОЗ, руководитель офиса Европейского регионального бюро ВОЗ в Барселоне, внештатный научный сотрудник Центра управления здравоохранением Королевского колледжа Лондона.

Jeffrey Lazarus, работает над программой борьбы с ВИЧ/СПИДом и инфекциями, передающимися половым путем, в Европейском региональном бюро ВОЗ, преподаватель Копенгагенского университета, Дания.

Kelley Lee, преподаватель по международному здравоохранению, содиректор Центра глобальных изменений и здоровья Лондонской школы гигиены и тропической медицины.

Patricio V. Marquez, ведущий специалист по вопросам здравоохранения в регионе Европа и Центральная Азия, Всемирный банк.

Martin McKee, профессор Лондонской школы гигиены и тропической медицины, научный руководитель Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Anthony McMichael, получил высшее образование в области медицины и эпидемиологии, в настоящее время работает в Национальном центре эпидемиологии и здоровья населения Австралийского государственного университета, Канберра.

Nata Menabde, заместитель регионального директора Европейского регионального бюро ВОЗ.

Ana Mensua, фармацевт, специалист по первичному медицинскому обслуживанию и аптечному обслуживанию, магистр общественного здравоохранения, Лондонская школа гигиены и тропической медицины.

Andrei Mosneaga, руководитель группы в рамках региональной программы

борьбы с туберкулезом, Южный Кавказ, международный консультант компании GOPA (Ассоциация консультантов в области организации, планирования и обучения), консультант по здравоохранению консалтинговой компании в области здравоохранения EPOS, входящей в ассоциацию GOPA.

Claudio Politti, эксперт по политике здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Ralf Reintjes, профессор, специалист по эпидемиологии и надзору за здоровьем населения, кафедра общественного здравоохранения факультета биологических наук Гамбургского университета прикладных наук.

Nina Schwalbe, директор по вопросам политики Альянса по борьбе с туберкулезом, Нью-Йорк.

John Wyn Owen CB, до своей отставки занимал пост секретаря Фонда Наффилда, Лондон, с 1 марта 1997 г. по июнь 2005 г. — пост начальника управления здравоохранения Нового Южного Уэльса и председателя Консультативного совета при министерстве здравоохранения Австралии, а до 1994 г. — пост руководителя государственной системы здравоохранения Уэльса.

Elena Yurasova, медицинский специалист ВОЗ по борьбе с туберкулезом, работает в Российской Федерации.

Richard Zaleskis, региональный консультант по борьбе с туберкулезом, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Предисловие

Эту книгу полезно прочесть всем политикам и руководителям здравоохранения, считающим, что инфекционные заболевания не представляют опасности для их стран.

Приведенная здесь информация относится в основном к странам переходного периода, но извлеченные из нее уроки пригодятся и более благополучным регионам. Вкратце эти уроки таковы: 1) микроорганизмы легко приспосабливаются к меняющимся внешним условиям, благодаря чему возникают вспышки «новых» инфекций; 2) там, где профилактическая и исследовательская деятельность в сфере борьбы с инфекционными заболеваниями идет на спад, «побежденные» болезни быстро возвращаются.

Ярчайшим образцом последствий развала системы общественного здравоохранения служит ситуация в странах бывшего СССР: почти исчезнувшие были инфекции могут быстро вернуться. Классический пример — эпидемия дифтерии в 1990-х гг. Можно привести и другие примеры — широкое распространение ВИЧ-инфекции в последнее десятилетие, нарастающий рост заболеваемости туберкулезом, в том числе полирезистентным. Очевидно, что во всех трех случаях значительную роль сыграла слабость санитарно-эпидемиологических служб, хотя имели значение и другие факторы — социально-экономические потрясения, миграция населения и смена моделей поведения.

На другой стороне земного шара сходная картина отмечена авторами в Латинской Америке. Усилия по истреблению комара *Aedes aegypti* в этом регионе в 1970-х гг. и в начале 1980-х гг. постепенно сошли на нет. К концу 1990-х гг. комары вновь расплодились во всей Латинской Америке, что привело к вспышкам ранее почти исчезнувшей лихорадки денге.

Конечно, общественное здравоохранение там не испытывало столь глубоких потрясений, как в странах бывшего СССР. Наоборот, за последние двадцать лет достигнуты определенные успехи: например, искоренены полиомиелит и корь, сократилась заболеваемость вновь угрожающей

XXII Предисловие

реиону холерой. Но даже при крепкой системе общественного здравоохранения инфекционные заболевания ставят перед странами нелегкие задачи. Как отмечают несколько авторов этой книги, непрекращающаяся эволюционная борьба между микроорганизмами и человеком требует от последнего постоянной бдительности и изобретательности. Быстрая урбанизация, сохраняющееся социально-экономическое неравенство, изменения климата и других факторов окружающей среды предоставляют микроскопическим врагам человечества новые возможности. В книге приведено множество примеров того, как микроорганизмы пользуются этими возможностями.

В странах со средним уровнем доходов руководители здравоохранения должны помнить о приведенных выше примерах и о том, какие меры нужно предпринимать. Но этот опыт может быть полезен и здравоохранению более благополучных стран, ведь и они не застрахованы от появления «новых» заболеваний, как показала вспышка тропической лихорадки чикунгунья в Италии¹, да и «старые» инфекции могут вернуться столь же легко, как и в странах переходного периода.

В новом столетии мир становится все более взаимосвязанным, и общность интересов всех стран — как бедных, так и более благополучных — в борьбе с инфекционными заболеваниями сегодня очевидна как никогда.

Zsuzsana Jakab
Директор Европейского центра
профилактики и контроля заболеваний

¹ Доклад о вспышке лихорадки чикунгунья в Италии, Европейский центр профилактики и контроля заболеваний совместно с ВОЗ, Стокгольм, сентябрь 2007 г.

Новые и возрождающиеся инфекционные заболевания: вызов современному обществу

Richard Coker, Rifat Atun, Martin McKee

Введение

Данная книга посвящена странам, переживающим период быстрых политических, экономических и социальных изменений. Основное внимание уделено двум регионам, в которых эти изменения особенно стремительны, — Центральной и Восточной Европе и Латинской Америке. Хотя эти два региона сильно удалены друг от друга, между ними есть много общего.

Последствия переходного периода разнообразны. Возрастают потоки населения и товаров, увеличиваются расстояния, на которые они перемещаются. Меняются общественные устои, что влияет на разные стороны жизни и поведения людей. Здравоохранение и социальное обеспечение, задача которых — реагировать на эти перемены, сами быстро меняются. Таким образом, изменения одновременно затрагивают население, здравоохранение и все общество в целом. Перемены происходят не изолированно, а во взаимодействии друг с другом, в результате чего возникает крайне подвижная и сложная система, поведение которой трудно предсказать.

Последствия этих изменений особенно ощутимы в сфере инфекционных заболеваний. Между человеком и микроорганизмами идет постоянная эволюционная борьба, в которой микроорганизмы приспосабливаются к меняющимся условиям. Примерами служат распространение ВИЧ/СПИДа, появление новых заболеваний, таких, как атипичная пневмония, возвращение давно, казалось бы, искорененных болезней, например туберкулеза и дифтерии, угроза появления новых разновидностей возбудителей — таких, как штамм вируса гриппа H5N1 (птичий грипп). Перечисленные примеры иллюстрируют динамическое влияние социальных, медицинских, культурных, организационных и политических изменений на общественное здравоохранение. Не случайно в двух регионах, которым посвящена эта книга, особенно быстро растет

заболеваемость ВИЧ/СПИДом (в Восточной Европе), лихорадкой денге (в Латинской Америке) и полирезистентным туберкулезом (в обоих регионах).

Осознание угрозы, которую представляют собой инфекционные заболевания, побудило политиков уделять больше внимания действенным ответным мерам. Прежде многого можно было добиться сравнительно простыми с нынешней точки зрения способами, однако сложное окружение, в котором живут сегодня люди, сделало разработку и внедрение действенных методов борьбы куда более трудной задачей. Существенно усложнилось устройство систем здравоохранения, что далеко не всегда способствовало лучшему пониманию их взаимодействия с инфекционными заболеваниями (это касается как снижения заболеваемости, так и, в случае больничных инфекций, ее роста). Потребность в таком понимании становится все насущнее.

Международные инициативы – например, объявление туберкулеза международной опасностью и последующее продвижение стратегии лечения под прямым наблюдением (DOTS); появление программы «Три к пяти», цель которой – к 2005 г. обеспечить высокоактивной антиретровирусной терапией (ВААРТ) 3 млн ВИЧ-инфицированных, и последовавшие за этим международные усилия по расширению доступа к ВААРТ – говорят о том, что объединение усилий в мировом масштабе возможно. Но чтобы эти меры оказались успешными не только в рамках финансируемых извне программ, требуется действенная, разумная и справедливая поддержка со стороны систем здравоохранения. Кроме того, чтобы вертикальные программы по борьбе с отдельными заболеваниями дали стойкий положительный эффект, такие программы должны быть интегрированы в здравоохранение и социальное обеспечение соответствующих стран.

Далее мы кратко охарактеризуем основные изменения, затрагивающие микроорганизмы, человечество, здравоохранение и ситуацию в мире в целом, а также обсудим задачи, которые ставят перед нами эти изменения.

Человек и микроорганизмы: бесконечная борьба

Как уже говорилось выше, инфекционные заболевания и в начале XXI века все еще остаются одной из важнейших проблем общественного здравоохранения во всем мире. Они преследовали человечество с самого появления *Homo sapiens* и продолжают преследовать, несмотря на достигнутый в большинстве регионов мира научный и общественный прогресс.

Первые люди, появившиеся в тропическом климате Африки, вероятно, страдали от тех же возбудителей, что и приматы, среди которых эти люди жили и от которых произошли. Когда древние охотники переселились в зоны с более умеренным климатом, инфекционные агенты изменились. Охота уступила место земледелию, численность населения выросла и стабилизировалась. Появление земледелия и одомашнивание животных привели к более тесным контактам человека и животных, что вызвало появление множества зоонозов – инфекций, передающихся от животных к человеку (Diamond 1997). Рост численности и плотности населения создал идеальные условия для передачи инфекций от человека к человеку.

Затем появились торговые пути, начали возникать конфликты между соседними общинами. Перемещения людей и товаров приводили к тому, что новые возбудители попадали в уязвимые к ним человеческие популяции (McNeal 1976). Эпидемии таких заболеваний, как чума, натуральная оспа и сыпной тиф, опустошали целые страны, уничтожали армии и вызывали всеобщий ужас. Известны случаи, когда эпидемии меняли ход истории (вставки 1.1 и 1.2). Разрабатывались и применялись (с разной степенью успеха) ответные меры. Они часто сосредотачивались на отдельных людях или группах людей, в которых видели источник заболевания. История полна примерами того, как к отдельным людям применяли жестокие меры, чтобы защитить население в целом. Притеснение меньшинств и иррациональный страх в течение многих столетий были характерными чертами реакции на инфекционные заболевания (Kraut 1994; McNeal 1976; Risse 1988; Watts 1997).

Близость к животным и меняющиеся отношения с ними означают, что человек по-прежнему сталкивается с новыми возбудителями и заболеваниями и, как заметила Gro Harlem Brundtland во время своего пребывания на посту Генерального директора ВОЗ, во все сокращающемся мире испытывает последствия «...погружения в море микроорганизмов, омывающего все человечество. Укрыться от них нельзя. Защитная тактика не может полностью оградить от заболеваний даже самые богатые страны» (Brundtland 2000).

В конце XIX столетия, после работ Роберта Коха и Луи Пастера, стали возможными выделение и идентификация возбудителей, что способствовало пониманию причин инфекционных заболеваний. Начала развиваться «микробная теория», впервые сформулированная в 1870-х гг. Это позволило описывать эпидемиологию инфекционных заболеваний, разрабатывать меры борьбы с ними и оценивать эффективность этих мер. К 1920-м гг.

Вставка 1.1. Афинский мор

В 430 г. до н. э. (второй год Пелопонесской войны) Афинское государство было опустошено эпидемией. Городское население резко выросло за счет сельских жителей, искавших за городскими стенами убежища от спартанцев. Эта скученность создала идеальные условия для распространения заболевания, которое унесло до трети населения. Греческий историк Фукидид подробно описывает, как болезнь повлияла на общество. Высокая вероятность умереть от невидимой причины привела к тому, что афинские граждане, обычно законопослушные, перестали соблюдать закон. Они безудержно тратили деньги, поскольку не верили в то, что сбережения еще понадобятся им в будущем. Женщины отбросили ограничения, налагаемые на их поведение и место в традиционном афинском обществе. После смерти от эпидемии лидера афинян Перикла последовала череда слабых и зачастую некомпетентных правителей. Афинам потребовалось не менее 15 лет, чтобы хотя бы отчасти восстановить былое положение, а к этому времени баланс власти в регионе изменился, что открыло дорогу появлению на сцене македонцев, в том числе Александра Великого, а затем римлян. В этом смысле сравнительно ограниченная в пространстве эпидемия изменила ход истории. Вопрос о том, что именно вызвало афинский мор, остается спорным, хотя есть данные, что это был сыпной тиф.

Вставка 1.2. «Черная смерть», Реформация и дробление Европы

В 1347 г. Каффа, генуэзская торговая колония в Крыму, была осаждена монголами, в армии которых свирепствовала чума. В октябре того же года генуэзский флот, спасшийся из осажденного города, достиг Сицилии. Все моряки на борту были мертвы либо больны. На протяжении следующего, 1348 г. болезнь по торговым путям (например, по Рейну) быстро распространилась по большей части Западной Европы. В течение нескольких лет умерло от трети до половины населения Европы, опустело около четверти всех деревень. Столь грандиозные масштабы трагедии заставили людей сомневаться в своей вере. Церковь не в силах была объяснить происходящее, и священники, которых звали к смертному ложу, умирали особенно часто. Те, кто сменял их, зачастую не обладали призыванием своих предшественников, в результате широко распространилось циничное отношение к церкви и ее статусу — обстоятельством, ставшим толчком к Реформации.

Резкое сокращение населения в результате «черной смерти» имело огромные последствия для структуры общества. Сильно сократившееся крестьянство находилось в значительно более сильном положении по сравнению с правящим классом. Ряд крестьянских восстаний привел к исчезновению крепостного права в большей части Западной Европы. На востоке же Европы, где вследствие низкой плотности населения последствия «черной смерти» были гораздо менее значительны, крепостное право сохранилось вплоть до отмены его в России Александром II в 1861 г. Есть предположения, что эти различия в статусе крестьян до некоторой степени служат причиной экономических различий в Европе, сохраняющихся и поныне.

в западном мире борьба за санитарную культуру стала важной движущей силой в обществе. Во многих городах появились новые санитарные учреждения, например крупные санатории для десятков тысяч больных туберкулезом. Резко снизилась заболеваемость дифтерией и брюшным тифом, а эпидемии холеры, которая некогда была страшным бичом человечества, стали редкостью.

К 1940-м гг. появление эффективных антимикробных средств и введение иммунизации открыли новую эру. В 1948 г. Джордж Маршалл, в то время государственный секретарь США, выразил царивший вокруг дух оптимизма, заявив, что близок час победы над всеми инфекционными заболеваниями. Эта уверенность сохранялась в течение нескольких десятилетий, по крайней мере на Западе. Позднее стало ясно, что она исходила и из неверных предпосылок, и из слишком упрощенного взгляда на вещи, — человечество осознало, что взаимоотношения между человеком, микроорганизмами и окружающей средой сложны и постоянно меняются.

В последние десятилетия меняется и характер общественного здравоохранения. Период 1970–1980-х гг. характеризовался значительной экономической и политической нестабильностью. Общественное здравоохранение сосредоточилось на технологических новшествах, почти не обращая внимания на то, как встающие перед ним вопросы связаны с ситуацией в обществе в целом. Есть мнение, что именно этот недосмотр стал причиной неудач многих программ по борьбе с важнейшими инфекционными заболеваниями. Упрощенный взгляд руководителей и реформаторов

здравоохранения на обстановку, в которой они действуют, заставил многих из них полагать, что в будущем достаточно лишь внедрять новые методы (например, вакцинацию). Столь узкий подход к делу наблюдался одновременно с растущим осознанием сложной связи между болезнями, социальным окружением и общественным здравоохранением — хотя и совершенно отдельно от него. Получила признание концепция социальной медицины (иными словами, здравоохранения, признающего и учитывающего социальную составляющую здоровья человека). Не следует думать, что у этой точки зрения не было сторонников прежде. Работники здравоохранения убедились в важности социальной составляющей здоровья еще в XIX веке, и многие из тогдашних реформ неявно учитывали это. В середине 1880-х гг. Вирхов красноречиво доказывал, что медицина является общественной наукой, а политика — это медицина в крупном масштабе (Taylor and Rieger 1985).

Апофеозом этих новых взглядов стало, вероятно, принятие Всемирной ассамблеей здравоохранения в 1977 г. резолюции «Здоровье для всех к 2000 году». Резолюция предусматривала, что к 2000 г. люди должны разработать новые способы профилактики и лечения заболеваний, снизить распространенность заболеваний, которых нельзя избежать, и инвалидность. Эти способы должны были включать более справедливое и рентабельное распределение ресурсов здравоохранения, равное обеспечение всех основными медицинскими услугами, а также признание неприемлемого в нынешних условиях, но продолжающегося расширяться разрыва между имущими и неимущими. Принятая годом позже Алма-Атинская декларация отстаивала подход к первичной медицинской помощи, основанный на принципах равенства, деятельности на благо общества, использовании достижений науки и межотраслевого подхода. Для многих политиков Алма-Атинская декларация стала отправной точкой реформирования систем здравоохранения (WHO 1978).

Вторая важная программа в области общественного здравоохранения относится к 1970–1980-м гг.; она повлияла на современные представления об общественном здравоохранении и инфекционных заболеваниях. В 1974 г. была начата Международная расширенная программа иммунизации под эгидой ВОЗ и ЮНИСЕФ. В то время в развивающихся странах вакцинацией против возбудителей основных детских инфекций были охвачены менее 5% детей младше 5 лет. Вслед за успешной кампанией по искоренению натуральной оспы расширенная программа иммунизации достигла значительных успехов, и к 1990 г. 80% детей в мире вакцинировались против шести основных детских инфекций, поддающихся иммунопрофилактике, до достижения двухлетнего возраста.

Однако в отношении других инфекционных заболеваний подобные успехи в мировом масштабе не достигнуты. Чтобы успешно бороться с болезнью, нужно понимать сложную взаимосвязь между возбудителем, организмом хозяина и окружающей средой; учитывать факторы, от которых зависит развитие болезни, и устранять их; интегрировать меры по борьбе с болезнью в системы здравоохранения и социального обеспечения. Такие примеры, как туберкулез, ВИЧ/СПИД и устойчивость возбудителей к антимикробным средствам, прекрасно иллюстрируют сложность окружающей обстановки и стоящих перед нами задач, как и приводимые ниже примеры, касающиеся других заболеваний.

Изменчивый облик инфекционных заболеваний

Сегодня инфекционные заболевания — одна из основных причин плохого здоровья и смерти. В 2002 г. они стали причиной 14,9 млн смертей, что составляет 26% мировой смертности; кроме того, на их долю пришлось почти 30% потерянных лет жизни, скорректированных с учетом нетрудоспособности (DALY), в мире (табл. 1.1 и 1.2).

Смертность от инфекционных заболеваний выше всего в Африке, где отмечаются наибольшее абсолютное число смертей от инфекционных и паразитарных заболеваний и максимальная смертность от них (837 на 100 000 населения). Доля смертей, вызванных инфекционными и паразитарными заболеваниями, тоже выше всего в Африке — более 60% (для сравнения: в Европе она составляет лишь 5%). Однако внутри Европы существуют заметные различия. В странах бывшего СССР (Союз Советских Социалистических Республик) смертность от инфекционных заболеваний примерно в 5 раз выше, чем в Западной Европе. Примерно те же соотношения наблюдаются и в отношении бремени болезни. В Африке вследствие инфекционных и паразитарных заболеваний ежегодно теряется свыше 187 млн лет жизни, скорректированных с учетом нетрудоспособности (DALY). В Европе этот показатель составляет лишь 5,7 млн. Точно так же в странах бывшего СССР число потерянных лет жизни, скорректированных с учетом нетрудоспособности (DALY), примерно в 5 раз больше, чем в Западной Европе. Подобные различия наблюдаются и между Латинской и Северной Америкой — показатели смертности и заболеваемости, связанные с инфекционными заболеваниями, в Латинской Америке заметно выше (Monaghan 2002).

Глобальный облик инфекционных заболеваний меняется: изменяются масштабы и география их распространения, наука оказывается не в состоянии ответить на все связанные с этими болезнями вопросы. Но есть и другие причины. Появляются новые заболевания — СПИД, атипичная пневмония, новый вариант болезни Крейтцфельда—Якоба (связанный с губчатой энцефалопатией крупного рогатого скота), вызванные ранее не известными возбудителями (табл. 1.3), в то время как хорошо известные заболевания (например, туберкулез и дифтерия) возвращаются, становясь серьезной угрозой общественному здоровью. Выявлены новые возбудители, вызывающие ряд клинических синдромов, — например, парвовирусы, Т-лимфотропные вирусы человека типов 1 и 2 (ретровирусы), вирус папилломы человека, вирусы простого герпеса. Некоторые патогены по мере научного прогресса удастся лучше охарактеризовать — примерами могут служить *Legionella pneumophila* (болезнь легионеров), *Borrelia burgdorferi* (лаймская болезнь) и *Helicobacter pylori* (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки); все это давно известные заболевания, но вызывающие их микроорганизмы удалось установить лишь недавно (табл. 1.4).

Появлению инфекционных заболеваний способствует слабость систем здравоохранения. В последние десятилетия во всем мире серьезной проблемой стала устойчивость возбудителей к антимикробным средствам. Устойчивые штаммы *Mycobacterium tuberculosis* находят во всех странах, причем некоторые устойчивы уже не только ко всем препаратам первого ряда, но и ко многим препаратам второго ряда. Вспышки инфекции, вызванной устойчивыми к антибиотикам штаммами *Staphylococcus aureus*,

Таблица 1.1. Смертность по причинам в различных регионах ВОЗ, данные за 2002 г.

	Суммарный показатель	Доля от суммарного показателя, % ^a	Африка	Северная и Южная Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземноморье	Западно-Тихоокеанский регион
Население (000)	6 224 985 (000)		672 238 (000)	852 551 (000)	1 590 832 (000)	877 886 (000)	502 824 (000)	1 717 536 (000)
Общее число смертей	57 029	100	10 664	5962	14 657	9564	4152	11 940
Инфекционные и паразитарные заболевания	10 904	19,1	5625	397	2922	195	953	804
Инфекции дыхательных путей	3963	6,9	1118	226	1474	288	354	498
Материнская и младенческая смертность	2972	5,2	785	191	1184	68	370	370
Недостаточное питание	485	0,9	143	61	189	12	53	27
Новообразование	7270	12,7	419	1145	1178	1871	296	2347
Сахарный диабет, нарушения питания и эндокринные заболевания	1354	2,4	116	303	306	290	118	219
Неврологические заболевания и психические расстройства	1112	1,9	90	240	267	256	89	167
Заболевания сердечно-сосудистой системы	16 733	29,3	1036	1928	3911	4927	1079	3825
Заболевания органов дыхания	3702	6,5	257	398	874	404	155	1609
Заболевания органов пищеварения	1968	3,5	157	284	502	389	152	480
Другие неинфекционные заболевания	1521	2,7	187	237	389	188	175	342
Травмы	5168	9,1	741	540	1467	792	392	1229

Источник: ВНО 2004, с изменениями.

^a Сумма показателей в столбце не обязательно равна 100% из-за округления.

Таблица 1.2. Бремя болезней по причинам (в показателях DALY) в различных регионах ВОЗ, данные за 2002 г.^a

	Суммарный показатель	Доля от суммарного показателя, %	Африка	Северная и Южная Америка	Юго-Восточная Азия	Европа	Восточное Средиземно-морье	Западно-Тихоокеанский регион
Население (000)	6 224 985 (000)		672 238 (000)	852 551 (000)	1 590 832 (000)	877 886 (000)	502 824 (000)	1 717 536 (000)
Общее количество	1 490 125 643	100	361 376 478	145 586 527	426 572 902	150 321 605	139 079 337	264 879 260
Инфекционные и паразитарные болезни	350 332 571	23,5	187 448 845	11 890 388	88 952 900	5 665 026	32 410 088	23 671 157
Инфекции дыхательных путей	94 603 349	6,3	35 595 347	3 315 928	33 026 019	3 115 191	10 818 791	8 653 688
Материнские и младенческие заболевания	130 966 679	8,8	33 104 006	9 319 806	50 542 629	3 554 015	16 654 594	17 602 104
Недостаточное питание	34 416 632	2,3	9 573 867	2 124 420	12 127 757	1 703 909	4 490 404	4 360 317
Новообразования	77 293 663	5,2	4 914 205	11 405 860	14 070 924	17 445 197	4 183 809	25 151 663
Сахарный диабет, нарушения питания и эндокринные заболевания	24 155 400	1,6	2 404 904	5 753 643	5 893 601	3 169 056	2 095 680	4 751 614
Неврологические заболевания и психические расстройства	193 278 495	13	17 897 036	35 787 391	48 313 777	29 348 996	15 019 744	46 533 897
Болезни сердечно-сосудистой системы	148 190 083	9,9	10 910 418	15 173 288	42 987 030	34 417 792	12 059 668	32 413 230
Болезни органов дыхания	55 153 199	3,7	5 482 583	7 968 078	15 630 419	6 735 413	3 719 707	15 535 384
Болезни органов пищеварения	46 475 768	3,1	5 103 566	5 543 889	14 205 642	7 396 276	4 031 778	10 111 155
Другие неинфекционные заболевания	153 268 686	10,4	18 138 712	17 440 027	45 275 063	16 825 972	16 113 431	39 121 304
Травмы	181 991 119	12,2	30 802 990	19 863 809	55 547 140	20 944 762	17 481 643	36 973 747

Источник: WHO 2004, с изменениями.

Примечание: DALY — годы жизни, скорректированные с учетом нетрудоспособности.

^a Показатели рассчитаны ВОЗ и предназначены для сопоставления; они не обязательно отражают официальную статистику государств — членов ВОЗ, так как последние могут применять другие методы расчета.

Таблица 1.3. Примеры новых патогенных микроорганизмов и заболеваний, которые они вызывают, 1973–2003 гг.

Год	Возбудитель	Тип	Заболевание
1973	Ротавирусы	Вирус	Понос у грудных детей
1977	Вирус Эбола	Вирус	Лихорадка Эбола
1977	<i>Legionella pneumophila</i>	Бактерия	Болезнь легионеров
1980	T-лимфотропный вирус человека типа I	Вирус	T-клеточный лейкоз—лимфома взрослых
1981	Вырабатывающие токсин штаммы <i>Staphylococcus aureus</i>	Бактерия	Токсический шок
1982	Энтерогеморрагические штаммы <i>Escherichia coli</i> (серотип O157:H7)	Бактерия	Геморрагический колит; гемолитико-уремический синдром
1982	<i>Borrelia burgdorferi</i>	Бактерия	Лаймская болезнь
1983	ВИЧ	Вирус	СПИД
1983	<i>Helicobacter pylori</i>	Бактерия	Язвенная болезнь желудка
1989	Вирус гепатита С	Вирус	Парентерально передающееся инфекционное поражение печени (гепатит «ни А, ни В»)
1992	<i>Vibrio cholerae</i> серогруппы O139	Бактерия	Новый штамм, вызывающий эпидемии холеры
1993	Хантавирус	Вирус	Хантавирусный легочный синдром
1994	<i>Cryptosporidium</i> spp.	Простейшие	Кишечные инфекции
1995	<i>Ehrlichia</i> spp.	Бактерия	Тяжелый артрит?
1996	Возбудитель болезни Крейтцфельда—Якоба	Прион	Новый вариант болезни Крейтцфельда—Якоба
1997	H5N1	Вирус	Грипп
1999	Вирус Нипах	Вирус	Тяжелый энцефалит
2003	Коронавирусы	Вирус	ТОРС

Примечание: ВИЧ – вирус иммунодефицита человека; СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита, ТОРС – тяжелый острый респираторный синдром.

в том числе метициллиноустойчивыми, осложняют лечение во многих развитых странах, что может привести к огромным экономическим потерям. Появление штаммов ВИЧ, устойчивых к антиретровирусным препаратам, по мнению некоторых, угрожает сорвать международные усилия по борьбе со СПИДом (Brenner and Turner 2002; Doualla-Bell and Turner 2004).

Экономические потери, вызванные инфекционными заболеваниями, все чаще становятся общемировой проблемой (табл. 1.5). Эпидемия губчатой энцефалопатии крупного рогатого скота, подкосившая британскую мясную промышленность, по оценкам, обошлась примерно в 30 млрд евро. Урон, нанесенный эпидемией атипичной пневмонии, по разным оценкам, колеблется от 8 до 24 млрд евро, главным образом вследствие изменений в поведении, обусловленных опасениями заразиться, и утратой экономического доверия к странам, где появилось это заболевание; прямые затраты здравоохранения были невелики. Это можно сравнить со

Таблица 1.4. Заболевания и возможные возбудители

<i>Заболевание или синдром</i>	<i>Возбудитель</i>
Хронический гастрит	<i>Helicobacter pylori</i>
Язвенная болезнь желудка	<i>Helicobacter pylori</i>
Синдром Гийена–Барре	<i>Campylobacter jejuni</i>
Паралич Белла	<i>Borrelia burgdorferi</i> , Herpes simplex virus
Тропический спастический парализ	Т-лимфотропный вирус человека типа 1
Гемолитико-уремический синдром	<i>Escherichia coli</i> серотип O157
Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура	<i>Escherichia coli</i> серотип O157
Узелковый периартериит	Вирус гепатита В
Инсулинозависимый сахарный диабет	Энтеровирусы
Атеросклероз	<i>Chlamydia pneumoniae</i> , цитомегаловирус
Реактивный артрит	<i>Salmonella</i> spp., <i>Yersinia</i> spp., <i>Chlamydia trachomatis</i>
Т-клеточный лейкоз–лимфома взрослых	Т-лимфотропный вирус человека типа 1
Волосатоклеточный лейкоз	Т-лимфотропный вирус человека типа 2
Печеночноклеточный рак	Вирусы гепатитов В и С
Рак шейки матки	Вирус папилломы человека
Лимфома Беркитта	Вирус Эпштейна–Барр
Лимфома ЦНС у больных СПИДом	Вирус Эпштейна–Барр
Саркома Капоши	Герпесвирус человека типа 8
Первичная лимфома серозных оболочек у больных СПИДом	Герпесвирус человека типа 8
Синдром Каслмана	Герпесвирус человека типа 8

Примечание: СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита; ЦНС – центральная нервная система.

Таблица 1.5. Примеры экономического ущерба от крупных вспышек инфекционных заболеваний

<i>Год</i>	<i>Страна/город</i>	<i>Заболевание</i>	<i>Ущерб, доллары США</i>
1979–1994	Нью-Йорк	Туберкулез	Свыше 1 млрд
1990–1998	Малайзия	Вирус Нипах	540 млн
1991	Великобритания	Губчатая энцефалопатия крупного рогатого скота	38 млрд
1994	Индия	Чума	2 млрд
1997	САР Гонконг	Птичий грипп	22 млн
1998	Танзания	Холера	770 млн
1999	Нью-Йорк	Лихорадка западного Нила	Почти 100 млн
1999	Российская Федерация	Туберкулез	Свыше 4 млрд
2003	Китай, САР Гонконг, Канада	Атипичная пневмония	15 млрд

Источник: избранные доклады ВОЗ, с изменениями.

вспышкой чумы в индийском городе Сурат в 1994 г., экономический ущерб от которой оценивается примерно в 1,5 млрд евро, и вспышкой птичьего гриппа в специальном административном районе (САР) Китая Гонконге в 1997 г., обошедшегося в сотни миллионов евро из-за сокращения поголовья домашней птицы, торговли и туризма. Исследование, проведенное в 1999 г. Национальным центром США по борьбе с инфекционными заболеваниями, оценило возможный экономический ущерб от пандемии гриппа в США в 71,3–166,5 млрд долларов США (Meltzer and Cox 1999). Экономические последствия эпидемии СПИДа трудно даже представить.

Трудности в борьбе с инфекционными заболеваниями

Выше уже говорилось, что на инфекционные заболевания и на процесс борьбы с ними сложным образом влияют многие факторы, помимо непосредственных отношений между инфекционным агентом и организмом человека. Ситуацию особенно затрудняет то, что взаимодействующие друг с другом микроорганизмы, организм человека, окружающая среда и системы здравоохранения все время изменяются.

Изменение микроорганизмов: приспособляемость

Микроорганизмы непрерывно эволюционируют. В результате мутаций появляются устойчивые или совершенно новые штаммы; часто это бывает следствием необоснованного применения антибиотиков. В свою очередь, иммунный ответ организма на эти изменения может быть разным.

У вирусов изменения могут протекать двумя путями. Антигенный дрейф — это постепенное изменение генома. Именно так появляются новые штаммы вируса гриппа, которые затем заражают частично устойчивых к нему людей. Напротив, антигенный шифт наблюдается, когда два различных штамма (например, штаммы гриппа типа А, заражающие человека и животных) комбинируются, образуя новый штамм, перед которым иммунная система практически беззащитна, — вследствие этого заболевание очень быстро распространяется. Именно это случилось со штаммом H5N1, и именно поэтому он может вызвать пандемию гриппа.

Изменения у человека

Рост населения

Население Земли увеличивается в среднем на 1,5% в год. Темпы этого роста различны — в некоторых странах (например, в Российской Федерации) население даже уменьшается. Кроме того, резко меняется возрастная структура населения. В некоторых странах (например, во многих странах Запада) население стареет, а для многих развивающихся стран характерно сравнительно молодое население. Эти демографические изменения влияют, во многих случаях непредвиденным образом, на заболеваемость и, соответственно, на меры по борьбе с болезнями. Например, скученность

населения легко может привести к вспышкам инфекционных заболеваний; в то же время сокращение населения (особенно при одновременном его старении) может замедлить экономический рост или сократить налоговую базу, привести к росту пенсионных выплат, возрастанию нагрузки на здравоохранение, сокращению числа рабочих рук, занятых в сфере оказания медицинской помощи, с серьезными последствиями для развития здравоохранения.

Движение населения

Свыше 150 млн человек в мире (каждый сороковой житель планеты) живут не в той стране, где родились. Каждый день международные границы пересекают примерно 2 млн человек. Люди путешествуют по многим причинам — с целью переселения, в поисках политического или экономического убежища, в целях торговли, образования, поиска работы, туризма. Рост потоков населения и увеличение скорости, с которой теперь можно передвигаться по земному шару, означают, что опасность распространения инфекционного агента по всему миру за считанные дни вполне реальна. Эпидемия атипичной пневмонии, которая за несколько дней охватила страны, отделенные друг от друга тысячами километров, наглядно это продемонстрировала.

Поведение человека

На заболеваемость некоторыми инфекционными заболеваниями влияет поведение человека, в том числе половое поведение и употребление инъекционных наркотиков. Однако на распространенность инфекционных заболеваний влияют и другие, менее очевидные изменения в поведении. Например, несоблюдение правил лечения медицинскими работниками, больными, фармацевтическими компаниями и медицинскими учреждениями может привести к развитию лекарственной устойчивости у возбудителей. Развал системы здравоохранения в бывшем СССР и несоблюдение международных норм лечения туберкулеза привели к широкому распространению полирезистентного туберкулеза (Atun et al. 2005; Coker, Atun and McKee 2004).

Изменения в системах здравоохранения и в общественном здравоохранении

В 1980-х гг. многие надеялись, что искоренение натуральной оспы станет началом искоренения других инфекционных заболеваний, возвещая таким образом зарю новой эры в общественном здравоохранении. Всемирная кампания по борьбе с оспой показала, чего можно достичь, сочетая применение безопасной, эффективной и доступной вакцины с комплексной профилактической программой, охватившей, пусть и ненадолго, самые отдаленные уголки земного шара и направленной на заболевание с достаточно благоприятной динамикой передачи от человека к человеку. Важно отметить, что искоренение заболевания (отсутствие случаев заболевания и нулевой риск заражения) требует усилий общественного здравоохранения лишь в то время, пока длится кампания. Устранение же заболевания (случаев заболевания нет, но риск заражения сохраняется) или постоянная борьба с ним требуют большего — постоянной бдительности служб общественного здравоохранения, долговременного внимания и усилий политиков.

Попытки искоренить или устранить многие инфекционные заболевания, начиная с 1980-х гг., дали неоднозначные результаты. Например, устранение проказы можно считать относительно успешным. В 1991 г. мировое сообщество постановило устранить проказу к 2000 г. В 1985 г. в мире насчитывалось примерно 10 млн случаев проказы, а десять лет спустя — лишь 1 млн. С другой стороны, кампания по повышению охвата вакцинацией против полиомиелита проходила очень неровно. Она началась в 1988 г., и во многих регионах мира охват вакцинацией существенно вырос, однако (до некоторой степени это отражает ошибочные взгляды отдельных религиозных лидеров) есть страны, где достаточно высокого показателя достичь не удалось. Системы общественного здравоохранения подвержены моде, капризам политики и экономическим циклам. Эпидемия туберкулеза в Нью-Йорке в 1990-х гг. уходит корнями в финансовый кризис 1970-х гг., когда сократились все виды финансирования — городское, на уровне штата и федеральное (Coker 2000). Сходным образом, учреждения общественного здравоохранения в странах бывшего СССР, которые опираются на традицию советского времени, пытаются справиться с уже, казалось бы, исчезнувшими инфекционными заболеваниями (такими, как туберкулез) и новыми болезнями (такими, как ВИЧ/СПИД) (Coker, Atun and McKee 2004). В переходный период многие страны бывшего СССР, система здравоохранения которых строилась на принципах Семашко, чересчур поспешно перешли к медицинскому страхованию и приватизации (несмотря на данные о возможной опасности таких изменений), полагая, что это устранит все недостатки системы здравоохранения, — лишь для того, чтобы осознать: без структурных изменений в оказании медицинской помощи, без улучшения качества и укрепления общественного здравоохранения мало что достижимо. Многим из этих стран, успехи которых в вопросах общественного здравоохранения не слишком велики, структурные реформы, необходимые для повышения оперативности и успешной борьбы с инфекционными заболеваниями, еще предстоят.

Перемены в окружении: новый, изменчивый мир

Экономический рост, глобализация, бедность и неравенство

С середины 1970-х гг. в мире наблюдается устойчивый экономический рост — мир становится богаче. Однако не все в равной степени выиграли от этого. Экономические различия — как между странами, так и внутри отдельных стран — усилились.

Примерно четверть населения Земли, в основном жители Азии и Западной, Экваториальной и Южной Африки все еще живет в крайней бедности (доход менее 1 доллара в день). Кроме того, растет обнищание населения многих стран с переходной экономикой (например, стран бывшего СССР), где с начала 1980-х гг. наблюдается резкое углубление экономического неравенства. В Российской Федерации средний доход наиболее богатых 10% населения в 13,8 раза превышает доход наиболее бедных 10%, а в советское время эти показатели различались всего в 3,5 раза. Смертность от инфекционных и паразитарных заболеваний в первой половине

1990-х гг. почти удвоилась. Сейчас она в основном стабилизировалась, но тем не менее остается куда более высокой, чем в Западной Европе.

Политика, войны, терроризм и вооруженные конфликты

Пока мировое сообщество борется с болезнями, которые с давних времен являются бичом человечества, возникают новые угрозы: заболевания, ранее не известные или исчезнувшие было, но вернувшиеся вновь. Все это происходит в неустойчивом мире, где меняются политические доктрины и отношения между нациями и международными организациями, люди и товары пересекают границы во все больших масштабах и в более разнообразных направлениях, а непредвиденные события двигают политику в новых направлениях.

Войны и конфликты создают для микроорганизмов благоприятное окружение. Перемещения больших масс людей, антисанитарные условия жизни, недоедание, развал общественной инфраструктуры способствуют появлению и распространению болезней. Кроме того, вооруженные конфликты влияют на политические цели и на приоритеты в финансировании. В ходе «войны с терроризмом» международное сообщество, особенно США, вложило значительные политические и финансовые средства в борьбу с биотерроризмом, что имело важные последствия и для борьбы с инфекционными заболеваниями (Beaglehole 2003; Coker 2000; Levy and Sidel 2003). Столкнувшись через несколько дней после террористического акта 11 сентября 2001 г. (угон террористами Аль-Каиды четырех самолетов) со вспышками сибирской язвы, за которыми почти наверняка стоял кто-то, имеющий доступ к военным объектам США, правительство отреагировало беспрецедентным образом, бросив огромные ресурсы на борьбу с предполагаемой угрозой химической и биологической атаки. Таким образом, борьба с инфекционными заболеваниями из сферы общественного здравоохранения перешла в сферу национальной безопасности.

Такое сближение здоровья и безопасности обусловлено несколькими взаимосвязанными стратегическими соображениями. Во-первых, получил политическое признание тот факт, что в эпоху все более тесных связей между странами заболевания легче передаются из одного региона мира в другой. Во-вторых, заболевания могут угрожать развитию экономики. В-третьих, заболевания, нарушая социальную, политическую и экономическую структуру общества и непропорционально тяжелым грузом ложась на деятельность государства и вооруженных сил, могут привести к дестабилизации обстановки внутри отдельных государств и создать угрозу международной безопасности (Coker and Ingram 2006).

Таким образом, инфекционные заболевания начинают влиять на политику. Об этом свидетельствует согласование между собой трех традиционных моделей национальных интересов: узкий национальный интерес; информированный национальный интерес и международное взаимодействие (Kassalow 2001). Однако теоретическое согласование не поддерживается соответствующими рычагами управления, что следует из принятия новых международных медико-санитарных правил. Как отмечают Brower и Chalk, «ориентированные на государство модели безопасности неэффективны в случае таких проблем, как распространение заболеваний, возникших внутри страны, но имеющих последствия, которые ощущаются во

всем регионе или даже во всем мире. Безопасность человечества — одна из задач, перед которыми стоит общество в XXI столетии» (Brower and Chalk 2003).

Новые технологии

Новые технологии могут как положительно, так и отрицательно влиять на борьбу с инфекционными заболеваниями — укрепить экономику и улучшить методы диагностики и лечения или, наоборот, привести к нежелательным последствиям. Эпидемия губчатой энцефалопатии крупного рогатого скота, почти наверняка вызвавшая появление нового варианта болезни Крейтцфельда—Якоба у человека, к 2001 г. охватила более 179 000 коров в Соединенном Королевстве. Ее причиной считают технологические изменения в пищевой цепи животных и человека, которые берут начало в 1980-х гг.

В Восточной Европе и Латинской Америке существенной проблемой служит доступ к лекарственным средствам. Хотя во всем мире в исследования и разработку новых лекарственных препаратов вкладывается все больше средств, число новых препаратов уменьшается. Очень плохо финансируются поиск и разработка препаратов против заболеваний, которые распространены главным образом в бедных странах и которым уделяется мало внимания. Недавно Всемирная ассамблея здравоохранения отметила: «...из 1 400 новых препаратов, разработанных между 1975 и 1999 гг., только 13 предназначены для лечения тропических болезней и только 3 — для лечения туберкулеза» (Карр 2003). Ассамблея рекомендовала создать открытую для всех заинтересованных стран межправительственную рабочую группу для разработки глобальной стратегии и среднесрочной программы, направленных, среди прочего, на «обеспечение глубокой и прочной основы насущных фундаментальных исследований и разработок, посвященных заболеваниям, которые встречаются главным образом в развивающихся странах, путем установления четких целей и приоритетов и оценки финансовых потребностей»¹.

Высокие цены на новые лекарственные средства затрудняют доступ к ним. Непрозрачность ценообразования в фармацевтическом секторе и необъяснимый разброс в ценах между странами затрудняют ответ на вопрос, достигается ли приемлемое соотношение цена—качество при обеспечении лекарственными средствами. Стоимость рекомендованной в настоящее время ВОЗ АРТ первого ряда для лечения ВИЧ-инфекции (тенофовир/ламивудин или эмтрицитабин/эфавиренз или невирапин) составляет от 321 до 708 долларов США в месяц — эту сумму просто не в состоянии заплатить жители большинства восточноевропейских или латиноамериканских стран.

Помимо высоких цен доступ к лекарственным средствам затрудняют слабость систем здравоохранения и плохо развитая информационная база. Многие страны бывшего СССР не в состоянии бесперебойно поставлять и четко распределять полученные лекарственные средства.

¹ Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA59.24. Общественное здравоохранение, инновации, фундаментальные исследования в области здравоохранения и права интеллектуальной собственности: разработка глобальной стратегии и плана действий (59-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения).

Изменения климата

Можно ожидать, что глобальное потепление приведет к глубоким изменениям, которые скажутся на инфекционных заболеваниях. Низинные области утратят свое сельскохозяйственное значение и запасы питьевой воды вследствие затопления морем и проникновения соленой воды, но в других регионах производительность сельского хозяйства может вырасти. Вероятны перемещения больших масс населения, поскольку люди стремятся к экономической стабильности. Сейчас около 500 млн человек живут на высоте близ уровня моря. Изменения в температуре окружающей среды и в распределении водных ресурсов приведут к изменениям в распределении возбудителей инфекций.

Сложные проблемы: выявление взаимосвязей

Такие примеры, как вспышки дифтерии и случаи птичьего гриппа у человека в недавние годы, служат иллюстрацией некоторых взаимосвязанных проблем, стоящих перед здравоохранением, и сложных причинно-следственных связей (вставки 1.3 и 1.4).

Вставка 1.3. Эпидемия дифтерии в бывшем Советском Союзе: возможные причины

Paul Farmer призывает к более глубокому исследованию причинно-следственных связей, спрашивая: «Почему, например, в России с 1990 по 1993 г. было зарегистрировано 10 000 случаев дифтерии? Проще всего заявить, что эти случаи — следствие отсутствия вакцинации. Однако к весомым выводам можно прийти, лишь связав эту отдаленную (и, в общем, техническую) причину с гораздо более сложными социально-экономическими процессами, изменившими структуру заболеваемости и смертности в регионе. Стандартная эпидемиология, сосредоточенная только на индивидуальном риске и не обладающая критическим подходом, не вскроет этих глубоких социально-экономических изменений и не свяжет их с появлением заболеваний» (Farmer 1999).

Размышляя о причинах эпидемии дифтерии в странах бывшего СССР, Farmer затрагивает ряд различных вопросов. В СССР на протяжении двух с лишним десятилетий после введения в 1958 г. всеобщей детской иммунизации заболеваемость дифтерией была низкой. До 1980 г. иммунизировали главным образом детей. Однако в ответ на появление случаев заболевания у взрослых с середины 1980-х гг. в практику иммунизации были внесены изменения. Детям стали вводить более низкие дозы вакцины с меньшим содержанием антигена. Кроме того, медики выявляли все больше противопоказаний к вакцинации, что привело к сокращению охвата ею. И наконец, вера населения в программы иммунизации снизилась как из-за утраты доверия власти, так и вследствие того, что со снижением заболеваемости дифтерией население начало забывать об ее эпидемиях в прошлом (Vitek and Wharton 1998).

Одним из последствий стало следующее: некоторые люди, родившиеся до 1958 г., не имели иммунитета к дифтерии, поскольку не были вакцинированы в детстве, и были более уязвимы к инфекции, поскольку коллективный иммунитет в результате изменений в структуре и практике иммунизации тоже снизился.

Вставка 1.3 (окончание). Эпидемия дифтерии в бывшем Советском Союзе: возможные причины

В 1990-х гг. в СССР началась новая эпидемия дифтерии, при этом чаще всего болели подростки и люди в возрасте 40–49 лет; эпидемия достигла пика в 1994–1995 гг.

Таким образом, причиной эпидемии дифтерии в бывшем СССР можно считать недостатки в политике вакцинации. Но, как отмечает Farmer, более отдаленные и сложные причины, по всей видимости, тоже сыграли важную роль. Изменения в обществе — лишь одна из них. Другие причины, скорее всего, включают урбанизацию и перенаселенность, усиленную миграцию населения после распада СССР (эпидемия быстро распространилась по государствам СНГ и по территории Российской Федерации), развал системы здравоохранения в сочетании с усиленной миграцией населения в зонах вооруженных конфликтов (в Грузии, Армении, Азербайджане, Таджикистане). Свою роль могли сыграть также сильная милитаризация населения (до 1990 г. призывники не подвергались обязательной вакцинации), а также высокая приспособляемость возбудителя дифтерии.

Отстаивая эту точку зрения, Farmer предполагает, что необходимо более глубокое изучение ряда областей — в том числе сил, определяющих социальное неравенство, международных факторов и «разнообразных по масштабу факторов, которые способствуют распространению инфекционных заболеваний или замедляют его» (Farmer 1999). Farmer предлагает также критически подойти к вопросам о том, почему одни эпидемии привлекают внимание, а другие — нет, основаны ли мотивации на узкой личной заинтересованности или же на зарождающемся ощущении глобальной солидарности. При этом он затрагивает вопросы власти и регулирования.

Вставка 1.4. Птичий грипп в Азии: возможные причины

Птичий грипп сейчас широко распространен во многих районах Восточной Азии. Вполне возможен переход от ситуации, когда человек заражается от птиц, к ситуации, когда инфекция передается от человека к человеку, вследствие изменений в геноме вируса. В декабре 2003 г. вспышки птичьего гриппа (штамм H5N1) среди домашней птицы произошли в семи странах Восточной и Юго-Восточной Азии (Камбоджа, Китай, Индонезия, Южная Корея, Лаосская Народно-Демократическая Республика, Таиланд, Вьетнам). Новая вспышка, в Малайзии, отмечена в июле 2005 г. Вспышки в Индонезии, Таиланде, Китае и во Вьетнаме приобрели широкий размах. Несмотря на энергичные меры по сдерживанию инфекции, включая забой с сентября 2005 г. более 140 млн птиц, вспышки птичьего гриппа в регионе продолжались. Первые случаи заражения человека штаммом H5N1 отмечены во Вьетнаме в конце 2003 г. К маю 2006 г. ВОЗ зафиксировала 207 случаев птичьего гриппа, из которых 115 окончились смертью. В Восточной Азии отмечено 172 случая (и 99 смертей).

Влияние птичьего гриппа на экономику региона сказалось в основном на тех, кто живет земледелием и птицеводством, в том числе на многих бедняках. Смерть 140 млн птиц от забоя и болезни привела к потерям для птицеводства, превысившим 10 млрд долларов США; в некоторых странах поголовье домашней птицы сократилось на 20%. Как и в случае с атипичной пневмонией, есть вероятность, что страх заразиться птичьим гриппом может повлиять на туристический бизнес.

Вставка 1.4 (окончание). Птичий грипп в Азии: возможные причины

Kennedy Shortridge указывает, что особое место как возможный источник пандемии гриппа занимает Китай, поскольку этот регион является постоянным резервуаром вирусов птичьего гриппа. Это результат одомашнивания уток, послуживших источником вируса, в юго-восточной части страны 4500 лет назад и последующего более широкого разведения уток (как дополнения к рисоводству) во времена династии Цин, правившей с 1644 г. Плотность сельского населения и стремление людей к тому, чтобы пища была возможно более свежей, обеспечивало постоянную основу для заражения людей (а также свиней) вирусами птичьего гриппа. Поэтому Shortridge утверждает, что «генетический резервуар» гриппа на юге Китая уже существует и, скорее всего, не связан с перелетными птицами. Таким образом, юг Китая, в отличие от остальных регионов мира, представляет практически уникальную проблему для общественного здравоохранения в отношении зоонозов (Shortridge 1992; Shortridge 2003). С этой точки зрения причины следующей пандемии гриппа у человека многочисленны и включают в себя одомашнивание в древности птицы и характер существующего генофонда; высокую и продолжающую расти плотность населения, связанную с экономическим ростом и урбанизацией в Китае; растущую близость друг к другу домашней птицы и человека (а также свиней), а значит, и растущий риск заражения; национальные и международные экономические факторы, связанные со спросом на дешевые продукты питания и ведущие к развитию птицеводства в регионе.

Системы здравоохранения и борьба с инфекционными заболеваниями

В этой книге 15 глав. За данной, вступительной, идут две главы, посвященные обстановке в странах с переходной экономикой. В главе 2 описаны характерные для них социальные и демографические изменения, начиная с 1990-х гг., и последствия этих изменений для общественного здравоохранения. В главе 3 рассматриваются задачи государства в сфере общественного здравоохранения и функции, необходимые в борьбе с инфекционными заболеваниями; особое внимание уделяется проблемам, возникающим, когда ресурсы государства и политическая заинтересованность невелики.

В главе 4 рассматривается история инфекционных заболеваний с древности до наших дней; в главах 5 и 6 описывается современная эпидемиологическая ситуация в Восточной Европе и Латинской Америке соответственно.

В главе 7 изложены современные представления о борьбе систем здравоохранения с инфекционными заболеваниями. Это сложный вопрос, поскольку факторы, определяющие успех, и механизмы, при помощи которых он достигается, многочисленны и разнообразны. Программы по борьбе с инфекционными заболеваниями существуют в сложном многомерном окружении. Эта сложность в прошлом мешала их системной, многосторонней оценке, поскольку современный подход к оценке обычно строго вертикален и сосредоточен главным образом на элементах программы, касающихся самого заболевания, а более широкие аспекты системы здравоохранения часто

игнорируются (Atun et al. 2004). С другой стороны, методы оценки систем здравоохранения часто сосредоточены на отдельных аспектах, например финансировании, и слишком стандартны, чтобы давать полезную информацию по конкретным заболеваниям. В этой главе критикуются современные методы оценки и предлагаются новые пути.

Глава 8 посвящена международным организациям и средствам, которыми они располагают для поддержки мировых и европейских программ борьбы с инфекционными заболеваниями, а также глубоким структурным изменениям последних лет, которые вызваны появлением атипичной пневмонии. Следующие пять глав посвящены задачам, которые стоят перед здравоохранением стран с переходной экономикой ВИЧ-инфекция и туберкулез, урокам, которые можно извлечь из истории этих стран, начиная с середины 1990-х гг., и роли международных организаций и обстановки, в которой они действуют, в борьбе с указанными заболеваниями. Авторы с различных точек зрения показывают, что для эффективной борьбы нужно уделять внимание основным функциям здравоохранения (руководство и управление, финансирование и распределение ресурсов, организация и оказание помощи, укрепление надзора, наблюдения и оценки), оказывая в то же время медицинские услуги с опорой на твердую доказательную базу. Особенное внимание уделено двум странам, Российской Федерации и Бразилии, на примере которых показаны задачи и проблемы, характерные сегодня для стран с переходной экономикой.

В предпоследней главе подробно рассматривается крайне важный вопрос о финансировании программ борьбы с инфекционными заболеваниями и анализируются данные по ряду стран с переходной экономикой с целью выработки стратегии эффективных и устойчивых реформ.

В последней главе Coker, Mensua, Atun и McKee рассматривают парадокс, изложенный одним из американских политиков, который недавно заметил: «...есть известное “известное”: вещи, про которые мы знаем, что мы знаем их. Мы знаем также, что есть известное “неизвестное”. Иными словами, знаем, что есть какие-то вещи, которых мы не знаем. Но есть также неизвестное “неизвестное” — то, о чем мы не знаем, что мы этого не знаем» (Rumsfeld 2002). В этой главе составители книги подытоживают известное, постулируют неизвестное и формулируют то, что должно быть известно.

Литература

- Atun, R. A., Lennox-Chhugani, N., Drobniewski, F., Samyshkin, Y. and Coker, R. (2004). A framework and toolkit for capturing the communicable disease programmes within health systems: Tuberculosis control as an illustrative example, *European Journal of Public Health*, 14: 267–273.
- Atun, R. A., Baeza, J., Drobniewski, F., Levicheva, V. and Coker, R. (2005). Implementing WHO DOTS strategy in the Russian Federation: stakeholder attitudes, *Health Policy*, 74 (2): 122–132.
- Beaglehole, R. (2003). *Global public health: a new era*. Oxford: Oxford University Press.
- Brenner, B. G. and Turner, D. (2002). HIV-1 drug resistance: can we overcome? *Expert Opinion on Biological Therapy*, 2(7): 751–761.
- Brower, J. and Chalk, P. (2003). *The global threat of new and re-emerging infectious diseases: reconciling U.S. national security and public health policy*. Santa Monica, Calif.: Rand.

Brundtland, G. H. (2000). *Reith Lecture*. http://news/bbc.co.uk/hi/english/static/events/reith_2000/lecture4.stm. London: British Broadcasting Corporation.

Coker, R. (2000). *From chaos to coercion: detention and the control of tuberculosis*. New York: St. Martin's Press.

Coker, R. J., Atun, R. and McKee, M. (2004). Health care system frailties and public health control of communicable diseases on the European Union's new eastern border, *Lancet*, 363: 1389–1392.

Coker, R. J. and Ingram, A. (2006). Passports and pestilence: migration, security and border control, in A. Bashford (eds) *Medicine at the border: disease, globalization and security, 1850 to the present*. New York: Palgrave Macmillan.

Diamond, J. M. (1997). *Guns, germs and steel: the fates of human societies*. London: Jonathan Cape.

Doualla-Bell, F. and Turner, D. (2004). HIV drug resistance and optimization of antiviral treatment in resource-poor countries, *Medical Science (Paris)*, 20(10): 882–886.

Farmer, P. (1999). *Infections and inequalities, the modern plagues*. Berkeley: University of California Press.

Kapp, C. (2003). WHO acts on health regulations and intellectual property. *The Lancet Infectious Diseases*, 3(7): 392.

Kassalow, J. S. (2001). *Why health is important to US foreign policy*. New York: Milbank Memorial Fund.

Kraut, A. M. (1994). *Silent travellers: germs, genes, and the "immigrant menace"*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Levy, B. S. and Sidel, V. W. (2003). *Terrorism and public health: a balanced approach to strengthening systems and protecting people*. Oxford: Oxford University Press.

McNeal, W. H. (1976). *Plagues and peoples*. Middlesex: Penguin.

Meltzer, M. I. and Cox, N. J. (1999). The economic impact of pandemic influenza in the United States: priorities for intervention, *Emerging Infectious Diseases*, 5(5): 659–671.

Monaghan, S. (2002). *The state of communicable disease law*. London: The Nuffield Trust.

Risse, G. B. (1988). Epidemics and history: ecological perspectives and social responses, in E. Fee and D. M. Fox (eds). *AIDS: the burdens of history*. Berkeley: University of California.

Rumsfeld, D. (2002). *Department of Defence Press Briefing, 12 Feb*. Washington DC: Department of Defence.

Shortridge, K. F. (1992). Pandemic influenza: a zoonosis? *Seminars in Respiratory Infections*, 7: 11–25.

Shortridge, K. F. (2003). Severe acute respiratory syndrome and influenza: virus incursions from southern China, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 168: 1416–1420.

Taylor, R. and Rieger, A. (1985). Medicine as social science: Rudolf Virchow on the typhus epidemic in upper Silesia, *International Journal of Health Services*, 15: 547–559.

Vitek, C. R. and Wharton, M. (1998). Diphtheria in the former Soviet Union: re-emergence of a pandemic disease, *Emerging Infectious Diseases*, 4: 539–50.

Watts, S. J. (1997). *Epidemics and history: disease, power and imperialism*. New Haven: Yale University Press.

WHO (1978). Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. "Health for All" Series, No 1. Geneva: World Health Organization. (на русском языке: Первичная медико-санитарная помощь: отчет о международной конференции по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, СССР, 6–12 сентября 1978 г.— Женева, Всемирная организация здравоохранения, серия «Здоровье для всех», №1, 1978 г.).

WHO (2004). *World Health Report 2004 – changing history*. Geneva: World Health Organization. (на русском языке: Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2004: Изменить ход истории. – Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 г.).

Меняющийся облик стран переходного периода

Martin McKee, Jane Falkingham

Введение

В извечной борьбе человечества с микроорганизмами последние неизменно обращают в свою пользу малейшее преимущество, возникающее в результате перемен (Diamond 1997). В данной книге исследуется двусторонняя связь между этими противоборствующими сторонами. Внимание авторов сосредоточено на двух регионах мира, где стремительные темпы социальных, политических и экономических преобразований открыли для микроорганизмов массу возможностей, а человеческой изобретательности хватает в лучшем случае на то, чтобы подготовиться к ответным действиям.

Первый регион охватывает страны Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР. После 1989 г. эти страны испытали громадные потрясения: коммунистические режимы посыпались как костяшки домино. Последствия были самые разнообразные. Во многих случаях авторитарный коммунистический режим уступил место демократии. Кульминацией стало вступление в 2004 г. восьми центрально- и восточноевропейских стран (включая три бывшие советские республики) в Европейский Союз (ЕС); в 2007 г. к ним присоединились еще две страны (McKee, MacLehose and Nolte 2004). Однако кое-где произошла просто смена одного авторитарного режима другим: названия изменились, но политические лидеры и системы остались практически прежними. Во многих странах переход к демократии произошел мирным путем — примером может служить «бархатная революция» в Чехословакии. В других случаях, например в бывшей Югославии и на Кавказе, он сопровождался всплеском насилия в таких масштабах, которых Европа не видела со времен Второй мировой войны (Rechel and McKee 2004).

Политические перемены быстро повлекли за собой перемены экономические и социальные. Вследствие преобразований многие страны столкнулись с тяжелой экономической депрессией, поскольку их производственный сектор был не способен конкурировать на мировых рынках, а прежние торговые связи оказались разрушенными. (Rosefelde 2005). В период с середины до конца 1990-х гг. депрессия уступила место быстрому

экономическому росту, хотя кое-где, особенно на территории бывшего СССР, этот рост был обусловлен преимущественно увеличением доходов от добывающих отраслей промышленности (нефть, газ) и практически не отражался на материальном положении рядовых граждан. В результате во многих странах региона значительно усилилось неравенство в распределении доходов. Открытие прежде закрытых границ сделало возможным массовое перемещение людей и товаров: например, в Соединенном Королевстве и в Ирландии растет число работников из восточноевропейских стран, а в магазинах Восточной Европы сильно расширился ассортимент товаров.

Второй регион – Латинская Америка и страны Карибского бассейна. Этот регион крайне разнороден, и преобразования здесь не были связаны с каким-то одним событием вроде краха коммунистического режима. Тем не менее в последние десятилетия в этом регионе тоже происходили стремительные перемены. На протяжении XX века многие латиноамериканские страны находились под властью тоталитарных режимов, зачастую установленных военными (Williamson 1992); эти режимы поддерживались экономически мощными державами, которые руководствовались собственными геостратегическими и экономическими интересами. США никогда не прибегали к такому жесткому давлению, какое СССР, в соответствии с доктриной Брежнев, оказывал на страны советского блока. Тем не менее в доктрине Монро было недвусмысленно заявлено об особой ответственности США за оба американских континента (Smith 1994). Спустя пять лет после вторжения СССР в Чехословакию и подавления «Пражской весны», при вмешательстве США был свергнут избранный демократическим путем президент Чили Сальвадор Альенде. Однако в 1980-х и 1990-х гг. военные режимы постепенно сменились гражданскими правительствами, пришедшими к власти в результате выборов. В начале XXI века в ряде стран, включая Венесуэлу, Боливию, Бразилию и Чили, были избраны президенты, которые в соответствии с выдвинутой ими программой реформ стали проводить политику, радикально отличающуюся от прежней (Gott 2005).

В экономическом отношении судьбы стран континента складывались по-разному. Как и бывшие советские республики, многие страны этого региона в большой степени зависят от доходов добывающей промышленности (нефть, железная руда, медь). Экономика континента сильно пострадала в конце 1970-х гг. из-за Ближневосточного конфликта 1973 г. и последовавшего за ним нефтяного кризиса. В результате ряд стран отказался от своих долговых обязательств (Kaufman 1988). Наступившую затем экономическую депрессию 1980-х гг. назвали «потерянным десятилетием» – в этот период положительный экономический рост зафиксирован только в Колумбии и Чили. Последующее восстановление экономики в некоторых странах затормозилось в 1990-х гг. из-за серии экономических кризисов (в Мексике в 1994 г., в Аргентине в 1998 г.).

Страны Карибского бассейна, будучи территориально обособленными от Латинской Америки, имеют со своими соседями много общего, поэтому тоже рассматриваются в этой книге. В последние десятилетия здесь также происходили серьезные перемены. Многие страны в 1970-е гг. освободились от колониальной зависимости (Hart 1998). На их экономике благотворно сказался рост массового туризма, однако ориентация аграрного сектора на выращивание всего нескольких видов сельскохозяйственных культур, особенно бананов, сыграла негативную роль – в этой области странам Карибского

бассейна оказалось трудно конкурировать с континентальной Центральной Америкой, где используется дешевая рабочая сила (Godfrey 1998). В одних странах экономическая ситуация в целом относительно благополучная, о других же, например о Гаити, этого сказать нельзя.

Таким образом, эти два географически обособленных и внешне очень разных региона, пройдя через периоды политической нестабильности и быстрых экономических преобразований, имеют во многом сходный опыт. Для многих стран характерно резкое неравенство в распределении доходов, особенно для Латинской Америки, где такое неравенство существует давно, еще с колониальных времен. Иначе обстояло дело в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, где в послевоенный период доходы долгое время распределялись более равномерно, но сейчас во многих странах разница в доходах быстро углубляется. В обоих регионах ухудшается экология, примеры тому – исчезновение Аральского моря в Центральной Азии (Zavialov 2005) и больших массивов дождевых лесов Амазонки (Faminow 1998). В ряде стран наблюдаются также признаки разрушения социального капитала, от которого, как показывают все новые данные, зависит здоровье населения. Об этом говорит тот факт, что именно в указанных двух регионах находится первая десятка стран с самым высоким в мире уровнем убийств (WHO 2002).

Конечно, перемены происходят во всем мире: технический прогресс, экономический рост, глобальный обмен информацией, облегчение поездок за рубеж и многие другие факторы изменяют образ жизни людей. Не остались в стороне и два рассматриваемых региона, однако здесь на общие тенденции наложились специфические для этих регионов политические и экономические преобразования.

Было бы удивительно, если бы микроорганизмы не воспользовались возможностями, которые предоставляются им в связи с изменением условий. Такие возможности неизбежно будут использованы. Например, в выброшенных на свалку автомобильных шинах, ставших символом индивидуальной мобильности и одноразовых предметов, скапливается вода, создавая благоприятную среду для размножения комаров, которые переносят возбудителя лихорадки денге далеко за пределы прежнего обитания (Shaw 2002). Появление более быстрых средств передвижения, как это случалось на протяжении всей истории человечества, способствовало распространению многих инфекционных заболеваний. Самый наглядный пример – быстрый рост заболеваемости ВИЧ/СПИДом в бывших советских республиках, странах Карибского бассейна и некоторых районах Латинской Америки.

Конечно, люди принимают ответные меры, и об этом пойдет речь в следующих главах. Вакцинация позволяет успешно справляться со многими детскими инфекционными заболеваниями, а полиомиелит в обоих регионах ликвидирован полностью. И все же борьба с болезнями остается заложницей меняющихся условий, пример тому – история борьбы с малярией в обоих регионах, в которой были не только победы, но и поражения. Случается, однако, что принимаемые меры приводят к новым осложнениям. Так, широкое применение антибиотиков, которые некогда считались панацеей от многих распространенных бактериальных инфекций, повлекло за собой развитие устойчивости к этим препаратам.

Устойчивости к антибиотикам в этой книге уделено большое внимание. Это явление неразрывно связано с возникновением систем здравоохранения

и в значительной мере служит показателем эффективности их работы. В хорошо отлаженной и тщательно регулируемой системе здравоохранения, которая обеспечивает точную диагностику, правильное лечение, бесперебойное снабжение лекарственными средствами и тщательное последующее наблюдение, высокий уровень устойчивости к антибиотикам маловероятен. И наоборот, там, где лечение плохо скоординировано и ведется беспорядочно, риск устойчивости велик. Не случайно уровень распространенности полирезистентного туберкулеза в обоих регионах — один из самых высоких в мире.

В остальной части книги подробно рассматривается изменчивый характер инфекционных заболеваний в этих регионах. Чтобы дать представление об условиях, в которых происходят перемены, сначала мы кратко рассмотрим существующие в регионах экономические тенденции. Для удобства страны Европы и Центральной Азии разбиты на четыре группы: страны, вступившие в ЕС в 2004 и 2007 гг.; страны Юго-Восточной Европы, пока не входящие в ЕС; Российская Федерация и ее славянские соседи; страны Кавказа и Центральной Азии. Латиноамериканский регион разбит на три группы: страны Карибского бассейна, страны Южной Америки и страны Центральной Америки. Ввиду огромного разнообразия, характеризующего оба региона, такое деление неизбежно носит условный характер, и многие страны не совсем вписываются в указанные рамки. Тем не менее мы надеемся, что приводимая информация окажется полезной для осмысления происходящих в регионах преобразований.

Очевидно, что в рамках данной книги невозможно дать подробную характеристику всех стран и исчерпывающую оценку ситуации в них. Поэтому мы ограничились небольшим набором ключевых показателей по отдельным странам, отражающих различия внутри каждой группы. Большинство показателей взяты из доклада Всемирного банка «Показатели мирового развития» за 2006 г. (World Bank 2006). Два из них характеризуют уровень экономического развития: подушевой валовой национальный продукт (ВНП) в долларах США в ценах 2000 г., отражающий современную ситуацию, и годовой рост валового внутреннего продукта (ВВП) в процентах, отражающий динамику развития. Эти показатели дают представление об имеющихся ресурсах для борьбы с инфекционными заболеваниями. Вторая группа показателей отражает масштабы бедности и неравенства: в данном случае это доля населения, живущая менее чем на 2 доллара США в день, и индекс Джини, показывающий распределение доходов (0 — абсолютное равенство, а 100 — абсолютное неравенство). Последние два показателя дают представление о распределении ресурсов среди населения. Третья группа показателей отражает нынешний и будущий человеческий капитал страны: прогнозируемый рост населения в 2004–2020 гг. (с учетом рождаемости, смертности и миграции) и доля детей соответствующего возраста, зачисляемых в среднюю школу. Эта доля говорит об уровне жизни и, таким образом, дает представление об уязвимости населения к инфекционным заболеваниям.

Наконец, два последних показателя — доля руководителей высокого ранга, считающих коррупцию главным или очень серьезным препятствием, и легкость ведения бизнеса — взяты из проведенных Всемирным банком исследований инвестиционного климата (World Bank 2007a). Эти показатели характеризуют функционирование государственных институтов.

Так, представители ведомств, отвечающих за борьбу с инфекционными заболеваниями, легко могут воспользоваться терпимостью к коррупции, например, брать взятки с предприятий общественного питания за выдачу гигиенических сертификатов или за попустительство нарушениям правил. Что касается ведения бизнеса, то трудности с открытием малых предприятий говорят о сложных бюрократических процедурах, которые одновременно мешают и быстрой реакции органов здравоохранения на эпидемические вспышки.

Государства – новые члены Европейского Союза

Восемь бывших социалистических стран Восточной Европы вступили в ЕС в 2004 г., а еще две – Румыния и Болгария – в 2007 г. Сводные показатели по отдельным странам приведены в табл. 2.1.

Первые восемь стран можно разделить на три группы. Единственной из этих стран, на кого не распространялось советское влияние, была Словения. Ранее самая зажиточная республика Югославии, она уже имела прочные экономические связи с западными соседями. На момент вступления в ЕС ее подушевой ВНП примерно в два раза превышал средний показатель по остальным присоединившимся странам. Вторая группа включает Чешскую Республику, Словакию, Польшу и Венгрию. Эти страны входили в СЭВ, который регулировал торговлю между СССР и другими социалистическими странами. На момент обретения независимости все они имели слабую экономику и устаревшую инфраструктуру, однако в начале 1990-х гг., непосредственно после падения старой системы, быстро продвинулись в развитии экономики. В третью группу входят три страны Балтии. Оккупированные во время Второй мировой войны, они вновь обрели независимость с распадом СССР в 1991 г. Их экономика была гораздо теснее связана с экономикой СССР, поэтому разрушение торговых связей в начале 1990-х гг. сначала привело к резкому спаду производства, однако во второй половине 1990-х гг. начался быстрый экономический рост. В 2000–2004 гг. во всех трех странах годовой рост ВНП превысил 7%.

В Румынии и Болгарии, которые вступили в ЕС в 2007 г., в 1990-е гг. экономического роста почти не наблюдалось; оживление экономики отмечено лишь после 2000 г. В обеих странах сохранилась устаревшая инфраструктура, и они до сих пор гораздо беднее соседей, однако в последнее время темпы экономического роста относительно высокие.

Значительный разрыв в доходах, возникший непосредственно после падения старой системы, в целом сократился – в большинстве упомянутых стран индекс Джини сейчас сопоставим с западноевропейским (например, в Германии этот показатель равен 28,3) и во всех странах значительно ниже, чем в США (40,8). Сильнее всего неравенство выражено в Польше и трех странах Балтии – по индексу Джини они близки к Соединенному Королевству (36).

Уровень абсолютной бедности во всем регионе невысок. Исключение составляют Румыния, где восьмая часть населения живет менее чем на 2 доллара США в день, страны Балтии, где этот показатель равен 4–7%, и Словакия (менее 3%). Последними данными по Болгарии мы не располагаем, но в этом отношении она, по-видимому, сходна с Румынией. Однако за

Таблица 2.1. Экономические и социальные показатели восьми стран, вступивших в Европейский Союз с мая 2004 г.: сводные данные за отдельные годы

	Подушевой ВВП в 2006 г., доллары США в ценах 2000 г.	Годовой рост ВВП в 2006 г.	Индекс жизни в 2003 или 2002 ^а г.	Доля живущих менее чем на 2 доллара США (по ППС) в день в 2003 или 2002 ^а г., %	Коэффициент зачисления в среднюю школу в 2005 г.	Годовые темпы роста населения в 2006 г.	Индекс легкости ведения бизнеса (1 – правила, наиболее благоприятные для бизнеса) в 2006 г.	Доля руководителей компаний высокой ранга, считающих коррупцию главным препятствием, в 2005 г., %
Болгария	2256	7	29	н/д	88	-0,5	54	18
Чешская Республика	7040	6	н/д	н/д	н/д	-0,2	52	20
Эстония	6945	12	36	8	91	-0,4	17	4
Венгрия	6126	4	27 ^а	2 ^а	90	-0,3	66	10
Латвия	5683	13	38	5	н/д	-0,6	24	9
Польша	5521	6	35 ^а	2 ^а	93	-0,1	75	15
Румыния	2443	8	31	13	80	-0,4	49	28
Словения	12 047	5	н/д	н/д	94	-0,2	61	4

Источник: World Bank 2007^б.

Примечание: ВВП – валовой внутренний продукт; н/д – нет данных; ППС – паритет покупательной способности.

^а Данные за 2002 г.

низким национальным уровнем бедности могут скрываться существенные различия между группами населения; обсуждая вопрос о бедности и социальной изоляции в этом регионе, важно принимать во внимание крупное этническое меньшинство — цыган (Fonseca 1995). Изначально выходцы из северных районов Индии, они перебрались в Европу около 1000 лет назад. И хотя основная часть цыган сегодня сосредоточена в Румынии, Болгарии, Венгрии и Сербии, в небольшом числе они живут во всех европейских странах. В течение по крайней мере нескольких последних столетий цыгане подвергались сильной дискриминации, часто жили в крайне плохих условиях, им отказывали в трудоустройстве и социальной защите (European Roma Rights Centre 2006). Много цыган погибли в нацистских концентрационных лагерях. В эпоху коммунистического правления их положение слегка улучшилось, однако после падения старой системы в ряде стран вновь возникли антицыганские кампании. В некоторых странах законы о гражданстве и удостоверения личности использовались для дальнейшего отторжения цыган — им, например, отказывали в медицинском страховании (Ringold and Orenstein 2003). Однако существуют серьезные проекты по улучшению положения этого этнического меньшинства — так, права цыган стали одним из важнейших вопросов в переговорах о принятии ряда стран в ЕС (EC and DG for Employment and Social Affairs 2004). Кроме того, главы правительств стран региона обязались поддержать проект «Десятилетие интеграции цыган», в котором участвует также ряд международных и неправительственных организаций, в том числе Всемирный банк и Институт «Открытое общество» (Open Society Institute 2006).

Во всем регионе высок коэффициент охвата образованием, хотя в 1990-е гг. в некоторых странах отмечалось снижение посещаемости учебных заведений (UNICEF 2003). В регионе есть высококвалифицированная рабочая сила, что способствует высокому уровню эмиграции, особенно после вступления в ЕС. Доказательство тому — данные о предполагаемой динамике численности населения; помимо эмиграции такая картина обусловлена также резким снижением рождаемости. С конца 1990-х гг. рождаемость несколько увеличилась, но общий коэффициент рождаемости во всех странах продолжает оставаться ниже коэффициента воспроизводства населения. По-прежнему наблюдается значительное отставание от Западной Европы по ожидаемой продолжительности жизни. В этой области есть много проблем, требующих решения, в частности факторы риска, приводящие к неинфекционным заболеваниям. Тем не менее с точки зрения здоровья населения в целом ситуация в регионе относительно благополучная.

Меры по искоренению коррупции имели важное значение для вступления в ЕС. Во многих странах региона уровень коррупции сегодня невысок и сопоставим с таковым в Западной Европе. Однако в некоторых странах, в частности в Румынии и Болгарии, необходима дополнительная работа в этом направлении (EUMAP 2002); дальнейшая борьба с коррупцией остается одной из приоритетных задач для правительств этих стран и для всего ЕС.

Юго-Восточная Европа

К этому региону относятся Албания и страны, возникшие в результате распада Югославии. Исключение составляет Словения, вступившая в ЕС

в 2004 г. Сводка показателей по отдельным странам приведена в табл. 2.2. После Второй мировой войны Югославия, избежавшая, в отличие от своих северных соседей, оккупации советскими войсками, откололась от советского блока и играла важную роль в движении неприсоединения, основа которого была заложена на Бандунгской конференции 1955 г. По масштабам и характеру послевоенных репрессий и подавления оппозиции Югославия не отличалась от других стран советского блока, однако в 1960-х гг. она взяла курс на Запад, начав развивать массовый туризм и активно участвуя в мировой экономике.

Разительный контраст представляла собой ситуация в Албании. Отрезанная от остальной Европы высокими горами и малярийными болотами, она долго находилась в изоляции, а в послевоенный период изоляция еще более усилилась. Как и Югославия, Албания разорвала связи с СССР, идеологически ненадолго примкнув к маоистскому Китаю. В 1980-х гг. это была самая отсталая из европейских стран, располагавшая всего несколькими автомобилями, имевшая немеханизированное сельское хозяйство и почти полностью отрезанная от достижений мирового прогресса. Значительное количество и без того ограниченных денежных и людских ресурсов направлялось на сооружение десятков тысяч пулеметных бункеров, которые окружали даже самые маленькие поселения (Pearson 2006). В 1990 г. народные демонстрации привели к свержению коммунистического режима, после чего состоялись многопартийные выборы. Тысячи албанцев тут же воспользовались возможностью уехать из страны; иногда они толпами перебирались в соседнюю Италию на допотопных суденышках. Небольшой экономический прогресс начала 1990-х гг. сменился резким спадом в 1997 г., когда на страну обрушилась серия скандалов, связанных с финансовыми пирамидами, из-за которых многие потеряли свои сбережения. Начались беспорядки, люди громили полицейские участки и забирали оружие, распространение которого способствовало разгулу преступности (Jarvis 2000). Ситуация еще более обострилась, когда в Албанию хлынул поток беженцев из-за конфликта в соседнем Косово. В результате уровень абсолютной бедности стал очень высоким: почти восьмая часть населения живет менее чем на 2 доллара США в день. Однако с 2000 г. годовой экономический рост в среднем превысил 5%, и долгосрочные перспективы Албании выглядят обнадеживающе.

Распад Югославии происходил в несколько этапов. Первыми провозгласили независимость Хорватия и Словения. И если в Словении конфликт длился всего несколько дней, то в Хорватии он оказался гораздо серьезнее, вылившись в разорение Западной Славонии (которая до сих пор остается одной из беднейших областей страны) и в массовое перемещение населения, в том числе нескольких сотен тысяч сербов, перебравшихся из Крайны в другие районы бывшей Югославии. Все это, однако, было лишь прелюдией к войне в Боснии, во время которой город Сараево несколько лет находился в осаде; тогда же возникло явление, получившее название «этническая чистка» (Glenny 1996). Хотя эпидемии, сопутствовавшие предыдущим войнам, обошли этот конфликт стороной, он стал толчком к появлению хантавирусных инфекций, так как земля, где солдаты рыли окопы, кишела грызунами (Markotic et al. 1996).

Затем разразились конфликты в Бывшей Югославской Республике Македонии (между двумя основными этническими группами — македонцами

Таблица 2.2. Экономические и социальные показатели ряда стран Юго-Восточной Европы: сводные данные за отдельные годы

	Подушовой ВВП, доллары в 2000 г.	Годовой рост ВВП в 2006 г.	Индекс Джини в 2003, 2001 ^а или 2004 ^б г.	Доля живущих менее чем на 2 доллара США (по ППС) в день в 2003; 2001 ^в или 2004 ^б г.	Коэффициент зачисления в среднюю школу в 2005, 2003 ^в или 2004 ^б г.	Годовые темпы роста населения в 2006 г.	Индекс легкости ведения бизнеса (1 – правила, наиболее благоприятные для бизнеса) в 2006 г.	Доля руководителей высшего ранга, считающих коррупцию главным препятствием, в 2005 г.
Албания	1604	5	31 ^б	10 ^б	74 ^б	0,2	120	31
Босния и Герцеговина	1741	6	26 ^а	н/д	н/д	0	95	23
Хорватия	5461	5	29 ^а	2 ^а	85 ^в	-0,1	124	17
Бывшая Югославская Республика Македония	1940	3	39	2	82	0,2	92	32
Сербия	1157	6	н/д	н/д	н/д	0	68	24

Источники: World Bank 2007^б.

Примечание: ВВП – валовой внутренний продукт; н/д – нет данных; ППС – паритет покупательной способности.

^а Данные за 2001 г.

^б Данные за 2004 г.

^в Данные за 2003 г.

и албанцами) и в Косово. Это повлекло за собой вмешательство Организации Североатлантического договора (НАТО) и позже привело к свержению режима в Белграде. В 2006 г. распался Государственный Союз Сербии и Черногории и появилось независимое государство Черногория. В феврале 2007 г. в докладе тогдашнего Специального посланника ООН Martti Ahtisaari был представлен план урегулирования статуса Косово, исторически являвшегося провинцией Сербии, но находившегося под управлением международной администрации (Ahtisaari 2007). Спустя год косовские власти провозгласили независимость, и это событие разделило мировое сообщество на два лагеря. Косово унаследовало систему борьбы с инфекционными заболеваниями, подававшую сведения в ВОЗ (McKee and Atun 2006). Все страны этого региона получают поддержку Пакта стабильности для Юго-Восточной Европы — организации, финансируемой рядом западных стран, которые стремятся содействовать демократизации, перестройке экономики и обеспечению безопасности (WHO/Council of Europe Bank 2006).

С учетом упомянутых событий говорить о какой-либо достоверности экономических показателей этого региона в 1990-е гг. не приходится. Сегодня, однако, эти страны находятся на разных этапах возрождения своей экономики. Хорватия и Бывшая Югославская Республика Македония — кандидаты в члены ЕС, хотя переговоры пока начала только Хорватия. Остальные страны имеют договоры о сотрудничестве с ЕС и считаются потенциальными кандидатами.

Хорватия — самая богатая страна региона, ее подушевой ВВП примерно в три раза выше, чем у соседей. Однако сейчас и ряд других стран (хотя и не все) ускоряет темпы своего экономического роста.

Ситуация в этих странах, за исключением Хорватии, во многом сходна с ситуацией в Румынии и Болгарии. Уровень неравенства в распределении доходов сопоставим с таковым в Западной Европе, а уровень абсолютной бедности (доля населения, живущая менее чем на 2 доллара США в день) везде, кроме Албании, практически ничтожен. Высок коэффициент охвата средним образованием, хотя в Албании он ниже, чем в соседних странах. В западной части региона (например, в Хорватии) ожидается дальнейшее сокращение численности населения, однако в восточной части (например, в Албании) высокий уровень рождаемости, по прогнозам, обеспечит прирост населения, несмотря на массовую миграцию.

И наконец, по сравнению с большинством новых членов ЕС этот регион выглядит неблагополучным с точки зрения эффективности государственного управления: от четверти до трети руководителей высокого ранга в большинстве стран назвали коррупцию главной или очень серьезной проблемой, а те, кто пытается создать новое предприятие, везде, кроме Сербии, сталкиваются с бюрократическими проволочками.

Российская Федерация и соседние с ней страны

Среди независимых государств, возникших после распада СССР, Российская Федерация, Украина, Беларусь и Республика Молдова образуют естественную группу, объединенную географическим положением и культурными традициями. Сводные показатели по каждой стране приведены в табл. 2.3. Однако при интерпретации этих показателей важно учитывать

Таблица 2.3. Экономические и социальные показатели Российской Федерации и ряда соседних с ней стран: сводные данные за отдельные годы

	Подушевой ВВП, доллары США в ценах 2000 г.	Годовой рост подушевого ВВП в 2006 г.	Индекс Джини в 2003 или 2002 ^а г.	Доля живущих менее чем на 2 доллара США (по ППС) в день в 2003 или 2002 ^а г., %	Коэффициент зачисления в среднюю школу в 2005 г.	Годовые темпы роста населения в 2006 г.	Индекс легкости ведения бизнеса (1 – телей высокого ранга, наиболее благоприятные для бизнеса) в 2006 г.	Доля руководящих должностей в 2005 г.
Беларусь	2070	11	30 ^а	2 ^а	89	-0,6	129	6
Республика Молдова	492	5	33	21	76	-0,9	103	20
Российская Федерация	2621	7	40 ^а	12 ^а	н/д	-0,5	96	15
Украина	1040	8	28	5	80	-1,1	128	21

Источник: World Bank 2007b.

Примечание: ВВП – валовой внутренний продукт; н/д – нет данных; ППС – паритет покупательной способности.

^а Данные за 2002 г.

географические масштабы. Не следует забывать, что Российская Федерация простирается от Балтики до Тихого океана. Поэтому внутри одной группы стран существует огромное разнообразие.

Преобразования 1990-х гг. везде происходили болезненно. Экономика СССР отличалась высоким уровнем интеграции: например, трактор, выпускавшийся в Украине, собирали из деталей, сделанных в других республиках, а эти детали, в свою очередь, изготавливались из сырья, добывавшегося еще где-то. Появление новых границ между странами серьезно нарушило производственные связи. В то же время товары отечественного производства не могли конкурировать по качеству с зарубежными. Люди работали на заводах с устаревшим оборудованием, все чаще им месяцами задерживали зарплату либо платили не деньгами, а товарами. Многие крупные промышленные предприятия закрылись, и это повлекло за собой громадные социальные последствия, так как люди лишились не только заработка, но и медицинского обслуживания, которое они получали в ведомственных поликлиниках, и многих других льгот.

Смертность в СССР долгие годы была значительно выше, чем в соседних западных странах. Тому был ряд причин, составляющих звенья цепи, ведущей к преждевременной смерти: плохое питание (рацион, избыток животных жиров и содержащий мало фруктов и овощей), курение (очень высокая доля курящих мужчин и быстро растущее число курящих женщин) (Bobak and Gilmore 2006), неадекватное медицинское обслуживание, особенно в отношении хронических болезней, таких, как артериальная гипертензия (Andreev et al. 2003). Однако самой важной причиной колебаний смертности с середины 1980-х гг. стало массовое употребление алкоголя, особенно его суррогатов. Люди стали пить лосьоны для бритья и другие спиртосодержащие жидкости, предназначенные совершенно для других целей. Исследования в Российской Федерации показали, что такие суррогаты (многие из них содержат около 95% этилового спирта) употребляют почти 8% мужчин трудоспособного возраста (McKee et al. 2005). Употребление этих суррогатов резко повышает риск смерти от множества причин, включая сердечно-сосудистые заболевания, алкогольное отравление и цирроз печени (Leon et al. 2007).

Стремительные перемены создали благоприятную почву для распространения инфекционных болезней, о чем мы подробнее поговорим позже. Развал систем здравоохранения привел к возникновению в начале 1990-х гг. эпидемии дифтерии (Markina et al. 2000), а социальные проблемы способствовали быстрому росту заболеваемости туберкулезом (McKee and Atun 2006). Возобновление дореволюционных торговых путей из Южной Азии в Европу создало канал для распространения наркотиков, ускорившегося после свержения в 2001 г. режима талибов, когда в Афганистане возникли условия для резкого увеличения производства опиоидного мака.

Промышленный коллапс в начале 1990-х гг. сопровождался глубоким экономическим спадом, который закончился только в 2000 г. Однако с этого момента во всех странах начался мощный экономический рост, который в Российской Федерации был в значительной мере обусловлен высокими доходами от добывающих отраслей промышленности (нефть, газ, драгоценные металлы). При этом, как всегда, кто-то выиграл, а кто-то проиграл, и неравенство в распределении доходов возросло, особенно в Российской Федерации (Shkolnikov et al. 2006). Однако индекс Джини

вряд ли отражает такое неравенство в полной мере. Более красноречивым свидетельством может быть тот факт, что значительная доля мирового выпуска престижных зарубежных автомобилей продается сегодня в Российской Федерации наряду с тем, что каждый восьмой россиянин существует менее чем на 2 доллара США в день.

Республика Молдова — беднейшая страна в регионе. Языковыми и историческими корнями она связана с Румынией. В Молдове нет природных ресурсов и практически отсутствует современная инфраструктура. Почти две трети населения живут менее чем на 2 доллара США в день. После обретения суверенитета проблемы Молдовы усугубились, когда от нее откололось Приднестровье, которое остается вне контроля молдавского правительства. В 2006 г. Приднестровье провозгласило независимость, но международное сообщество ее не признает. В данной ситуации важно то, что Приднестровье выпало из мировых систем эпидемиологического надзора и таможенного контроля. Власти Молдовы получают некоторую информацию из этого региона, но поступает она очень нерегулярно (McKee and Atun 2006). И в Приднестровье, и в Республике Молдова широкие масштабы приняла торговля людьми. Шаткое положение Республики Молдова проявляется в более низком, чем в соседних странах, уровне охвата средним образованием.

В Беларуси, где президент Лукашенко противится политическим и экономическим реформам ценой растущей международной изоляции, системы социальной защиты и доступного медицинского обслуживания сохранились (Korosteleva and Lawson 2003).

Во всех странах региона сильно сокращается численность населения за счет низкой рождаемости, высокой смертности и массовой миграции. Последствия могут быть очень серьезными, особенно для Российской Федерации, где существует риск обезлюдения многих районов. Ожидается, что в Российской Федерации возникнут трудности с призывом в армию, тем более что многие юноши призывного возраста непригодны к военной службе по состоянию здоровья. (Twigg 2005). В недавнем исследовании Всемирного банка подчеркивается важная роль инвестиций в улучшение здоровья населения для обеспечения экономического роста в Российской Федерации в будущем (World Bank 2005).

Во всем регионе внушает беспокойство качество государственного управления. Особенно трудно создать новое предприятие в Беларуси, хотя уровень коррупции здесь по сравнению с соседними странами относительно невысок. Дополнительные сложности создает слабая инфраструктура общественного здравоохранения. Правда, еще в советское время была создана разветвленная санитарно-эпидемиологическая служба, однако она плохо оснащена и не владеет современными методами, применяемыми в здравоохранении. Страдает она и от наследия советской науки, ставившей идеологию выше научных фактов (McKee 2007).

В начале 1990-х гг. в регионе резко упала ожидаемая продолжительность жизни (Leon et al. 1997), особенно там, где перестройка экономики была наиболее активной (Walberg and McKee 1998). К 1994 г. Российская Федерация по ожидаемой продолжительности жизни среди мужчин (менее 58 лет) опустилась до уровня некоторых развивающихся стран. Последовавший затем кратковременный рост вновь сменился спадом после финансового кризиса, охватившего Российскую Федерацию в 1998 г. и

отразившегося также на ее соседях. По состоянию на 2005 г. ожидаемая продолжительность жизни в регионе либо застыла на прежнем уровне, либо продолжала снижаться.

Кавказ и Центральная Азия

Страны Кавказа и Центральной Азии всегда были беднейшими регионами СССР (McKee, Nealy and Falkingham 2002). Большая часть занимаемой ими сейчас территории вошла в состав Российской империи лишь во второй половине XIX века. В советской системе планирования центрально-азиатским республикам отводилась главным образом роль источников сырья (нефти, газа, других полезных ископаемых) и сельскохозяйственных продуктов, а промышленные товары, имевшие более высокую добавочную стоимость, производились в основном в западных областях СССР. Сводные показатели по отдельным странам приведены в табл. 2.4.

В экономическом отношении Кавказ и Центральную Азию можно разделить на страны с богатыми природными ресурсами (нефть, газ) и страны, где таких ресурсов нет. К первой группе относятся Казахстан и Азербайджан, обладающие нефтяными месторождениями, и Туркменистан, где есть месторождения природного газа. В настоящее время эти страны переживают бурный экономический рост, хотя, как часто бывает, когда рост происходит за счет добывающих отраслей, выигрыш от него распределяется неравномерно, и в ряде стран индекс Джини высок. Неравенство в распределении доходов имеет серьезные последствия для состояния здоровья населения, что видно на примере Казахстана и Кыргызстана. В советский период уровень экономического развития этих двух соседних стран был примерно одинаковым, однако благодаря нефти подушевой ВВП в Казахстане сегодня почти в шесть раз больше, чем в Кыргызстане. Это позволило Казахстану платить своим медицинским работникам гораздо более высокую зарплату, что привело к массовой миграции из Кыргызстана.

Издавна отличавший регион низкий уровень экономического развития проявляется в высоком уровне бедности (Falkingham 1997) – в Грузии четверть населения живет менее чем на 2 доллара США в день. В Таджикистане, который всегда был самой бедной страной региона, этот показатель превышает 40%. Гористая страна с плохо развитой системой внутренних транспортных связей и очень слабой инфраструктурой, Таджикистан сильно пострадал от гражданской войны, последовавшей сразу за объявлением независимости. По данным Всемирного банка, показатели коррупции здесь не очень высоки, однако данные из других источников свидетельствуют о том, что на самом деле это серьезная проблема, в значительной мере обусловленная большой ролью, которую играет в таджикской экономике торговля наркотиками. Существенную озабоченность вызывает качество государственного управления в регионе – некоторые страны занимают очень низкое место в рейтинге Transparency International (Transparency International 2006).

Общественное здравоохранение невозможно отделить от политических событий. Поэтому необходимо отдавать себе отчет в том, что демократия в регионе еще очень слаба. Исключение составляет Грузия, где подтасовка результатов выборов послужила толчком к «революции роз», приведшей к

Таблица 2.4. Экономические и социальные показатели ряда стран Кавказа и Центральной Азии: сводные данные за отдельные годы

	Подшивной ВВП, Годовой рост доллары США в ценах 2000 г.	Индекс Джини ни в 2003 или 2001 ^а г.	Доля живущих менее чем на 2 доллара США (по ППС) в день или в 2004 ^б г. в 2003 или 2001 ^а г., %.	Коэффициент за- числения в сред- нюю школу в 2005 или в 2004 ^б г.	Годовые темпы роста населения в 2006 г.	Индекс легкости ведения бизнеса (1 – правила, наиболее благо- приятные для бизнеса) в 2006 г.	Доля руководи- телей высокого ранга, считаю- щих коррупцию главным препят- ствием, в 2005 г.
Азербайджан	1576	36 ^а	33 ^а	78	1,0	99	19
Грузия	1070	25	25	81 ^б	-0,8	37	19
Казахстан	2164	34	16	92	1,1	63	11
Таджикистан	247	33	43	80	1,5	133	15
Узбекистан	724	37	2	н/д	1,4	147	7

Источник: World Bank 2007^б.

Примечание: ВВП – валовой внутренний продукт; н/д – нет данных; ППС – паритет покупательной способности.

^а Данные за 2001 г.

^б Данные за 2004 г.

смене власти (Wheatley 2005). Однако в других местах выборы, по оценкам, проводились с нарушением международных норм. Наиболее вопиющим примером послужил Туркменистан, где президент Ниязов оставался у власти с момента провозглашения независимости вплоть до своей кончины в 2006 г. При Ниязове сформировался неслыханный по масштабам культ личности: в честь президента и его близких были переименованы месяцы года, улицы, города, предприятия; книга президента «Рухнама» стала обязательной для изучения в школах и вузах, без сдачи экзамена по этой книге нельзя было получить даже водительские права. В последние годы своего правления Ниязов приказал уволить несколько тысяч квалифицированных медицинских работников, заменив их необученными армейскими новобранцами. По сведениям из достоверных источников, немало медсестер, лишившись работы, были вынуждены заняться проституцией. После 1998 г. Туркменистан перестал подавать в ВОЗ медицинскую статистику, но и те данные, которые сообщались раньше, в частности о том, что в стране зарегистрировано только два случая СПИДа, по убеждению многих, были сильно занижены. Замалчивались сведения о вспышках инфекционных заболеваний, в том числе о вспышке чумы, которая, по данным из неофициальных источников, унесла десять жизней (Rechel and McKee 2005).

В отличие от других бывших советских республик, в этом регионе в ближайшие десятилетия прогнозируется рост населения, особенно в южных, преимущественно мусульманских странах — Узбекистане и Таджикистане, где рождаемость высока. В Грузии и Армении население, наоборот, сокращается, отчасти из-за массовой миграции и снижения рождаемости.

Благодаря образовательной системе, унаследованной от СССР, коэффициент охвата средним образованием по-прежнему относительно высок, хотя и ниже, чем раньше. Многие люди, особенно в сельской местности, живут в плохих условиях.

Рассматривая возможности борьбы с инфекционными заболеваниями в этом регионе, необходимо учитывать наличие нескольких территорий, неподконтрольных правительствам государств, частью которых эти территории официально являются. Здесь можно провести параллель с упомянутыми в предыдущих разделах Приднестровьем и Косово. Так, в Грузии во власти сепаратистов находятся Южная Осетия и Абхазия; Нагорный Карабах, населенный этническими армянами, территориально расположен внутри Азербайджана (McKee and Atun 2006). Связь между Арменией и Нагорным Карабахом осуществляется по единственной дороге, проходящей по азербайджанской территории. Грузинские власти при содействии неправительственных организаций и Организации по безопасности и сотрудничеству в Европе все же получают некоторую информацию об угрозах здоровью населения, возникающих в Южной Осетии и Абхазии. Армянские власти тоже получают сведения из Нагорного Карабаха, но в гораздо меньших масштабах.

Центральная Америка

Описанные в предыдущих разделах страны Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР объединяет общее событие — падение коммунистического режима в конце 1980-х — начале 1990-х гг. У стран трех

субрегионов, рассматриваемых в остальной части данной главы, нет подобного объединяющего фактора, но между ними также есть некоторое сходство. Например, многие из них долгое время находились под властью одной правящей партии или диктатуры, однако в настоящее время здесь, как и во многих других регионах мира, происходит становление многопартийной демократии. Так, в Мексике на выборах 2000 г. потерпела наконеч поражение Институционно-революционная партия, почти беспрерывно стоявшая у власти с 1929 г. (Suchlicki 2001). В Никарагуа победа Даниэля Ортеги на выборах 2006 г. привела к мирному переходу власти, в отличие от его первого избрания в 1984 г., повлекшего за собой санкции и тайные военные операции со стороны США (Walker and Walker 2003).

В задачи этой книги не входит подробное описание ситуации в каждой стране отдельно, поэтому мы ограничимся рассмотрением некоторых общих тенденций. Сводные показатели по отдельным странам приведены в табл. 2.5.

К Центральной Америке относятся одно крупное государство — Мексика — и ряд государств поменьше, расположенных на перешейке, соединяющем Северную и Южную Америку. После освобождения от испанской колониальной зависимости в результате наполеоновских войн (за исключением Белиза, который был британской колонией) история этих государств складывалась в значительной мере под влиянием США. В 1823 г. президент США Джеймс Монро выдвинул доктрину, согласно которой европейские державы не должны были больше иметь влияния на американских континентах, а роль господствующей державы отводилась США. В последнее время эта роль проявилась в конфликтах 1980-х гг., когда США поддержали мятеж против «левого» правительства в Никарагуа. На протяжении XX века история многих мелких государств Центральной Америки изобилвала гражданскими конфликтами и внутренними репрессиями; исключение составляет Коста-Рика, где нет армии, вкладывается много средств в систему здравоохранения и социальной защиты, а средняя продолжительность жизни уже давно значительно выше, чем можно было бы ожидать при ее уровне экономического развития (Hertz, Hebert and Landon 1994).

Самая богатая страна региона — Мексика, за ней идет Коста-Рика; в обеих странах подушевой ВВП превышает 4000 долларов США по паритету покупательной способности (ППС). На их фоне значительно выделяется Никарагуа, где подушевой ВВП составляет всего 904 доллара США. Соответственно, здесь высокий уровень бедности — почти 80% никарагуанцев живут менее чем на 2 доллара США в день. Внутри региона уровень бедности особенно велик среди коренного индейского населения. Неравенство в распределении доходов во всех странах этого региона проявляется значительно сильнее, чем в Центральной и Восточной Европе и в бывших советских республиках, хотя подушевой доход несколько выше, чем в Центральной Азии и на Кавказе.

Финансовые кризисы, долгое время сотрясавшие этот регион, в последние годы уступили место устойчивому, хотя и довольно скромному, экономическому росту. Мексика пережила тяжелый финансовый кризис в 1994 г., когда серия политических просчетов привела к резкому сокращению валютных резервов и девальвации песо. С тех пор страна приняла ряд мер, позволивших добиться макроэкономической стабильности и экономического роста,

Таблица 2.5. Экономические и социальные показатели ряда стран Центральной Америки: сводные данные за отдельные годы

	Подушевой ВВП, доллары США в ценах 2000 г.	Годовой рост подушевого ВВП в 2006 г.	Индекс Джини в 2003, 2001 ^а , 2002 ^б или 2004 ^в г.	Доля живущих менее чем на 2 доллара США (по ППС) в день в 2003, 2001 ^а , 2002 ^б или 2004 ^в г., %	Коэффициент зачисления в среднюю школу в 2005 г.	Годовые темпы роста населения в 2006 г.	Индекс легкости ведения бизнеса (1 – правила, наиболее благоприятные для бизнеса) в 2006 г. или 2006 ^л г.	Доля руководителей высокого ранга, считающих коррупцию главным препятствием, в 2005, 2003 ^г или 2006 ^л г.
Коста-Рика	4723	6	50	10	н/д	1,4	105	40
Гватемала	1771	2	55 ^б	32 ^б	34	2,4	118	81 ^г
Гондурас	1024	4	54	36	н/д	2,1	111	63 ^г
Мексика	6387	4	46 ^в	12 ^в	65	1,1	43	18 ^л
Никарагуа	904	2	43 ^а	80 ^а	43	1,9	67	66 ^г

Источник: World Bank 2007б.

Примечание: ВВП – валовой внутренний продукт; н/д – нет данных; ППС – паритет покупательной способности.

^а Данные за 2001 г.

^б Данные за 2002 г.

^в Данные за 2004 г.

^г Данные за 2003 г.

^л Данные за 2006 г.

обеспечив необходимые ресурсы для устойчивых инвестиций в инфраструктуру; в последние годы, однако, рост замедлился — в значительной мере из-за тесной интеграции с экономикой США вследствие присоединения к Североамериканскому соглашению о свободной торговле.

В последние годы экономический рост отмечен и в беднейших странах региона — Гондурасе и Никарагуа, однако экономика обеих стран опирается на сельское хозяйство, что ставит их в зависимость от колебаний цен на сырьевые товары. Развитию мешает также крайне слабая транспортная и финансовая инфраструктура.

В отличие от стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, в странах Центральной Америки никогда не было всеобщего среднего образования и общедоступного медицинского обслуживания, поэтому коэффициенты зачисления в среднюю школу здесь гораздо ниже. Однако в последние годы появились некоторые обнадеживающие признаки. Так, в Мексике крупные целевые инвестиции, ориентированные на жителей сельской местности, привели к резкому повышению выживаемости детей и доступности медицинской помощи (Sepulveda and Bustreo 2006). Однако во многих частях региона, особенно в сельской местности, водопровод и канализация по-прежнему доступны далеко не всем.

Несмотря на то что во всех странах региона уровень миграции, особенно в США, остается высоким, предполагается, что население будет и дальше расти за счет высокой рождаемости.

Серьезную озабоченность вызывает качество государственного управления в регионе — большинство руководителей высокого ранга считают коррупцию одной из главных проблем, а те, кто стремится к преобразованиям, сталкиваются со множеством бюрократических препон.

Южная Америка

Страны Южной Америки почти столь же разнородны, как и страны Центральной Америки. Однако, многие из них, как и северные соседи, долгое время находились под властью военных или однопартийных режимов, которые лишь в последние десятилетия уступили место демократии. Некоторые страны, например Перу и Колумбия, в последние годы были к тому же ареной массовых гражданских конфликтов. Исключение составляет Чили: эта страна в течение многих десятилетий оставалась бастионом парламентской демократии вплоть до свержения президента Альенде в результате государственного переворота, произошедшего в 1973 г. при поддержке США (Constable and Valenzuela 1991).

В формировании современного населения Южной Америки сыграли роль разные факторы, в том числе происходившие на протяжении истории миграционные процессы и эпидемии инфекционных заболеваний. Первые поселенцы мигрировали в Америку из Сибири через Берингов пролив по меньшей мере 12 000 лет назад и за несколько тысячелетий заселили оба американских континента (Неу 2005). Поскольку переселение произошло еще до одомашнивания диких животных, переселенцы оказались изолированы от многих возбудителей, которые в Евразии, где люди стали жить в тесном соседстве с собаками, овцами, крупным рогатым скотом и другими животными, мутировали и начали представлять опасность

для человека. В результате, когда после путешествия Колумба в 1492 г. в Америке появились первые европейские переселенцы, коренные жители оказались беззащитными перед множеством инфекций, успевших к тому моменту распространиться в Европе (Diamond 1997). По этой причине во многих районах погибло до 90% аборигенов, что позволило европейским колонистам без труда занять обезлюдившие территории. На характер дальнейшего расселения людей, а иногда и на политические события на обоих континентах также повлияли инфекционные заболевания, в частности желтая лихорадка. Так, попытка французских властей подавить восстание рабов на Гаити в 1802 г. провалилась из-за того, что от желтой лихорадки полегла половина армии (James and Walvin 2001). Строительство Панамского канала стало возможным лишь после того, как Carlos Finlay и Walter Reed установили причину этой болезни, что позволило принять соответствующие меры (Chaves-Carballo 2005).

Границы первых европейских поселений были определены Тордесильясским договором 1494 г., который поделил Америку между Испанией и Португалией, размежевав португалоязычную Бразилию и ее испаноязычных соседей. Позже на северо-восточном побережье Южной Америки возникли небольшие колонии, принадлежавшие Франции (ныне Французская Гвиана – единственная из стран американского континента, входящая в ЕС), Нидерландам (Суринам) и Соединенному Королевству (Гайана). В результате следующих волн миграции появились поселенцы из многих других стран: в XIX веке – итальянцы и немцы, за ними – японцы, а в начале XX века, после распада Османской империи, – арабы.

В экономическом отношении регион очень неоднороден. Сводные показатели по отдельным странам приведены в табл. 2.6.

Сегодня в регионе в целом отмечается медленный, но устойчивый экономический рост, хотя во многих странах этот процесс шел неравномерно. Так, в Аргентине в 2001 г. разразился глубокий экономический кризис, в результате чего в следующем году страна отказалась от своих долговых обязательств (Romero 2002). Девальвация песо на 75% практически уничтожила личные сбережения. С тех пор, однако, появились признаки быстрого восстановления экономики, резко увеличился экспорт, прекратилась утечка капитала за рубеж. В Колумбии в 1999 г. произошел экономический спад, для преодоления которого потребовалось гораздо больше времени. Экономика многих стран восприимчива к изменениям цен на сырьевые товары. Так, в Чили, наряду с другими странами региона пострадавшим от спада мировой экономики 1999 г., впоследствии произошел резкий скачок благодаря рекордным ценам на медь. Аналогичным образом, на экономике Эквадора, несмотря на ее серьезные структурные недостатки, благотворно отразились внушительные доходы от нефти. Боливия в 1980-х гг., напротив, пострадала из-за снижения мировых цен на серебро.

Регион характеризуется сильно выраженным неравенством в распределении доходов; во многих странах высок уровень абсолютной бедности. Яркой иллюстрацией такого неравенства служит соседство трущоб с элитными многоэтажными домами в бразильских городах. Во многих странах существует также большой экономический разрыв между столичными городами, которые демонстрируют внешние атрибуты благосостояния, свойственные странам с высокими доходами, и сельской местностью, где

Таблица 2.6. Экономические и социальные показатели ряда стран Южной Америки: сводные данные за отдельные годы

	Подушевой ВВП, доллары США в ценах 2000 г.	Годовой рост ВВП в 2006 г.	Индекс Джини в 2003, 2002 ^а или 2004 ^б г.	Доля живущих менее чем на 2 доллара США (по ППС) в день в 2003, 2002 ^а или 2004 ^б г., %	Коэффициент зачисления в среднюю школу в 2005, 2004 ^б или 2002 ^а г.	Годовые темпы роста населения в 2006 г.	Индекс легкости ведения бизнеса (1 – правила, наиболее благоприятные для бизнеса) в 2006 г.	Доля руководящих высшего ранга, считающих коррупцию главным препятствием, в 2005, 2003 ^в , 2004 ^б или 2006 ^г г., %
Аргентина	8695	7	51 ^б	17 ^б	79 ^б	1	101	4 ^г
Боливия	1091	3	60 ^а	42 ^а	73 ^б	1,8	131	8 ^г
Бразилия	4055	2	57 ^б	21 ^б	78 ^б	1,2	121	67 ^а
Чили	5846	3	55	6	н/д	1	28	13 ^б
Колумбия	2317	5	58	18	55 ^а	1,3	79	3
Эквадор	1597	3	н/д	н/д	52 ^б	1,4	123	49 ^а
Венесуэла	5427	8	48	40	63	1,7	164	н/д

Источник: World Bank 2007б.

Примечание: ВВП – валовой внутренний продукт; н/д – нет данных; ППС – паритет покупательной способности.

^а Данные за 2002 г.

^б Данные за 2004 г.

^в Данные за 2003 г.

^г Данные за 2006 г.

часто отсутствуют даже канализация и водопровод. Здесь, как и в других регионах, в особенно бедственном положении часто находится коренное население.

Обеспокоенность неравномерным распределением ресурсов способствовала ряду политических преобразований, приведших к избранию на континенте правительств с «левыми» взглядами (Petras and Veltmeyer 2005). Так, в 2005 г. Боливия впервые за свою историю избрала президентом представителя коренного населения. После своего избрания Моралес начал проводить политику ренационализации зарубежных активов в энергетическом секторе и бросил вызов политике США по искоренению производства коки, не сумевшей предложить фермерам, выращивающим коку, альтернативные возможности трудоустройства. В Венесуэле президент Чавес также взял многие частные предприятия под государственный контроль. Бразильский президент Лула не проводил политику национализации, но учредил крупные программы по борьбе с бедностью и ликвидации голода.

Страны Карибского бассейна

Страны Карибского бассейна тоже весьма разнородны, как с точки зрения размеров, так и с точки зрения экономического развития и политических взглядов. Население самой большой из них — Кубы — превышает 11 млн, а население Ангильи едва достигает 7,5 тыс. человек.

Современная политическая и демографическая ситуация сформировалась, как и в странах Южной и Центральной Америки, в результате колонизации, но отличается еще большим разнообразием. В северной части Карибского бассейна господствовала Испания — под ее властью находились Доминиканская Республика, Куба и Пуэрто-Рико. Первая обрела независимость в 1865 г., в двух других с испанским владычеством было покончено в 1902 г. в результате Испано-американской войны. Куба стала независимой, а Пуэрто-Рико получило статус неинкорпорированной территории США. Гаити, как уже говорилось, освободилось от колониальной зависимости благодаря Французской революции. Небольшие колонии принадлежали Швеции и Дании, однако остальная часть Карибского бассейна находилась в основном под властью Соединенного Королевства, Франции и Нидерландов; некоторые острова несколько раз переходили из рук в руки.

Большинство территорий получили независимость в 1970-х и 1980-х гг., однако три упомянутые европейские колониальные державы в той или иной форме сохранили свое присутствие. Часть мелких островов, например Ангилья и Монтсеррат, остались зависимыми территориями Соединенного Королевства, Мартиника и Гваделупа являются заморскими регионами Франции (и, следовательно, входят в ЕС), а Нидерландские Антильские острова — автономным образованием в составе Королевства Нидерланды. В настоящее время это образование не входит в ЕС, однако предполагалось, что в 2008 г. Нидерландские Антильские острова будут распущены как государственное образование и часть островов (Бонайре, Саба и Синт-Эстатиус) войдут в ЕС на правах «отдаленных территорий», то есть с тем же статусом, что и заморские регионы Франции. По экономическому положению страны Карибского бассейна крайне разнородны.

Таблица 2.7. Экономические и социальные показатели ряда стран Карибского бассейна: сводные данные за отдельные годы

	Подушевой ВВП, доллары США в ценах 2000 г.	Годовой рост подушевого ВВП в 2006 г.	Индекс Джини в 2003, 2001 ^а или 2004 ^б г.	Доля живущих менее чем на 2 доллара США (по ППС) в день в 2003, 2001 ^а или 2004 ^б г., %	Коэффициент зачисления в среднюю школу в 2005, 2003 ^в или 2004 ^б г.	Годовые темпы роста населения в 2006 г.	Индекс легкости ведения бизнеса (1 — правила, наиболее благоприятные для бизнеса) в 2006 г.	Доля руководителей высшего ранга, считающих коррупцию главным препятствием, в 2005 г., %
Доминиканская Республика	2694	9	51 ^б	17 ^б	53	1,5	117	н/д
Гаити	443	1	59 ^а	78 ^а	н/д	1,4	139	н/д
Ямайка	3367	2	45 ^б	14 ^б	79	0,4	50	46
Тринидад и Тобаго	10 268	12	н/д	н/д	69	0,3	59	н/д

Источник: World Bank, 2007б.

Примечание: ВВП — валовой внутренний продукт; н/д — нет данных; ППС — паритет покупательной способности.

^а Данные за 2001 г.

^б Данные за 2004 г.

^в Данные за 2003 г.

Показатели по отдельным странам приведены в табл. 2.7. Кое-где сложилась мощная экономика, в которой важную роль играют туризм и финансовые услуги. В одних странах (Багамы, Виргинские острова) индустрия туризма возникла давно, в других начала развиваться относительно недавно. Одни страны (Федерация Сент-Китс и Невис, остров Сен-Мартен) пошли по пути развития эксклюзивного дорогого туризма, другие (например, Доминиканская Республика) отдали предпочтение дешевому массовому туризму.

Противоположность странам, успешно развивающим экономику, представляет собой Гаити — беднейшее государство западного полушария, где подушевой валовой национальный доход в 2006 г. едва превысил 400 долларов США. Некогда более развитое, чем занимающая остальную часть острова Доминиканская Республика, Гаити столетиями страдало от перенаселения, вырубки лесов и ухудшения экологии (Diamond 2005). Позже здесь надолго установилась диктатура, за которой последовала серия быстро сменявших друг друга правительств и массовых гражданских конфликтов, что в конечном итоге заставило вмешаться миротворческие силы ООН.

Совершенно особое положение занимает Куба, которая до 1991 г. фактически являлась частью советского блока. Она получала от СССР экономическую поддержку в виде гарантированных закупок сахарного тростника по ценам выше рыночных и поставок нефти на льготных условиях. Сегодня в стране успешно развивается индустрия туризма, помехой которой служат сохраняющиеся санкции США. В соответствии с ними американский суд имеет право возбуждать дела против предприятий, находящихся под другой юрисдикцией, препятствуя тем самым их сотрудничеству с Кубой. Другой неблагоприятный фактор — прекращение поддержки со стороны СССР. Экономические данные по Кубе, к сожалению, отсутствуют.

Экономика ряда стран региона опирается на поставки природных ресурсов, в частности алюминия (Ямайка) и нефти (Тринидад и Тобаго), однако, как и в случае с южноамериканскими соседями, это ставит страны в зависимость от колебаний цен на сырьевые товары. Так, многие мелкие островные государства пострадали, когда ряд стран ЕС под давлением Всемирной торговой организации вынуждены были отменить льготные условия для поставщиков бананов.

Существенные различия в уровне экономического развития отражаются в статистических показателях бедности: в некоторых странах уровень бедности ничтожно мал, однако на Гаити, например, почти четыре пятых населения живет менее чем на 2 доллара США в день. Неравенство в распределении доходов здесь столь же велико, как и в Южной и Центральной Америке.

Есть различия и в качестве государственного управления. Во многих странах действует хорошо отлаженная правовая система, соблюдаются права собственности, работают свободные средства массовой информации. В то же время в ряде стран наблюдается высокий уровень коррупции или, как, например, на Гаити, неэффективное государственное управление. Для того чтобы легально организовать на Гаити новое предприятие, потребовалось бы 203 дня — это свидетельствует, насколько трудно здесь сдвинуть дело с мертвой точки.

Заключение

В данной книге объединены два мировых региона, которые редко рассматриваются вместе, но имеют общие черты. Примером тому служит проблема глобального распространения полирезистентного туберкулеза — одна из немногих тем, при обсуждении которых эти регионы оказываются рядом. Так, и Российская Федерация, и Перу входят в число стран с самыми высокими в мире показателями заболеваемости полирезистентным туберкулезом (Farmer and Reichman 1999). Однако главной общей чертой является опыт политических и экономических преобразований. Многие государства Центральной и Восточной Европы, Центральной и Южной Америки совершили переход к демократии, однако в обоих регионах есть страны, которым это еще только предстоит. Экономика обоих регионов претерпела серьезные изменения — в основном к лучшему, но, опять же, не везде. Значительное число стран пережили гражданские конфликты, а кое-где такие конфликты продолжаются до сих пор. В обоих регионах недавние преобразования часто сопровождались усилением неравенства.

Как неоднократно отмечается здесь и в других главах, микроорганизмы используют благоприятные возможности, возникающие в ходе перемен. События в рассматриваемых регионах предоставили множество таких возможностей.

Литература

Ahtisaari, M. (2007). *The comprehensive proposal for Kosovo status settlement*. Pristina: United Nations Office of the Special Envoy for Kosovo.

Andreev, E. M. and Nolte, E. (2003). The evolving pattern of avoidable mortality in Russia, *International Journal of Epidemiology*, 32 (3): 437–446.

Andreev, E. M., Nolte, E., Shkolnikov, V. M., Varavikova, E. and Mckee, M. (2003) The evolving pattern of avoidable mortality in Russia, *International Journal of Epidemiology*, 32(3): 437–446.

Bobak, M. and Gilmore, A. (2006). Changes in smoking prevalence in Russia, 1996–2004. *Tobacco Control*, 15(2): 131–135.

Chaves-Carballo, E. (2005). Carlos Finlay and yellow fever: triumph over adversity, *Military Medicine*, 170(10): 881–885.

Constable, P. and Valenzuela, A. (1991). *A nation of enemies: Chile under Pinochet*. New York; London: Norton.

Diamond, J. M. (1997). *Guns, germs and steel: the fates of human societies*. London: Jonathan Cape.

Diamond, J. M. (2005). *Collapse: how societies choose to fail or survive*. London: Allen Lane.

EC and DG for Employment and Social Affairs (2004). *The situation of Roma in an enlarged European Union*. Brussels: Commission of the European Communities.

EUMAP (2002). *Monitoring the EU accession process: corruption and anti-corruption policy*. New York: Open Society Institute.

European Roma Rights Centre (2006). *Ambulance not on the way: the disgrace of health care for Roma in Europe*. Budapest: European Roma Rights Centre.

Falkingham, J. (1997). *Household welfare in central Asia*. Basingstoke: Macmillan; New York: St. Martin's Press.

Faminow, M. D. (1998). *Cattle, deforestation, and development in the Amazon: an economic, agronomic and environmental perspective*. Wallingford, Oxon: CAB International.

- Farmer, P. E. and Reichman, L. B. (1999). *The global impact of drug-resistant tuberculosis*. Boston MA: Harvard Medical School/Open Society Institute.
- Fonseca, I. (1995). *Bury me standing: the gypsies and their journey*. London: Chatto & Windus.
- Glenny, M. (1996). *The fall of Yugoslavia: the third Balkan war*. London: Penguin.
- Godfrey, C. (1998) *A future for Caribbean bananas: the importance of Europe's banana market to the Caribbean*. Oxfam, Policy Department.
- Gott, R. (2005). *Hugo Chavez and the Bolivarian revolution: Richard Gott*. London: Verso.
- Hart, R. (1998). *From occupation to independence: a short history of the peoples of the English-speaking Caribbean Region*. London: Pluto Press.
- Hertz, E., Hebert, J. R. and Landon, J. (1994). Social and environmental factors and life expectancy, infant mortality, and maternal mortality rates: results of a cross-national comparison, *Social Science and Medicine*, 39(1): 105–114.
- Hey, J. (2005). On the number of New World founders: a population genetic portrait of the peopling of the Americas, *Public Library of Science Biology*, 3(6): e193.
- James, C. L. R. and Walvin, J. (2001). *The black Jacobins: Toussaint L'Ouverture and the San Domingo revolution*. London: Penguin.
- Jarvis, C. (2000). The Rise and Fall of Albania's Pyramid Schemes, *Finance & Development*, March: 46–49.
- Kaufman, R. R. (1988). *The politics of debt in Argentina, Brazil, and Mexico: economic stabilization in the 1980's*. Berkeley: Institute of International Studies.
- Korosteleva, E. A. and Lawson, C. W. (2003). *Contemporary Belarus: between democracy and dictatorship*. London: Routledge Curzon.
- Leon, D. A., Chenet, L., Shkolnikov, V. M. et al. (1997). Huge variation in Russian mortality rates 1984–94: artefact, alcohol, or what? *Lancet*, 350(9075): 383–388.
- Leon, D. A., Saburova, L., Tomkins, S., et al. (2007). Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia (The Izhevsk Family Study): a population-based case-control study, *Lancet*, 369: 2001–2009.
- Markina, S. S., Maksimova, N. M., Vitek, C. R., et al. (2000). Diphtheria in the Russian Federation in the 1990s, *Journal of Infectious Diseases*, 181 Suppl 1: 27–34.
- Markotic, A., LeDuc, J. W., Hlaca, D., et al. (1996). Hantaviruses are likely threat to NATO forces in Bosnia and Herzegovina and Croatia, *Nature Medicine*, 2(3): 269–270.
- McKee, M. (2007). Cochrane on communism: the influence of ideology on the search for evidence, *International Journal of Epidemiology and Surveillance*, *Lancet*, 367(9518): 1224–1226.
- McKee, M., Healy, J. and Falkingham, J. (2002). *Health care in central Asia*. Buckingham: Open University Press.
- McKee, M., MacLehose, L. and Nolte, E. (2004). *Health policy and European Union enlargement*. Maidenhead: Open University Press.
- McKee, M., Szûcs, S., Sárváry, A., et al. (2005). The composition of surrogate alcohols consumed in Russia, *Alcohol Clin Exp Res*, 29(10): 1884–1888.
- Open Society Institute (2006). Decade of Roma inclusion [web site] (<http://www.romadecade.org/>, accessed 27 November 2007). Budapest: Open Society Institute.
- Pearson, O. (2006). *Albania as dictatorship and democracy: from isolation to the Kosovo war, 1946–1998*. London: Centre for Albanian Studies in association with I. B. Tauris.
- Petras, J. F. and Veltmeyer, V. (2005). *Social movements and state power: Argentina, Brazil, Bolivia, Ecuador*. London: Pluto Press.
- Rechel, B. and McKee, M. (2004). *Learning lessons from the experience of the Task Force on Communicable Disease Control in the Baltic Sea Region*. London: European Centre on Health of Societies in Transition, London School of Hygiene & Tropical Medicine.
- Rechel, B. and McKee, M. (2005). *Human rights and health in Turkmenistan*. London: London School of Hygiene & Tropical Medicine.
- Ringold, D. and Orenstein, M. A. (2003). *Roma in an expanding Europe*. Washington, D.C.: World Bank.

- Romero, L. A. (2002). *A history of Argentina in the twentieth century*. University Park, Pa.: Pennsylvania State University Press; London: Eurospan.
- Rosefielde, S. (2005). *The Russian economy: from Lenin to Putin*. Oxford: Blackwell.
- Sepulveda, J. and Bustreo, F. (2006). Improvement of child survival in Mexico: the diagonal approach, *Lancet*, 368(9551): 2017–2027.
- Shaw, T. (2002). Once nearly eliminated, dengue now plagues all of Latin America, *Bulletin of the World Health Organization*, 80:606.
- Shkolnikov, V. M., Andreev, E. M., Jasilionis, D., et al. (2006). The changing relationship between education and life expectancy in central and eastern Europe in the 1990s, *Journal of Epidemiol and Community Health*, 60(10): 875–881.
- Smith, G. (1994). *The last years of the Monroe doctrine, 1945–1993*. New York: Hill and Wang.
- Suchlicki, J. (2001). *Mexico: from Montezuma to the fall of the PRI*. Washington, D.C.: Brassey's.
- Transparency International (2006). Corruption Perceptions Index [web site] (http://www.transparency.org/policy_research/surveys_indices/global/cpi, accessed 27 November 2007). London: Transparency International.
- Twigg, J. (2005). *PONARS Policy Memo 360 – National Security Implications of Russia's Health and Demographic Crisis*. Washington, D.C.: Center for Strategic and International Studies.
- UNICEF (2003). *Social monitor 2003: the MONEE Project, CEE/CIS/Baltic states*. Florence, Italy: United Nations Children's Fund.
- Walberg, P. and McKee, M. (1998). Economic change, crime, and mortality crisis in Russia: regional analysis, *British Medical Journal*, 317(7154): 312–318.
- Walker, T. W. and Walker, T. W. (2003). *Nicaragua: living in the shadow of the eagle*. Boulder, Colo: Westview Press.
- Wheatley, J. (2005). *Georgia from national awakening to Rose Revolution: delayed transition in the former Soviet Union*. Aldershot; Burlington, Vt.: Ashgate.
- WHO (2002). *World report on violence and health: summary*. Geneva: World Health Organization.
- WHO/Council of Europe Bank (2006). *Health and economic development in South-eastern Europe*. Paris: Council of Europe Bank.
- Williamson, E. (1992). *The Penguin history of Latin America*. London: Allen Lane.
- World Bank (2005). *Dying too young*. Washington, D.C.: World Bank.
- World Bank (2006). *2006 World Development Indicators*. Washington, D.C.: World Bank.
- World Bank (2007a). Investment Climate Surveys [web site] (<http://iresearch.worldbank.org/InvestmentClimate/>, accessed 9 March 2007). Washington, D.C: World Bank.
- World Bank (2007b). World Development Indicators [online database]. Washington, D.C.: World Bank (<http://www.worldbank.org/data/>, accessed November 2007).
- Zavialov, P. (2005). *Physical oceanography of the dying Aral Sea*. New York, NY: Springer.

Эффективные государственные меры по борьбе с инфекциями в странах переходного периода

Kelley Lee, John Wyn Owen

Введение

Прокатившаяся в последние десятилетия по всему миру волна реформ здравоохранения глубоко затронула способы финансирования и оказания медицинской помощи, бросив вызов устоявшимся представлениям о роли государства и рынка. С первой половины XIX века государство стало играть более активную роль в охране и укреплении здоровья населения, действуя напрямую. Возникшие в период промышленной революции эпидемии, которым способствовали миграция, развитие торговых связей и гражданские конфликты, побудили правительства заняться вопросами водоснабжения, санитарии, жилья, питания и условий труда. В XX веке влияние государства во многих странах еще более возросло, были созданы национальные системы здравоохранения (Lee 2003). Именно этими мерами, воздействовавшими на основные факторы, от которых зависит здоровье населения, было обусловлено беспрецедентное улучшение данного показателя в период с начала 1900-х гг. (Sen and Bonita 2000).

Реформы здравоохранения, охватившие весь мир с 1980-х гг., вновь подняли вопрос о роли государства. Первоначально был сделан шаг назад, в сторону уменьшения участия государства в финансировании здравоохранения и предоставлении медицинских услуг. С середины 1990-х гг. идеологический маятник стал отклоняться в обратную сторону, к признанию ведущей роли государства в осуществлении некоторых важнейших функций здравоохранения. Сегодня перед всеми странами стоит задача определить и согласовать те главнейшие функции, которые государство обязано взять на себя для максимальной защиты и укрепления здоровья населения.

В данной главе исследуется роль государства в обеспечении эффективных мер по борьбе с инфекционными заболеваниями; особое внимание при этом уделяется странам переходного периода. Сначала доказывается, что основные функции по борьбе с инфекционными заболеваниями

относятся к категории «общественных товаров» и, таким образом, требуют коллективных действий под руководством государства. Кратко излагаются условия, необходимые для выполнения этих функций, с акцентом на принципах жизнестойкости системы при разрешении чрезвычайных ситуаций в общественном здравоохранении. Затем рассматриваются конкретные проблемы, стоящие перед странами переходного периода, в которых правительства сталкиваются со слабой инфраструктурой, политической и экономической нестабильностью и даже гражданскими конфликтами. В заключение приводятся рекомендации по оказанию поддержки таким странам в рамках мирового здравоохранения.

Почему необходимо участие государства?

Инфекционные болезни по определению представляют опасность не только для отдельно взятого человека внутри общества, поэтому борьба с ними требует как индивидуальных, так и коллективных действий. К инфекционным болезням относится «любая болезнь, которая может передаваться от человека к человеку» (Martin 1998). В зависимости от конкретного заболевания риск может ограничиваться определенной группой населения или затрагивать население в целом. Опасность может быть локальной, а может распространяться на гораздо более обширную территорию.

Именно коллективный характер риска превращает мероприятия по борьбе с инфекционными заболеваниями в общественный товар. Чисто «индивидуальный» товар (например, пирожное) – это товар, потребление которого можно отсрочить до его оплаты, а будучи один раз потреблен, он не может потребляться снова. Чисто «общественный» товар (например, маяк) имеет два важных свойства: а) неконкурентное потребление, означающее, что использование данного товара одним человеком не ограничивает возможности его использования другими, и б) неисключаемость из потребления, т. е., будучи однажды произведен, этот товар становится доступным всем людям. В действительности большинство товаров занимают промежуточное положение между чисто индивидуальными и чисто общественными: существует целый круг индивидуальных товаров, обладающих внешними эффектами, и общественных товаров, приносящих индивидуальную выгоду (Woodward and Smith 2003). Считается, что государство должно активно участвовать в предоставлении общественных товаров, так как в противном случае (если эта функция окажется всецело во власти рынка) подобных товаров будет производиться недостаточно.

В последние годы понятие общественного товара стали применять к сфере здравоохранения, чтобы выделить функции, с которыми государство способно справиться лучше, чем рынок. Под этим углом зрения полезно рассмотреть борьбу с инфекционными заболеваниями, охарактеризовав некоторые ключевые ее аспекты как общественные товары. Сведение к минимуму распространения инфекционных заболеваний приносит пользу всем членам общества, и можно считать, что подобный «товар» (снижение риска заражения и бремени болезни) отвечает таким признакам общественного товара, как неконкурентное потребление и неисключаемость из потребления.

Кроме того, в этой сфере могут происходить сбои рыночных механизмов, приводящие к недопоставке многих связанных с инфекционными заболеваниями товаров. Во-первых, у отдельно взятого человека почти нет стимула вкладывать в такие товары свои личные средства. Создание системы эпидемиологического надзора приносит выгоду всем членам общества, и эту выгоду нельзя отсрочить до получения оплаты. От эпидемиологического надзора выигрывает каждый человек, независимо от того, платил он за него или нет. Во-вторых, и это связано с первым, если некоторые функции, например иммунизацию, оставить во власти рынка, возникает проблема «безбилетников». Так, если при данном уровне вакцинации риск заболевания корью для населения в целом снижается, у отдельных людей может появиться мотив «проехать без билета», т. е. уклониться от прививок, воспользовавшись добросовестностью тех, кто исправно проходит вакцинацию. Если таких людей окажется достаточно много, охват иммунизацией уменьшится, что может привести к вспышке заболеваемости и создать риск для всех, кому не сделаны прививки. В-третьих, есть много инфекций, которые встречаются редко или сосредоточены в основном среди малоимущих слоев населения, поэтому вложение средств в борьбу с этими болезнями не приносит экономической отдачи, достаточной, чтобы побудить рынок к действию. Например, так называемые «пренебрегаемые болезни» не привлекают достаточного внимания фармацевтических компаний, поскольку этими заболеваниями страдает небольшое количество людей либо больные не могут оплатить лечение. В подобных случаях от государства требуется мобилизовать другие ресурсы или создать дополнительные стимулы, побуждающие бороться с такими болезнями. В-четвертых, повышенный риск инфекционных заболеваний может представлять собой отрицательный внешний эффект индивидуального или коллективного поведения других членов общества. Чтобы свести подобное поведение к минимуму, необходимы регулятивные меры. В-пятых, в ситуациях, когда предпринимаемые действия приводят не столько к индивидуальной, сколько к коллективной выгоде, государство должно распределять затраты между всеми гражданами. Например, суммарная выгода, которую приносит обществу система эпидемиологического надзора, значительно превосходит затраты на нее, но лишь при условии что эти затраты разделяет все общество. Аналогичным образом, добиться эффективности затрат на искоренение заболевания (например, полиомиелита) невозможно, если государство не будет вкладывать средства в такие мероприятия. В целом, если оставить общественные товары во власти рынка, они не будут производиться в достаточном количестве и потребуются вмешательство государства.

В некоторых случаях очевидно, что государство обязано предоставить общественные товары, связанные с инфекционными заболеваниями, но ввиду ограниченных ресурсов и возможностей оно должно расставить приоритеты. На этот процесс могут повлиять два фактора. Во-первых, хотя инфекционные заболевания представляют собой коллективный риск, характер этого риска бывает разным. Одни болезни потенциально опасны для всех членов общества (грипп, корь), но в некоторых группах (старики, дети) риск особенно высок. Другие болезни могут представлять опасность только для отдельных групп населения в связи с их проживанием в определенных географических регионах (например, в тропиках), рискованным

поведением (например, употреблением инъекционных наркотиков) или иными факторами (генетическими особенностями, родом занятий), которые повышают риск заражения тем или иным патогенным микроорганизмом. Кроме того, болезни различаются по остроте и степени тяжести. Так, легочная чума до сих пор внушает ужас из-за острого течения и высокой смертности. Другие инфекционные заболевания менее опасны (например, вирус простого герпеса типа 1). Определяя свою роль в расстановке приоритетов, государство должно учитывать степень и характер опасности конкретных болезней для общества и относительную выгоду от выделения средств на борьбу с ними из имеющихся скудных ресурсов.

Во-вторых, роль государства будет разной в зависимости от конкретных мероприятий по профилактике, контролю, лечению и реабилитации. Было бы прекрасно, если бы все инфекционные заболевания удавалось предотвратить, но ни одному государству это не под силу. Не всегда известна этиология инфекций (в частности, появившихся недавно). Некоторые процессы (например, миграция диких птиц) неподвластны государству, другие требуют совместных действий многих стран (например, вспышки менингококковой инфекции среди паломников, совершающих хадж). В поисках эффективных мер борьбы с инфекционными заболеваниями необходимо оценить возможности существующей инфраструктуры общественного здравоохранения. Пораженное болезнью население может находиться в труднодоступных районах, могут отсутствовать научно обоснованные методы диагностики (новый вариант болезни Крейтцфельда–Якоба), либо диагностика может требовать очень деликатного подхода (ВИЧ/СПИД). Иногда отсутствуют необходимые лекарственные препараты (например, профилактические и противовирусные средства), будь то обусловлено состоянием медицинской науки, дороговизной или плохим снабжением.

Роль государства в борьбе со вспышками инфекционных заболеваний

Хотя роль государства в отношении конкретного инфекционного заболевания определяется целым комплексом стратегических соображений, можно выделить шесть основных принципов, которые нужно соблюдать при создании базы для эффективной борьбы с заболеванием (табл. 3.1). Эти принципы полезно осмыслить с точки зрения «жизнестойкости», которая определяется как «способность на всех уровнях системы выявлять, предотвращать и устранять проблемы, приводящие к сбоям, и ликвидировать последствия таких сбоев». Такая способность зависит от наличия «хорошо спланированной, тщательно координируемой и полностью интегрированной системы управления в чрезвычайных ситуациях» (SARS Expert Committee 2003). Выполнение соответствующих функций (например, организация лабораторных служб, подготовка медицинских работников) не обязательно лежит на государственных органах, но именно государство играет ведущую роль в том, чтобы в основу действий были положены принципы жизнестойкости.

Один из примеров – Агентство по охране здоровья (Health Protection Agency, HPA), ведущая организация в Соединенном Королевстве, учрежденная на основании специального закона в 2003 г. Эта организация

Таблица 3.1. Основные принципы обеспечения жизнестойкости системы общественного здравоохранения в борьбе со вспышками инфекционных заболеваний

<i>Принцип</i>	<i>Меры</i>
Эпидемиологический надзор и регистрация	Подготовка эпидемиологов и контроль за их работой; разработка стандартов эпидемиологического надзора; отслеживание тенденций заболеваемости в географическом и временном аспектах; выявление новых опасных заболеваний; выявление вспышек заболеваний; сообщение о предполагаемых и подтвержденных случаях соответствующим органам местного, национального, регионального и международного уровня; выработка надлежащих мер профилактики и борьбы; оценка эффективности вмешательств
Комплексное планирование на случай чрезвычайных ситуаций	Разработка и внедрение чрезвычайного плана на случай крупных эпидемических вспышек; согласование протоколов для объявления эпидемии, формирование бригады по борьбе с эпидемией и принятие контрмер; четкое определение функций и обязанностей членов этой бригады и других соответствующих органов; принятие мер по мобилизации ресурсов (объединение и совместное использование ресурсов); обеспечение взаимодействия между членами бригады по борьбе с эпидемией и организация связи с населением; оценка эффективности чрезвычайного плана после окончания эпидемии
Четкие структуры командования и управления	Наличие структур оперативного командования и управления для принятия решений и осуществления действий на местах; наличие структур тактического командования и управления для определения приоритетов в получении и распределении ресурсов и для планирования и координации ответных действий; наличие структур стратегического командования и управления для постановки стратегических задач, создания общей системы управления, обеспечения долгосрочных ресурсов и квалифицированных кадров; создание необходимой законодательной базы для надлежащего реагирования со стороны общественно-го здравоохранения
Координированные ответные действия	Анализ взаимоотношений между различными организациями и уровнями системы здравоохранения для обеспечения совместных координированных действий на местном, национальном, региональном и международном уровнях
Достаточные резервные мощности	Вложение средств в материально-техническую базу учреждений здравоохранения первичного и третичного уровня, включая меры (в том числе изоляционные) по предотвращению распространения инфекции; набор персонала и обучение необходимым клиническим специальностям и навыкам; базовое обучение других медицинских работников мерам борьбы с инфекционными заболеваниями
Прозрачная и эффективная коммуникация	Оперативное предоставление населению четкой и достоверной информации; обучение руководителей высокого ранга методам работы со средствами массовой информации; создание программ просвещения населения по вопросам охраны здоровья

Источник: SARS Expert Committee 2003, с изменениями.

ответственна за рекомендации по борьбе со вспышками серьезных инфекционных заболеваний и поддержку соответствующих правительственных мер и наделена значительными полномочиями для обеспечения согласованных, эффективных и грамотных ответных действий на общенациональном уровне в случае угрозы здоровью населения. С момента своего создания Агентство по охране здоровья столкнулось с рядом новых проблем, включая вспышку тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС), подготовку к пандемии гриппа, крупные химические аварии, обучение персонала и отработку сценариев чрезвычайных ситуаций. Одна из важных функций данной организации – обеспечить жизнестойкость системы здравоохранения и прогнозировать новые угрозы, чтобы заранее готовиться к ним, предотвращать их, а если они все же возникнут, помочь защитить население и ослабить последствия. Такой подход к существующим и потенциальным угрозам здоровью населения, включающий подготовку, предупреждение и защиту, внедрен в комплексную систему охраны здоровья на всех уровнях.

Таким образом, государству отводится вполне определенная роль в обеспечении эффективных мер по борьбе с инфекционными заболеваниями. Будучи общественным товаром, повышение жизнестойкости системы здравоохранения к вспышкам заболеваний (и другим чрезвычайным ситуациям в общественном здравоохранении) приносит пользу всем членам общества. Создание базы на основе шести упомянутых выше принципов позволяет лучше понять встающие перед государством рабочие проблемы в этой области.

Роль законодательства об общественном здравоохранении

Законодательство об общественном здравоохранении имеет важнейшее значение для подкрепления роли государства. В работе Gostin (2004a) это законодательство определяется как «исследование юридических полномочий и обязанностей государства по обеспечению условий для сохранения здоровья граждан (например, по выявлению, предупреждению и ослаблению угроз здоровью населения) и установление пределов полномочий государства ограничивать автономность, неприкосновенность частной жизни, свободу, право собственности и иные охраняемые законом интересы граждан с целью защиты и укрепления общественного здоровья». В большинстве стран действующее законодательство об общественном здравоохранении не упорядочено, неполно и нуждается в усовершенствовании и оптимизации. Хуже всего обстоит дело с инфекционными заболеваниями, где нет четкого распределения сфер компетенции. Соответственно, нет четкого разграничения функций и обязанностей, есть риск бесполезной траты сил и дублирования, а также опасный вакуум между разными уровнями государственного управления. Нынешнее законодательство об общественном здравоохранении в значительной мере сложилось в XIX веке в результате кризисных мер, предпринимавшихся в связи с той или иной конкретной ситуацией, и не представляет собой единой системы. Таким образом, законодательство в этой сфере нередко отстает от общих реформ как в области медицинского обслуживания, так и в области местного самоуправления.

Необходимость в надлежащей законодательной базе, позволяющей успешно бороться со вспышками инфекций, ощущается и на международном уровне. Инфекционные заболевания, пожалуй, представляют собой классический пример того, насколько важно сотрудничество между странами — ведь для болезней не существует государственных границ. Для более эффективной борьбы с общей угрозой страны могут объединять усилия точно так же, как делают это отдельные члены общества. Центром такого сотрудничества является ВОЗ. В отношении инфекционных заболеваний она взаимодействует с уполномоченными учреждениями здравоохранения во всех странах, входящих в ее состав. В ходе такого взаимодействия стороны руководствуются согласованной номенклатурой и классификацией болезней, а также Международными медико-санитарными правилами, которые до недавнего пересмотра предполагали обязательное сообщение о вспышках только трех заболеваний — чумы, желтой лихорадки и холеры. Возможно и сотрудничество в рамках региона через одно из шести региональных бюро ВОЗ или через ЕС. Совместная деятельность может включать эпидемиологический надзор и регистрацию, сотрудничество в приграничных районах, сценарное планирование и мобилизацию ресурсов.

Осознание недостатков существующего законодательства об общественном здравоохранении привело к некоторому «оживлению» в этой сфере: «заметны признаки возрождения деятельности различных национальных и международных организаций; правительства стран начинают серьезно реформировать устаревшие законы об общественном здравоохранении и ставить вопрос о создании эффективных систем управления на всех уровнях — местном, национальном и мировом». В работе Gostin определены пять жизненно важных характеристик законодательства об общественном здравоохранении на национальном уровне:

- государство — на него возлагается особая ответственность за общественное здравоохранение, а партнерами выступают общественность, деловые и научные круги, средства массовой информации;
- население — в центр внимания общественного здравоохранения ставится здоровье населения в целом, а не здоровье отдельных граждан;
- взаимоотношения — общественное здравоохранение занимается взаимоотношениями между человеком, государством и населением в целом (или между государством и людьми, которые ставят под угрозу свое здоровье или здоровье общества);
- услуги — общественное здравоохранение предоставляет населению услуги, опираясь на свои научные методологии (биостатистика и эпидемиология);
- полномочия — органы общественного здравоохранения обладают полномочиями регулировать поведение людей и предприятий для защиты населения, не полагаясь всецело на почти универсальный этический принцип добровольности.

Таким образом, законодательство об общественном здравоохранении возлагает на государство особую ответственность за обеспечение потребностей населения в медико-санитарном обслуживании. Следует признать, что этот процесс носит в высшей степени политический характер, и для

того, чтобы он был эффективным, поборники общественного здравоохранения должны постоянно и активно работать с населением, пострадавшим от болезней.

Управление борьбой с инфекционными заболеваниями на мировом уровне

Пока правительства решают вопрос об адекватности учреждений общественного здравоохранения в своих странах, предпринимаются попытки укрепления еще более слабой инфраструктуры общественного здравоохранения на международном уровне. Международное законодательство представляет собой совокупность правил и принципов, регулирующих поведение государств и отношения между ними, работу международных организаций, отношения между государствами и физическими или юридическими лицами, а в некоторых случаях и поведение лиц по отношению друг к другу. Система правовых норм издавна служила центральным механизмом управления международными отношениями. В этом контексте международное законодательство — важнейший инструмент, который позволяет государствам координировать свои действия и сотрудничать в вопросах, представляющих взаимный интерес. Со временем международное законодательство стало регулировать не только межгосударственные отношения, но и отношения между государствами и их гражданами, как, например, в случае прав человека и обязанностей людей друг перед другом.

Для общественного здравоохранения важны такие сферы международного законодательства, как торговля, экология, гуманитарные вопросы, трудовые отношения и ограничение вооружений. Международные законы по отдельным проблемам здравоохранения были в основном разработаны во второй половине XX века вне рамок ВОЗ. Нежелание ВОЗ принять международные правовые инструменты и нормы «жесткого права» свидетельствует о том, что эта организация отдает предпочтение «мягкому праву», т. е. юридически не обязывающим конвенциям и соглашениям с государствами о подходе к международным проблемам здравоохранения. Два примечательных исключения — Конвенция по борьбе с курением и введенные ВОЗ Международные медико-санитарные правила. Последние остаются главным правовым механизмом борьбы со вспышками инфекционных заболеваний. Разработанные на основе итогов международных совещаний по вопросам санитарии, которые проводились в XIX веке с целью минимизировать последствия отдельных инфекционных заболеваний для торговли и коммерции, Международные медико-санитарные правила долгое время считались ограниченными по сфере действия и полномочиям. Эти недостатки стали особенно очевидными на фоне глобализации, которая привела к увеличению миграции людей и других живых организмов, расширению торговых и финансовых связей, а также усилению обмена знаниями и идеями между странами. В подобных условиях возникла потребность в пересмотре Международных медико-санитарных правил, в том числе по следующим соображениям: соблюдение правил в контексте государственного суверенитета; опора на пограничный контроль, а не на «установленные на глобальном уровне правила, требующие, например, наличия у государственной системы здравоохранения мощных

возможностей»; несоответствие задач мирового здравоохранения техническому обеспечению и ресурсам, имеющимся в распоряжении стран с низким и со средним уровнем доходов (Gostin 2004b). В процессе затянувшегося пересмотра правил грянула эпидемия ТОРС, еще раз подтвердившая необходимость дальнейшего обновления Международных медико-санитарных правил. Их новая редакция, принятая в мае 2005 г., предусматривает совершенно новый международный правовой режим, направленный на усиление защиты здоровья населения от опасностей международного значения (включая биологическую, химическую и ядерную угрозы). Эти правила создают новую основу для сотрудничества в случае чрезвычайных ситуаций, угрожающих здоровью населения в международном масштабе, определяя, при каких обстоятельствах о случаях заболеваний необходимо сообщать как о потенциальной международной опасности. В дополнение к усовершенствованной системе эпидемиологического надзора Международные медико-санитарные правила содержат рекомендации по медико-санитарным мерам и «базовым возможностям» государства в сфере эпидемиологического надзора и борьбы с эпидемиями. Эти меры, в свою очередь, включены в систему механизмов защиты прав человека и принципов надлежащего управления (Gostin 2004c). Правила также требуют от государств обеспечить возможность отслеживания опасных ситуаций и принятия ответных мер с помощью и при поддержке ВОЗ, других государств и различных ведомств, таких как европейские или американские Центры по контролю заболеваемости.

Проблемы, стоящие перед странами переходного периода

В каждой из стран переходного периода, характеризующегося быстрыми и значительными политическими, экономическими и социальными изменениями, возникают свои, особые проблемы, которые зависят от исторических, политических и экономических условий. Есть и общие для таких стран трудности, одна из них — неспособность или нежелание государства выполнять определенные жизненно важные функции, предоставлять населению в достаточном объеме общественные товары, такие, как безопасность, государственные учреждения, управление экономикой, а также основные социальные услуги — здравоохранение, образование, снабжение водными ресурсами. Иногда это обусловлено отсутствием территориального контроля и недостаточным присутствием государства на местах, слабостью политической власти, недостатком компетентного управления экономикой или невозможностью обеспечить достаточные административные ресурсы для реализации государственной политики. В других случаях отсутствует четко выраженный политический курс на выполнение определенных важнейших функций в отношении отдельных групп людей (малоимущих граждан, этнических меньшинств, жителей некоторых регионов) или населения в целом (Moreno Torres and Anderson 2004).

Конкретные инфекционные заболевания, представляющие проблему в странах переходного периода, рассматриваются в других главах книги. Что же касается роли государства, то прежде всего следует признать, что существовавшая при советском строе приверженность политическим

обязательствам по борьбе с заболеваниями облегчила эпидемиологический переход в регионе. Как и в западных странах, в бывших советских республиках острые инфекции уже не являются главной причиной смертности благодаря созданию всеобъемлющей системы мониторинга и применению мер принудительного характера (McKee and Zatonski 2003). Однако с момента окончания холодной войны во многих странах политическая и экономическая нестабильность резко ограничила возможности государства. В особенно тяжелом положении оказались страны Центральной Азии и Кавказа; с немалыми трудностями столкнулись также Российская Федерация и страны Восточной Европы. Как следствие, участились случаи некоторых инфекционных заболеваний.

На протяжении переходного периода перед государством встают серьезные проблемы, затрудняющие эффективную борьбу с инфекционными заболеваниями. Во-первых, во многих странах переходного периода значительно сократились расходы на общественные услуги, включая здравоохранение. Данные Всемирного банка по 118 странам свидетельствуют о том, что с середины 1980-х гг. реальные подушевые расходы на образование и здравоохранение в развивающихся странах в среднем выросли, а в странах с переходной экономикой — снизились. (Gupta, Clements and Tiongson 1998).

Это означает недостаточное вложение средств в инфраструктуру здравоохранения, сокращение объема и масштабов деятельности государства по выполнению описанных выше дополнительных функций, касающихся инфекционных заболеваний. Так, в первые годы преобразований во многих бывших социалистических странах Европы (за исключением Венгрии и Чешской Республики) резко упал индекс реальных подушевых расходов на здравоохранение. Если принять этот показатель за 1990 г. равным 100, то в 1993 г. он составил в Албании 37,7, в Литве — 44,9, в Словении — 98,2 (в 1991 г. — 65,7), а в Туркменистане — 42,2 (ILO 1999). В Латинской Америке и странах Карибского бассейна макроэкономические реформы 1980-х гг. привели к сокращению государственных расходов на здравоохранение с сопутствующим снижением показателей здоровья населения (Franco-Giraldo, Palma and Álvarez-Dardet 2006).

Указанные изменения в значительной мере были обусловлены экономической нестабильностью в переходный период. Такие изменения могут проявляться, в частности, в неспособности обеспечить поступление в казну достаточных денежных средств для финансирования государственного сектора и эффективного расходования полученных средств. Так, Tanzi (1999) в своей работе отмечает следующее.

Переход на рыночную экономику полностью не произойдет до тех пор, пока не будут созданы действующие финансовые учреждения, а также разумные и доступные программы расходования средств, в том числе базовые системы социальной защиты безработных, больных и пожилых. Программы расходования средств должны финансироваться из доходов государства за счет налогов, не обременяя чрезмерно частный сектор. Поскольку уровень налогообложения в любой стране зависит, помимо прочего, от степени ее экономического развития, а также от совершенства налоговой системы и административного управления, эти факторы необходимо учитывать при

обсуждении расходов государственного бюджета... Если государственные служащие не получают зарплату, а пенсионерам не выплачивают положенные по закону пенсии, значит, в бюджетном процессе и бюджетной политике в целом есть какой-то глубокий изъян.

Однако сокращение государственных расходов на здравоохранение может объясняться и недостаточным вниманием государства к этой сфере. Страны переходного периода стоят перед выбором, куда направить свои довольно ограниченные ресурсы, спрос на которые очень велик. Дело осложняется еще и тем, что сами преобразования требуют затрат, поэтому приоритет может быть отдан другим направлениям, например созданию новых экономических и политических институтов, необходимых для рыночной экономики. Исторически сложилось так, что общественное здравоохранение всегда имело низкий приоритет даже в странах с высокими доходами; то же самое справедливо и для страны переходного периода. Так, Рабочая группа по борьбе с инфекционными заболеваниями в регионе Балтийского моря, учрежденная главами правительств стран региона в 2000 г. для усиления борьбы с инфекционными заболеваниями, выявила необходимость в усилении внимания государства к этой проблеме и в увеличении государственного финансирования (Rechel and McKee 2004). Еще одним примером служит сбой в программах вакцинации в Российской Федерации, приведший к вспышке дифтерии в 1990–1993 гг.: в этот период было зарегистрировано 10 000 случаев заболевания (CDC 1993).

Во-вторых, в некоторых странах переходного периода политическая власть столкнулась с прямым вызовом, что, в свою очередь, отразилось на способности правительства определять и осуществлять государственную политику. Требования этнических групп в Российской Федерации, Украине, Чечне, Казахстане, Узбекистане и других странах предоставить им более широкие демократические права свидетельствуют об углублении так называемого «кризиса легитимности» — так Комиссия по проблеме слабых государств и национальной безопасности США описывает ситуацию, в которой «государство оказывается не в состоянии поддерживать институты, защищающие основные права и свободы его граждан. Отсутствие легитимности открывает дорогу жесткой политической оппозиции, а также создает больше возможностей для коррупции» (Commission on Weak States and US National Security 2004). Государство, не обладающее политическим авторитетом у своих граждан и политической властью над социальными институтами, не способно к эффективным действиям. Поскольку инфекционные заболевания представляют собой опасность для всего общества, государство должно учитывать потребности всех категорий населения, включая этнические меньшинства, малообеспеченные слои и тех, кто лишен гражданских прав.

В-третьих, для эффективной борьбы с инфекционными заболеваниями требуется материально-техническая и кадровая база, которая в странах переходного периода находится в бедственном положении. Не только лечебно-профилактические, но и научно-исследовательские учреждения, высшие учебные заведения и медицинские колледжи столкнулись с нехваткой ресурсов и растущей миграцией квалифицированного персонала за рубеж. Такая «утечка мозгов» стала приметой времени на ранних этапах преобразований, поскольку самые лучшие и способные специалисты покидали регион, чтобы продолжить свое образование и карьеру в другом

месте (Berglöf 2001). Вступление 10 стран в ЕС в 2004 г. дало их жителям возможность свободно перемещаться в любую из 15 других стран – членов ЕС, многие из которых испытывают серьезную нехватку медицинских кадров. Миграция медицинских работников приобрела характер цепной реакции, связанной с мировым спросом и предложением.

Миграция происходит и в промышленно развитых странах, причем направление ее все время меняется. Соединенное Королевство заменило своих медицинских специалистов, эмигрировавших в Северную Америку, приезжими из Германии. В Германии, в свою очередь, работают много врачей из Чешской Республики, и их число неуклонно растет. В ожидании массового исхода специалистов после вступления в ЕС в мае 2004 г. чешские медицинские учреждения нашли выход в привлечении работников из соседней Словакии. Последствия приема на работу мигрантов существенно отражаются на положении стран, откуда происходит отток рабочей силы (Hamilton and Yau 2004).

Есть надежда, что страны переходного периода, выступающие источником квалифицированной рабочей силы, извлекут из этого пользу в виде возможностей обучения и денежных переводов из-за рубежа. На практике, однако, мало кто из мигрантов возвращается на родину, что приводит к постоянному ослаблению систем общественного здравоохранения.

В-четвертых, страны переходного периода могут испытывать дополнительные трудности в связи с более глубокими переменами, которые влияют на распространение инфекционных заболеваний. Не случайно инфекционные заболевания расцветают пышным цветом там, где нет политической и экономической стабильности. В Российской Федерации, например, с начала 1990-х гг. резко возросла заболеваемость и смертность от туберкулеза: эти показатели вернулись к уровню, который в последний раз наблюдался в конце 1970-х гг. Смертность от туберкулеза среди мужчин в возрасте 20–24 лет сегодня в два раза выше, чем в 1965 г. Среди причин такой ситуации – усугубление нищеты и безработицы, рост бездомности и усиление миграции. О тесной связи между социальными условиями и инфекционными заболеваниями свидетельствует также тревожный рост распространенности полирезистентного туберкулеза на фоне увеличения числа заключенных, живущих в условиях скученности и антисанитарии (Stern 1999). Аналогичным образом, повышение экономической уязвимости людей вследствие безработицы, невыплаты заработной платы и отсутствия социальной защиты наряду с социальной изоляцией и раздробленностью способствовали распространению так называемых рискованных форм поведения, в частности употребления инъекционных наркотиков и коммерческого секса. И то, и другое внесло свой вклад в тревожный рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией в бывших советских республиках (Schwalbe and Harrington 2002). Рост заболеваемости в сочетании с развалом системы здравоохранения означал, что принятие эффективных мер по охране здоровья населения требовало от правительства Российской Федерации напряженных усилий. В политике масштабных преобразований вопрос о последствиях реформ для общественного здоровья не занимал центрального места, об этом задумались позже.

Подытоживая, можно сказать, что распространение многих инфекционных заболеваний в условиях политической и экономической нестабильности, свойственной переходному периоду, происходит не случайно.

Во многих странах отказ от старых форм государственного управления сопровождался непрерывными попытками создать новые формы, которые позволили бы выполнять основные функции государства. Возникающий при этом институциональный вакуум ослабляет способность правительства к эффективным действиям. Тесная связь между компетентностью правительства и успешностью борьбы с инфекционными заболеваниями позволяет извлечь важные уроки при оказании поддержки таким странам.

Поддержка действенных государственных мер в странах переходного периода

Отправной точкой оказания поддержки странам переходного периода для обеспечения эффективных мер по борьбе с инфекционными заболеваниями служит необходимость защищать и укреплять здоровье населения в регионе. В предоставлении этого общественного товара и в организации коллективных действий по созданию жизнестойкой системы борьбы со вспышками инфекций роль государства незаменима. Кроме того, хорошее здоровье населения — одно из основных условий спокойствия и стабильности в обществе. Коротко говоря, успех «переходного периода» зависит от того, насколько хорошо государство справится со своими обязанностями (основными функциями).

Кроме того, меры, предпринимаемые в странах переходного периода, нельзя рассматривать в изоляции от более широких мер по защите и укреплению здоровья населения во всем мире. Инфекционные заболевания и раньше не знали границ, но глобализация позволила многим болезням распространяться еще быстрее и на более дальние расстояния. Давно признано, что эпидемии представляют опасность для всего мирового сообщества. Сотрудничество в этой сфере нашло воплощение в принятии согласованных мер, таких, как выработка Международных медико-санитарных правил. Одной из главных задач остается пересмотр и внедрение этих правил, повышение их роли в изменчивом мире. Есть надежда, что смещение акцента с отдельных заболеваний на угрозы здоровью населения всей планеты заставит внимательнее отнестись к системам здравоохранения и к обществам в целом. Как отмечается в работе Mills и Shillcutt (2004), «...для стойкого улучшения здоровья населения требуется надежное и доступное медицинское обслуживание в сочетании с целенаправленными мерами по усилению борьбы с приоритетными заболеваниями». Основным направлением международного сотрудничества в области борьбы с инфекциями остаются эпидемиологический надзор и регистрация. Разработке методов лечения, созданию вакцин и, быть может, самой большой проблеме — введению в действие надлежащих ресурсов для укрепления возможностей слабых систем здравоохранения — уделяется гораздо меньше внимания.

Другая трудность заключается в фундаментальном противоречии между коллективными интересами мирового сообщества и ограниченными на сегодняшний день возможностями регулирования действий суверенных государств. В большинстве стран существуют законы об общественном здравоохранении, подкрепленные карательными санкциями, которые государство при необходимости может применять, чтобы обеспечить соблюдение гражданами мер, снижающих или сводящих к минимуму

коллективный риск заболевания. При этом риск для общества в случае несоблюдения таких законов отдельными его членами должен быть тщательно сопоставлен с возможным ущемлением прав человека. На международном уровне сотрудничеству между странами может помешать жесткая защита государственного суверенитета и отсутствие стимулов к соблюдению Международных медико-санитарных правил. Как же примирить меры принуждения с общепризнанными нормами в отношении прав человека в отсутствие наднационального органа (т. е. мирового правительства)?

Вмешательство в дела стран, не соблюдающих Международные медико-санитарные правила, представляется весьма проблематичным. Более перспективны меры по расширению сети источников, дающих сведения о вспышках заболеваний. Так, Международная сеть оповещения о вспышках заболеваний и ответных действий (GOARN) получает информацию как из государственных, так и из негосударственных источников. Координирующим органом остается ВОЗ, а GOARN успешно действует благодаря своей способности выявлять и подтверждать вспышки заболеваний, используя множество разнообразных источников данных. Применение глобальных информационных и коммуникационных технологий в сочетании с нормами как жесткого, так и мягкого права (посредничество, вынесение судебных решений, стимулы) формируют новую систему управления здравоохранением на мировом уровне (Gostin 2004a).

Еще одна проблема, имеющая сходные последствия, связана с тем, что правительства не всегда способны к эффективному сотрудничеству, так как их возможности ограничены. Необходим глобальный подход, то есть правительство должно четко осознавать, что достижение некоего минимального потенциала в каждой отдельно взятой стране жизненно важно для общих интересов всех стран. В таких условиях страны переходного периода нуждаются в поддержке для повышения жизнестойкости своих систем здравоохранения в борьбе со вспышками инфекций. Соответствующие инвестиции скорее всего принесут значительную пользу населению в целом (Mills and Shillcutt 2004) и снизят риск распространения инфекций на территории других стран. Как отмечено в работе Barrett et al. (1998), «недавний всплеск смертности от инфекционных заболеваний знаменует собой третий эпидемиологический переход, характеризующийся возникновением новых и возвращением старых болезней, появлением устойчивых к антимикробным средствам возбудителей в условиях, когда экология болезней человека все быстрее приобретает общемировые масштабы». Таким образом, все государства заинтересованы в том, чтобы вкладывать средства в «мировые общественные товары», определяемые как «товары, общественные свойства которых (т. е. неисключаемость и неконкурентность) *выходят за рамки национальных границ*» (Woodward and Smith 2003).

Каковы же рекомендации по поддержанию эффективного функционирования государства в переходном периоде с учетом вышеупомянутых трудностей? Во-первых, *рекомендуется договориться о минимальных стандартах, которым должна отвечать национальная система общественного здравоохранения*. В основу таких стандартов может быть положен, например, изложенный в этой книге принцип жизнестойкости. Основные возможности (в частности, касающиеся эпидемиологического надзора и ответных действий) должны быть «одинаково мощными для всех национальных систем общественного здравоохранения», чтобы эти системы

могли «оперативно выявлять угрозы здоровью населения и принимать ответные меры в тех районах, откуда эти угрозы исходят» (Gostin 2004c). В стандартах должна оговариваться обязанность государства как члена мирового медицинского сообщества обеспечить наличие таких возможностей.

Во-вторых, выделение ресурсов для укрепления потенциала общественного здравоохранения следует рассматривать как экономически оправданное вложение средств в обеспечение готовности и жизнестойкости системы здравоохранения. Анализ прямых и косвенных финансовых затрат, связанных с крупными вспышками заболеваний, показывает, что последствия могут быть весьма широкими, подрывающими экономику страны и региона. Обеспечение соответствия национальных систем общественного здравоохранения в странах переходного периода минимальным стандартам позволяет более действенно реагировать на подобные события и успешнее преодолевать их последствия. Если государству для выполнения своих обязательств в сфере общественного здравоохранения требуется поддержка, мировое сообщество должно оказать ему техническую и финансовую помощь. Страны с высокими доходами должны воспринимать это как вложение средств в мировой общественный товар и осознавать, что поддержка жизнестойкости систем здравоохранения на национальном уровне укрепляет способность мирового сообщества реагировать на чрезвычайные ситуации и преодолевать их последствия.

В-третьих, в деятельности по повышению жизнестойкости системы борьбы с инфекционными заболеваниями рекомендуется вовлекать и те ветви власти, которые не имеют непосредственного отношения к здравоохранению. Чтобы добиться успеха, необходимо обеспечить тесное взаимодействие всех четырех ветвей власти, на которых зиждется государство: законодательной, исполнительной, судебной и административной. Признание важности главных факторов, от которых зависит здоровье населения, означает, что наращивание возможностей общественного здравоохранения неотделимо от решения проблем, встающих перед странами переходного периода в ходе фундаментальных политических и экономических преобразований. Возникшие недавно чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения показали, что для привлечения нужных секторов к реализации шести принципов жизнестойкости крайне важна слаженная работа всех государственных структур. Необходимо также понять, что последствия вспышек инфекционных заболеваний выходят далеко за пределы сектора здравоохранения и для минимизации таких последствий требуются скоординированные действия.

В-четвертых, несмотря на ведущую роль государства в обеспечении общественного реагирования на вспышки инфекционных заболеваний, рекомендуется принять во внимание, что важный вклад в управление здравоохранением могут внести частный сектор и общественные организации. Достижение нужного баланса между государственными и негосударственными учреждениями — извечная проблема систем здравоохранения во всем мире. В переходном периоде государственные учреждения оказались ослаблены, а укреплению других институциональных субъектов не уделялось должного внимания.

В-пятых, странам переходного периода рекомендуется уделять должное внимание укреплению законодательства, касающегося инфекционных

заболеваний. Действующие в каждой стране законы следует пересмотреть с учетом меняющихся условий внутри страны и во всем мире. В этих законах нужно четко сформулировать обязанности государства по защите и укреплению общественного здоровья, изложить полномочия государства и связанные с правами человека ограничения таких полномочий. Кроме того, правовая база должна обеспечивать поддержку более эффективного законодательства об общественном здравоохранении на мировом уровне. Основу такой правовой базы, вероятно, составят пересмотренные Международные медико-санитарные правила. В отсутствие наднационального органа управление здравоохранением на международном уровне в будущем неизбежно столкнется с противоречиями между правами и обязанностями в сфере общественного здравоохранения.

Литература

Barrett, R., Kuzawa, C., McDade, T. and Armelagos, G. (1998). Emerging and re-emerging infectious diseases: the third epidemiologic transition, *Annual Review of Anthropology*, 27: 247–271.

Berglöf, E. (2001). Reversing the brain drain in transition economies, *Beyond Transition, Newsletter about Transition Economies*. World Bank, (May–August) pp. 29–31 (<http://www.worldbank.org/html/prddr/trans/May-Aug2000/pgs29-31.htm>, accessed 27 November 2007).

CDC (1993). Diphtheria outbreak – Russian Federation, 1990–1993, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 42(43): 840–847.

Commission on Weak States and US National Security (2004). *On the brink: weak states and US National Security*. Washington, D.C.: Center for Global Development.

Franco-Giraldo, Á., Palma, M. and Álvarez-Dardet, C. (2006). The effect of structural adjustment on health conditions in Latin America and the Caribbean, 1980–2000, *Pan American Journal of Public Health*, 19(5): 291–299.

Gostin, L. (2004a). “Health of the people the highest law”, Conference Proceedings, Nuffield Trust, London, 8 January.

Gostin, L. (2004b). The International Health Regulations and beyond, *Lancet Infectious Diseases*, 4: 606–607.

Gostin, L. (2004c). International Infectious Disease Law, revision of the World Health Organization’s International Health Regulations, *Journal of the American Medical Association*, 291(21): 2623–2627.

Gupta, S., Clements, B. and Tiongson, E. (1998). Public spending on human development, *Finance & Development*, 35(3): 10–13.

Hamilton, K. and Yau, J. (2004). *The global tug-of-war for health care workers*. Washington, D.C.: Migration Policy Institute (<http://www.migrationinformation.org/Feature/print.cfm?ID=271>, accessed 27 November 2007).

ILO (1999). *Decent work, report of the International Labour Conference*. Geneva: International Labour Organization Conference.

Lee, K. (2003). Globalization and health: an historical perspective, in K. Lee (ed.) *Globalization and health, an introduction*. London: Palgrave Macmillan, 30–60.

Martin, E.A. (1998). *Oxford concise colour medical dictionary*. Oxford: Oxford University Press.

McKee, M. and Zatonski, W. (2003). Public health in eastern Europe and the former Soviet Union, In: R. Beaglehole (eds) *Global public health: a new era*. Oxford: Oxford University Press: 87–104.

Mills, A. and Shillcutt, S. (2004). Communicable diseases, in B. Lomborg (ed.) *Global crises, global solutions*. Cambridge: Cambridge University Press: 62–114.

Moreno Torres, M. and Anderson, M. (2004). *Fragile states: defining difficult environments for poverty reduction. Poverty reduction in difficult environments team*. Working Paper 1. London: Department for International Development.

Rechel, B. and McKee, M. (2004). *Learning lessons from the experience of the Task Force on Communicable Disease Control in the Baltic Sea Region*. London: European Centre on Health of Societies in Transition, London School of Hygiene & Tropical Medicine.

SARS Expert Committee (2003). *SARS in Hong Kong: from experience to action*. Hong Kong: Office of the Chief Executive (<http://www.sars-expertcom.gov.hk>, accessed 27 November 2007).

Schwalbe, N. and Harrington, P. (2002). HIV and tuberculosis in the former Soviet Union, *Lancet*, 360: 19–20.

Sen, K. and Bonita, R. (2000). Global health status: two steps forward, one step back. *Lancet*, 356: 577–582.

Stern, V. (1999). *Sentenced to die, the problem of TB in prisons in Eastern Europe and central Asia*. London: Kings College.

Tanzi, V. (1999). Transition and the changing role of government, *Finance & Development*, 36(2) (<http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/1999/06/tanzi.htm>, accessed 27 November 2007).

Woodward, D. and Smith, R. (2003). Global public goods and health: concepts and issues, in R. Smith, R. Beaglehole, D. Woodward and N. Drager (eds) *Global public goods for health*. Oxford: Oxford University Press.

Микроорганизмы и человек: непрерывная борьба

Anthony McMichael

«Со временем появятся и другие новые, неслыханные болезни... Тот сифилис, о котором я говорю, умрет и исчезнет, но впоследствии возродится снова, и наши потомки вновь столкнутся с ним — как, должно быть, в давние времена с этим недугом сталкивались наши предки».

Girolamo Fracastoro, De Contagione, 1546

Введение

Наблюдаемый по всему миру феномен «появления и возрождения» инфекций привлекает к себе внимание с середины 1970-х гг. (Weiss and McMichael 2004). Речь идет не только о возникновении новых болезней, таких, как лихорадка Эбола, ВИЧ/СПИД и ГОРС, но и об одновременном росте заболеваемости хорошо известными инфекциями — туберкулезом, малярией, холерой. Вместе с тем такие заболевания, как криптоспоридиоз, лаймская болезнь и гепатит С, — хорошо известные, но ранее не игравшие большой роли или встречавшиеся лишь в отдельных районах, в последнее время распространились настолько, что стали обращать на себя пристальное внимание. Это происходит на фоне все более широкого распространения возбудителей, устойчивых к антимикробным средствам.

Подобные изменения эпидемиологической ситуации в мире — следствие непрерывной эволюционной борьбы между человеком и микроорганизмами. Человек как крупный многоклеточный организм может служить источником энергии и питательных веществ для бактерий и простейших, а также поставщиком клеточного синтетического аппарата для размножения вирусов. Таким образом, зараженный человек служит средой для размножения микроорганизма. Результатом такого паразитирования часто становится повреждение организма хозяина или нарушение его функций — то, что мы и называем инфекционным заболеванием. Микроорганизм стремится выжить и размножиться, а человек — свести к минимуму потерю питательных веществ и энергии и избежать повреждений и функциональных расстройств, то есть избежать болезни. Естественный

отбор, беспристрастный по своей природе, сохраняет наилучшие генетические варианты и у паразита, и у хозяина.

Возбудители заболеваний современного *Homo sapiens* происходят в основном из двух источников. Во-первых, это так называемое «инфекционное наследие» (Karlen 1995), полученное от предков — млекопитающих, в частности от приматов. Оно включает стафилококки, стрептококки и энтеробактерии, вызывающие, соответственно, раневые инфекции, заболевания горла и желудочно-кишечные расстройства. Недавно получены данные о том, что, туберкулез также мог быть унаследован человеком от приматов.

Во-вторых, возбудители многих болезней передаются человеку непосредственно от животных или из окружающей среды. Источником таких инфекций обычно служат сами животные, гораздо реже — почва (например, легионеллез, мелиоидоз) или вода (например, холера). Преодолению возбудителем межвидового барьера между человеком и животным нередко способствуют культурные, социальные, технологические и поведенческие изменения. Наиболее известный пример — переход от собирательства и охоты к оседлому образу жизни и скотоводству. Почти из 1500 видов возбудителей инфекций у человека примерно 60% пришли к нам от животных. Но для большинства из них человек — «тупиковый» хозяин: дальнейшего распространения болезни не происходит.

Иногда микроорганизм, случайно попавший от животного к человеку, приобретает (возможно, благодаря удачной мутации) способность выживать и размножаться в организме нового хозяина. Если этот возбудитель способен также передаваться от человека к человеку, может возникнуть новое распространенное заболевание, свойственное исключительно человеку. Если же такой микроорганизм находит себе подходящего переносчика, как, например, возбудитель чумы, *Yersinia pestis*, переносимый блохами, или вирус реки Росс (Австралия), переносимый комарами, то он может сохранить свою экологическую нишу (животное — резервуар) и лишь иногда вызывать вспышки инфекции у людей. Так, наземные грызуны служат природным резервуаром чумы.

Генетическая изменчивость микроорганизмов

И в доисторические времена, и в нынешнее время люди сталкивались и продолжают сталкиваться с новыми и возрождающимися инфекциями (McNeill 1976). Микроорганизмы характеризуются чрезвычайно высокой генетической изменчивостью, которой способствуют сравнительно свободный обмен генетическим материалом, не слишком стесненный условиями полового размножения, и «экологический оппортунизм». За миллиарды лет своего существования микроорганизмы в ходе непрерывной генетической эволюции довели до совершенства свои адаптивные реакции на природные антибиотики, нехватку питательных веществ и сопротивление враждебных иммунных систем. Мы же, люди, в эволюционном масштабе появились на Земле лишь недавно.

В качестве примера рассмотрим штамм H5N1 вируса птичьего гриппа, вызвавший недавно столь серьезные опасения. Вирусы птичьего гриппа встречаются у многих видов диких птиц. Этими вирусами легко заражаются куры, утки, а также различные млекопитающие, в том числе свиньи и

человек. Скорее всего, вирусы птичьего гриппа на протяжении тысячелетий вызывали у наших предков зоонозы, а иногда, благодаря перетасовке генов, приобретали способность передаваться от человека к человеку.

По мере роста численности свиней, домашней птицы и людей, а также по мере их все более тесного сосуществования возможностей для проникновения вирусов птичьего гриппа в популяции человека со временем становилось все больше (Weiss and McMichael 2004). Практика совместного разведения свиней и уток в южном Китае создает особенно благоприятные условия для заражения свиней сразу несколькими штаммами вирусов птичьего гриппа, полученными от дикой или домашней птицы либо от человека. Мембраны клеток свиней несут рецепторы как для птичьих, так и для человеческих штаммов вируса. В результате свиньи могут послужить «реакционным сосудом», в котором благодаря обмену генами возникают новые штаммы вируса, в том числе способные заражать ухаживающих за свиньями людей (вставка 4.1).

Кроме того, в ходе перетасовки вирусных генов внутри организма зараженной свиньи каждая новая разновидность вируса может приобретать гены вируса обычного человеческого гриппа. Если некоторые из новых штаммов окажутся способными передаваться от человека к человеку, может возникнуть новая пандемия гриппа. Неудивительно, что возможность пандемии гриппа вызывает в последнее время серьезную озабоченность у работников здравоохранения.

В XX веке было три подобных пандемии: испанский грипп («испанка») – катастрофическая пандемия, унесшая около 30–40 млн жизней в 1918–1919 гг., азиатский грипп (1957 г.) и гонконгский грипп (1968 г.). Соответствующие вирусные штаммы обозначаются H1N1, H2N2 и H3N2. Эти обозначения указывают на характерные для данных штаммов разновидности двух ключевых антигенов, гемагглютинина (H) и нейраминидазы (N), от которых в значительной мере зависят патогенность и вирулентность вируса соответственно.

Недавно появившийся опасный штамм H5N1 сочетает в себе антиген H5 вируса диких гусеобразных или куропатковых и уже встречавшийся

Вставка 4.1. Молекулярно-генетические особенности вируса птичьего гриппа А

- Благодаря простому строению вирус легко адаптируется.
- Содержит всего 10 генов (для сравнения, геном человека содержит около 25 000 генов).
- Для репликации вируса требуется более 10 генов; в этот процесс вовлекаются гены клетки-хозяина.
- Расположение 10 генов вируса на 8 различных сегментах еще более повышает его приспособляемость. Обмениваясь этими сегментами, вирусы могут образовывать новые штаммы.
- Такой обмен генами возможен, когда вирусы двух разных штаммов заражают одну клетку. Случаи двойного заражения редки. Однако когда миллионы людей, кур и свиней (последние могут заразиться как человеческими, так и птичьими штаммами) живут в тесном контакте, как, например, в Китае, вероятность подобного редкого события возрастает.

антиген N1 человеческого вируса. Данные о том, что штамм «испанки» (H1N1) мог приобрести способность передаваться от человека к человеку в результате спонтанной мутации вируса птичьего гриппа, заставляют опасаться, что то же самое может произойти и со штаммом H5N1, т. е. последний может приобрести способность передаваться от человека к человеку без всякого обмена генами со штаммами человеческого вируса (Taubenberger et al. 2005; Tumpey et al. 2005).

Основные этапы взаимоотношений между микроорганизмами и человеком

Совместная эволюция человека и возбудителей инфекций имеет долгую историю (Cockburn 1977; McNeil 1976). Приматы в целом и ветвь гоминидов в частности, отошедшая от основного древа приматов 7 млн лет назад и ведущая через австралопитеков (4–2 млн лет назад) к роду *Homo* и, в конце концов, к современному человеку, имеют богатое инфекционное наследие. Помимо стафилококков и стрептококков к этому наследию относятся различные гельминты. История человеческих инфекций становится более интересной и более специфичной для человека с момента, когда 2 млн лет назад, в период общего похолодания, начинает изменяться пищевое поведение, а вслед за ним и человеческая культура. Начались периоды оледенений, резко изменился ландшафт субэкваториальной Восточной Африки: возросшая сухость климата привела к сокращению площади тропических лесов и расширению площадей, занятых редколесьем и саванной (McMichael 2001).

Произошедший около 2 млн лет назад постепенный переход доисторических людей к регулярному употреблению мяса привел к учащению контактов с разнообразными возбудителями болезней животных. Гораздо позднее, когда *Homo sapiens* распространился из Африки в районы с иными природными и климатическими условиями, кочевые племена доисторических людей столкнулись с новыми для них микроорганизмами. Результатом, очевидно, стали новые инфекционные заболевания. Поначалу их возбудители, вероятно, были крайне вирулентными, поскольку вновь зараженные человеческие популяции не обладали ни иммунными, ни генетическими механизмами защиты.

Процесс взаимодействия человека и микроорганизмов пошел быстрее после того, как начался переход от собирательства и охоты к земледелию и скотоводству. Земледелие и скотоводство возникли, соответственно, около 11 000 и 7000 лет назад, по-видимому, в пределах так называемого «плодородного полумесяца» в Восточном Средиземноморье. С того времени (впоследствии, около 5000 лет назад, появились письменность и исторические хроники) взаимоотношения между микроорганизмами и человеком прошли три важнейших этапа (McMichael 2001).

Во-первых, древние цивилизации Ближнего Востока, Египта, Южной Азии, Восточной Азии, Центральной и Южной Америки приобрели каждая свой характерный набор «болезней скученности». Эти болезни возникали в отдельных районах как следствие более тесных контактов между человеком и животными в условиях оседлых сельскохозяйственных общин, с появлением земледелия и скотоводства 7000–8000 лет назад, а также

с ростом численности и плотности населения (Cockburn 1977). Например, вирус кори появился очень рано и, по всей видимости, произошел от вируса чумы рогатого скота. Когда численность и плотность населения достигли уровня, достаточного для поддержания циркуляции вируса в отсутствие внешнего резервуара в виде животных, генетические изменения позволили этому вирусу стать возбудителем исключительно человеческой инфекции. Сходным образом натуральная оспа, вероятно, произошла от оспы верблюдов или иного близкородственного штамма и приобрела характер эпидемии около 4000 лет назад. Историк Alfred Crosby отмечает, что древние фермеры и пастухи успешно отгоняли волков и выпалывали сорняки, но мало что могли сделать, чтобы остановить болезни, атаковавшие их стада, поля и города (Crosby 1986).

Во-вторых, на протяжении примерно тысячи лет древние цивилизации Евразии, особенно Рим, Китай и Индия, вступали в контакт, «обмениваясь» инфекционными заболеваниями, пока после долгого и трудного процесса не установилось эпидемиологическое равновесие. Примерно 2000 лет назад Римская империя и Китай династии Хань, находившиеся на противоположных концах Евразии, соприкоснулись через сухопутный торговый путь, проложенный по Центральной Азии. Вскоре в обоих государствах разразились эпидемии полученных друг от друга заболеваний. Большая часть ближневосточных государств и Индия торговали между собой и обменивались возбудителями гораздо дольше и, судя по всему, меньше страдали от крупных эпидемий.

Сохранившиеся документы указывают, что во II веке н. э. как Римская империя, так и Китай были охвачены и, вероятно, политически ослаблены эпидемиями. Когда во II веке н. э. римские легионы вернулись домой после подавления (как обычно, жестокого) восстания в Сирии, в Римской империи появилась натуральная оспа. После первой вспышки так называемой «Антониновой чумы» в Риме в 165 г. н. э. оспа широко распространилась в западной части империи, сильно сократив население многих районов. С «Антониновой чумой» закончился период расцвета империи, достигнутого за время правления императоров Траяна, Адриана и Антонина. Империя не смогла справиться с одновременным натиском болезни и атаками германских племен с севера. В тот же период по Великому шелковому пути, связывавшему Рим с Китаем, в Китай неоднократно попадали корь и натуральная оспа. Это, по всей видимости, было причиной того, что население северного Китая в течение III–IV вв. н. э. сократилось вдвое.

Кульминацией общеевразийского процесса объединения болезнетворных микроорганизмов стали несколько опустошительных обменов инфекциями между Римской империей и Китаем династии Хань. Самым ярким примером, пожалуй, служит появление в Римской империи бубонной чумы и последующее распространение болезни по всему региону и за его пределы. Страшная «Юстинианова чума», опустошившая в 542 г. н. э. Константинополь, тогдашнюю столицу Восточной Римской империи, по-видимому, знаменовала первое появление в Европе возбудителя бубонной чумы, *Yersinia pestis*.

Масштабы третьего важнейшего этапа взаимоотношений человека и микроорганизмов были межконтинентальными. Начиная с XV века в Европе быстро развивалось мореплавание. Движимые смесью исследовательского любопытства, жажды заокеанских сокровищ и стремления к

захвату новых земель, европейцы непреднамеренно занесли свои смертоносные микроорганизмы в обе Америки, а позднее — на острова южной части Тихого Океана, в Австралию и в Африку.

Триумф испанских конкистадоров принято объяснять совместным влиянием натуральной оспы и кори — инфекций, ранее не известных в Новом Свете (Crosby 1972). «Обмен» возбудителями инфекционных болезней в эпоху Колумба на самом деле носил односторонний характер. Единственным исключением, и то до сих пор не вполне доказанным, был сифилис, возможно, попавший в Европу в конце XV века. По всей видимости, в Новом Свете было значительно меньше инфекционных заболеваний, способных вызывать эпидемии. Кроме того, трансмиссивные инфекции (например, южноамериканская болезнь Чагаса) не могли попасть в Европу без соответствующих переносчиков. В то же время в Европу было завезено множество новых видов культурных растений из Америки — картофеля, томатов, кукурузы и многих других, заметно увеличивших продуктивность сельского хозяйства.

В XVIII и в первой половине XIX века европейские мореплаватели занесли инфекции Старого Света в Австралию, Новую Зеландию, Океанию и на прилегающие острова Тихого океана. Результат был таким же, как и в Америке: численность австралийских аборигенов, новозеландских маори и населения бесчисленных тихоокеанских островов резко сократилась.

В 1836 г., на обратном пути после своего исторического посещения Га-лапагосских островов, Чарльз Дарвин провел 2 мес на восточном побережье Австралии. Его наблюдения за болезнями аборигенов вошли в «Путешествие на Бигле» (Darwin 1839).

Кроме этих нескольких явных причин гибели тут широко действует, по-видимому, еще какой-то другой, более загадочный фактор. Как видно, где бы ни ступила нога европейца, смерть преследует туземца. Куда мы ни бросим взор — на обширные ли просторы обеих Америк, на Полинезию, на Мыс Доброй Надежды или на Австралию, — повсюду мы наблюдаем один и тот же результат.

Дарвин продолжает.

Неопровержимо установлено, что большинство болезней, свирепствовавших на островах во время моего пребывания там, было завезено кораблями, и обстоятельство это замечательно потому, что среди экипажа того корабля, который привозил с собой бедствие, могло не наблюдаться никаких признаков болезни.

Таким образом, за полвека до появления микробной теории Дарвин сделал проницательное наблюдение и нашел ему экологическое объяснение.

Сегодняшний день: четвертый, глобальный этап?

Недавнее усиление изменчивости в возникновении, распространении и проявлениях инфекционных заболеваний указывает на то, что во взаимоотношениях между человеком и микроорганизмами наступил четвертый

этап, который имеет глобальные, планетарные масштабы. Во вставке 4.2 перечислены основные новые инфекции или их возбудители, выявленные с середины 1970-х гг.

Вставка 4.2. Появление новых инфекционных заболеваний

С середины 1970-х гг. выявлены следующие новые заболевания или их возбудители:

2003	Тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС)
1999	Вирус Нипах
1997	Подтип H5N1 вируса гриппа А (птичий грипп)
	Новый вариант болезни Крейтцфельдта–Якоба (человеческое «коровье бешенство»)
	Лиссавирус австралийских летучих мышей
1995	Герпесвирус человека типа 8 (вирус саркомы Капоши)
1994	Вирус Сабия (Бразилия), вирус Хендра
1993	Хантавирусный легочный синдром (вирус Син Номбр)
1992	<i>Vibrio cholerae</i> серогруппы O139
1991	Вирус Гуанарито (Венесуэла)
1989	Гепатит С
1988	Гепатит Е
	Герпесвирус человека типа 6
1983	Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ)
1982	<i>Escherichia coli</i> серотипа O157:H7, лаймская болезнь, Т-лимфотропный вирус человека типа 2
1980	Т-лимфотропный вирус человека
1977	<i>Campylobacter jejuni</i>
1976	<i>Cryptosporidium parvum</i> , болезнь легионеров, вирус Эбола (Центральная Африка)

Четвертый этап отражает масштабы и интенсивность современной деятельности человека (вставка 4.3). Злоупотребление антимикробными средствами, более интенсивное перемещение населения земного шара, трансконтинентальная торговля, интенсификация производства продуктов питания, строительство крупных плотин и ирригационных сооружений, урбанизация, расширение сексуальных контактов, растущее число беженцев, усиление нищеты в городских трущобах и среди бедных, страдающих от недоедания групп населения по всему миру — все эти тенденции имеют важные последствия для эволюции и распространения инфекционных заболеваний (Weiss and McMichael 2004).

Рассмотрим интенсификацию животноводства. Власти, общественное мнение и средства массовой информации видели в недавнем появлении новых болезней, передавшихся от животных к человеку — таких, как «коровье бешенство» (губчатая энцефалопатия крупного рогатого скота), вирусный энцефалит Нипах (пришедший со свиноводческих ферм в Малайзии) и ТОРС, — лишь единичные эпизоды, «природные бедствия». В действительности эти вспышки — отражение общих изменений в практике земледелия и животноводства, в первую очередь растущей индустриализации. Сегодня наиболее интенсивное развитие промышленного растениеводства и животноводства наблюдается вблизи городских центров Азии, Африки и Латинской Америки. Традиционные взаимоотношения между

Вставка 4.3. Основные факторы, влияющие на вероятность появления новых инфекций и их распространение

- Рост численности и плотности населения (часто сопровождается усилением нищеты в городах и пригородах).
- Урбанизация: изменения в социальных и сексуальных отношениях.
- Глобализация туризма и торговли (увеличение расстояний и скорости передвижения).
- Интенсификация животноводства.
- Рынки свежей продукции животноводства: ускорение поставок на большие расстояния.
- Разрушение экосистем: уничтожение лесов, вымирание видов и т. д.
- Глобальные изменения климата.
- Обмен человеческими тканями в медицине: переливание крови, пересадка органов.
- Неправильное применение антимикробных средств у человека и домашних животных.
- Рост восприимчивости к инфекциям в связи со старением населения, распространением ВИЧ-инфекции, употреблением инъекционных наркотиков.

мелкими фермерами, животными и средой обитания оказались нарушенными. В результате под угрозой оказались окружающая среда, уровень жизни людей, стабильность в обществе, а также, с появлением новых болезней, и здоровье человека.

Между тем ослабление моральных норм и культурных традиций, особенно в городах, провоцирует появление новых, более свободных форм поведения, в том числе более свободное сексуальное поведение и употребление наркотиков. Современные медицинские процедуры, например переливание крови и трансплантация органов, обеспечивают вирусам новые пути передачи от человека к человеку. В последние годы число зараженных вирусом гепатита С в США оценивается в 4 млн человек, причем большинство из них получили этот вирус в результате переливания крови в период до начала 1990-х гг. Новые порядки в больницах привели к созданию новых экологических ниш для различных бактерий, например из родов *Proteus* и *Pseudomonas*.

В последние полвека антимикробные препараты применяются повсеместно и зачастую неосмотрительно, в том числе в животноводстве и растениеводстве (Barnes 2005). Подсчитано, что примерно половина антибиотиков, производимых в США, скармливается скоту для стимуляции роста. У людей значительную часть антибактериальных средств назначают при вирусных инфекциях, при которых эти препараты бесполезны или почти бесполезны, так как неэффективны против вирусов. Столь неумеренное и зачастую необоснованное назначение антимикробных средств ведет ко все более широкому распространению устойчивых к ним микроорганизмов. К проблеме полирезистентного туберкулеза, появившегося в 1990-е гг., недавно добавилась новая угроза – сверхрезистентный туберкулез. Теперь кажется удивительным, что мы не предвидели столь быстрого и легкого приспособления микроорганизмов к антимикробным средствам путем естественного отбора.

Свой вклад в распространение инфекционных заболеваний вносит и международная торговля. В середине 1990-х гг. в Северной Америке и Европе произошло несколько вспышек инфекций, вызванных *Escherichia coli* серотипа O157, который вырабатывает опасный для жизни токсин. Эти вспышки были обусловлены ввозом зараженной говядины из Латинской Америки. Строительство плотин, ирригационных сооружений, дорог и других крупных объектов часто способствует распространению трансмиссивных инфекций, таких, как малярия, лихорадка денге и шистосомоз.

Между тем над человечеством нависла еще одна угроза. Причины ее кроются в продолжающемся антропогенном изменении климата (Dobson et al. 2006; McMichael 2006), вымирании местных видов (Dobson et al. 2006) и нарушении экосистем, с одной стороны, и в росте бедности в мире, где все большую роль играют рыночные законы, — с другой. Все это увеличивает риск появления и распространения инфекций. Нарушая сложившуюся в природе систему «сдержек и противовесов», человек способствует распространению оппортунистических видов (придерживающихся г-стратегии, то есть стремящихся к максимальной скорости размножения). Типичный пример — микроорганизмы, чья скорость размножения исключительно велика.

Закрепление на новой территории: эволюция заразности и вирулентности

Большинство микроорганизмов, получив возможность сменить хозяина, не реализуют ее. Те, что сумели использовать такую возможность, тоже зачастую достигают лишь временного успеха. «Английская потливая горячка», несколько раз поражавшая Англию в первой половине XVI века, затем попросту исчезла. ТОРС тоже может не вернуться. Однако иногда возбудителям удается закрепиться, пополнив список хрестоматийных инфекций, таких, как корь, ветряная оспа, туберкулез, брюшной тиф, холера, сифилис и т. д.

Тем не менее вероятность вымирания любого вида организмов (исчезновения или замещения новым видом в процессе видообразования) довольно высока. Никакой успех в природе не может быть вечным. Пинта, фрамбезия, беджель и затем сифилис образуют крайне интересный эволюционный ряд, в котором каждая последующая форма болезни, по-видимому, произошла от предыдущей. Натуральная оспа, которая была одним из главных инфекционных заболеваний у человека на протяжении нескольких тысяч лет, теперь искоренена.

Если в эволюционном масштабе возбудитель инфекции и хозяин встретились относительно недавно и еще недостаточно приспособились друг к другу, болезнь, как правило, протекает тяжелее из-за большей вирулентности микроорганизма (Anderson and May 1991). Однако возбудителю, как правило, выгодно, чтобы вред, который он наносит организму хозяина, был не слишком велик; хозяину же, разумеется, выгодно любое повышение устойчивости к возбудителю (Ewald 1994). Отличным примером такого эволюционного взаимодействия может служить эксперимент с преднамеренным заражением австралийских кроликов миксоматозом в

1950-х гг. Болезнь истребила почти всех кроликов; смертность среди зараженных особей превышала 98%. Такая ситуация создала сильное давление в пользу отбора генетически устойчивых кроликов, а также в пользу более слабых штаммов самого вируса, поскольку подобные штаммы с большей вероятностью успеют дать потомство. Теперь в Австралии преобладают кролики, устойчивые к миксоматозу, и слабовирулентные штаммы вируса (Fenner 1957).

Мир микроорганизмов хорошо иллюстрирует, насколько изобретателен гений биологической эволюции в микрокосме. Подхватывается все, что способствует выживанию. Преследуя собственные интересы (выживание, размножение, распространение), микроорганизмы иногда нарушают работу организма хозяина, приводя к заболеванию. Проявления болезни — понос, чихание, зуд, расчесывание — нередко необходимы микроорганизму для распространения. Вот два ярких примера.

- Ветряная оспа, как и другие острые высокозаразные инфекции, может исчерпать ресурс тех, кто лишен иммунитета, в отдельной популяции. Это грозит вирусу вымиранием в данной популяции. Поэтому иногда вирус скрыто внедряется в периферическую нервную систему, где остается невидимым для иммунной системы в течение 50–60 лет (Barnes 2005). Затем он распространяется по нервам до расположенных в коже нервных окончаний; в результате на коже образуются зудящие высыпания — опоясывающий лишай. Расчесывание высыпаний приводит к распространению вируса в популяции, где к этому времени уже выросло новое поколение молодых, лишенных иммунитета особей, и цикл повторяется сначала.
- Вирус бешенства, как и вирус ветряной оспы, использует нервную систему как укрытие от иммунной системы (Barnes 2005). Его стратегия выживания основана на том, чтобы, проникнув в головной мозг животного, вызвать ненормальное, агрессивное поведение и через укус, нанесенный другому животному, или, по случайности, человеку, попасть с зараженной слюной в другой организм. Человек, естественно, оказывается тупиковым хозяином, так как люди редко кусают друг друга.

После успешной колонизации нового вида организмов заразность и вирулентность микроорганизма меняются в сторону закрепления тех вариантов генотипа, которые обеспечивают более надежную передачу от организма к организму. Механизмы этой генетической адаптации могут быть разными. Например, эволюция антигенов на наружной поверхности микроорганизма обычно является результатом селективной выбраковки штаммов иммунной системой зараженного хозяина.

Уменьшение вирулентности обычно продлевает жизнь организму хозяина и, следовательно, может увеличить вероятность дальнейшей передачи возбудителя, но в некоторых случаях это не так. Например, чрезвычайно высокая вирулентность штамма H5N1 птичьего гриппа в последние несколько лет кажется труднообъяснимой. Этот штамм заразил и уничтожил целые популяции диких птиц (обычно не страдающих от вируса птичьего гриппа), а среди зараженных людей смертность составляла примерно 50%, то есть гораздо больше 5–10%, характерных для пандемий

гриппа в прошлом. Возможно, это объясняется особыми, не встречавшимися ранее условиями, в которых происходила эволюция вируса: высокая численность популяции птиц, скученность и стресс, обусловленные промышленным птицеводством. В такой обстановке высокая вирулентность не является недостатком, поскольку восприимчивые организмы находятся в тесном контакте с уже зараженными птицами. И, если вирулентность положительно коррелирует с заразностью, отбор приводит к росту вирулентности.

Распространение в другие организмы — непростая задача для возбудителя. При низкой заразности (репродуктивное число R меньше 1) он может заразить лишь ближайших соседей хозяина, и распространение инфекции вскоре прекратится. Так происходило при коротких вспышках лихорадки Ласса и лихорадки Эбола. ГОРС почти достиг устойчивого самовоспроизведения, но был остановлен в первые 6 мес после появления. В то же время новые инфекции, протекающие более скрыто, с длительным инкубационным периодом, выявить и подавить сложнее. В подобных случаях к моменту, когда заболевание, наконец, обнаружено, оно успевает широко распространиться и закрепиться в популяции, как это произошло с ВИЧ/СПИДом в начале 1980-х гг. С точки зрения микроорганизмов ВИЧ на данный момент добился колоссального успеха. Насколько этот успех долговечен, покажет время.

Интересно, что адаптация к возбудителю может оставлять в популяции хозяина биохимические и молекулярные «шрамы». Например, у некоторых представителей европейских народов наблюдается генетический дефект транспорта витамина D в клетку. Весьма вероятно, что это побочное следствие успешного в прошлом защитного механизма адаптации — изменения в строении клеточных мембран, препятствовавшего проникновению в клетку микобактерий туберкулеза. Дело в том, что молекула витамина D и возбудитель туберкулеза связываются с одним и тем же рецептором клеточной мембраны.

Изменение окружающей среды и новые инфекции

С экологической точки зрения человек — возмутитель спокойствия. Он влияет на экосистемы, меняя их состав, структуру и функции, особенно активно — в последние два столетия, за которые население Земли выросло с приблизительно 1 млн до 7 млрд, а механизация и рост потребительского изобилия интенсифицировали экономику. Все более масштабное воздействие на окружающую среду не проходит бесследно для взаимоотношений между человеком и микроорганизмами.

Один из главных выводов завершившегося недавно пятилетнего международного научного проекта «Оценка экосистем на рубеже тысячелетий» состоит в том, что начиная примерно с 1950-х гг. люди изменяли экосистемы быстрее и глубже, чем в любой другой сравнимый по длительности период в человеческой истории (Millennium Ecosystem Assessment 2005). Многие из этих воздействий привели к увеличению производительности, в первую очередь агропромышленного комплекса, и имели положительные последствия для здоровья человека. Однако вместе с тем был нанесен широкомасштабный ущерб почве (засоление, эрозия, заболачивание,

насыщение химикатами), произошли значительные и по большей части необратимые потери в биологическом разнообразии. По данным проекта, скорость исчезновения видов сегодня на 3–4 порядка превышает естественный уровень. Спустя полмиллиарда лет после появления позвоночных животных мы, люди, стали причиной шестого массового вымирания живых организмов на Земле.

Разрушение и упрощение экосистем и связанная с этим утрата биологического разнообразия могут различными способами сказаться на здоровье и благосостоянии людей. Нарушаются природные механизмы очистки воды и воздуха, регуляции климата, сокращается количество продуктов питания, волокон и другого необходимого сырья, нарушается опыление, связывание углерода, регуляция численности комаров и многое другое.

Пока мы довольно мало знаем о проблемах и об опасностях, связанных с изменением экосистем под влиянием человека: исследования, посвященные этим вопросам, немногочисленны. Без сомнения, изменение экосистем сильно влияет на вероятность распространения инфекционных заболеваний. Например, нарушение экологических связей и биологического разнообразия может сдвигать равновесие между видами – резервуарами инфекции, видами – переносчиками инфекции и теми, кто на эти виды охотится. Исследования показали, что исчезновение некоторых видов млекопитающих из сложных природных сообществ повышает скорость размножения некоторых возбудителей, которые могут быть опасны для человека (например, возбудителя лаймской болезни спирохеты *Borrelia burgdorferi*), и эффективность их передачи, а также увеличивает частоту нападения на людей комаров-переносчиков, лишенных других источников крови (Dobson et al. 2006).

Появление людей в ранее необитаемых или неосвоенных районах приводит к новым контактам между дикими животными, насекомыми-переносчиками, домашними животными и человеком, что усиливает риск межвидовой передачи инфекции. Например, строительство свиноферм вблизи тропического леса в штате Перак в северной Малайзии привело к тому, что в 1997–1998 гг. вирус Нипах сначала передался от плодоядных летучих мышей *Pteropus* spp. (летучие лисицы) свиньям, а от свиней – людям (Daszak et al. 2006). Этот пример показывает, как интенсивное животноводство в сочетании с масштабным воздействием на природную среду и разрушением экосистем могут приводить к возникновению новых зоонозов. В данном случае уничтожение лесов и, возможно, местная засуха, вызванная Эль-Ниньо, подорвали пищевую базу летучих мышей, которые служат природным резервуаром вируса. Появившиеся на расчищенных от леса участках свинофермы и соседствующие с ними фруктовые сады стали новым источником пищи для летучих мышей, которые затем стали заражать свиней, а последние – фермеров.

Уничтожение и дробление лесов в целом сделали сельское население развивающихся стран более уязвимым для различных инфекционных заболеваний: примером могут служить геморрагические лихорадки, вызванные несколькими новыми аренавирусами, в Южной Америке (Barnes 2005). Другие исследования показали, что все более интенсивное уничтожение лесов бассейна Амазонки в Перу привело к тому, что численность комара *Anopheles darlingi*, основного местного переносчика малярии, возросла на несколько порядков.

Изменение климата и новые инфекции

Многие инфекционные заболевания зависят от климатических условий. В первую очередь это относится к трансмиссивным инфекциям, передающимся насекомыми, а также к болезням, которые передаются от человека к человеку через зараженную пищу или воду. Природные колебания климата и климатические явления могут способствовать появлению инфекционных заболеваний. Например, необычайно обильные летние дожди, связанные с Эль-Ниньо в 1991–1992 гг., содействовали росту числа грызунов на юго-западе США, что привело к неожиданной вспышке хантавирусного легочного синдрома у человека (Engelthaler 1999). Кроме того, исследования показали, что на вспышки одной из основных арбовирусных инфекций в Австралии (переносимой комарами лихорадки реки Росс) влияют характер выпадения осадков (особенно в связи с феноменом Эль-Ниньо), температура, приливные циклы и экология позвоночных, которые служат резервуаром вируса.

Антропогенные изменения климата вновь привлекли внимание к этой теме: мало кто сомневается, что смена климата повлияет на эпидемиологию инфекционных заболеваний. Особое беспокойство вызывают малярия, лихорадка денге, холера и пищевые инфекции. Они широко распространены во всем мире и зависят от некоторых аспектов климата.

Данных о том, как влияют локальные изменения климата на географическое распространение инфекций или их переносчиков, а также на сезонность их появления, пока мало. В отдельности ни одно из изменений, характеризующих инфекционное заболевание, нельзя однозначно связать с переменной климата, однако, взятые вместе, подобные изменения свидетельствуют о том, что перемены климата начинают влиять на некоторые инфекции. Примерами могут служить связанное с теплыми зимами продвижение клещевого энцефалита на север Швеции с середины 1980-х гг. (Lindgren and Gustafson 2001); распространение малярии в более высокогорные районы Восточной Африки (Patz 2002); продвижение на север пресноводных моллюсков, распространяющих шистосомоз, в регионе Шанхай (Yang 2005).

В ближайшем будущем можно ожидать, что по мере роста интенсивности глобальных изменений окружающей среды (в том числе изменений климата) будет расти угроза возникновения эпидемий и более широкого распространения инфекционных заболеваний. Все эти масштабные воздействия на эпидемиологию инфекционных заболеваний характеризуют упомянутый в предыдущих разделах четвертый этап непрерывно развивающихся взаимоотношений между человеком и окружающими его бесчисленными видами и штаммами микроорганизмов.

Заключение

В заголовке данной главы мы употребили слово «борьба», но название главы не следует понимать в буквальном смысле. Скорее, оно напоминает нам, что достичь здорового образа жизни и поддерживать его на протяжении поколений непросто. Жизнь как таковая основана на заботе о собственном благе, иногда — о групповом благе. Изменения в физическом или биологическом

окружении, зачастую быстрые, иногда даже хаотические, угрожают существованию видов. Жизнь на Земле эволюционировала как следствие случайных и в моральном отношении нейтральных процессов генетических мутаций и перестановок генов, в результате чего более приспособленное потомство процветало, размножалось и заполняло доступные экологические ниши. Эти процессы лежат в основе древнего, как мир, непрерывного процесса совместной эволюции микроорганизмов и человека, в котором каждая из сторон стремится к выживанию, здоровью и размножению.

Отрезвляющий опыт новых эпидемий, поразивших человечество в последние десятилетия, позволит нам в будущем лучше противостоять угрозе инфекционных заболеваний, если будем мыслить и действовать в согласии с законами и принципами экологии. «Военный» подход к этой борьбе обречен на поражение.

Литература

- Anderson, R. M. and May, R. M. (1991). *Infectious diseases of humans: dynamics and control*. Oxford: Oxford University Press.
- Barnes, E. (2005). *Diseases and human evolution*. Albuquerque, NM: University of New Mexico Press.
- Bloom, B. R. and Small, P. M. (1998). The evolving relation between humans and *Mycobacterium tuberculosis*, *New England Journal of Medicine*, 338: 677–678.
- Cockburn, A. (1977). *Where did our infectious diseases come from? The evolution of infectious disease*. CIBA Foundation Symposium 49. London: CIBA Foundation.
- Crosby, A. (1972). *The Columbian exchange*. Westport, CT: Greenwood.
- Crosby, A. (1986). *Ecological imperialism. The biological expansion of Europe, 900–1900*. Cambridge: Cambridge University Press (Canto edition).
- Darwin, C. (1839). Journal and remarks 1832–1836, in F. W. Nicholas and J. M. Nicholas (eds). *Charles Darwin in Australia*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Daszak, P., Plowright, R., Epstein, J. H., et al. (2006). The emergence of Nipah and Hendra virus: pathogen dynamics across a wildlife-livestock-human continuum, in S. K. Collinge and C. Ray (eds). *Disease ecology: community structure and pathogen dynamics*. Oxford: Oxford University Press: 186–201.
- Dobson, A., Cattadori, I., Holt, R. D., Ostfeld, R. S. and Keesing, F. (2006). Sacred cows and sympathetic squirrels: the importance of biological diversity to human health, *Public Library of Science and Medicine*, 3: 231–245.
- Engelthaler, D. M. (1999). Climatic and environmental patterns associated with hantavirus pulmonary syndrome, Four Corners region, United States, *Emerging Infectious Diseases*, 5(1): 87–94.
- Ewald, P. (1994). *Evolution of infectious disease*. New York: Oxford University Press.
- Fenner, F. (1957). Myxomatosis in Australian wild rabbits - evolutionary changes in an infectious disease, *Harvey Lecture*, 53: 25–55.
- Karlen, A. (1995). *Plague's progress. A social history of disease*. London: Gollancz.
- Lindgren, E. and Gustafson, R. (2001). Tick-borne encephalitis in Sweden and climate change, *Lancet*, 358: 16–18.
- McMichael, A. J. (2001). *Human frontiers, environments and disease: past patterns, uncertain futures*. Cambridge: Cambridge University Press.
- McMichael, A. J. (2006). Climate change and human health: present and future risks, *Lancet*, 3667: 859–869.
- McNeil, W. H. (1976). *Plagues and peoples*. Middlesex: Penguin.
- Millennium Ecosystem Assessment (2005). *Ecosystems and human wellbeing: synthesis*. Washington, D.C.: Island Press.

- Patz, J. A. (2002). Regional warming and malaria resurgence, *Nature*, 420: 627–628.
- Taubenberger, J. K., Reid, A. H., Lourens, R. M. and Wang, R. (2005). Characterization of the 1918 influenza virus polymerase genes, *Nature*, 437: 889–893.
- Taylor, L. H., Latham, S. M. and Woolhouse, M. E. (2001). Risk factors for human disease emergence, *Philosophical Transactions: Biological Sciences*, 356: 983–989.
- Tumpey, T. M., Basler, C. F., Aguilar, P.V., et al. (2005). Characterization of the reconstructed 1918 Spanish Influenza Pandemic Virus, *Science*, 310: 77–80.
- Weiss, R. and McMichael, A. J. (2004). Social and environmental risk factors in the emergence of infectious diseases, *Nature Medicine*, 10: 70–76.
- Yang, G. J. (2005). A potential impact of climate change and water resource development on the transmission of *Schistosoma japonicum* in China, *Parasitologia*, 47(1): 127–134.

Инфекционные заболевания в Европе и Центральной Азии

*Shazia Karmali, Andrew Amato-Gauci,
Andrea Ammon, Martin McKee*

Введение

Данная книга посвящена борьбе с инфекционными заболеваниями в странах с переходной экономикой. Эта глава описывает ситуацию с инфекционными заболеваниями в Европе и Центральной Азии, следующая посвящена странам Латинской Америки и Карибского бассейна. В указанных регионах в последние годы произошли глубокие перемены, как обсуждают McKee и Falkingham в главе 2. McMichael в главе 4 показывает, что микроорганизмы отличаются неисчерпаемой приспособляемостью к меняющимся условиям. Поэтому, по мере того как европейцы и окружающая их среда меняются, перемены происходят и у возбудителей заболеваний. Ниже перечислены факторы, стимулирующие эволюцию микроорганизмов.

- Старение населения ведет к изменению коллективного иммунитета, что повышает восприимчивость к некоторым инфекциям.
- Изменения климата: в результате глобального потепления облегчается распространение переносчиков тропических заболеваний за пределы их обычного ареала.
- Рост числа путешествий и переселений людей увеличивает частоту контакта с заболеваниями, не встречающимися в пределах Европейского Союза (ЕС).
- Изменения в обществе: например, урбанизация увеличивает интенсивность постоянного общения между людьми, живущими в близком соседстве друг с другом, облегчая распространение инфекций, прежде всего респираторных.
- Изменения сексуальной морали увеличивают риск передачи заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП).
- Вследствие необоснованного применения антимикробных средств появляются устойчивые к ним микроорганизмы.

Ниже рассмотрены последствия этих изменений с упором на то, как меняется эпидемиология некоторых важнейших инфекционных заболеваний.

Бруцеллез

Эпидемиология бруцеллеза сегодня меняется. Это самый распространенный в мире зооноз (Pappas et al. 2006); возбудитель – бактерии рода *Bruceella*. Резервуарами инфекции служат крупный рогатый скот (возбудитель этого варианта бруцеллеза – *B. abortus*), собаки (*B. canis*), овцы, козы и верблюды (*B. melitensis*), свиньи (*B. suis*). Наиболее распространенный вид – *B. melitensis*, который, как полагают, вызывает до 90% случаев бруцеллеза по всему миру (Amato-Gauci and Ammon 2007; Memish and Balkhy 2004). Инфекция может передаваться разными способами, в том числе при контакте с больными животными или их тканями, через зараженные продукты животного происхождения (молоко, сыр и другие молочные продукты), воздушно-капельным путем. Таким образом, к группе наибольшего риска относятся те, кто имеет дело с домашними животными и продуктами животного происхождения.

Клиническая картина при бруцеллезе так же разнородна, как и пути передачи возбудителя. Заболевание может начаться остро или протекать скрыто; инкубационный период составляет 5–60 сут (Amato-Gauci and Ammon 2007). Без лечения бруцеллез может перейти в хроническую форму, а в некоторых случаях привести к смерти. Однако многие случаи болезни остаются нераспознанными.

Хотя вакцина для человека не разработана, у животных распространение бруцеллеза можно сдерживать сочетанием иммунизации, забоя зараженных животных и пастеризации молока и молочных продуктов.

В ЕС, за исключением Северной Ирландии, заболеваемость бруцеллезом снижается. Собственно говоря, остальная часть Соединенного Королевства, Швеция, Дания, Финляндия, Германия, Австрия, Нидерланды, Бельгия и Люксембург сейчас официально отнесены к категории стран, где бруцеллез не встречается и появление случаев бруцеллеза у человека считается маловероятным, благодаря наличию эффективных систем эпидемиологического надзора (Pappas et al. 2006). Бруцеллез по-прежнему распространен во многих областях Испании; отдельные случаи регистрируются в соседних с ней областях Франции и Португалии, что связывают с употреблением в пищу молочных продуктов, ввезенных из Испании. Болезнь распространена также в Греции, и есть данные о занижении числа случаев, которые отмечаются вдоль границы Греции с Албанией.

Во многих странах бывшего СССР, напротив, наблюдается новая волна бруцеллеза: «...заболеваемость, по-видимому, вышла из-под контроля и постоянно растет, представляя серьезную проблему для общественного здравоохранения, особенно с учетом недостаточно развитой сети учреждений здравоохранения» (Pappas et al. 2006).

Изучение тенденций заболеваемости бруцеллезом в двух районах Кыргызстана выявило в качестве возможных источников заражения контакт с абортрованными детенышами домашних животных и употребление в пищу молочных продуктов домашнего производства, купленных на базаре или у соседей (Kozukeev et al. 2006). Эпидемиологическая ситуация

с бруцеллезом в Центральной Азии всегда была особенно уязвимой, поскольку для немалой части населения разведение домашнего скота служит источником существования. Однако важнейшим фактором роста заболеваемости бруцеллезом, по-видимому, стал переход от социалистической экономики к свободному рынку, что привело к сокращению финансирования государственной ветеринарной службы.

Кампилобактериоз

Бактерии *Campylobacter jejuni* и *Campylobacter coli* вызывают 5–14% случаев кишечных инфекций в мире (Ashbolt 2004). Наиболее частая причина инфекции – употребление зараженной бактериями пищи или воды (Amato-Gauci and Ammon 2007). Заражение возможно также при купании в природных водоемах и непосредственном контакте с зараженными животными. Симптомы (сильная боль в животе, понос с водянистым или кровянистым стулом, высокая температура) обычно развиваются после инкубационного периода, составляющего 2–5 сут.

В развитых странах кампилобактериозом чаще болеют дети в возрасте до 4 лет, в развивающихся странах – дети в возрасте до 2 лет (Ashbolt 2004). Постоянный рост числа зарегистрированных случаев кампилобактериоза в ЕС, скорее всего, обусловлен более тщательным выявлением инфекции (Amato-Gauci and Ammon 2007). Чаще всего заболевание встречается в Чешской Республике, на втором месте – Соединенное Королевство. В Чешской Республике, Литве и Словакии свыше 99% случаев кампилобактериоза имеют местное происхождение, в то время как в Швеции и Финляндии инфекция примерно в половине случаев завозится из-за границы (Amato-Gauci and Ammon 2007).

Во многих странах наблюдается сезонный пик заболеваемости между июнем и сентябрем. В одном исследовании выдвигается предположение, что это обусловлено сочетанием изменений в поведении человека, повышающим частоту заражения, и сезонных колебаний в распространенности бактерий среди переносчиков инфекции (Nylen et al. 2002), хотя четких данных в пользу того или иного из указанных механизмов в девяти изученных европейских странах получить не удалось.

Дифтерия

Дифтерия, некогда распространенная детская болезнь, в XX веке в Европе стала редкостью благодаря всеобщей вакцинации детей. Возбудитель – *Corynebacterium diphtheriae*. Дифтерия передается воздушно-капельным путем. Заболевание особенно опасно из-за вырабатываемого бактерией токсина, который может вызвать миокардит, паралич и нефрит. Таким образом, в отсутствие вакцинации инфекция может привести к смерти даже на фоне лечения (Amato-Gauci and Ammon 2007).

Как уже говорилось в главе 1, в странах, образовавшихся после распада СССР в начале 1990-х гг., дифтерия вышла из-под контроля сначала в крупных городах (Москва, Санкт-Петербург, Киев), а затем и в других регионах (Dittman et al. 2000). Причинами считают шесть факторов,

характеризовавших общественно-политическую ситуацию в регионе в те годы:

- крупномасштабные миграции населения;
- социально-экономическая нестабильность;
- частичный распад инфраструктуры здравоохранения;
- промедление с введением энергичных мер в борьбе с эпидемией;
- недостаточная информированность врачей и населения;
- во многих странах — недостаток средств для профилактики и лечения.

Вторая, центральноазиатская, эпидемия, как полагают, зародилась в Афганистане и распространилась через Таджикистан, Узбекистан и Кыргызстан; однако вспышки дифтерии в Казахстане связывают с эпидемией в западной части бывшего СССР (Dittman et al. 2000).

Начиная со второй половины 1990-х гг. заболеваемость дифтерией значительно снизилась, после 1995 г. большинство случаев болезни отмечено в Латвии. Чаще всего болеют дети в возрасте до 4 лет, на втором месте — дети в возрасте 5–14 лет. В целом в последние годы в 12 из 25 стран ЕС не зарегистрировано ни одного случая дифтерии, хотя возможно, что о единичных случаях заболевания не сообщается, и это затрудняет воссоздание цельной картины сегодняшних тенденций заболеваемости (Amato-Gauci and Ammon 2007).

ВИЧ/СПИД

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) сегодня широко распространен в Европе и Центральной Азии. Больше всего людей, живущих с ВИЧ, в Восточной Европе и Центральной Азии; согласно оценкам, в конце 2005 г. их число составляло 1,5 млн, причем 200 000 человек были инфицированы в течение последнего года. В Центральной и Западной Европе эти показатели ниже; число людей, живущих с ВИЧ, в 2005 г. оценивалось как 720 000, а число вновь инфицированных — как 20 000 (UNAIDS 2006). В Восточной Европе пик заболеваемости пришелся на 2001 г., после этого наметилось снижение, но сейчас начался новый подъем. В Западной Европе заболеваемость неуклонно растет.

Известно два типа вируса: ВИЧ-1 и ВИЧ-2. ВИЧ-1 более вирулентен; вызванное им заболевание протекает более тяжело. На долю ВИЧ-1 приходится большинство случаев заражения ВИЧ. В других отношениях ВИЧ-1 и ВИЧ-2 ведут себя сходно. ВИЧ — ретровирус, который передается через биологические жидкости (инфицированная кровь, сперма, влагалищная слизь, грудное молоко), при половых контактах, при использовании общих игл, шприцев или (реже) при переливаниях крови. Возможно также заражение новорожденного от матери во время родов или при грудном вскармливании.

Постепенное снижение количества лимфоцитов CD4 и возрастание концентрации РНК вируса в крови в конце концов приводят к развитию синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИДа). Этот синдром характеризуется развитием одной или более оппортунистических инфекций. От заражения до появления симптомов заболевания может пройти

очень много времени, поэтому заболеваемость и распространенность инфекции оценивают не по числу случаев СПИДа, а по числу случаев выявления ВИЧ.

Полнота данных по ВИЧ-инфекции в разных странах сильно колеблется — программы эпидемиологического надзора имеют разный охват и введены в действие в разное время.

В ЕС основным источником заражения служат гетеросексуальные половые контакты, при этом все большее число случаев выявляют среди иммигрантов из неевропейских стран с высокой распространенностью ВИЧ/СПИДа. В странах Европейского экономического пространства в 47% случаев заражения ВИЧ в результате гетеросексуального полового контакта хотя бы один из партнеров — иммигрант из страны с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции (этот показатель колеблется от 17% в Португалии до 80% в Исландии). Частота заражения при гомосексуальных контактах между мужчинами к 2000 г. снизилась, а затем начала снова расти. Снизилась также частота заражения среди потребителей инъекционных наркотиков, хотя данных по Эстонии, Италии, Испании и Португалии нет, так что к этим наблюдениям надо относиться с осторожностью. Передача вируса от матери к ребенку в Европейском экономическом пространстве составляет менее 1% всех новых случаев заражения ВИЧ.

Распределение ВИЧ-инфекции по возрасту и полу неравномерно. Чаше она встречается у мужчин (63% всех известных случаев), а также у людей в возрасте 30–39 лет (43% случаев). Однако следует иметь в виду, что эти показатели основываются на выявленных случаях инфекции. Число недиагностированных случаев может составлять, согласно оценкам, от 15% общего числа ВИЧ-инфицированных в Швеции до 60% в Польше.

В Центральной Азии ВИЧ-инфекция распространяется в основном при инъекциях наркотиков. Политическая, экономическая и социальная обстановка в регионе после развала СССР создала условия, облегчающие быстрое распространение вируса. Ситуацию усугубил тот факт, что страны региона расположены на путях доставки наркотиков из Афганистана в Европу. Среди факторов, способствовавших эпидемии СПИДа в регионе, — «...быстрое распространение наркотиков и коммерческого секса, сопутствующая эпидемия ЗППП, миграции населения, бедность, предубеждения и недостаток знаний о безопасных способах поведения... которые усугубились неспособностью эффективно бороться с эпидемией, отчасти из-за слабости здравоохранения» (Mounier et al. 2007).

Для этого региона характерны значительные различия между странами (табл. 5.1). Общий рост числа ВИЧ-инфицированных вплоть до 2001 г., как и последующее снижение этого показателя, обусловлен большей частью событиями в Казахстане. В соседних странах число ВИЧ-инфицированных продолжает расти. Полное отсутствие зарегистрированных случаев в Туркменистане отражает проводимую прежним президентом страны Ниязовым государственную политику запрета на публикацию данных о распространенности некоторых инфекционных заболеваний. Такая политика была призвана *«вернуть международное сообщество в абсолютном благосостоянии и полном отсутствии любых инфекционных болезней, а также же проблем с лечением и обеспечением лекарствами в Туркменистане»* (Rechel and McKee 2007). Как следствие, к 2004 г. сообщалось лишь о двух

Таблица 5.1. Число вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции (в скобках — количество случаев на 1 млн населения)

Год	Казахстан	Кыргызстан	Таджикистан	Туркменистан ^a	Узбекистан
1997	437 (27)	2 (0,4)	1 (0,2)	0 (0)	7 (0,3)
1998	299 (18,7)	6 (1,3)	1 (0,2)	0 (0)	3 (0,1)
1999	185 (11,7)	10 (2,1)	0 (0)	1 (0)	28 (1,1)
2000	347 (22,2)	16 (3,3)	7 (1,1)	0 (0)	154 (6,2)
2001	1175 (75,6)	149 (29,8)	37 (6)	0 (0)	549 (21,7)
2002	694 (44,9)	162 (32)	29 (4,7)	0 (0)	981 (38,2)
2003	747 (25,3)	130 (25,3)	42 (6,7)	0 (0)	1836 (70,4)
2004	157 (30,1)	157 (30,1)	198 (31,4)	0 (0)	2016 (76,1)

Источник: Mounier et al. 2007.

^a Из-за политической обстановки данные по Туркменистану недостоверны и, скорее всего, сильно занижены.

случаях ВИЧ-инфекции в стране. Однако имеющиеся данные о повсеместном употреблении инъекционных наркотиков (в сочетании с достоверной информацией об участии высокопоставленных политических деятелей в наркобизнесе), а также о широком распространении коммерческого секса (особенно среди медицинских работников, уволенных со своих мест работы) свидетельствуют о вероятном наличии большого числа невыявленных случаев ВИЧ-инфекции. Туркменистан — единственная центральноазиатская страна, не получающая помощи от Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (Rechel and McKee 2007).

Хотя 75% случаев заражения ВИЧ в Центральной Азии связаны с употреблением инъекционных наркотиков либо с коммерческим сексом (Godinho et al. 2005), борьбе с эпидемией мешают малая распространенность программ по борьбе с факторами риска и законодательное преследование групп высокого риска. Последнее ведет к травле ВИЧ-инфицированных и лиц из групп риска, которые сталкиваются со множеством препятствий на пути к получению помощи (Mounier et al. 2007).

Высказывалось мнение, что, если распространенность ВИЧ в группе высокого риска достигает 10–20%, эпидемия становится самоподдерживающейся (Friedman et al. 2000). В ряде центральноазиатских стран разработаны комплексные программы по борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДа, однако юридические и организационные барьеры, слабое участие неправительственных организаций, низкая техническая оснащенность и квалификация работников здравоохранения представляют серьезные препятствия на пути внедрения эффективных мер (Mounier et al. 2007).

Гепатит А

Возбудитель гепатита А — небольшой РНК-содержащий вирус, принадлежащий к роду гепаовирусов; заболевание передается фекально-оральным, контактным или алиментарным (при попадании внутрь зараженной пищи или воды) путем (Amato-Gauci and Ammon 2007; Poovorawan, Chatchatee and Chongsrisawat 2002). Течение болезни сильно зависит от

возраста: у детей младше 6 лет гепатит А часто протекает бессимптомно, у взрослых наблюдаются желтуха, лихорадка, потеря аппетита, тошнота и рвота (Poovorawan, Chatchatee and Chongsrisawat 2002). Чаще всего заболевают дети в возрасте до 15 лет (Poovorawan, Chatchatee and Chongsrisawat 2002).

Возрастные различия важны для эпидемиологии гепатита А. Укрепление гигиены и улучшение санитарной обстановки, особенно при приготовлении пищи, означает, что дети болеют реже, а значит, растет число взрослых, не обладающих иммунитетом (Poovorawan, Chatchatee and Chongsrisawat 2002).

В целом заболеваемость гепатитом А в Европе снижается (Amato-Gauci and Ammon 2007), однако между странами остаются значительные различия. По тенденциям, наблюдающимся с середины 1990-х гг., страны Центральной и Восточной Европы можно разделить на две группы. В число стран с промежуточным уровнем заболеваемости гепатитом А (примерно 10 случаев на 100 000 населения) входят Словакия, Чешская Республика, Польша и Болгария. Страны, *приближающиеся* к промежуточному уровню заболеваемости, — Эстония, Латвия, Литва, Российская Федерация и Румыния. В некоторых из них заболеваемость превышает 50 случаев на 100 000 населения (Amato-Gauci and Ammon 2007; Poovorawan, Chatchatee and Chongsrisawat 2002). К 2005 г. лишь в Словакии и Латвии заболеваемость все еще превышала 5 случаев на 100 000 населения.

По мере того как традиционные пути заражения утрачивают свое значение, вклад в заболеваемость начинают вносить другие факторы: миграция населения из регионов с высокой заболеваемостью гепатитом А и передача вируса при половых контактах между мужчинами гомосексуальной ориентации (Amato-Gauci and Ammon 2007).

Гепатит В

Возбудитель гепатита В — вирус гепатита В; инфекция может протекать как бессимптомно, так и с клиническими проявлениями, быть острой или хронической; инкубационный период длится до 6 мес. При хроническом гепатите В возрастает риск таких осложнений, как цирроз печени и рак печени; кроме того, больные служат резервуаром инфекции. Заражение возможно при контакте с кровью или другими биологическими жидкостями (Amato-Gauci and Ammon 2007).

Основных путей передачи инфекции три: половой, при употреблении инъекционных наркотиков, в лечебных учреждениях через загрязненные вирусом инструменты (в том числе иглы шприцев). Частота всех трех путей передачи в Европе меняется, причем в разных странах — по-разному, что сказывается на эпидемиологии гепатита В.

Пик заболеваемости приходится на взрослых в возрасте 25–44 лет; мужчины заражаются вдвое чаще (Amato-Gauci and Ammon 2007). В ЕС число носителей гепатита В растет в Австрии и Бельгии, а в Эстонии, Латвии, Литве и Люксембурге заболеваемость значительно превышает среднюю по ЕС (Amato-Gauci and Ammon 2007). В целом, однако, заболеваемость гепатитом В в ЕС снижается.

Ситуация на юго-востоке Европы и во многих частях бывшего СССР

гораздо менее ясная. Данные получить трудно, но, судя по имеющейся информации, заболеваемость может составлять от 20 до 100 случаев на 100 000 населения. В Центральной Азии доля серопозитивных лиц доходит до 46,7% в Кыргызстане (Custer et al. 2004).

Гепатит С

Гепатит С, возбудителем которого служит РНК-содержащий вирус, принадлежащий к семейству флавивирусов, чаще всего протекает как хроническое заболевание; острый гепатит С наблюдается гораздо реже (Amato-Gauci and Ammon 2007). Единственным резервуаром инфекции служит человек. Заражение происходит главным образом при переливании инфицированной крови, использовании общих инфицированных игл при употреблении инъекционных наркотиков, иногда — при случайном уколе иглой (у медицинских работников) (Poovogawan, Chatchatee and Chongsrisawat 2002). Хронический гепатит С может со временем привести к циррозу печени и раку печени; гепатит С — ведущая причина рака печени и основное показание к трансплантации печени в Европе и США (Amato-Gauci and Ammon 2007).

В Европе наиболее низкая заболеваемость наблюдается на северо-западе; на востоке Европы, в Средиземноморье и странах Азии заболеваемость промежуточная. Wasley и Alter (2000) описывают три типа заболеваемости гепатитом С, каждый из которых по-разному повлияет на бремя заболеваний печени в будущем. Во многих западных странах риск заражения был наиболее высок в недавнем прошлом (10–30 лет назад) среди тогдашних молодых людей (Wasley and Alter 2000), скорее всего, в связи с употреблением инъекционных наркотиков. В этом случае бремя заболеваний печени, связанных с гепатитом С, еще не достигла своего пика.

В таких странах, как Италия и Япония, гепатит С редко встречается среди детей и молодых людей. Распространенность болезни резко возрастает среди людей старшего возраста. Здесь риск заражения был наиболее высок в более отдаленном прошлом (30–50 лет назад). В этих странах бремя заболеваний печени, связанных с гепатитом С, по-видимому, уже достигла максимума.

Третий тип характеризуется постоянной, но высокой распространенностью гепатита С во всех возрастных группах. Риск заражения остается высоким на протяжении многих десятилетий и, скорее всего, снижаться не будет, а значит, и распространенность заболеваний печени будет высокой.

К сожалению, во многих странах Восточной Европы и Центральной Азии данных о распространенности гепатита С по-прежнему крайне мало, и прогнозировать будущие тенденции заболеваемости сложно (Amato-Gauci and Ammon 2007).

Лямблиоз

Лямблии — паразитирующие в кишечнике человека и животных простейшие, которые образуют цисты. Заболевание может протекать бессимптомно или проявляться острым либо хроническим поносом. Дети, в том числе

грудные, заражаются чаще. Хотя основным резервуаром инфекции служат зараженные водоемы, передача возбудителя обычно происходит при непосредственном контакте с инфицированными либо при попадании внутрь зараженной пищи или воды. Поэтому вспышки лямблиоза чаще наблюдаются в домах престарелых, детских садах и детских домах (Amato-Gauci and Ammon 2007; Ekdahl and Andersson 2005).

Данные по 11 странам Европейского экономического пространства свидетельствуют, что с середины 1990-х гг. заболеваемость практически не меняется (Amato-Gauci and Ammon 2007), однако между странами существуют различия, по крайней мере отчасти отражающие различия в качестве эпидемиологического надзора. Поэтому для оценки заболеваемости ведется наблюдение за теми, кто возвращается из природных очагов лямблиоза. Исследование, проведенное среди шведских туристов, показало, что чаще всего заражение происходило в Российской Федерации, за ней следовали Румыния, Турция, республики бывшей Югославии и Болгария (Amato-Gauci and Ammon 2007). Возможно, указанные различия обусловлены тем, что развертывание гостиниц и туристических комплексов опередило развитие вспомогательной инфраструктуры, что привело к недостаточному снабжению очищенной пресной водой.

Прослеживается также связь между лямблиозом и миграцией населения — в шведском исследовании отмечена особенно высокая распространенность лямблиоза среди иммигрантов и беженцев из Афганистана (Ekdahl and Andersson 2005). Лямблиозом часто болеют усыновленные дети из стран Восточной Европы, особенно с Украины, из Беларуси, Латвии, Болгарии и Румынии (Ekdahl and Andersson 2005). Недавнее исследование, проведенное в 30 центрах сети GeoSentinal, которая собирает данные о частоте и причинах наиболее распространенных заболеваний среди тех, кто возвращается из различных регионов мира, также показало высокую распространенность лямблиоза среди побывавших в Южной и Центральной Азии (Freedman et al. 2006).

Грипп

Грипп — вирусное заболевание, поражающее дыхательные пути, которое передается воздушно-капельным путем или через загрязненные вирусом предметы (Amato-Gauci and Ammon 2007). Известны три типа вируса гриппа, патогенных для человека, — А, В и С. Сезонные вспышки заболевания обычно приходится на зимние месяцы. Их размах, вариабельность и ежегодное появление обусловлены постоянными изменениями в геноме вируса. Частота осложнений и смертность во время сезонных эпидемий составляют 0,2 и 0,1% соответственно; чаще всего жертвами гриппа становятся пожилые люди и маленькие дети, а также люди с тяжелыми хроническими заболеваниями (Amato-Gauci and Ammon 2007).

Грипп — классический пример заболевания, эпидемиология которого отражает изменения природы инфекционного агента. Пандемии гриппа, неоднократно наблюдавшиеся в прошлом, становились следствием либо антигенного дрейфа у одного из подтипов вируса, либо рекомбинации геномов двух разных подтипов. С появлением межконтинентальных перелетов скорость распространения вируса по земному шару сильно выросла.

Ввиду постоянной угрозы пандемии, нашей неспособности точно предсказать, когда она начнется, высокой смертности и частоты осложнений, а также больших экономических потерь готовность к эпидемии гриппа — одна из важнейших задач здравоохранения.

Иммунизация надежно защищает от заболевания (хотя последние исследования ставят под сомнение, справедливо ли это для глубоких стариков), но ее нужно повторять ежегодно, чтобы защититься от новых подтипов вируса. Очень важно заранее спланировать кампанию иммунизации. Как отмечает ВОЗ, «...когда пандемия начнется, будет слишком поздно проводить многие мероприятия, необходимые для того, что смягчить ее последствия» (Mounier-Jack and Coker 2006).

Болезнь легионеров

Бактерии рода *Legionellae* способны выживать при повышенных температурах (Amato-Gauci and Ammon 2007). Современная архитектура дает им эволюционное преимущество — они прекрасно чувствуют себя в стояках водяного охлаждения, испарительных конденсаторах, увлажнителях, фонтанах, сети горячего водоснабжения. Инфекция передается воздушно-капельным путем. Как следствие, многие вспышки болезни легионеров наблюдаются в крупных современных комплексах зданий, например в туристических центрах. Антибиотики обычно эффективны, но среди пожилых и людей с нарушенным иммунитетом смертность довольно высока.

Общая заболеваемость болезнью легионеров в ЕС с 1996 по 2002 г. росла и с тех пор остается постоянной — 1:100 000 (Amato-Gauci and Ammon 2007). Около 81% случаев приходится на лиц старше 65 лет, затем идут люди в возрасте 45–65 лет. Болезнь легионеров значительно чаще встречается у мужчин (Ricketts, McNaught and Joseph 2006).

Часто наблюдаются небольшие вспышки заболевания в отдельных странах; однако особую проблему для служб эпидемиологического надзора представляют системы кондиционирования в туристических комплексах, где на короткое время могут встретиться люди, приехавшие из многих стран (причем число людей велико вследствие доступности авиаперелетов). Для решения этой проблемы создана система EWGLINET — сеть эпидемиологического надзора, которая выявляет случаи заболевания, связанные с поездками, и по возможности прослеживает их до общего источника (Hutchinson, Joseph and Bartlett 1996).

В 2003–2004 гг. наибольшее число случаев болезни легионеров отмечено в Испании, за ней идут Хорватия и Швейцария. Наименьшее число случаев в том же году отмечено в Болгарии, Латвии, Литве, Польше и Словакии, но, как и в случае других инфекций, это может быть следствием недостаточного внимания, уделяемого заболеванию.

Лептоспироз

Лептоспироз — это зооноз, проявляющийся лихорадкой, головной болью, ознобом, болью в мышцах, гиперемией конъюнктив. Возможны тяжелые осложнения со стороны печени, почек, легких, сердца и ЦНС, а также

геморрагические проявления, хотя последние наблюдаются редко. Люди заражаются главным образом при контакте с мочой больных лептоспирозом животных или с зараженной почвой и водой. С середины 1980-х гг. в некоторых странах на юго-востоке Европы, например в Болгарии, заражение чаще наблюдается в бытовой, а не в профессиональной обстановке, что отражает изменения в поведении людей (Christova, Tasseva and Manev 2003).

Корь

Корь – высокозаразное детское заболевание. В большинстве случаев она протекает сравнительно легко, но может иметь тяжелые проявления, а изредка даже приводить к смерти. Корь, однако, легко предотвратить с помощью иммунизации. В Европейском регионе ВОЗ корь должна быть побеждена к 2010 г., но дело не везде идет гладко. В Германии, Италии и во Франции заболеваемость с 2000 г. составляет от 5 до 42 случаев на 100 000 населения в год, в то время как в некоторых других странах она равна 1 на 100 000 или менее (Amato-Gauci and Ammon 2007). В Центральной и Восточной Европе с середины 1990-х гг. заболеваемость значительно снизилась, что отражает выделение большего объема средств на иммунизацию (Spika et al. 2003). В некоторых центральноазиатских республиках, наоборот, вследствие слабости здравоохранения и социальных служб наблюдается недостаточный охват иммунизацией (Veenema 2000).

Малярия

Малярию у человека вызывают четыре вида простейших, принадлежащих к роду *Plasmodium* (*P. falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale*, *P. malariae*), переносчиками которых служат комары рода *Anopheles*.

Когда-то малярия была широко распространена во многих регионах Европы – на юге Англии, например, она встречалась еще в XVII веке (Hutchinson and Lindsay 2006). Однако в XX веке в Западной Европе это заболевание было искоренено (de Zulueta 1998), не считая немногочисленных привозных случаев и, крайне редко, заражения вблизи международных аэропортов в теплое время года (van den Ende et al. 1998). Важно отметить, однако, что условия для распространения малярии, в частности наличие комаров рода *Anopheles*, сохраняются и всегда существует риск возвращения малярии в результате изменений климата. В 1960–1970-х гг. малярию искоренили и в СССР, но в некоторых регионах, например в Таджикистане, она появилась снова (Pitt et al. 1998). Эпидемия 1998 г. в Афганистане (примерно 2–3 млн случаев) привела к распространению малярии в другие районы Центральной Азии, особенно вдоль границы с Таджикистаном (Kiszewski and Teklehaimanot 2004).

Упадок сельского хозяйства в одной из бывших советских республик, Азербайджане, оставил после себя крупные заброшенные ирригационные каналы (Temel 2004), выстроенные для колхозов, выращивавших хлопчатник. Они не годятся для нынешних небольших, раздробленных частных

хозяйств, где выращивают фрукты и овощи, и служат идеальным местом размножения комаров. Ситуацию усугубляет свертывание существовавшей ранее государственной системы мер по борьбе с малярией.

В Узбекистане малярию искоренили к 1961 г., но в последние годы она появилась вновь (Severini et al. 2004) по следующим причинам:

- природно-климатические условия, благоприятствующие распространению заболевания;
- ухудшение санитарно-эпидемиологического надзора за малярией в соседних государствах — Таджикистане, Афганистане и Кыргызстане;
- миграция населения между странами, особенно переселение людей из Таджикистана;
- нехватка квалифицированного медицинского персонала, лабораторного оборудования и инсектицидов.

Скорее всего, эти факторы столь же важны и для соседних с Узбекистаном стран.

Сифилис

Сифилис передается половым путем, а также от матери ребенку (врожденный сифилис). Поэтому, как и в случае других ЗППП, на его эпидемиологию влияют изменения в поведении человека. Люди — единственный резервуар возбудителя сифилиса, бактерии *Treponema pallidum* (Amato-Gauci and Ammon 2007). После инкубационного периода, составляющего 10–90 сут, развивается первое клиническое проявление сифилиса — твердый шанкр, за которым следует серия высыпаний на коже и слизистых — вторичный сифилис. После этого наступает длительный латентный период, который называется латентным сифилисом и в отсутствие лечения может привести к третичному сифилису. При третичном сифилисе возможны тяжелые поражения сердечно-сосудистой системы, ЦНС (нейросифилис), органов брюшной полости, а также других органов и систем. Все большее беспокойство вызывает сочетание сифилиса с ВИЧ-инфекцией (Zeltzer and Kurban 2004).

Чаще всего сифилисом болеют мужчины в возрасте 25–44 лет (Amato-Gauci and Ammon 2007). В Западной Европе с 1996 по 2000 г. заболеваемость снизилась, но с тех пор в некоторых странах вновь растет, особенно в крупных городах среди мужчин гомосексуальной ориентации и лиц, употребляющих наркотики (Hook and Peeling 2004).

В Восточной Европе и Центральной Азии картина заболеваемости сифилисом сходна с картиной заболеваемости ВИЧ/СПИДом и гепатитом С. Масштабов эпидемии заболеваемость сифилисом достигла в начале 1990-х гг. после развала бывшего СССР (Amato-Gauci and Ammon 2007). Резкий, тревожный рост этого показателя наблюдался во многих странах примерно до 1997 г. (табл. 5.2), затем он стал снижаться, хотя все еще намного превышает заболеваемость в советский период. Однако к недавнему снижению заболеваемости нужно подходить осторожно — есть мнение, что оно отчасти обусловлено менее тщательным выявлением случаев сифилиса и сдвигом в сторону частной медицинской помощи, где

Таблица 5.2. Заболеваемость сифилисом в Центральной Азии

<i>Страна</i>	<i>Годы^а</i>	<i>Рост заболеваемости</i>	<i>Заболеваемость в 2003 г.</i>
Казахстан	1991–1997	Более чем в 100 раз	В 50 раз превышает заболеваемость в 1991 г.
Кыргызстан	1990–1997	В 90 раз	В 30 раз превышает заболеваемость в 1991 г.
Таджикистан	1990–1998	В 90 раз	В 6 раз превышает заболеваемость в 1991 г.
Узбекистан	1990–1997	В 30 раз	В 15 раз превышает заболеваемость в 1991 г.

Источник: Renton et al. 2006.

^а Исходный год и год наивысшей заболеваемости

выявленные случаи официально регистрируют далеко не всегда (Riedner, Dehne and Gromyko 2000).

Благодаря доступности лечения и высокому уровню осведомленности врачей о сифилисе врожденный сифилис в Восточной Европе и бывшем СССР до 1990-х гг. был явлением крайне редким, однако в последние годы в некоторых странах его частота немного выросла (Walker and Walker 2007).

Клещевой энцефалит

Характер распространения клещевого энцефалита в Европе с начала 1990-х гг. сильно изменился. Болезнь часто встречается в Центральной (особенно в Австрии, Хорватии и Словении) и Северной (в странах Балтии, Швеции и Финляндии) Европе (Gritsun, Lashkevich and Gould 2003), но в первом регионе заболеваемость падает, а во втором — растет (Charrel et al. 2004).

Резервуаром вируса чаще всего служат мелкие грызуны, а клещи являются его переносчиками. Заражение обычно происходит в период с апреля по ноябрь; для заражения требуется очень сложное сочетание условий — температуры, влажности, типа землепользования и деятельности человека. Распространенность зараженных вирусом клещей в Европе колеблется в среднем от 0,5 до 5%, в то время как в некоторых регионах Российской Федерации этот показатель составляет 40%.

Причины, по которым характер заболеваемости клещевым энцефалитом меняется, достаточно хорошо изучены. Сначала предполагали, что основная причина — изменения климата, однако подробное изучение клещевого энцефалита в странах Балтии в период распада СССР указывает на то, что основную роль могли сыграть изменения в поведении человека (Sumilo et al. 2007). В 1992–1993 гг. заболеваемость клещевым энцефалитом в Эстонии выросла на 64%, в Латвии этот показатель составил 175%, а в Литве 1065%. Рост заболеваемости связывают с действием ряда факторов, имевших место в то время. Одним из них был распад системы колхозов, в результате чего пашни и пастбища в значительной степени сменились лесами. При этом выросла численность грызунов, являющихся

резервуаром вируса. Другим фактором были изменения в поведении людей, которые чаще стали бывать в лесах. Снижение заболеваемости в Центральной Европе, по-видимому (по крайней мере отчасти), обусловлено расширением охвата иммунизацией (Zenz et al. 2005).

Туляремия

Возбудитель туляремии — бактерия *Francisella tularensis*. Туляремия — зооноз, она может передаваться от таких животных, как кролики, зайцы, белки, лисы, а также через клещей; животные служат как резервуарами, так и переносчиками инфекции (Amato-Gauci and Ammon 2007). Туляремией можно заразиться разными способами: при укусе клеща, попадании возбудителя в ЖКТ, дыхательные пути, на конъюнктиву, причем симптомы зависят от способа заражения. В 1980-х гг. болезнь привлекла внимание американских и советских ученых как возможное биологическое оружие, но с тех пор интерес к ней ослаб и возродился лишь недавно, после вспышек туляремии в областях, где с заболеванием, как полагали, давно покончено. Эти области включают север Скандинавии, Турцию и Словакию (Tarnvik and Berglund 2003).

В связи с особенностями передачи инфекции вспышки туляремии часто бывают вызваны изменениями характера контактов между человеком и дикими животными. Примером может служить вспышка туляремии после Косовского конфликта в 1999–2000 гг. (Tarnvik and Berglund 2003). Причиной вспышек туляремии в Испании считают охоту на зайцев и ловлю раков, а две вспышки в Болгарии, как полагают, вызваны ростом количества грызунов, что привело к заражению воды и продуктов питания (Christova et al. 2004).

Туберкулез

Это заболевание, возбудителем которого является бактерия *Mycobacterium tuberculosis*, поражает многие органы, но чаще всего — легкие (Amato-Gauci and Ammon 2007). Заражение обычно происходит воздушно-капельным путем от человека с туберкулезом легких, но иногда возбудитель передается через зараженное молоко. Активный туберкулез развивается лишь в 5–10% случаев. Как правило, это происходит при нарушениях иммунитета, например у ВИЧ-инфицированных.

Туберкулез — болезнь бедных. Из всех случаев заболевания, зарегистрированных в 2005 г. в Европейском регионе ВОЗ, 86% приходится на страны, не входящие в ЕС, прежде всего на страны бывшего СССР (Amato-Gauci and Ammon 2007). В самом ЕС заболеваемость выше всего в странах Балтии. Во всех странах туберкулезом болеют прежде всего иммигранты, бездомные, заключенные и потребители наркотиков. Несмотря на общее снижение заболеваемости туберкулезом, в нескольких странах ЕС (например, в Швеции и Соединенном Королевстве) наблюдается ее рост, в основном обусловленный случаями туберкулеза среди иммигрантов из стран с высокой заболеваемостью (Amato-Gauci and Ammon 2007).

Во всех странах бывшего СССР заболеваемость туберкулезом сейчас

выше, чем в начале 1990-х гг., хотя кое-где, прежде всего в странах Балтии, намечился ее спад. В Центральной Азии заболеваемость продолжает расти (Dye 2006).

Факторы, способствующие эпидемии туберкулеза в этом регионе, — экономический упадок, рост числа людей, оказавшихся на дне общества, слабость программ по борьбе с туберкулезом (во многих из них продолжают применяться неэффективные методы лечения, оставшиеся с советских времен) (Dye 2006). Риск заражения туберкулезом резко повышен у заключенных, хотя в российских тюрьмах в последние годы заболеваемость туберкулезом заметно снизилась (Bobrik et al. 2005). Проведенное в Российской Федерации исследование «случай—контроль» подтвердило, что пребывание в тюрьме является фактором риска, хотя и затрагивает малое число людей. Если же говорить обо всем населении, важнейшими факторами риска служат безработица и употребление в пищу непастеризованного молока (Coker, McKee and Atun 2006).

Эффективные средства против туберкулеза разработаны еще в 1940-х гг. Однако из-за способности микроорганизмов постоянно приспосабливаться к меняющимся условиям лекарственная устойчивость в некоторых странах становится большой проблемой. Бывший СССР описывают как «один большой очаг полирезистентного туберкулеза» (Cox et al. 2004). Причин тому несколько, в частности прекращение лечения (в первую очередь это касается вышедших на свободу заключенных, которые не в состоянии быстро получить медицинскую помощь вне стен тюрьмы), а в некоторых случаях — подделки лекарственных препаратов. Таким образом, высокую распространенность полирезистентного туберкулеза можно рассматривать как показатель слабости системы здравоохранения.

Сегодня туберкулез неразрывно связан с ВИЧ-инфекцией (этот вопрос подробно рассматривается в нескольких следующих главах данной книги). Поэтому для эффективной борьбы с ним необходим комплексный подход, при котором меры направлены на причины обоих заболеваний, во многом перекрывающиеся, и который включает интегрированные надежные программы лечения (Atun et al. 2007).

Новый вариант болезни Крейтцфельдта—Якоба

Так называемый новый вариант болезни Крейтцфельдта—Якоба — еще одно заболевание, появление которого напрямую связано с изменениями в поведении человека. Возбудителем служат прионы (обладающие инфекционными свойствами белки). Болезнь характеризуется нарастающими неврологическими нарушениями, которые приводят к смерти (Amato-Gauci and Ammon 2007).

Сейчас стало ясно, что появление у человека этого варианта заболевания (есть и другие, наследственные формы болезни Крейтцфельдта—Якоба) стало прямым следствием изменений в производстве животных кормов в 1990-х гг. На сегодня зарегистрировано 199 смертельных случаев, из них 162 пришлось на Соединенное Королевство. Три таких случая связаны с переливанием зараженной крови. Сообщалось о случаях заболевания в других европейских странах — во Франции, в Ирландии, Италии, Португалии, Испании, Нидерландах (Amato-Gauci and Ammon

2007). Хотя первоначальные опасения, касающиеся масштабов эпидемии, по-видимому, не оправдались, политические и экономические последствия заболевания, в особенности последствия ошибок, которые привели к его появлению, оказались очень велики (Amato-Gauci and Ammon 2007).

Лихорадка Западного Нила

Это еще одно заболевание, быстро распространившееся за пределы места своего возникновения. Лихорадка Западного Нила была впервые описана в 1937 г. в Уганде; позднее случаи болезни были зарегистрированы в других частях Африки, в некоторых регионах Европы, Западной и Центральной Азии, в Австралии, на Ближнем Востоке, а в 1990-х гг. она достигла Северной Америки (Mukhopadhyay et al. 2003). Лихорадку Западного Нила вызывает вирус из рода флавивирусов. Резервуарами инфекции служат дикие птицы и комары; большинство случаев заболевания у человека вызвано комариными укусами (Amato-Gauci and Ammon 2007).

Инкубационный период после укуса составляет 1–6 сут; симптомы заболевания зависят от возраста больного и колеблются от небольшой лихорадки с симптомами, напоминающими лихорадку денге, у детей, до менингоэнцефалита у пожилых. Эффективного лечения, как и мер профилактики (кроме профилактики комариных укусов), нет (Amato-Gauci and Ammon 2007).

Вспышки лихорадки Западного Нила отмечены в Румынии (1996 г.), Российской Федерации (1999 г.), а в последние годы во Франции и в Португалии. Кроме того, в Центральной Европе и на юге Российской Федерации обнаружены новые штаммы вируса, родственного вирусу лихорадки Западного Нила (Vogou, Papavassiliou and Tsiodras 2007). Причины происхождения вируса Западного Нила в новые районы изучены плохо, но, скорее всего, дело в сочетании изменений климата и изменений в землепользовании. Важны также пути сезонной миграции птиц; два образца вируса, выделенные у птиц в одной и той же части Венгрии, по структуре своего генома восходили к двум совершенно разным источникам – в Центральной Африке и в Израиле (Bakonyi et al. 2006). Штамм вируса, выделенного в США, сходен со штаммом, ранее обнаруженным в Израиле (Lanciotti et al. 1999).

Устойчивость к антимикробным средствам

Устойчивость микроорганизмов к антимикробным средствам мы рассматриваем отдельно. Данный вопрос крайне важен для книги, которая посвящена роли систем здравоохранения в борьбе с инфекционными заболеваниями, поскольку именно деятельность этих систем служит причиной появления у микроорганизмов лекарственной устойчивости. В постоянной эволюционной борьбе между человеком и микроорганизмами, которые размножаются с куда большей скоростью, чем человек, появление штаммов, устойчивых к антибактериальным и противовирусным препаратам (в особенности это касается ВИЧ), практически неизбежно.

Однако существенные различия в скорости, с которой такая устойчивость развивается в разных популяциях, четко показывают, что этот процесс можно замедлить. Сегодня понятно, что «основной движущей силой естественного отбора, приводящего к возникновению лекарственной устойчивости», служат ошибки в применении антимикробных средств (Goossens et al. 2005).

В разных странах и даже внутри одной страны практика применения антимикробных средств может очень различаться. Часто их без надобности назначают при вирусных инфекциях, или же применяют препараты широкого спектра действия при инфекциях вызванных неизвестными микроорганизмами, в надежде, что лечение окажется эффективным (Amato-Gauci and Ammon 2007; Goossens et al. 2005). Между назначением антимикробных средств (особенно ошибочным) и развитием лекарственной устойчивости существует тесная связь (Goossens et al. 2005; Jacobs 2003).

Ясно, что проблему можно решить более осторожным и взвешенным применением таких препаратов, однако для этого необходимо внедрить механизмы управления и контроля качества на местном, общенациональном и международном уровнях, а такие механизмы зачастую отсутствуют (Goossens et al. 2005).

В пределах ЕС распространенность лекарственной устойчивости растет в направлении с севера на юго-восток Европы (Amato-Gauci and Ammon 2007). Это наблюдение согласуется с данными по классам антимикробных средств, применяемых в амбулаторной практике. В скандинавских странах обычно пользуются более старыми антибиотиками узкого спектра действия, а новые препараты широкого спектра действия чаще назначают в других европейских странах.

Надо, однако, подчеркнуть, что имеющиеся данные не позволяют составить полную картину. Во многих частях Центральной и Восточной Европы, а также в странах бывшего СССР системы эпидемиологического надзора устарели и отстают от новейших достижений (Coker, Atun and McKee 2004).

Заключение

В этой главе кратко освещается влияние разных факторов, многие из которых постоянно меняются, на заболеваемость инфекциями. Для рассматриваемого региона характерны крупные политические и экономические изменения, начавшиеся в 1980-х гг. и продолжающиеся по сей день. Открытие границ, облегчившее движение населения и товаров, принесло много пользы, но и много опасностей. Примером может служить ВИЧ, пути распространения которого часто совпадали с путями, которыми героин доставлялся из Центральной Азии в Западную Европу. Политические изменения сопровождались глубокими изменениями в деятельности человека. Так, переход от старой схемы земледелия (например, от выращивания хлопчатника как монокультуры) к небольшим частным фермам вместе с возросшей мобильностью населения, которое может теперь выезжать в леса на собственных автомобилях, привели к выраженным изменениям в заболеваемости многими зоонозами. Сопутствующие социальные

изменения — появление тех, кто выиграл от перемен (новый средний класс и олигархи), и тех, кто проиграл (заклученные, бездомные), привели к тому, что среди последних возродились заболевания, которые когда-то были побеждены.

Перемены в Западной Европе не столь глубоки, но даже здесь изменения в деятельности человека и в землепользовании повлияли на заболеваемость. Появление нового варианта болезни Крейтцфельдта—Якоба в Соединенном Королевстве показывает, что страна с развитой экономикой и крепкой системой эпидемиологического надзора тоже может оказаться уязвимой при неудачном сочетании экономических и технологических факторов.

Свою роль, как положительную, так и отрицательную, сыграли и изменения в здравоохранении. Развал программ иммунизации в некоторых странах привел к тому, что практически исчезнувшие заболевания (такие как корь и дифтерия) появились вновь. В других странах расширенный охват вакцинацией привел к практически полному исчезновению этих заболеваний. Расширенная программа вакцинации против клещевого энцефалита снизила заболеваемость им в Центральной Европе. С другой стороны, возросшая доступность антимикробных средств в отсутствие более взвешенной практики их назначения создала огромную проблему лекарственной устойчивости микроорганизмов.

Хотя последствия изменений климата выявляются медленно, игнорировать их невозможно. Потепление расширяет ареал обитания насекомых, являющихся переносчиками инфекций. В сочетании с быстрым ростом объема международных поездок, позволяющих возбудителям перемещаться далеко за пределы традиционного ареала, последствия могут быть самыми тревожными. Важно не забывать о том, что экономический рост во многих областях Европы, например в южной Италии, стал возможным лишь после искоренения малярии в 1950-х гг. Появление в Европе вируса лихорадки Западного Нила, а в последние годы — лихорадки чикунгуния (заболевания, обычно встречающегося по берегам Индийского океана) предвещает будущее опасности (Angelini et al. 2007).

Анализ факторов, влияющих на распространенность инфекционных заболеваний, будет неполон без учета политической ситуации. В последние годы некоторые инфекционные заболевания обсуждаются на самом высоком уровне, например на встречах стран Большой восьмерки. Примером может служить грипп, представляющий угрозу для всех независимо от общественного положения. Однако другим заболеваниям, особенно тем, которые поражают преимущественно бедные, уязвимые слои населения, внимания уделяется куда меньше. На уровне ЕС развернута энергичная борьба с инфекционными заболеваниями — этому посвящена глава 8 настоящей книги, написанная Reintjes. Однако в остальной части региона сходных усилий не предпринимается. Более того, в нескольких странах власти отказываются раскрывать статистику по инфекционным заболеваниям (самый яркий пример тому — Туркменистан).

Основной вывод этой главы — изменчивый мир открывает новые возможности и создает трудности как для человека, так и для микроорганизмов, в их вечной эволюционной борьбе друг с другом. В следующих главах будет показано, что со стороны человека ключевая роль в этой борьбе принадлежит здравоохранению.

Литература

- Amato-Gauci, A. and Ammon, A. (2007). *The first communicable disease epidemiological report*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.
- Angelini, R., Finarelli, A. C., Angelini, P., et al. (2007). An outbreak of Chikungunya fever in the province of Ravenna, Italy, *Euro Surveill*, 12(9): E070906 1.
- Ashbolt, N. (2004). Microbial contamination of drinking water and disease outcomes in developing countries. *Toxicology*, 198(1–3): 229–238.
- Atun, R. A., Lebcir, R. M., Drobniewski, F., McKee, M. and Coker, R. J. (2007). High coverage with HAART is required to substantially reduce the number of deaths from tuberculosis: system dynamics simulation, *International Journal of STD & AIDS*, 18: 267–273.
- Bakonyi, T., Ivanics, E., Erdelyi, K., et al. (2006). Lineage 1 and 2 strains of encephalitic West Nile virus, central Europe, *Emerging Infectious Diseases*, 12(4): 618–623.
- Bobrik, A., Danishevski, K., Eroshina, K. and McKee, M. (2005). Prison health in Russia: the larger picture, *Journal of Public Health Policy*, 26(1): 30–59.
- Charrel, R., Attui, H., Butenko, A., et al. (2004). Tick-borne diseases of human interest in Europe, *European Society of Clinical Microbiology and Infectious Disease*, 10: 1040–1055.
- Christova, I., Tasseva, E. and Manev, H. (2003). Human leptospirosis in Bulgaria, 1989–2001: epidemiological, clinical, and serological features, *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 35(11–12): 869–872.
- Christova, I., Velinov, T., Kantardjev, T. and Galev, A. (2004). Tularaemia outbreak in Bulgaria, *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 36(11): 785–789.
- Coker, R. J., Atun, R. A. and McKee, M. (2004). Health-care system frailties and public health control of communicable disease on the European Union's new eastern border, *Lancet*, 363(9418): 1389–1392.
- Coker, R., McKee, M., Atun, R., et al. (2006). Risk factors for pulmonary tuberculosis in Russia: case-control study, *British Medical Journal*, 332: 85–87.
- Cox, H., Orozco, J., Male, R., et al. (2004). Multidrug-resistant tuberculosis in central Asia, *Emerging Infectious Diseases*, 10(5): 865–872.
- Custer, B., Sullivan, S., Hazlet, T., et al. (2004). Global epidemiology of hepatitis B virus, *Journal of Clinical Gastroenterology*, 38(10 Supplement): 158–168.
- De Zulueta, J. (1998). The end of malaria in Europe: an eradication of the disease by control measures, *Parassitologia*, 40(1–2): 245–246.
- Dittman, S., Wharton, M., Vitek, C., et al. (2000). Successful control of epidemic Diphtheria in the states of the Former Union of Soviet Socialist Republics: lessons learnt, *Journal of Infectious Diseases*, 181(Supplement 1): 10–22.
- Dye, C. (2006). Global epidemiology of tuberculosis, *Lancet*, 367: 938–940.
- Ekdahl, K. and Andersson, Y. (2005). Imported Giardiasis: impact of international travel, immigration and adoption, *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 72(6): 825–830.
- Freedman, D., Weld, L., Kozarsky, P., et al. (2006). Spectrum of disease and relation to place of exposure among ill returned travellers, *New England Journal of Medicine*, 354(2): 119–130.
- Friedman, S., Kottiri, B., Neaiquis, A., et al. (2000). Network-related mechanisms may help explain long-term HIV-1 seroprevalence levels that remain high but do not approach population-group saturation, *American Journal of Epidemiology*, 152(10): 913–922.
- Godinho, J., Renton, A., Vinogradov, V., et al. (2005). *Reversing the Tide: priorities for HIV/AIDS prevention in central Asia*. Washington, D.C.: World Bank.
- Goossens, G., Ferech, M., Vander-Stichele, R. and Elseviers, M. (2005). Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study, *Lancet*, 365: 579–587.
- Gritsun, T., Lashkevich, V. and Gould, E. (2003). Tick-borne encephalitis, *Antiviral Research*, 57: 129–146.
- Hook, E. and Peeling, R. (2004). Syphilis control – a continuing challenge, *New England Journal of Medicine*, 351(2): 122–124.

- Hutchinson, E. J., Joseph, C. and Bartlett, C. L. (1996). EWGLI: a European surveillance scheme for travel-associated Legionnaires' disease, *EuroSurveillance*, 1(5): 37–39.
- Hutchinson, R. A. and Lindsay, S. W. (2006). Malaria and deaths in the English marshes, *Lancet*, 367(9526): 1947–1951.
- Jacobs, M. (2003). Worldwide trends in antimicrobial resistance among common respiratory tract pathogens in children, *Pediatric Infectious Disease*, 22: 109–119.
- Kiszewski, A. and Teklehaimanot, A. (2004). A review of the clinical and epidemiological burdens of epidemic malaria, *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 71(2 Supplement): 128–135.
- Kozukeev, T., Ageilat, S., Maes, E. and Favorov, M. (2006). Risk factors for brucellosis – Leylek and Kadamjay districts, Batkan Oblast, Kyrgyzstan, January–November 2003, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55(Supplement 1): 31–34.
- Lanciotti, R. S., Roehrig, J. T., Deubel, V., et al. (1999). Origin of the West Nile virus responsible for an outbreak of encephalitis in the north-eastern United States, *Science*, 286(5448): 2333–2337.
- Memish, Z. A. and Balkhy, H. (2004). Brucellosis and international travel, *Journal of Travel Medicine*, 11: 49–55.
- Mounier-Jack, S. and Coker, R. (2006). How prepared is Europe for pandemic influenza? Analysis of national plans, *Lancet*, 367: 1405–1411.
- Mounier, S., McKee, M., Atun, R. and Coker, R. (2007). *HIV/AIDS in central Asia. In: HIV/AIDS in Russia and Eurasia*. New York: Palgrave, pp. 67–100.
- Mukhopadhyay, S., Kim, B., Chipman, P., Rossmann, M. and Kuhn, R. (2003). Structure of West Nile virus, *Science*, 302(5643): 248.
- Nylen, G., Dunstan, F., Palmer, S., et al. (2002). The seasonal distribution of campylobacter infection in nine European countries and New Zealand, *Epidemiology and Infection*, 128: 383–390.
- Pappas, G., Papadimitriou, P., Akritidis, N., Christou, L. and Tsianos, E. V. (2006). The new global map of human brucellosis, *Lancet Infectious Diseases*, 6(2): 91–99.
- Pitt, S., Percy, B. E., Stevens, R. H., et al. (1998). War in Tajikistan and re-emergence of Plasmodium falciparum, *Lancet*, 352(9136): 1279.
- Poovorawan, Y., Chatchatee, P. and Chongsrisawat, V. (2002). Epidemiology and prophylaxis of viral hepatitis: A global perspective, *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 17(Supplement): 155–166.
- Rechel, B. and McKee, M. (2007). The effects of dictatorship on health: the case of Turkmenistan, *BioMed Central*, 5(21): 1–10.
- Renton, A., Gzirishvili, D., Gotsadze, G. and Godinho, J. (2006). Epidemics of HIV and sexually transmitted infections in central Asia: Trends, drivers and priorities for control, *International Journal of Drug Policy*, 17: 494–503.
- Ricketts, K. and Joseph, C. (2005). Legionnaires' disease in Europe 2003–2005, *Euro-Surveillance*, 10(10–12).
- Ricketts, K., McNaught, B. and Joseph, C. (2006). Travel-associated Legionnaires' disease in Europe: 2004, *EuroSurveillance*, 11: 4–6.
- Riedner, G., Dehne, K. and Gromyko, A. (2000). Recent declines in reported syphilis rates in eastern Europe and central Asia: are the epidemics over, *British Medical Journal*, 36: 363–365.
- Severini, C., Menegon, M., Luca, M. D., et al. (2004). Risk of Plasmodium vivax malaria reintroduction in Uzbekistan: genetic characterization of parasites and status of potential malaria vectors in the Surkhandarya region, *Tropical Medicine and Hygiene*, 98: 585–592.
- Spika, J., Wassilak, S., Pebody, R., et al. (2003). Measles and rubella in the World Health Organization European region diversity creates challenges, *Journal of Infectious Diseases*, 187(Supplement 1): 191–197.
- Sumilo, D., Asokliene, L., Bormane, A., et al. (2007). Climate change cannot explain the upsurge of tick-borne encephalitis in the Baltics, *Public Library of Science ONE*, 2(6): e500.

Tarnvik, A. and Berglund, L. (2003). Tularaemia, *European Respiratory Journal*, 21: 361–373.

Temel, T. (2004). Malaria from the gap: need for cross-sector co-operation in Azerbaijan, *Acta Tropica*, 89: 249-259.

UNAIDS (2006). *Report on the global AIDS epidemic*. Geneva: UNAIDS. (на русском языке: Доклад о глобальной эпидемии СПИДа. — Женева, UNAIDS, 2006 г.).

Van den Ende, J., Lynen, L., Elsen, P., et al. (1998). A cluster of airport malaria in Belgium in 1995, *Acta Clinica Belgica*, 53(4): 259–263.

Veenema, T. (2000). Health systems and maternal and child survival in central Asian Republics, *Journal of Nursing Scholarship*, 32(3): 301–306.

Vorou, R., Papavassiliou, V and Tsiodras, S. (2007). Emerging zoonoses and vector-borne infections affecting humans in Europe, *Epidemiology and Infection*, 1–17.

Walker, G. J. and Walker, D. G. (2007). Congenital syphilis: a continuing but neglected problem, *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 12(3): 198–206.

Wasley, A. and Alter, M. (2000). Epidemiology of hepatitis C: geographic differences and temporal trends, *Seminars in Liver Disease*, 20(1): 1–16.

Zeltzer, R. and Kurban, A. (2004). Syphilis, *Clinical Dermatology*, 22: 461–468.

Zenz, W., Pansi, H., Zoehrer, B., et al. (2005). Tick-borne encephalitis in children in Styria and Slovenia between 1980 and 2003, *Pediatric Infectious Diseases*, 24(10): 892–896.

Инфекционные заболевания в странах Латинской Америки и Карибского бассейна

Oscar Echeverri, Patricio Marquez, Enis Baris

Введение

С колониальных времен вспышки инфекционных заболеваний — частое явление в странах Латинской Америки и Карибского бассейна. Такая ситуация во многом обусловлена морской торговлей и экспортом сельскохозяйственной продукции и полезных ископаемых, способствовавшим интеграции этих стран в мировую экономику, а также развитием местной торговли (Marquez and Joly 1986). История общественного здравоохранения в странах Латинской Америки и Карибского бассейна — это цепь непрерывных усилий по укреплению санитарии и гигиены и по борьбе с распространением заболеваний, в первую очередь таких извечных бедствий, как желтая лихорадка и малярия.

В конце XIX — начале XX века на нескольких международных конференциях латиноамериканские страны и США под эгидой вновь созданного Панамериканского санитарного бюро (1902 г.) предприняли ряд попыток выработать единые карантинные правила. Целью этих попыток было устранение препятствий для паромного судоходства, систематизация новых профилактических мер и их преобразование в отдельный свод законов и программ, опирающихся на революционизировавшие общественное здравоохранение в Европе великие открытия Пастера, Коха и Клебса в области микробиологии.

В конце XIX века необходимость проведения в крупных портовых городах санитарных кампаний по борьбе с желтой лихорадкой привела к созданию национальных департаментов здравоохранения. В основе таких кампаний лежало признание и применение микробной теории, которую поддержали такие видные латиноамериканские ученые, как Oswaldo Cruz и Carlos Chagas в Бразилии и Carlos J. Finlay на Кубе. Эти усилия увенчались заметным успехом в борьбе со многими заболеваниями, требующими введения карантина, — в том числе и с желтой лихорадкой.

Последняя была главным бичом международной торговли на протяжении всего колониального периода, вплоть до начала XX века. Завершение строительства Панамского канала в 1914 г. стало возможным лишь благодаря успешным действиям общественного здравоохранения в борьбе с желтой лихорадкой и малярией — заболеваниями, которые унесли жизни многих рабочих, занятых на строительстве канала. В свою очередь, меры, принятые в ходе строительства, способствовали дальнейшей разработке санитарных программ в странах региона за счет поддержки исследований по этиологии и пути передачи желтой лихорадки и малярии, что привело к разработке более эффективных способов борьбы с ними.

Позднее сфера деятельности департаментов здравоохранения была расширена благодаря поддержке Международной комиссии по здравоохранению при фонде Рокфеллера: были развернуты программы оздоровления земель, направленные в первую очередь на борьбу с анкилостомидозом и малярией. Целью этих программ было повышение производительности труда в регионах, специализирующихся на производстве экспортных товаров, таких, как бананы и кофе. К 1950-м гг. большинство национальных департаментов здравоохранения были преобразованы в действующие поныне министерства или секретариаты здравоохранения.

Наиболее важные успехи общественного здравоохранения стран Латинской Америки и Карибского бассейна, достигнутые в последние три десятилетия XX века и в начале XXI века (см. ниже), относятся, как и прежде, к борьбе с инфекционными заболеваниями и улучшению санитарно-эпидемической обстановки, хотя эти вопросы не являются приоритетными направлениями государственной политики. Практически во всех странах Северной и Южной Америки снизился уровень смертности, в основном благодаря резкому сокращению заболеваемости инфекциями: смертность от них упала с 95 на 100 000 населения в 1980 г. до 57 — в 2000 г. (РАНО 2002а). Однако из-за стремительного роста населения, особенно городского, миграции людей, изменений климата (например, феномена Эль-Ниньо), сохраняющегося неравенства и социальных конфликтов инфекционные заболевания — как новые, так и старые — вновь переходят в разряд первоочередных проблем здравоохранения стран Латинской Америки и Карибского бассейна.

Инфекционные заболевания в странах Латинской Америки и Карибского бассейна сегодня

Распространенные в странах Латинской Америки и Карибского бассейна инфекционные заболевания можно разделить на две основные группы: «тропические болезни» (например, рассмотренные в этой главе малярия, лихорадка денге, холера, лейшманиоз и желтая лихорадка) и остальные заболевания, которые встречаются по всему миру (например, туберкулез и ВИЧ-инфекция, которые также обсуждаются применительно к данному региону). Большинство инфекций первой группы являются трансмиссивными и встречаются между Северным и Южным тропиками.

Тропические болезни

Среди трансмиссивных заболеваний наибольшую угрозу в странах Латинской Америки и Карибского бассейна, по причинам социально-экономического и политического характера, представляют малярия и лихорадка денге. Обе инфекции переносятся комарами; изменения климата в среднесрочной и долгосрочной перспективе способны привести к появлению новых очагов размножения комаров и распространению возбудителей в районы, где эти заболевания ранее не встречались.

Малярия

Малярию у человека вызывают четыре вида малярийных плазмодиев: *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium vivax*, *Plasmodium ovale* и *Plasmodium malariae*. В странах Латинской Америки и Карибского бассейна наибольшую угрозу представляет *P. vivax* как наиболее распространенный вид и *P. falciparum* как наиболее опасный. Основными переносчиками заболевания служат комары рода *Anopheles* (Nájera, Liese and Hammer 1993).

Малярия встречается в 21 из 34 стран Латинской Америки и Карибского бассейна. Сильнее всего от нее страдают страны бассейна Амазонки: Боливия, Бразилия, Венесуэла, Гайана, Колумбия, Французская Гайана, Перу, Суринам и Эквадор. В 1995 г. было отмечено 1,3 млн случаев заболевания — это самый большой показатель за всю историю наблюдений. Затем число зарегистрированных случаев малярии стало снижаться (с периодическими всплесками) до 2000 г., когда заболеваемость стабилизировалась на уровне около 1,14 млн случаев. На долю Бразилии, население которой составляет 180 млн человек, приходилось 54% всех случаев малярии; следом идут Колумбия (население 44 млн человек, 9,5% случаев), Эквадор (население 13 млн человек, 9% случаев), Перу (население 26 млн человек, 6% случаев), Венесуэла и Боливия (население 25 и 9 млн человек соответственно, по 3% случаев), Гайана (население 0,8 млн человек, 2% случаев) и Суринам (население 0,4 млн человек, 1% случаев) (РАНО 2002а). В Карибском бассейне малярия встречается лишь в Доминиканской Республике и на Гаити. Почти все случаи болезни здесь вызваны *P. falciparum*, тогда как в остальной части региона, где преобладает *P. vivax*, на *P. falciparum* приходится лишь 18% всех случаев малярии). В бассейне Амазонки *P. falciparum* устойчив к противомалярийным препаратам, а в странах Карибского бассейна — нет.

Негативное воздействие малярии на население в целом связано главным образом с заболеваемостью, а не со смертностью (рис. 6.1 и 6.2). В 2000 г. коэффициент смертности от малярии во всем мире составил 2 на 1000. В странах Латинской Америки и Карибского бассейна этот показатель равнялся 0,02, в Африке — 9, в Европе — 0. Смертность колебалась от 12 на 100 000 в Боливии до 5 в Гайане, 2 — на Гаити и 1 — в Колумбии, Эквадоре и Гватемале. Заболеваемость же в 2000 г. составила 143 на 100 000 населения, а в районах с высоким и умеренным риском заражения достигала 403,5 (РАНО 2002а). От малярии чаще всего умирают дети, беременные и люди с сопутствующими заболеваниями, например диареей, туберкулезом или ВИЧ/СПИДом. На рис. 6.2 приведена неутешительная, с незначительным снижением, динамика заболеваемости в 1994—2004 гг. Такая ситуация обусловлена в основном отсутствием стабильного

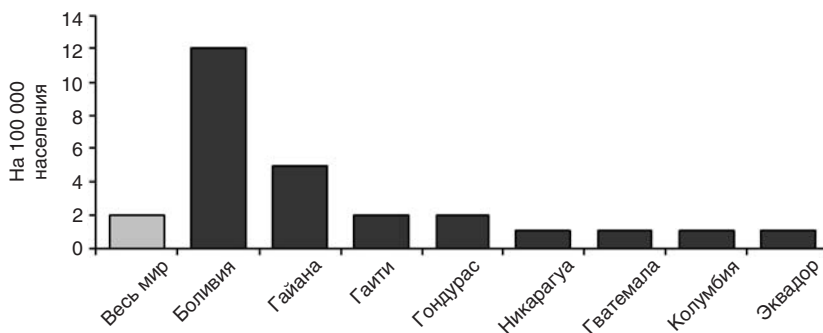


Рисунок 6.1. Смертность от малярии во всем мире и в странах Латинской Америки и Карибского бассейна в 2000 г.

Источник: РАНО 2002b, с изменениями.



Рисунок 6.2. Заболеваемость малярией в странах Латинской Америки и Карибского бассейна в 1994–2004 гг.

Источник: РАНО 2002b и РАНО 2005b, с изменениями.

финансирования мер по борьбе с переносчиками инфекции и перебоями в снабжении противомалерийными средствами.

Провозглашенная ВОЗ в 1998 г. инициатива «Обратим малярию вспять» предусматривала четыре основных комплекса мер, направленных на сокращение заболеваемости малярией к 2010 г. вдвое: 1) ранняя диагностика и лечение; 2) разработка и реализация отдельных мер профилактики; 3) выявление, устранение и предупреждение вспышек заболевания; 4) укрепление местных противомалерийных служб. В ответ на эту инициативу девять стран, расположенных в зоне влажных тропических лесов бассейна Амазонки (где распространенность малярии самая высокая в регионе), страны Центральной Америки, Доминиканская Республика, Гаити и Мексика, в сотрудничестве друг с другом развернули соответствующие национальные программы. Другие страны Карибского бассейна укрепляют

системы эпидемиологического надзора, чтобы не допустить повторного распространения малярии. Но несмотря на то, что все страны Латинской Америки и Карибского бассейна поддержали инициативу и развернули соответствующие программы, заболеваемость малярией практически не снизилась, а в некоторых странах экологические, социальные и политические факторы стали причиной роста заболеваемости малярией, устойчивой к противомаларийным средствам. Тем не менее за счет ранней диагностики и лечения удалось несколько снизить смертность. В 1994 г., когда 24% случаев болезни были вызваны *P. falciparum*, от малярии умерли 816 человек, а в 2000 г., когда этот возбудитель вызывал 26% случаев малярии, общее число смертей составило 277, не считая 10 случаев смерти, зарегистрированных в бассейне Амазонки (РАНО 2002а).

Реформа здравоохранения в странах Латинской Америки и Карибского бассейна мало способствовала совершенствованию системы ранней диагностики и лечения малярии на местном и общенациональном уровне, а в ряде стран противомаларийные службы даже ослабли. Бюджетные ассигнования на борьбу с малярией в 1997–1999 гг. почти не увеличивались, составляя около 88 млн долларов США, и лишь в 2000 г. возросли до 97 млн долларов США, в основном за счет внешних источников – займов и международной помощи. Однако для достижения стойкого успеха в борьбе с малярией действий со стороны системы здравоохранения недостаточно; необходим экологический контроль, направленный на стойкое уменьшение числа очагов размножения малярийных комаров и сокращение площадей таких очагов (Lindsay et al. 2004).

Опыт борьбы с малярией в Европе не обнадеживает. Распространение малярии там остановлено, но перспективы ликвидации болезни неутешительны. Так, в Италии зарегистрировано заражение малярией, вызванной *P. vivax* (Baldari et al. 1998; Simini 1997). Сомнительная эффективность нынешних способов борьбы с переносчиками и методов лечения малярии (Baird 2005) наряду с распространением устойчивости возбудителя к противомаларийным препаратам грозят странам Латинской Америки и Карибского бассейна новым подъемом заболеваемости. Мечта о полном искоренении малярии, которую высказал когда-то Fred L. Soper, бывший директор Панамериканской организации здравоохранения (ПАОЗ) (Soper 1959), может так и остаться мечтой.

Лихорадка денге

Лихорадка денге – наиболее значимое вирусное заболевание человека, переносимое комарами; риску заражения ею подвержены более 2,5 млрд человек. По географической распространенности лихорадка денге напоминает малярию. Смертельно опасная геморрагическая форма лихорадки денге до 1970 г. была зарегистрирована лишь в девяти странах, но к 2005 г. число таких стран выросло как минимум до 60 (CDC 2005).

Возбудителем лихорадки денге, в том числе ее геморрагической формы, служит вирус, имеющий четыре разных, хотя и родственных серотипа (1, 2, 3 и 4). Геморрагическую форму вызывает вирус серотипа 3. Заражение вирусом одного серотипа не обеспечивает иммунитет к вирусам других серотипов, поэтому жители эндемических районов могут переболеть в течение жизни всеми четырьмя формами лихорадки денге. Лихорадка денге распространена в основном в тропиках; ее возбудитель циркулирует

между человеком и живущими рядом с ним комарами *Aedes aegypti*¹. Эти комары активны в светлое время суток и питаются главным образом человеческой кровью.

В странах Латинской Америки и Карибского бассейна лихорадка денге известна уже свыше двух столетий, но до начала XX века распространенность инфекции оставалась небольшой. Во многих частях региона такая ситуация сохранялась вплоть до 1981 г., когда на Кубе разразилась крупная эпидемия геморрагической формы лихорадки денге: было зарегистрировано 344 203 случая, из которых 116 143 потребовали госпитализации, а 158 закончились смертью. Затем последовали вспышки лихорадки денге в Мексике, Центральной Америке, большинстве стран Южной Америки и Карибского бассейна. В 1998 г. число новых случаев заболевания составило уже 741 794, из них 12 396 пришлось на геморрагическую форму. В 2002 г. произошла новая вспышка: 1 015 420 случаев лихорадки денге, из которых 14 374 составила геморрагическая форма (рис. 6.3). Однако в результате серьезных усилий со стороны правительства и общественности, предпринимавшихся с середины 1980-х гг., число случаев заболевания на Кубе снизилось с 344 203 в 1981 г. до 14 443 в 2002 г. (De La Torre et al. 2004).

Случаев лихорадки денге, вызванных серотипом 3 (вызывающим геморрагическую форму заболевания), не наблюдалось в странах Латинской Америки и Карибского бассейна более 20 лет. Однако в 1994 г. этот серотип был выявлен в Центральной Америке (Панаме, Никарагуа и Коста-Рике), а в 1995 г. — в Сальвадоре, Гондурасе, Гватемале и Мексике. В 1997 г. случаи геморрагической формы отмечены в Белизе и Гайане, а в 1998 г. — на нескольких островах Карибского региона (CDC 2005). Если этот вирус достигнет Южной Америки, могут возникнуть крупные

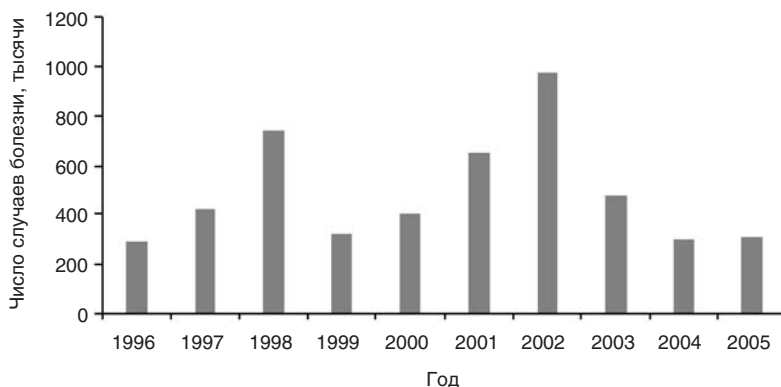


Рисунок 6.3. Зарегистрированные случаи лихорадки денге в странах Латинской Америки и Карибского бассейна в 1996–2005 гг.

Источник: PAHO EID Updates, 1996–2003 гг. (<http://www.paho.org/english/AD/DPC/CD/eid-eeg-ew.htm>) и различные доклады по ПАОЗ основным показателям здоровья (PAHO 2002–2005).

Примечание: данные за 2005 г. относятся к периоду с января по ноябрь.

¹ <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/dengue/ae-aegypti-feeding.htm> (по состоянию на 29 ноября 2007 г.)

вспышки заболевания из-за большого числа восприимчивых людей. Следует отметить, что риск заболеть геморрагической формой лихорадки денге выше там, где одновременно циркулируют два и более серотипа вируса. Проблема нового роста заболеваемости лихорадкой денге, в том числе геморрагической формой, особенно остро стоит перед общественным здравоохранением Северной и Южной Америки. В результате кампании по искоренению *Aedes aegypti* в Центральной и Южной Америке в 1950-х и 1960-х гг., направленной на профилактику городской желтой лихорадки, вспышки лихорадки денге сосредоточились в районе Карибских островов. Однако в 1970 г. США прекратили борьбу с *Aedes aegypti*, и кампания в Латинской Америке и Карибском регионе постепенно сошла на нет, что привело к распространению зараженных комаров в страны, где ранее эти насекомые не встречались. В итоге ареал обитания *Aedes aegypti* в странах Латинской Америки и Карибского бассейна сегодня шире, чем до 1970 г. К 1997 г. подтвержденные случаи лихорадки денге, в том числе ее геморрагической формы, зарегистрированы в 18 странах Американского региона, а во многих из них геморрагическая форма стала эндемической (CDC 2005). За вспышками лихорадки денге в Центральной Америке и районе Анд в 1990-х гг. последовала крупная эпидемия, разразившаяся в южной части Латинской Америки в 2001 г., а пик заболеваемости пришелся на 2002 г. (рис. 6.4).

В районе Анд после вспышки геморрагической формы лихорадки денге в 2001 г. заболеваемость пошла на убыль, но тем не менее остается самой высокой во всей Латинской Америке и в Карибском бассейне.

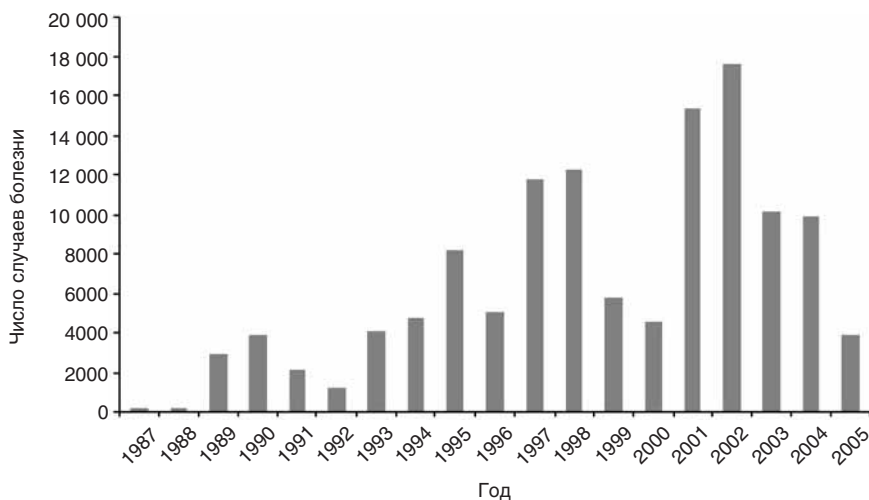


Рисунок 6.4. Динамика заболеваемости геморрагической формой лихорадки денге в Латинской Америке и Карибском бассейне в 1987–2005 гг.

Источник: Данные PAHO (Панамериканская организация здравоохранения), полученные от министров здравоохранения соответствующих стран, CDC (Центр по контролю заболеваемости), CAREC (Карибский эпидемиологический центр), CIRE Antilles Guyana (Межрегиональная эпидемиологическая группа Антильских островов и Гайаны) (1987–2006).

В обращении к Американскому обществу тропической медицины в 1998 г. тогдашний президент общества R. Guertant подчеркнул: «... к 1981 г. геморрагическая форма лихорадки денге на Американском континенте практически исчезла, но теперь во многих странах Центральной и Южной Америки появилась вновь... » (Guertant 1998). Одной из причин стало ослабление инфраструктуры общественного здравоохранения, обусловленное реформами здравоохранения. Другие причины роста заболеваемости лихорадкой денге в странах Латинской Америки и Карибского бассейна – широкое распространение переносчиков болезни вследствие неудовлетворительной борьбы с комарами; неправильная утилизация отходов – не поддающиеся биологическому разложению упаковки становятся местами размножения комаров; растущая интенсивность поездок и миграции населения; увеличение городского населения, в основном в трущобах и пригородах.

Эффективная вакцина против различных штаммов вируса появится еще не скоро (Halstead et al. 2005; Gubler 1998), поэтому важнейшим методом профилактики по-прежнему остается уничтожение очагов размножения комаров, применение репеллентов, ношение одежды с длинными рукавами и установка противокмаринных сеток на дверях. Решительные и настойчивые действия государства при поддержке всего общества, в первую очередь, просвещение населения и изменение поведения людей – ключевые факторы в борьбе с переносчиками инфекции.

Желтая лихорадка

Широкое распространение *Aedes aegypti* по всей Центральной и Южной Америке создает постоянную угрозу возврата желтой лихорадки в города. Хотя городская желтая лихорадка в этом регионе не отмечалась с 1942 г., начиная с середины 1990-х гг. в Боливии, Бразилии, Колумбии, Эквадоре, Перу, Венесуэле, и во Французской Гайане и отмечено более 1900 случаев лесной желтой лихорадки. Устойчивый рост заболеваемости с 1996 по 1998 г. подстегнул кампанию по вакцинации в регионе (в период с 1998 по 2002 г. было вакцинировано 77 млн человек)². В результате в 2001 и 2002 гг. заболеваемость снизилась, но в 2003 г. была зарегистрирована вспышка желтой лихорадки в Колумбии (112 случаев), а затем, в 2004 г., – в Перу (67 случаев). Вспышку в Колумбии объясняют плохо проведенной вакцинацией и переселением крестьян в города из-за вооруженного конфликта в северной части страны.

Несмотря на очевидную опасность желтой лихорадки, мерам по борьбе с этой болезнью не отводится должного места в программах общественно-го здравоохранения и медицинского страхования, и финансируются такие меры недостаточно.

Нетропические инфекционные заболевания

Холера

В XX веке холера исчезла с Американского континента, но в 1991 г. вновь появилась в Перу, распространилась в Эквадор и Колумбию, затем –

² Вакцина против желтой лихорадки высокоэффективна и недорога. Одна доза создает иммунитет сроком не менее 10 лет по меньшей мере у 95% вакцинированных.

в Южную и Центральную Америку и за три года охватила все страны Латинской Америки (за исключением Уругвая) и Карибского бассейна (рис. 6.5). В 1991 г. около 82% всех случаев холеры в Латинской Америке и Карибском бассейне приходилось на Перу, где заболеваемость достигла 27 на 100 000 населения. С января 1991 г. по декабрь 1993 г. в регионе отмечен почти миллион случаев болезни; почти 9000 человек умерли. Смертность составила менее 1%, в основном благодаря применению пероральной регидратации.

Общая заболеваемость холерой за период 1991–1995 гг. колебалась от 0,06 на 100 000 населения в Парагвае до 2738 в Перу. Самая высокая заболеваемость отмечена в регионе Анд, а в Центральной Америке – в Никарагуа и Гватемале. Смертность, благодаря действиям общественного здравоохранения, оставалась низкой (0,92%).

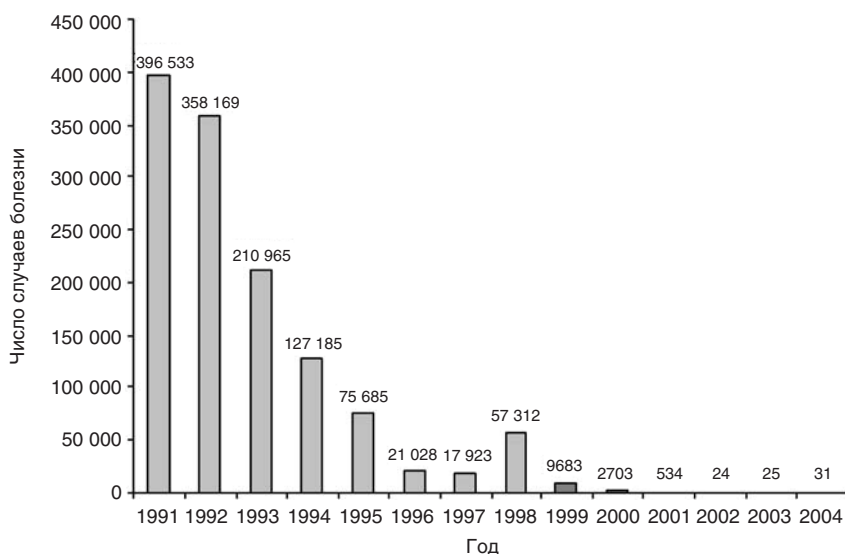


Рисунок 6.5. Зарегистрированные случаи холеры в странах Латинской Америки в 1991–1994 гг.

Источник: РАНО 2005b.

Почти ничего не известно о том, почему холера исчезла с Американского континента в конце XIX века и каков будет характер заболеваемости после возвращения болезни в 1991 г. (Blake 1993). Все более явной становится связь между холерой и уровнем развития страны, а в некоторых исследованиях показано, что детская смертность и индекс гуманитарного развития позволяют лучше предсказать заболеваемость холерой, чем наличие питьевой воды. В странах Латинской Америки и Карибского бассейна пороговые значения этих показателей, ниже которых риск заболевания холерой возрастает, следующие: детская смертность 40 на 1000 новорожденных и индекс гуманитарного развития 0,72 (Ackers et al. 1998). Эпидемия 1991 г. широко освещалась в средствах массовой информации, что способствовало лучшей осведомленности населения. Холера стала

синонимом отсталости, и это побуждает правительство реагировать более оперативно (Panisset 2000).

Туберкулез

Туберкулез, несмотря на все меры по борьбе с ним, по-прежнему представляет угрозу здоровью населения во всех странах Латинской Америки и Карибского бассейна. В 1999 г. в Северной и Южной Америке было зарегистрировано почти четверть миллиона случаев заболевания. Из них почти 140 000 – новые случаи, приходящиеся преимущественно на возраст от 15 до 55 лет (РАНО 2002а). С 1980 г. заболеваемость туберкулезом в регионе колеблется, в разных странах достигая разных величин. Во второй половине 1980-х гг. отмечен резкий рост числа зарегистрированных случаев туберкулеза в пяти странах: США, двух странах Центральной Америки и двух странах Южной Америки. В 1990-х гг. число таких стран выросло до 17, а в 1998 г. в регионе в целом отмечено максимальное по сравнению с 1980 г. число случаев туберкулеза (262 809). В 2000–2003 гг. о значительном росте заболеваемости сообщили четыре страны: Колумбия, Гайана, Гаити и Панама (WHO 2005).

Несмотря на усилия ПАОЗ, призванные побудить страны региона к тому, чтобы они уделяли должное внимание мерам по борьбе с туберкулезом, и провозглашение в 1998 г. новой стратегии «Остановить туберкулез», странам Латинской Америки и Карибского бассейна пока трудно достичь поставленной цели – снизить заболеваемость туберкулезом к 2010 г. на 50%, внедрить эффективные методы борьбы с лекарственной устойчивостью и одновременным заражением ВИЧ-инфекцией и туберкулезом. С 2000 г. заболеваемость туберкулезом почти не снизилась (рис. 6.6).

Из рис. 6.6 неочевиден один важный факт: на США и Канаду приходится более трети (38%) всего населения Америки, но всего лишь 7% всех случаев туберкулеза. В 2000 г. в странах Латинской Америки и Карибского бассейна зарегистрировано 216 373, или 46 на 100 000 населения, новых случаев туберкулеза (в том числе 123 533, или 23 на 100 000 населения, случаев, диагностированных по мазку мокроты) (РАНО 2004с). Этот показатель по меньшей мере на 15 процентных пунктов превышает заболевае-

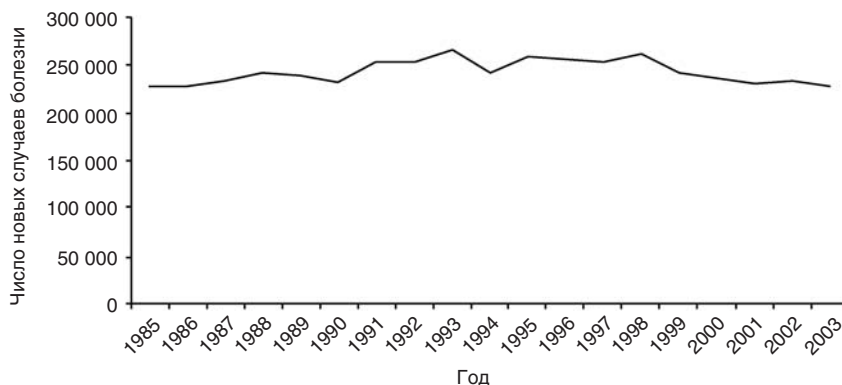


Рисунок 6.6. Динамика заболеваемости туберкулезом в Северной и Южной Америке в 1985–2003 гг.

Источник: WHO 2005.

мость по Американскому континенту в целом. В странах Латинской Америки и Карибского бассейна социальные факторы в сочетании с ростом числа людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, увеличивают риск заражения туберкулезом и создают дополнительные трудности для здравоохранения, в том числе для программ по борьбе с туберкулезом (Arbelaez et al. 2004).

На основе данных ПАОЗ по заболеваемости туберкулезом страны Латинской Америки и Карибского бассейна можно разбить на четыре группы. Если сравнивать данные за два года (2000 и 2003), в четырех странах ситуация ухудшилась и лишь в одной улучшилась. В странах первой группы (заболеваемость более 85 на 100 000 населения), за исключением Эквадора и Доминиканской Республики, социально-экономические показатели – наихудшие в регионе, что еще раз свидетельствует о влиянии социальных факторов на заболеваемость туберкулезом.

В 1990-х гг. на одну лишь Бразилию, население которой составляет 34% от общего населения стран Латинской Америки и Карибского бассейна, пришлось 33% всех случаев туберкулеза в регионе, а на Перу, население которого составляет 5% от общего населения региона, – 17% случаев туберкулеза. Небольшое снижение числа зарегистрированных случаев туберкулеза в 1998–1999 гг. (на 5,4%) сопровождалось ростом на 9% числа случаев, диагностированных по мазку мокроты. Возможно, такая ситуация объясняется более эффективной работой программ по борьбе с туберкулезом в ряде стран с высоким уровнем заболеваемости (Боливия, Перу, Эквадор, Доминиканская Республика, Бразилия, Гватемала, Мексика и Панама).

Заболеваемость туберкулезом в 1990–2003 гг. снижалась явно недостаточно. По данным ВОЗ (WHO 2005), число новых случаев туберкулеза (в том числе у ВИЧ-инфицированных) в 1990 г. колебалось в 22 континентальных странах от 9 на 100 000 населения в Канаде до 397 в Перу, тогда как в 2003 г. эти показатели составляли от 5 на 100 000 населения в США до 225 в Боливии (рис. 6.7). Хотя число стран, где заболеваемость составляет 85 на 100 000 населения и более, сократилось с девяти до четырех, число стран с заболеваемостью от 50 до 84 на 100 000 населения почти не изменилось. Самая высокая заболеваемость, несмотря на некоторое снижение, по-прежнему отмечается в Боливии, Эквадоре и Перу: 225, 188 и 138 на 100 000 населения соответственно. Лишь в трети континентальных стран заболеваемость ниже средней по региону, и всего четыре страны добились ее существенного снижения на протяжении более десяти лет: Чили (на 73%), Никарагуа (на 59%), Перу (на 53%) и Сальвадор (на 47%).

Среди стран Карибского бассейна туберкулезом сильнее всего затронуты Гаити и Доминиканская Республика. Хотя в обеих странах с 1990 г. по 2003 г. заболеваемость снизилась на 32%, в 2003 г. она все еще оставалась самой высокой среди стран Карибского бассейна: 232 и 96 случаев на 100 000 населения соответственно. В остальных странах Карибского бассейна заболеваемость ниже 25 на 100 000 населения, за исключением Багамских островов и Ангилы – 40 и 25 на 100 000 населения соответственно (рис. 6.8).

В 1990 г. распространенность туберкулеза в Северной и Южной Америке составляла 100 случаев на 100 000 населения, а к 2003 г. сократилась до 58. Обычное соотношение между распространенностью и заболеваемостью, равное 2:1, немного уменьшилось, в основном благодаря некоторому снижению числа новых случаев болезни.

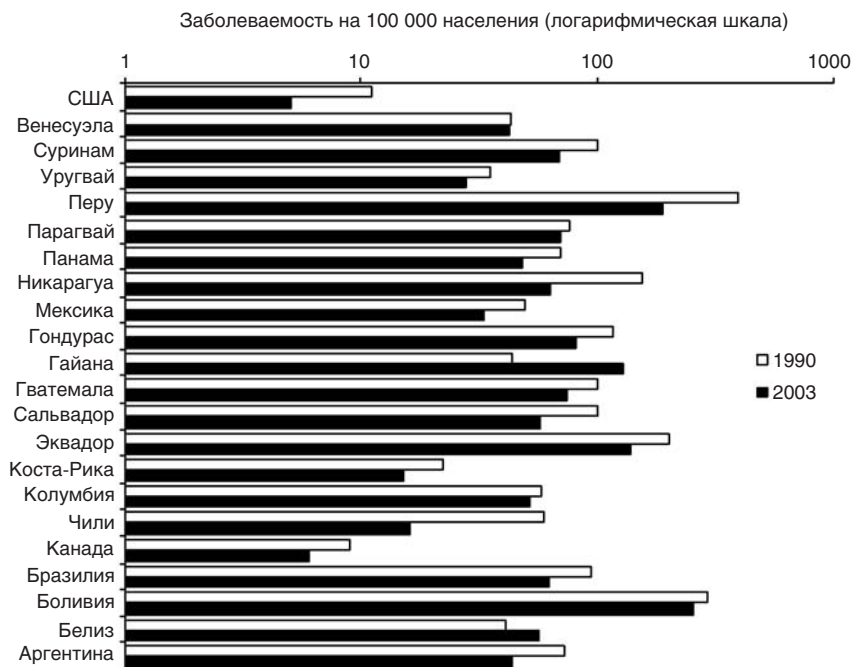


Рисунок 6.7. Заболеваемость туберкулезом в континентальных странах Латинской Америки в 1990–2003 гг.

Источник: WHO 2005.

Примечание: согласно данным РАНО (Панамериканская организация здравоохранения), основанным на ежегодных отчетах национальных программ по борьбе с туберкулезом, заболеваемость по региону в целом составляет 26 на 100 000 населения.

Достигнутое за тот же период (1990–2003 гг. и по данным ВОЗ) снижение смертности очень невелико (рис. 6.9). В 1990 г. смертность в 22 континентальных странах колебалась от 1 на 100 000 населения в Канаде до 58 в Перу, а в 2003 г. – от 0 в США до 34 в Боливии. Еще в трех странах смертность опустилась ниже 10 на 100 000 населения. В четырех странах, однако, смертность сократилась существенно: в Чили – с 9 до 1 на 100 000 населения, в Никарагуа – с 23 до 8, в Перу – с 58 до 23 и в Сальвадоре – с 15 до 9. Самым высоким этот показатель по-прежнему остается в Боливии, Эквадоре и Перу: 34, 28 и 23 на 100 000 населения соответственно. В двух странах смертность выросла: в Гайане с 8 до 24 на 100 000 населения, а в Парагвае – с 11 до 13.

Среди стран Карибского бассейна самые высокие показатели смертности от туберкулеза – на Гаити и в Доминиканской Республике. Хотя за период с 1990 по 2003 г. в обеих странах смертность снизилась на 20%, в 2003 г. она все еще оставалась высокой (71 и 17 на 100 000 населения соответственно). В остальных странах Карибского бассейна смертность колеблется от 1 до 5 на 100 000 населения, за исключением Багамских островов, где она равна 7 на 100 000 населения (рис. 6.10).

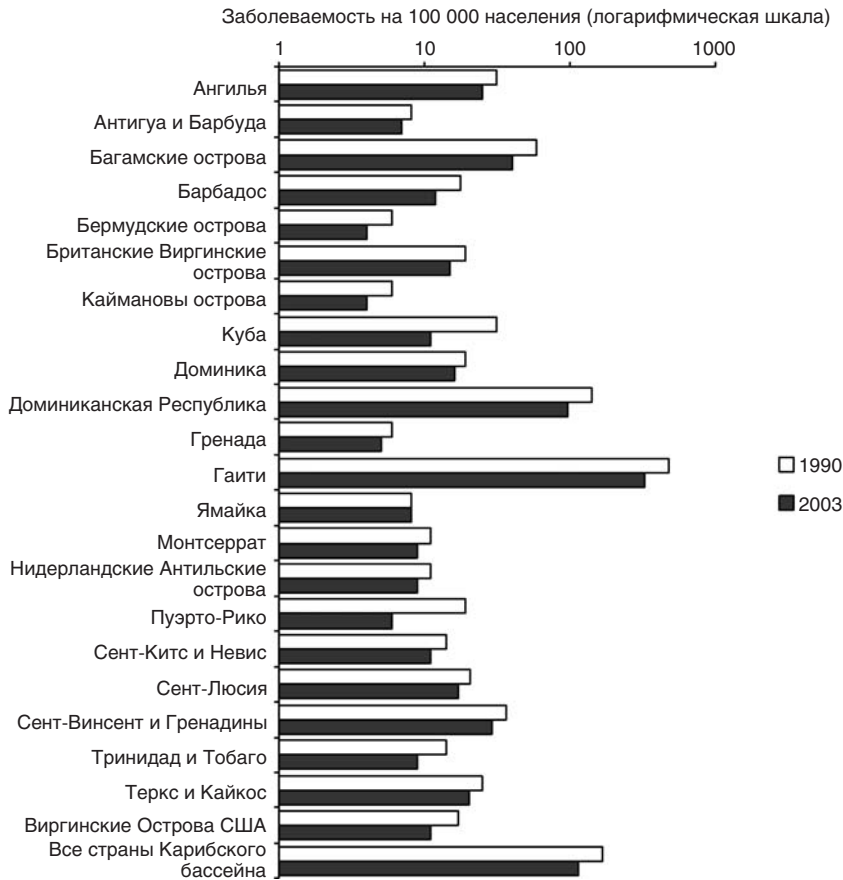


Рисунок 6.8. Заболеваемость туберкулезом в странах Карибского бассейна в 1990–2003 гг.

Источник: WHO 2005.

Стремительное распространение полирезистентного туберкулеза привлекло внимание к последствиям плохой организации борьбы с туберкулезом — недостаточному охвату населения и неправильному лечению. Другое серьезное последствие — возможные помехи разворачиванию стратегии лечения под прямым наблюдением (DOTS) для обычного туберкулеза. Внедрение ее модифицированного варианта (DOTS-plus) в странах Латинской Америки и Карибского бассейна, которое позволило бы справиться с полирезистентным туберкулезом, связано с большими затратами, так как DOTS-plus в сотни раз дороже стандартных программ DOTS. В основу программы лечения туберкулеза DOTS-plus положены анализ чувствительности к противотуберкулезным препаратам и индивидуальные либо стандартные схемы лечения, включающие от четырех до восьми препаратов, с ежемесячной микроскопией мазка мокроты и посевом до тех пор, пока посев не будет давать отрицательных результатов в течение 6–8 мес.

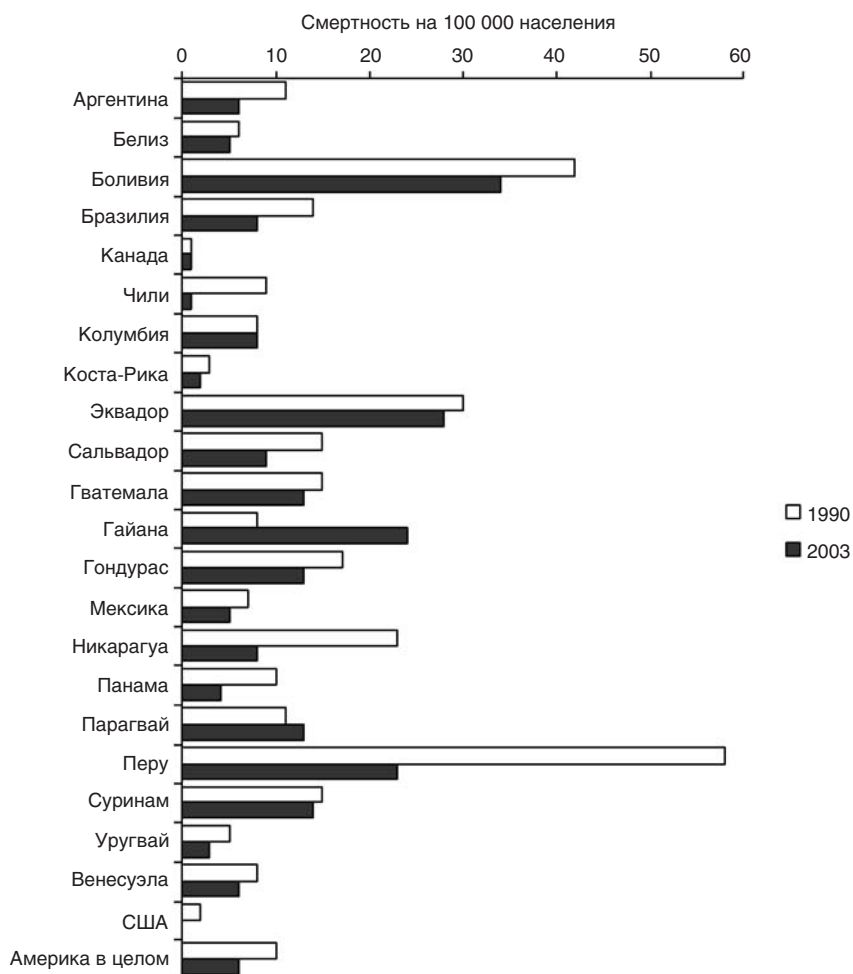


Рисунок 6.9. Смертность от туберкулеза в континентальных странах Северной и Южной Америки в 1990–2003 гг.

Источник: WHO 2005.

Устойчивость к противотуберкулезным препаратам

Распространенность полирезистентного туберкулеза среди ранее нелеченных больных в странах Латинской Америки и Карибского бассейна высока в Доминиканской Республике, Эквадоре, Перу и Гватемале — во всех четырех странах очень высока и заболеваемость туберкулезом. Однако самую серьезную проблему представляет приобретенная устойчивость к противотуберкулезным препаратам у тех, кто ранее подвергался лечению. Распространенность приобретенной устойчивости также велика в странах с высокой заболеваемостью туберкулезом — в Эквадоре (24,8%), Доминиканской Республике (19,7%), Гватемале (22,4%) и Перу (12,3%). Кроме того, полирезистентный туберкулез распространен в Мексике и Аргентине: 22,4 и 9,4% соответственно.

ВОЗ и ПАОЗ поставили задачу повысить, используя стратегию DOTS, к

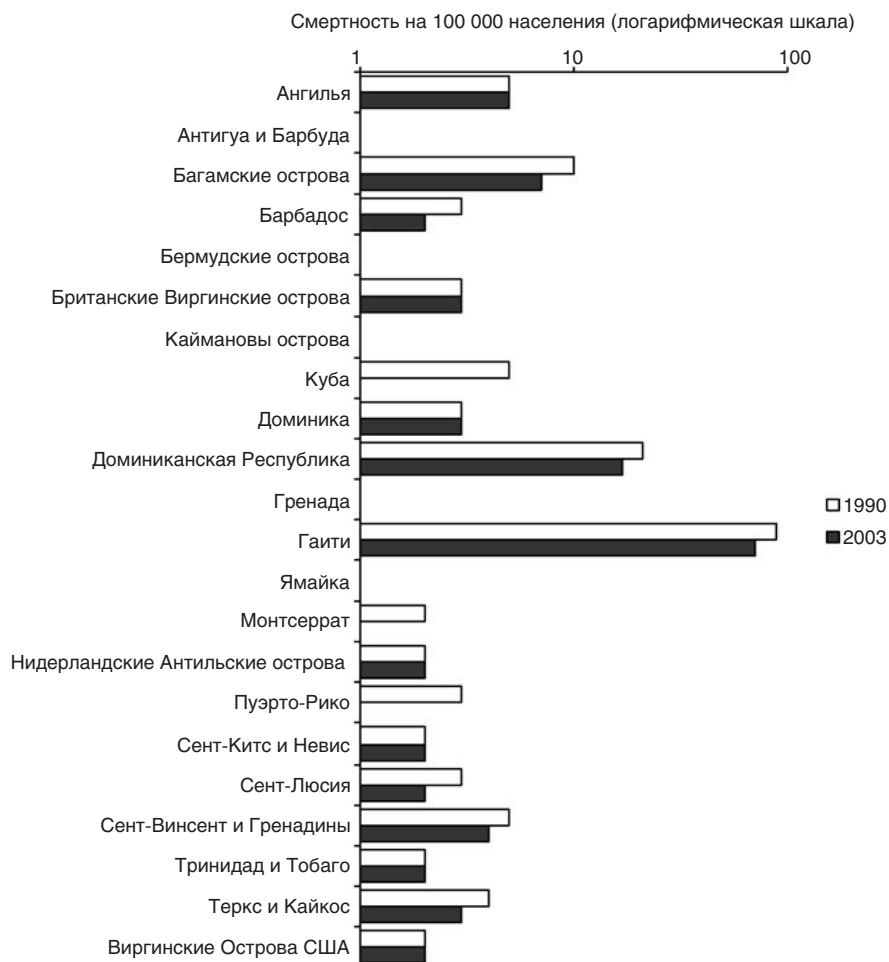


Рисунок 6.10. Смертность от туберкулеза в странах Карибского бассейна в 1990–2003 гг.

Источник: WHO 2005.

2005 г. частоту выявления новых случаев туберкулеза с помощью мазка мокроты до 70%, а частоту излечения таких больных как минимум до 85%, сократив таким образом общее число больных туберкулезом в мире на 50% по сравнению с 2000 г. В табл. 6.1 приведены данные по охвату стратегией DOTS в странах Латинской Америки и Карибского бассейна.

К 2000 г. стратегией DOTS было охвачено 65% населения региона. Однако достигнутое к 2002 г. расширение охвата в странах с высоким уровнем заболеваемости туберкулезом (Бразилия, Гайана и Парагвай) было невелико. В Доминиканской Республике и Гаити, несмотря на некоторые успехи, охват DOTS все еще низок, как и в Колумбии (менее 50%). В Мексике и Боливии этот показатель скоро достигнет 90%. Существенного прогресса добились Аргентина и Сальвадор, которые наряду с Гватемалой, Гондурасом, Перу и Никарагуа уже добились более чем 90% охвата DOTS, присоединившись к Чили, Кубе, Уругваю и США.

Таблица 6.1. Охват стратегией DOTS в странах Северной и Южной Америки, 2002 г.

> 90%	> 50–89%	10–49%	< 10% или DOTS отсутствует
Аргентина ^а Белиз ^б Гватемала ^б Гондурас ^б Куба ^б Никарагуа ^б Перу ^б Пуэрто-Рико ^б Сальвадор ^а США ^б Уругвай ^б Чили ^б	Боливия ^в Венесуэла ^б Коста-Рика ^б Мексика ^а Панама ^б	Бразилия ^б Гаити ^а Гайана ^б Доминиканская Республика ^а Колумбия ^б Парагвай ^б Эквадор ^в	Англоязычные страны Карибского бассейна ^б Суринам ^б

Источник: РАНО 2004d, с изменениями.

^а Страны, в которых охват увеличился, превысив пределы указанной категории.

^б Страны, в которых изменений нет.

^в Страны, в которых охват увеличился, оставшись в пределах той же категории.

Примечание: DOTS – стратегия лечения под прямым наблюдением.

К 2000 г. поставленная ВОЗ задача добиться излечения 85% больных с положительным результатом микроскопии мазка мокроты решена лишь в двух из девяти стран – Гондурасе и Перу. Боливия, Мексика и Никарагуа почти достигли этой цели. В то же время Бразилия, Гаити, Эквадор и Доминиканская Республика не добились успеха, что свидетельствует о необходимости пересмотреть программу действий в этих странах и приложить дополнительные усилия к достижению поставленной цели.

Недостаточная эффективность борьбы с туберкулезом в странах Латинской Америки и Карибского бассейна в последние десять лет совпала по времени с серьезными изменениями в организации и финансировании здравоохранения. В ряде стран с середины 1980-х гг. начались реформы здравоохранения, причем основное внимание часто уделялось индивидуальному медицинскому обслуживанию в ущерб проблемам общественного здравоохранения. Нынешний уровень заболеваемости туберкулезом представляет серьезную угрозу для общественного здравоохранения стран Латинской Америки и Карибского бассейна. Правительства не проявляют заинтересованности в борьбе с туберкулезом и не выделяют достаточно средств на укрепление стратегии DOTS и рациональное применение ее модифицированного варианта (DOTS-plus). Научных исследований в области туберкулеза почти не ведется. Таким образом, в программу реформ здравоохранения необходимо внести изменения, включив в нее действенные меры в области общественного здравоохранения, не ограничивающиеся лишь медицинской помощью.

Туберкулез с сопутствующей ВИЧ-инфекцией

Проблема туберкулеза в странах Латинской Америки и Карибского бассейна все больше осложняется эпидемией ВИЧ/СПИДа, поскольку у многих ВИЧ-инфицированных развивается туберкулез, а многие больные туберкулезом одновременно инфицированы ВИЧ. Все это подстегивает

эпидемию туберкулеза во многих странах. Туберкулез — основная причина смерти людей, живущих с ВИЧ. В среднем по региону 5% новых случаев туберкулеза возникают на фоне ВИЧ-инфекции. Частоту одновременно-го заражения туберкулезом и ВИЧ-инфекцией систематически оценивают лишь Куба и Уругвай — 1,4 и 1,3% соответственно. Распространенность одновременного заражения туберкулезом и ВИЧ-инфекцией колеблется от 2,5% в Гондурасе до 34% в Перу и 64% на Гаити (табл. 6.2). Программы по борьбе с туберкулезом и с ВИЧ/СПИДом преследуют общие цели: борьба с ВИЧ должна быть первоочередной задачей профилактики туберкулеза, и наоборот, борьба с туберкулезом должна быть важной частью программ профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа. Профилактика и лечение туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции дают уникальную возможность объединить принципы и материальную базу стратегий DOTS и ART. Тем не менее ряд стран сократил финансирование программ борьбы с туберкулезом.

Справиться с туберкулезом в Латинской Америке и Карибском регионе вполне возможно: хорошо известно, что нужно делать, каким образом и сколько это будет стоить. Неспособность принять решительные меры сегодня обернется завтра катастрофическими последствиями для региона и всего мира.

Таблица 6.2. Распространенность туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных в странах Латинской Америки в 1999–2002 гг.

<i>Страна</i>	<i>Год</i>	<i>Доля случаев туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, %</i>	<i>Стадия эпидемии ВИЧ/СПИДа</i>
Гаити	1999	63,8	Генерализованная
Гайана	2000	13,7	Генерализованная
Гондурас	2002	9	Генерализованная
Никарагуа	2002	2,5	Концентрированная
Панама	2002	24,8	Генерализованная
Перу	2001	34	Концентрированная
Сальвадор	2002	11,5	Концентрированная

Источник: РАНО 2005а, с изменениями.

ВИЧ/СПИД

В Америке основным путем передачи ВИЧ среди взрослых служат гетеросексуальные половые контакты без презерватива. У женщин, как показывают все новые данные, главный фактор риска заражения — опасные формы поведения половых партнеров.

В 2004 г. в Латинской Америке ВИЧ были инфицированы приблизительно 240 000 человек (по разным оценкам, от 170 000 до 430 000). Число живущих с ВИЧ составляет от 1,3 до 2,2 млн человек, в том числе около 0,5% всех молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет и 0,8% всех женщин. Умерли от СПИДа около 95 000 человек.

В Центральной Америке с конца 1990-х гг. наблюдается рост числа ВИЧ-инфицированных в Сальвадоре, Никарагуа и Панаме, но наиболее

высокой распространенность ВИЧ-инфекции остается в Гватемале и Гондурасе (свыше 1% взрослого населения). Число инфицированных мужчин втрое превышает число инфицированных женщин; эпидемия сосредоточена в основном в городах.

В районе Анд ВИЧ-инфекция все в большей степени распространяется среди партнеров мужчин, пользующихся услугами коммерческого секса, и среди мужчин гомосексуальной ориентации.

В Бразилии, на долю которой приходится треть всего населения стран Латинской Америки и Карибского бассейна, эпидемия первоначально затронула главным образом мужчин гомосексуальной ориентации, а затем — потребителей инъекционных наркотиков. Сегодня заражение ВИЧ все чаще происходит при гетеросексуальных половых контактах, причем все чаще инфицируются женщины. Как и в других странах региона, высокая частота заражения наблюдается среди работников коммерческого секса и малоимущих женщин, составляя от 7 до 23% в Сантосе и Сан-Паулу.

Распространенность ВИЧ-инфекции среди беременных с начала 2000-х гг. остается на уровне менее 1%, однако в некоторых районах, например в Рио-Гранде-ду-Суле, колеблется от 3 до 6%. По меньшей мере половина случаев СПИДа приходится на потребителей инъекционных наркотиков. В Порто-Алегре распространенность инфекции в этой группе в 2003 г. составляла 64%, в Итахаи — 31%. В некоторых городах очень результативными оказались программы снижения вреда. Так, в Сальвадоре такие программы помогли сократить распространенность ВИЧ-инфекции с 50% в 1997 г. до 7% в 2001 г.

Структура финансирования не учитывает основные особенности эпидемии в странах Латинской Америки и Карибского бассейна. Так, например, одним из факторов риска по всему региону, за исключением Перу, служат половые контакты между мужчинами; однако меры профилактики, нацеленные на эту группу, не входят в число приоритетных, а акцент делается на профилактику среди работников коммерческого секса. Что касается потребителей инъекционных наркотиков, лишь Аргентина и Бразилия уделяют должное внимание выделению средств на профилактику в этой группе населения.

Образцом в области организации лечения по-прежнему остается Бразилия, где система здравоохранения обеспечивает доступ к антиретровирусным препаратам всем людям, живущим с ВИЧ. Таким образом удалось достичь существенного продления жизни больных СПИДом: с 18 мес для тех, у кого заболевание было обнаружено в 1995 г., до 5 лет для тех, у кого оно было обнаружено в 1996 г. Существенного снижения смертности после развертывания АРТ добились также Аргентина, Куба, Коста-Рика и Панама.

Страны Карибского бассейна — второй по уровню заболеваемости ВИЧ/СПИДом регион в мире. Средняя распространенность ВИЧ-инфекции среди взрослого населения составляет 2,3%; распространенность ВИЧ-инфекции среди женщин — наибольшая в Северной и Южной Америке. Кроме того, в этом регионе СПИД служит ведущей причиной смерти среди взрослых в возрасте 15–44 лет (Marquez 2001). В пяти странах — на Багамских островах, в Белизе, Гайане, на Гаити, в Тринидаде и Тобаго — распространенность ВИЧ-инфекции превышает 2%. В 2004 г. число людей, живущих с ВИЧ, перевалило за 440 000, включая 53 000 новых случаев

заболевания (Caribbean Epidemiology Center 2005). Почти в двух третях случаев заражение происходит при гетеросексуальных половых контактах, а употребление инъекционных наркотиков играет незначительную роль, исключая Багамские острова и Пуэрто-Рико. Однако сильная предубежденность против мужчин гомосексуальной ориентации, неравноправие женщин и социально-экономические различия — мощные факторы, способствующие развитию эпидемии в обстановке предрассудков, непонимания и отвержения.

Женщины в большей степени страдают от ВИЧ-инфекции в Доминиканской Республике и на Ямайке. Здесь девушки иногда вступают в половые контакты с мужчинами значительно старше себя (с богатыми покровителями), среди которых больше ВИЧ-инфицированных (Caribbean Epidemiology Center 2005). Сильнее всего в регионе эпидемия затронула Гаити, хотя ряд исследований говорит о том, что распространенность ВИЧ-инфекции там снижается. Число ВИЧ-инфицированных беременных, по данным акушерских клиник, сократилось с 4,5% в 1996 г. до 2,8% в 2003—2004 гг. (Caribbean Epidemiology Center 2005).

На Багамских островах с 2000 по 2003 г. число зарегистрированных случаев СПИДа и смертей от него сократилось с 320 до 164 и с 272 до 185 соответственно. Наметившаяся положительная тенденция совпала по времени с усилением профилактических мер и развертыванием АРТ в период после 2000 г. (Caribbean Epidemiology Center 2005).

Всемирный банк включил борьбу с ВИЧ/СПИДом в свой план по снижению уровня бедности в странах Латинской Америки и Карибского бассейна. Свидетельством тому служат выделение 155 млн долларов США на многострановую программу по борьбе с ВИЧ/СПИДом в Карибском регионе (World Bank 2001), начатую в 2001 г. и финансирующую в настоящее время проекты в девяти странах, а также отдельный проект, поддерживающий региональные организации. В рамках этой программы Барбадос в 2001 г. стал первой страной, получившей средства от Всемирного банка на расширение охвата АРТ в рамках комплексного подхода, включающего профилактику, лечение, врачебное наблюдение и организационное развитие. Успех Барбадоса вселяет надежду: число новых случаев ВИЧ-инфекции среди беременных снизилось с 0,7% в 1999 г. до 0,3% в 2002 г., а случаи передачи вируса от матери ребенку с сентября 2000 г. по декабрь 2002 г. сократились на 69%. К тому же развертывание в 2001 г. АРТ для людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, привело к тому, что смертность от СПИДа начала снижаться: со 114 в 1998 г. до 50 в 2003 г., а количество госпитализаций для лечения оппортунистических инфекций за тот же период сократилось на 42% (Marquez 2004).

В столице Доминиканской Республики распространенность ВИЧ-инфекции среди беременных в возрасте от 15 до 24 лет между 1995 и 2003 гг. сократилась с 3% менее чем до 1%, однако в масштабе всей страны этот показатель все еще превышает 2%. Немалую озабоченность вызывает высокая распространенность ВИЧ-инфекции (4,9%) среди рабочих на плантациях сахарного тростника, где много эмигрантов с соседнего Гаити.

На Кубе распространенность ВИЧ-инфекции самая низкая во всем Карибском регионе (0,05%). Это следствие энергичных мер профилактики и всеобщего бесплатного доступа к АРТ. Вместе с тем озабоченность вызывает рост распространенности ВИЧ-инфекции: с 1995 по 2000 г. этот

показатель увеличился в 5 раз (Caribbean Epidemiology Center 2005). Большинство новых случаев ВИЧ-инфекции связаны с гомосексуальными половыми контактами между мужчинами.

Перелом в динамике заболеваемости СПИДом в регионе пришелся на 1992 г. В Северной Америке этот показатель начал неуклонно снижаться, в Карибском регионе продолжается устойчивый рост, а в континентальной Латинской Америке темпы роста замедлились (рис. 6.11). Такие закономерности объясняются двумя основными факторами: внедрением АРТ, доступность которой не везде одинакова, и быстрым ростом частоты перехода в развернутую стадию СПИДа, что отражает длительность и глубину эпидемии в регионе

Правительства стран предпринимают сходные меры профилактики, хотя и с разной расстановкой приоритетов, но подходы к предоставлению АРТ у них разные. Куба и Барбадос первыми ввели бесплатную АРТ, тогда как остальные страны пока лишь рассматривают такую возможность или еще не готовы сделать этот важный для борьбы с ВИЧ/СПИДом шаг, в основном из-за дороговизны.

Здравоохранение в странах Латинской Америки и Карибского бассейна борется с эпидемией ВИЧ/СПИДа двумя путями. Схемы страхования включают индивидуальную медицинскую помощь при ВИЧ/СПИДе как при опасном заболевании с различными осложнениями. В то же время пропаганда здорового образа жизни, профилактика заболеваемости, а теперь и развертывание программ лечения силами государственного здравоохранения и неправительственных организаций финансируются в основном за счет международной помощи — средств, выделяемых Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, и, в ряде

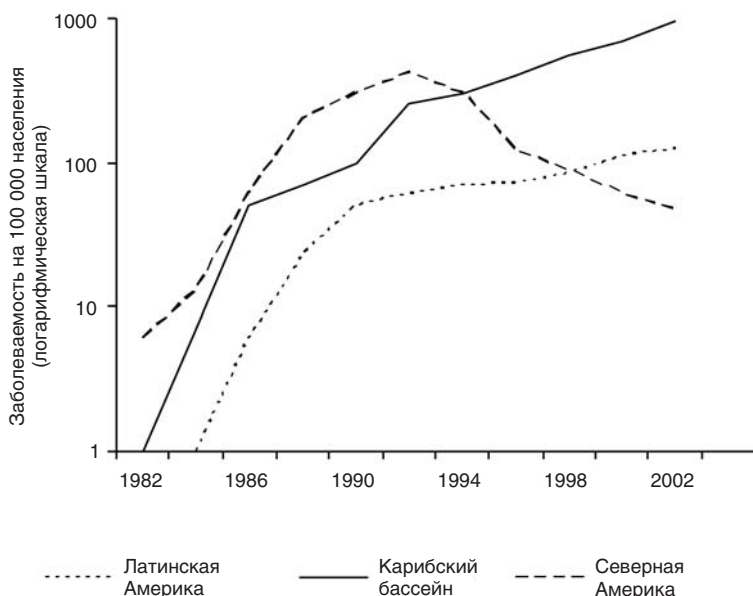


Рисунок 6.11. Заболеваемость СПИДом в Северной и Южной Америке в 1982–2002 гг.

Источник: Данные из разных источников, обработанные авторами.

случаев, за счет займов, кредитов и грантов Всемирного банка. Несмотря на предпринимаемые усилия и рост финансирования, ВИЧ-инфицированным очень трудно получить надлежащее лечение, за исключением тех стран (Бразилия, Барбадос и Куба), где государство предоставляет АРТ и другие необходимые медицинские услуги бесплатно. В то же время мероприятия по пропаганде здорового образа жизни и профилактике заболеваемости плохо финансируются и не получают должного внимания со стороны общества. В итоге, несмотря на усилия на государственном уровне, эпидемия ВИЧ/СПИДа неуклонно расширяется, оставаясь (за очень редкими исключениями) наиболее серьезной угрозой здоровью населения и экономическому развитию в регионе.

Заболевания, предотвращаемые иммунизацией

Страны Латинской Америки и Карибского бассейна при поддержке ПАОЗ и других международных партнеров, таких, как ЮНИСЕФ, добились успеха в борьбе с заболеваниями, которые предотвращаются вакцинацией, в первую очередь с натуральной оспой, ликвидированной в 1971 г., и полиомиелитом, искорененным в 1991 г. Северная и Южная Америка стала первым в мире регионом, добившимся таких результатов. Сейчас ведется кампания, направленная на ликвидацию кори. Сегодня страны Латинской Америки и Карибского бассейна стремятся добиться 95% охвата вакцинацией в отношении всех заболеваний, включенных в национальные программы иммунизации, уделяя особое внимание труднодоступным сельским районам и городским трущобам. В Северной и Южной Америке применяют следующие вакцины: БЦЖ (против туберкулеза); АКДС, АДС и адсорбированный столбнячный анатоксин (против дифтерии, коклюша и столбняка); вакцины против гепатитов А и В; противогриппозные вакцины; живая полиомиелитная вакцина и инактивированная полиомиелитная вакцина; конъюгированная пневмококковая вакцина (против пневмококковой инфекции); вакцины против кори, эпидемического паротита и краснухи; вакцина против желтой лихорадки; вакцина против ветряной оспы; вакцина против *Haemophilus influenzae* типа В.

Ситуация с семью заболеваниями, предотвращаемыми вакцинацией, в странах Латинской Америки и Карибского бассейна очень отличается от ситуации с тропическими болезнями. Борьба с полиомиелитом, корью, краснухой, дифтерией, столбняком и коклюшем в основном ведется успешно. Это результат безупречной работы программ иммунизации по всей Северной и Южной Америке при поддержке Расширенной программы иммунизации, реализацию которой ПАОЗ начала в 1977 г. на основе мероприятий по искоренению натуральной оспы.

Решающий вклад в успех вакцинации в регионе внес Обратный фонд для обеспечения вакцинами, созданный ПАОЗ в 1979 г. с целью закупки вакцин, шприцов, игл и оборудования для обеспечения «холодовой цепи» транспортировки. Таким образом удалось наладить поставку высококачественных вакцин для национальных программ иммунизации (вставка 6.1).

Сегодня в регионе нет вспышек полиомиелита и кори. Достигнуты большие успехи на пути к ликвидации краснухи и фетального синдрома

Вставка 6.1. Вклад Оборотного фонда ПАОЗ в обеспечение вакцинами

- Вакцины стали доступными за счет оптовых закупок на конкурсной основе с дополнительной экономией благодаря расширению масштабов производства, способствующему как снижению цен, так и долгосрочному планированию производства и капиталовложений.
- Техническое сотрудничество переведено непосредственно на уровень органов здравоохранения, ведающих программами иммунизации.
- В бюджетах стран предусматривается дополнительная строка на покрытие текущих расходов, пятилетние рабочие планы и назначение руководителей национальных программ иммунизации.
- Быстро и по доступным ценам вводятся новые и дополнительные вакцины. Примерами могут служить вакцина против *Haemophilus influenzae* типа В, еще в 1996 г. применявшаяся лишь в двух странах региона, а сегодня — в большинстве стран Северной и Южной Америки, и вакцина против гепатита В, в 1997 г. применявшаяся только для групп риска, а сегодня вошедшая в стандартную программу вакцинации.

Источник: РАНО 2002с.

краснухи, намеченной на 2010 г., а также в борьбе со столбняком новорожденных в рамках деятельности общественного здравоохранения. Охват вакцинацией детей в возрасте одного года в странах Латинской Америки и Карибского бассейна превысил 80% еще в 1999 г. (рис. 6.12). Нужно, правда, отметить, что в 12 странах, в том числе в Колумбии, Венесуэле и Перу,

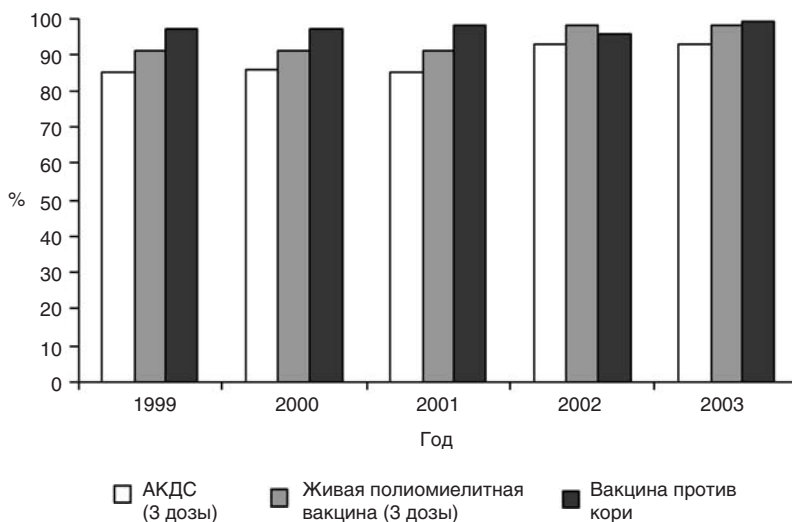


Рисунок 6.12. Охват вакцинацией детей в возрасте одного года в Северной и Южной Америке в 1999–2004 гг.

Источник: РАНО 2004а с изменениями.

Примечание: АКДС — ассоциированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина.

более чем в половине муниципалитетов этот охват ниже 95% (РАНО 2004а). Поэтому в регионе возможны вспышки отдельных заболеваний. Тем не менее вакцинация способствовала сокращению детской смертности с 51 на 1000 новорожденных (1990–1995 гг.) до 31 (2003 г.), спасла тысячи людей от врожденных пороков и миллионы — от тяжелых болезней.

Полиомиелит

Число случаев полиомиелита сократилось с 6653 в 1970 г. до 0 в 1992 г. (рис. 6.13), а в 1994 г. регион признан свободным от дикого штамма вируса полиомиелита (Robins and de Quadros 1997). Вакцинация в странах Латинской Америки и Карибского бассейна будет продолжаться до полного искоренения полиомиелита во всем мире (РАНО 2002с).

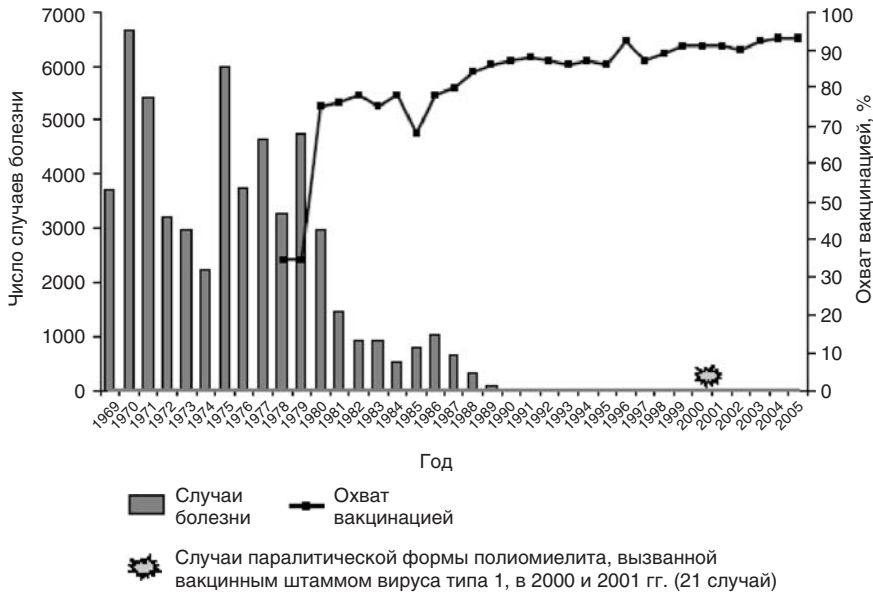


Рисунок 6.13. Охват вакцинацией против полиомиелита (живая полиомиелитная вакцина, 3 дозы) и заболеваемость паралитической формой полиомиелита в Северной и Южной Америке в 1969–2001 гг.

Источник: РАНО 2007.

Корь

В 1994 г. была поставлена цель ликвидировать в Северной и Южной Америке к 2000 г. местные очаги кори. Более энергичная кампания по вакцинации и усиленный надзор вместе с активным выявлением случаев заболевания в лечебных учреждениях и в группах высокого риска привели к резкому сокращению заболеваемости корью. В 2002 г. все случаи кори в Канаде (6), Бразилии (1) и США (37) были привозными, а единственными странами с местными случаями заражения оказались Колумбия и Венесуэла (140 и 2392 случая соответственно), где охват вакцинацией составлял менее 80%. Вспышка кори в Венесуэле в 2001 г. стала следствием инфекции, завезенной из Европы. После крупномасштабных кампаний по вакцинации в обеих странах последний случай кори в Венесуэле отмечен в

сентябре 2002 г. В 2003 г. в Мексике зарегистрировано 44 случая кори (в том числе 26 местного происхождения), а в США — 45 (из них 19 привозные). С тех пор нигде в регионе местных случаев кори не было. Тем не менее опасность возвращения болезни сохраняется, поскольку и плановая вакцинация, и специальные кампании не позволили полностью охватить население, а отдельные случаи подозрения на корь недостаточно исследованы (de Quadros et al. 2004). Для уменьшения такой опасности ПАОЗ рекомендовала трехступенчатую стратегию вакцинации, с большим успехом применявшуюся в других странах: во-первых, разовая кампания в масштабах всей страны, рассчитанная на детей в возрасте от 9 мес до 14 лет; во-вторых, плановая вакцинация детей старше 1 года; и, наконец, периодические кампании по вакцинации каждые 3–4 года, охватывающие детей в возрасте от 1 до 4 лет независимо от того, получали они ранее вакцину или нет. Такая стратегия позволяет не допустить распространения инфекции за счет поддержания высокого уровня коллективного иммунитета.

Столбняк новорожденных

В Северной и Южной Америке столбняк новорожденных почти ликвидирован. С 1988 по 2003 г. заболеваемость им сократилась на 95%, и в 2003 г. зарегистрировано всего 116 случаев (РАНО 2005b). При этом в 2001–2003 гг. на Гаити, население которого составляет всего 8 млн человек, пришлось почти 50% всех случаев болезни. Столбняк новорожденных — очень надежный показатель качества дородового наблюдения. Кроме того, на примере этого заболевания видно, как реформы здравоохранения способны повлиять на приоритеты в области общественного здравоохранения. Даже единичный случай столбняка новорожденных можно считать признаком неудовлетворительной работы системы здравоохранения.

Краснуха

Куба стала первой страной Северной и Южной Америки, ликвидировавшей краснуху и фетальный синдром краснухи. Последний случай отмечен в 1989 г. Министерства здравоохранения стран региона в 2003 г. поставили цель ликвидировать к 2010 г. краснуху и фетальный синдром краснухи во всем регионе. К сентябрю 2004 г. все страны и территории региона, кроме Гаити, включили в национальные программы иммунизации детей вакцины, содержащие антиген краснухи (вакцину против кори, эпидемического паротита и краснухи либо вакцину против кори и краснухи) (Castillo-Solorzano and Andrus 2004).

Успех Кубы и англоязычных стран Карибского бассейна (экономическая эффективность в расчете на один предотвращенный случай фетального синдрома краснухи в англоязычных странах Карибского бассейна составила 2900 долларов США) способствовал активизации усилий по ликвидации краснухи в Латинской Америке. Так, президенты Коста-Рики и Эквадора своими указами санкционировали кампании по координации усилий государственных и частных учреждений здравоохранения. В Бразилии ключевую роль в успехе кампании по вакцинации взрослых сыграла мобилизация общественности. В Сальвадоре вакцинация проводилась в первую очередь в учреждениях и районах с высокой распространенностью краснухи (в школах, на фабриках и т. д.).

Дифтерия

Наибольшее зарегистрированное число случаев дифтерии в регионе (6857) приходится на 1978 г. Затем этот показатель постоянно сокращался, дойдя в 2000 г. до 113, а в 2001 г. до 68, но в 2002 г. снова незначительно возрос до 164.

В Колумбии (в 2000 г.) и Парагвае (в 2002 г.) были зарегистрированы вспышки дифтерии (11 и 15 случаев соответственно) (РАНО 2005b). Дифтерия по-прежнему встречается на Гаити и в Доминиканской Республике; в 2004 г. там отмечены вспышки заболевания (51 и 65 случаев подозрения на дифтерию соответственно). Из них в Доминиканской Республике было подтверждено 24%, а на Гаити — 37%; летальность составила соответственно 43 и 46% (РАНО 2004b).

В 2003 г. охват вакцинацией (вакцина АКДС, 3 дозы) детей в возрасте до одного года составил 48% на Гаити и 75% в Доминиканской Республике. Большинство случаев дифтерии в этих четырех странах приходится на бедные слои населения с ограниченным доступом к медицинской помощи и низким охватом вакцинацией.

Коклюш

Заболеваемость коклюшем за последние несколько лет резко сократилась: с 22 093 случаев в 1999 г. до 863 в 2003 г. До 2002 г. в Чили, Перу, Парагвае, Панаме и Эквадоре заболеваемость была относительно высокой. Затем она пошла на спад во всем регионе (РАНО 2005b).

Сегодня программы иммунизации нацелены на полное искоренение предотвращаемых вакцинацией заболеваний в регионе благодаря успешной реализации Расширенной программы иммунизации, повышению информированности и мотивированности населения. Однако для того, чтобы окончательно покончить с этими заболеваниями, следует развернуть решительную борьбу с очагами нищеты. Достижение целей иммунизации свидетельствует об успешной работе здравоохранения в целом. Программы иммунизации необходимо в обязательном порядке включать в базовые пакеты медицинского страхования.

Борьба с заболеваниями, предотвращаемыми вакцинацией, стала наглядным примером успеха (а иногда и неудачи) мероприятий в области общественного здравоохранения, включающих массовую иммунизацию уязвимых групп населения качественными вакцинами, применение эффективных схем снабжения вакцинами, надежные системы надзора и наличие четких рекомендаций. Вместе с тем успеху способствует и явная политическая заинтересованность в достижении поставленных целей, вплоть до полного искоренения этих болезней.

Заключение

Инфекционные заболевания, распространенные в странах Латинской Америки и Карибского бассейна, отличаются по своей эпидемиологической картине, что обусловлено наличием животных-переносчиков, ростом и географическим распределением населения, изменениями климата, наличием неравенства и социальных конфликтов. Трансмиссивные инфекции носят циклический характер — вспышки сменяются периодами

затишья. Это обусловлено экологическими факторами, которые трудно контролировать, в основном из-за социальных, политических и экономических ограничений, не позволяющих использовать эффективные высокотехнологичные методы лечения болезни и борьбы с переносчиками. Инфекционные заболевания, не относящиеся к тропическим болезням, в регионе, как и во всем мире, носят более предсказуемый характер. Достижение устойчивого снижения заболеваемости легче с помощью мер общественного здравоохранения, изменений в поведении, лечения и иммунизации. Создание в разных странах групп поддержки, следящих за деятельностью здравоохранения, например Расширенной программы иммунизации при поддержке ПАОЗ, также принесло положительные результаты в борьбе с заболеваниями, предотвращаемыми вакцинацией. Вместе с тем последние реформы здравоохранения в регионе, такие, как децентрализация медицинского обслуживания, а также организация медицинского обслуживания по «горизонтальному» принципу и объединение вертикальных программ здравоохранения не дали удовлетворительных результатов (см. главу 8). Чтобы добиться эффективности, рентабельности и общедоступности программ по борьбе с инфекционными заболеваниями в странах Латинской Америки и Карибского бассейна, нужен более объективный и тщательный анализ иных вариантов реформ здравоохранения. В любом случае, полное освобождение этого региона от инфекционных заболеваний возможно лишь в отдаленной перспективе.

Литература

- Ackers, M. L., Quick, R. E., Drasbek, C. J., Hutwagner, L. and Tau XE, R. V. (1998). Are there national risk factors for epidemic cholera? The correlation between socio-economic and demographic indices and cholera incidence in Latin America, *International Journal of Epidemiology*, 27(2): 330–334.
- Arbelaez, M. P., Gaviria, M. B., Franco, A., et al. (2004). Tuberculosis control and managed competition in Colombia, *International Journal of Health Planning and Management*, 19(Suppl 1): 25–43.
- Baird, J. K. (2005). Effectiveness of antimalarial drugs, *New England Journal of Medicine*, 352(15): 1565–1577.
- Baldari, M., Tamburro, A., Sabatinelli, G., et al. (1998). Malaria in Maremma, Italy, *Lancet*, 351(9111): 1246–1247.
- Blake, P. A. (1993). Epidemiology of cholera in the Americas, *Gastroenterol Clinics of North America*, 22(3): 639–660.
- Caribbean Epidemiology Center (2005). *Annual Report 2004*. Port of Spain: CAREC/Pan American Health Organization.
- Castillo-Solorzano, C. and Andrus, J. K. (2004). Rubella elimination and improving health care for women, *Emerging Infectious Diseases*, 10(11): 2017–2021 (<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol10no11/04-0428.htm>, accessed 27 November 2007).
- CDC (2005). *Fact Sheet: Dengue and dengue fever*. Atlanta, G.A.: United States Centers for Disease Control (<http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/dengue/index.htm>, accessed 27 November 2007).
- De La Torre, E., Lopez, C., Marquez, M., Gutierrez Muniz, J. A. and Rojas, F. (2004). *Salud Para Todos Si es Posible [Health for all is posible]*. Havana: Cuban Public Health Society.
- De Quadros, C. A., Izurieta, H., Venczel, L. and Carrasco, P. (2004). Measles eradication in the Americas: progress to date, *Journal of Infectious Diseases*, 189(Suppl 1): 227–235.

- Gubler, D. J. (1998). Dengue and dengue hemorrhagic fever, *Clinical Microbiology Reviews*, 11(3): 480–496.
- Guerrant, R. L. (1998). Why America must care about tropical medicine: threats to global health and security from tropical infectious diseases, *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 59(1): 3–16.
- Halstead, S. B., Heinz, F. X., Barrett, A. D. and Roehrig, J. T. (2005). Dengue virus: molecular basis of cell entry and pathogenesis, 25–27 June 2003, Vienna, Austria, *Vaccine*, 23(7): 849–856.
- Lindsay, S., Kirby, M., Baris, E. and Bos, R. (2004). *Environmental management for Malaria control in the East Asia and Pacific (EAP) Region. Discussion Paper. April*. International Bank for Development and Reconstruction.
- Marquez, P. (2001). *HIV/AIDS in the Caribbean. Issues and Options. A World Bank Country Study*. Washington, D.C.: World Bank.
- Marquez, P. (2004). Scaling up the Struggle: Barbados HIV/AIDS Prevention and Control, *Development Outreach*, 6(2): 12–14.
- Marquez, P. V. and Joly, D. J. (1986). A historical overview of the ministries of public health and the medical programs of the social security systems in Latin America, *Journal of Public Health Policy*, 7: 378–394.
- Najera, J. A., Liese, B. and Hammer, J. (1993). Malaria, in D. T. Jamison (ed.) *Disease control priorities in developing countries*. New York; Oxford: Oxford University Press for the World Bank.
- PAHO (2002a). *Health in the Americas. Scientific and Technical Publication No.587*. Washington, D.C.: Pan American Health Organization.
- PAHO (2002b). *La Salud en las Americas. volumen I*. Washington, D.C.: Pan American Health Organization.
- PAHO (2002c). *Charting a Future for Health in the Americas*. Washington, D.C.: Pan American Health Organization.
- PAHO (2004a) A Culture of Prevention: A model for control of vaccine-preventable diseases. XVI meeting of the Technical Advisory Group on Vaccine-preventable Diseases. Mexico city, November 3–5.
- PAHO (2004b). EPI Newsletter, 26(3). Washington, D.C.: Pan American Health Organization (<http://www.paho.org/english/ad/fch/im/sne2603.pdf>, accessed 27 November 2007).
- PAHO (2004c). *Tuberculosis Fact Sheet*. Washington, D.C.: Pan American Health Organization.
- PAHO (2004d). *Status of TB operations (Region of the Americas, 2004)*. PowerPoint presentation, 19 March 2004. Washington, D.C.: Pan American Health Organization.
- PAHO (2005a). *Epidemiological status of TB (Region of the Americas, 2004)*. PowerPoint presentation, 30 March 2004. Washington, D.C.: Pan American Health Organization (<http://www.paho.org/common/Display.asp?Lang=E&RecID=6433>, accessed 27 November 2007).
- PAHO (2005b). *Health Analysis and Information Systems Area. Regional Core Health Data Initiative; Technical Health Information System*. Washington, D.C.: Pan American Health Organization (http://www.paho.org/Project.asp?SEL=TP&LNG=ENG&ID=44&PRGRP=docs_gen, accessed 27 November 2007).
- PAHO (2007). *Protecting the Health of the Americas: Moving from Child to Family Immunization*. Final Report. XVII Meeting of the Technical Advisory Group on Vaccine-Preventable Diseases July 2006, Guatemala.
- Panisset, U. B. (2000). *International Health Statecraft. Foreign Policy and Public Health in Peru's Cholera Epidemic*. Lanham, Maryland: University Press of America, Inc.
- Robbins, F. C. and de Quadros, C. A. (1997). Certification of the eradication of indigenous transmission of wild poliovirus in the Americas, *Journal of Infectious Diseases*, 175(Suppl 1): 281–285.
- Simini, B. (1997). First case of indigenous malaria reported in Italy for 40 years, *Lancet*, 350: 717.

Soper, F. L. (1959). *Some 1959 Impressions of World-Wide Malaria Eradication. Paper delivered as the 24th Annual Charles Franklin Craig Lecture before the American Society of Tropical Medicine and Hygiene, Indianapolis, Indiana, October 28, 1959.*

WHO (2005). *Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing.* Geneva: World Health Organization.

World Bank (2001). *Project Appraisal Document for Proposed Loans in the Amount of US\$25 million to the Dominican Republic and US\$15.15 million to Barbados in support of the First Phase of the US\$155 million Multi-Country HIV/AIDS Prevention and Control Adaptable Program Lending (APL) for the Caribbean Region. Report No. 22184-LAC.* Washington, D.C.: World Bank.

Системы здравоохранения и системное мышление

Rifat Atun, Nata Menabde

Введение

В 1979 г. Theodore W. Schultz, лауреат Нобелевской премии по экономике, высказал утверждение, что решающим фактором для производства служит качественный состав населения. Schultz подчеркнул преимущества инвестирования в образование и здоровье и обозначил пути, которыми здоровье населения может положительно влиять на продуктивность экономики.

Улучшение здоровья населения, оцениваемое по средней продолжительности жизни и показателям выживаемости взрослого населения, положительно сказывается на формировании человеческого капитала, а значит, и на экономическом росте. Устойчивый экономический рост, в свою очередь, создает предпосылки для укрепления здоровья. Более крепкое здоровье способствует увеличению производительности труда и развитию экономики (Schultz 1980; Schultz 1979). Прежде, когда речь шла о взаимосвязи между экономическим ростом и здоровьем, основное внимание уделялось влиянию экономического роста на состояние здоровья. Теперь накоплены убедительные эмпирические данные, свидетельствующие о наличии двусторонней взаимосвязи и о том, что улучшение здоровья значительно повышает производительность труда и способствует экономическому росту (Atun and Gurol-Urganci 2005; Suhrcke et al. 2005).

Важная роль в укреплении здоровья принадлежит здравоохранению. По оценкам ВОЗ, за период с 1952 по 1992 г. улучшение здоровья населения всего мира наполовину обусловлено применением новых знаний и технологий в здравоохранении, а наполовину – ростом доходов и уровня образования (WHO 1999).

Однако, несмотря на постоянный рост доли национального дохода, которая вкладывается в здравоохранение, эффективность работы последнего зачастую далека от идеала с точки зрения улучшения здоровья населения, общедоступности медицинских услуг, защиты от финансовых рисков и удовлетворенности потребителей. Так, в США, где на здравоохранение тратится 16% ВВП, показатели здоровья населения – одни из худших среди

развитых стран; свыше 40 млн человек не имеют медицинской страховки, т. е. не защищены от финансового риска при болезни, а неудовлетворенность населения здравоохранением растет. Аналогично, в Соединенном Королевстве, где до сегодняшнего дня основное внимание уделялось результатам лечения и равному доступу к медицинской помощи, значительно возросшие в последние годы инвестиции в здравоохранение пока еще не принесли желаемого улучшения здоровья, повышения эффективности обслуживания и роста удовлетворенности потребителей. В большинстве стран Центральной и Восточной Европы здравоохранение не сумело должным образом откликнуться на изменившиеся потребности. В частности, во многих странах бывшего СССР системы здравоохранения, основанные на принципах Семашко, плохо справляются с проблемами, вызванными происходящими в обществе переменами. Так, переход от командной экономики к рыночной сопровождался финансовой нестабильностью, ростом социально-экономического неравенства, уменьшением финансирования социального сектора (в том числе здравоохранения), резким снижением средней продолжительности жизни и появлением исчезнувших было инфекционных заболеваний (Atun 2005; Atun, Ibragimov and Ross 2005; Coker, Atun and McKee 2004a; Shkolnikov, McKee and Leon 2001).

Неспособность здравоохранения решать возникающие перед ним задачи отрицательно влияет и на работу программ по борьбе с инфекционными заболеваниями. Многие трудности, с которыми сталкиваются эти программы, обусловлены не столько техническими сложностями, сколько недостатками систем здравоохранения (Raviglione and Pio 2002). И наоборот, успех таких программ часто определяется качеством работы здравоохранения в целом (Walt 2004; WHO 2003). Таким образом, решая задачи, стоящие перед здравоохранением в целом, а не только перед программами борьбы с инфекционными заболеваниями, делает эти программы более жизнеспособными. По мнению ВОЗ, как можно более полное вовлечение систем здравоохранения и их укрепление — необходимая отправная точка для успешного развертывания программ по борьбе с инфекционными заболеваниями (Jongwook 2003; WHO 2006).

К сожалению, исследований, посвященных взаимодействию между системами здравоохранения и программами по борьбе с инфекционными заболеваниями, очень мало (Atun et al. 2004; Atun et al. 2005b; Atun et al. 2005c). К тому же наше знания о работе систем здравоохранения недостаточны. В настоящей главе рассматриваются подходы и методы, применяемые при анализе систем здравоохранения. Опираясь на эти методы и привлекая теорию систем, теорию сложности и теорию организации, мы предлагаем новый способ анализа систем здравоохранения.

За вводной частью следует краткий обзор определений, относящихся к системам здравоохранения, а также основных подходов и аналитических методов, используемых для оценки деятельности здравоохранения и для анализа реформ в этой сфере. Среди прочего приведены новейшие определения и методология анализа, разработанные для более глубокого изучения причинно-следственных связей между элементами системы здравоохранения и ее целями. В третьем разделе описан новый метод анализа систем здравоохранения, основанный на системном мышлении. Кроме того, кратко упоминается, что такое системы, как они себя ведут, почему важно в этом разобраться, особенно если речь идет о сложных системах.

Системы здравоохранения: определения, оценка деятельности, анализ показателей

Первые определения характеризовали системы здравоохранения с точки зрения сил, действующих внутри них, экономических взаимоотношений и финансовых потоков (вставка 7.1). Более поздние определения, как, например, предложенное ВОЗ, описывают системы здравоохранения как совокупность всех видов деятельности, направленных на укрепление, восстановление и сохранение здоровья (WHO 2000).

Вставка 7.1. Первые определения систем здравоохранения

Отталкиваясь от более ранней работы Evans (1981), где выявлены четыре основные группы действующих лиц внутри системы здравоохранения (население; медицинские учреждения; финансирующие организации; правительство как регламентирующий орган) и описаны несколько возможных вариантов отношений между ними, как рыночных, так и нерыночных, Hurst и его коллеги из Организации экономического сотрудничества и развития определяют системы здравоохранения с точки зрения финансовых потоков между населением и медицинскими учреждениями и способов оплаты. Они выделяют семь главных методов финансирования и медицинского обслуживания: три модели добровольного страхования (частное компенсационное страхование, частное договорное страхование и смешанная модель частного страхования), три модели обязательного страхования или финансирования за счет налогов (государственное компенсационное страхование, государственное договорное страхование и смешанное государственное страхование), а также добровольная непосредственная оплата медицинских услуг населением (Hurst 1991; OECD 2001).

Другие авторы описывают системы здравоохранения с точки зрения экономических взаимосвязей между спросом, предложением и посредническими организациями, влияющими на зависимость между спросом и предложением (Cassels 1995; Janovsky and Cassels 1996). Спрос обеспечивают отдельные лица или группы лиц, чьи действия на индивидуальном или семейном уровне — например, рискованное поведение или обращение за медицинской помощью, влияют на состояние здоровья. Предложение обеспечивают учреждения, создающие кадровые и материальные ресурсы здравоохранения, медицинские учреждения (государственные, частные и некоммерческие), медицинские работники, занимающиеся частной практикой, и лица, оказывающие безвозмездные медицинские услуги на общественных началах. К посредническим организациям относятся государство, правительственные учреждения, обеспечивающие финансирование, регулирование и покупку медицинских услуг, а также другие организованные покупатели медицинских услуг (частные страховые компании, государственные страховые фонды, местные органы здравоохранения, другие страховые организации), выявляющие потребности в медицинском обслуживании определенных групп населения и покупающие у медицинских учреждений лечебные и вспомогательные услуги на основе различных договорных механизмов.

Оценка деятельности систем здравоохранения

Разработаны несколько методов анализа и оценки показателей деятельности здравоохранения (Hsiao 1992; Jee and Or 1999; Murray and Frenk 2000; OECD 1992). Наиболее известна, пожалуй, предложенная ВОЗ Система оценки качества, которая применялась для сравнения показателей здравоохранения в странах – членах ВОЗ и легла в основу *Доклада ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире за 2000 г.* (WHO 2000).

В разработанной ВОЗ Системе оценки качества деятельность систем здравоохранения оценивается по ряду показателей: среднему уровню здоровья, распределению здоровья по группам населения, среднему соответствию деятельности здравоохранения ожиданиям потребителей и распределению этого показателя по группам населения, а также по распределению долей в оплате медицинских услуг (вставка 7.2). Как *Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире за 2000 г.*, так и Система оценки качества вызвали много споров (Williams 2001), касающихся оценки показателей здравоохранения на уровне отдельных стран, что побудило ВОЗ усовершенствовать Систему оценки качества.

Анализ реформ систем здравоохранения

Разработано несколько методов анализа реформ здравоохранения. Метод Kutzin предполагает анализ реформ сквозь призму финансирования (Kutzin 2001; Kutzin 1995). Ранее автор, совместно с McPake, предлагал трехступенчатый подход (Kutzin and McPake 1997), позволяющий описать:

Вставка 7.2. Разработанная ВОЗ Система оценки качества деятельности здравоохранения

Согласно определению ВОЗ, основные цели системы здравоохранения – обеспечение высокого, равномерно распределенного уровня здоровья населения, соответствие ожиданиям населения, а также справедливое распределение оплаты медицинских услуг. Для общей оценки состояния здоровья тех или иных групп населения используют среднюю продолжительность полноценной жизни (индекс долголетия DALE). Соответствие ожиданиям населения характеризует оценку людьми своих впечатлений от контакта с системой здравоохранения по таким четко определяемым категориям, как достоинство, свобода принятия решений и конфиденциальность (в совокупности составляющим уважение к человеку), отзывчивость, качество основных видов услуг, доступность в ходе медицинского обслуживания услуг социальной поддержки и возможность выбора медицинского учреждения (в совокупности составляющим ориентацию на потребителя). Справедливое распределение оплаты медицинских услуг показывает, какой взнос в оплату услуг вносит население.

Деятельность системы здравоохранения, направленная на достижение указанных выше целей, включает оказание индивидуальных и общественных медицинских услуг; сбор, объединение и распределение средств для покупки этих услуг; капиталовложения в трудовые ресурсы, здания и оборудование; общее руководство распределением средств и ресурсов, доверенных здравоохранению.

- ключевые факторы, которыми обусловлено проведение реформ;
- сами реформы и их цели;
- процесс осуществления реформ.

Подход Frenk опирается на отдельные аспекты реформ и на взаимосвязь между компонентами системы здравоохранения (вставка 7.3) (Frenk 1994).

Hsiao, в отличие от предыдущих авторов, определяет систему здравоохранения как «совокупность отношений, в которой структурные компоненты (средства) и их взаимодействия связаны между собой и привязаны к результатам (целям), которых стремится достичь система» (Hsiao 2003). Hsiao расширяет анализ реформ здравоохранения, связав между собой так называемый макроуровень — «общий объем, конфигурацию и функционирование» системы здравоохранения с результатами ее деятельности (Hsiao 2003). При этом он создает причинно-следственную модель, где основные компоненты системы здравоохранения, которые он называет «регуляторами» (объясняющие переменные), в значительной степени влияют на результаты деятельности здравоохранения (зависимые переменные) (вставка 7.4).

По Hsiao, система здравоохранения — это «средство достижения цели», система, «существующая и развивающаяся, чтобы служить нуждам общества». Далее он переходит к определению системы здравоохранения «...исходя из тех основных причинно-следственных компонентов, которые могут помочь предсказать результаты ее деятельности». В этом определении Hsiao ограничивает систему здравоохранения «компонентами», которые «...можно использовать как инструменты для изменения результатов». При этом, разрабатывая причинно-следственную модель, он включает в нее «...структурные переменные» (называемые регуляторами), «которые можно корректировать путем изменения политики так, чтобы эти изменения в течение

Вставка 7.3. Аспекты реформ здравоохранения по Frenk

Frenk определяет систему здравоохранения как совокупность взаимоотношений между пятью основными группами действующих лиц: поставщиками медицинских услуг, населением, государством как коллективным посредником, организациями, создающими ресурсы, и другими отраслями, производящими услуги, которые влияют на здоровье.

В основу классификации видов медицинского обслуживания Frenk кладет взаимоотношения между поставщиками услуг, населением и государством. Тип и число имеющихся в стране видов обслуживания позволяют охарактеризовать ее систему здравоохранения. Frenk выделяет четыре уровня, на которых действуют реформы здравоохранения: системный, связанный с институциональными мероприятиями по регулированию, финансированию и предоставлению услуг; программный, определяющий приоритеты системы через разработку универсального набора медицинских услуг; организационный, касающийся процесса оказания услуг с акцентом на обеспечение качества и техническую эффективность; инструментальный, направленный на создание способов совершенствования деятельности системы с помощью информации, исследований, технических новшеств и развития трудовых ресурсов.

Вставка 7.4. Анализ реформ здравоохранения: регуляторы по Hsiao

Hsiao описывает задачи («цели») системы здравоохранения как «хорошее здоровье для всех, защита от финансового риска для всех и удовлетворенность людей медицинским обслуживанием при наличии достаточных ресурсов». Здравоохранение стремится к достижению этих целей как в количественном смысле, так и в смысле равномерности распределения. Поэтому учитывается и такой аспект, как справедливость распределения. При решении указанных задач системы здравоохранения стремятся также улучшить доступность медицинского обслуживания, его качество и эффективность (по Hsiao это промежуточные цели), поскольку от них в итоге зависит достижение основных целей здравоохранения.

Hsiao определяет пять основных «регуляторов» системы здравоохранения (каждый со своим набором средств), которые руководители здравоохранения могут использовать при разработке политики для достижения необходимых целей. Первый — это финансирование и его организационное обеспечение (с четырьмя инструментами, включающими способы финансирования, распределение средств, нормирование и организационную структуру). Второй — организация медицинского обслуживания на макроуровне, включающая три основных пункта: выбор между государственной монополией и конкуренцией, *степень* вертикальной интеграции и форму собственности медицинских учреждений (государственные, частные коммерческие или некоммерческие). Третий — система оплаты услуг (частным лицам и организациям), лежащая в основе системы стимулов — тип оплаты, ее размеры, а также стимулы в виде «вознаграждения и платы за риск», которые данная система создает для пациентов, медицинских учреждений, медицинских работников (работающих в учреждениях или независимо) и поставщиков фармацевтической продукции. Четвертый — нормативные документы, которые Hsiao определяет как «силу, налагающую ограничения на организации и отдельных лиц». Пятый — убеждение, означающее применение тех или иных средств для воздействия на взгляды, ожидания, образ жизни и предпочтения людей.

нескольких лет повлияли на результаты деятельности здравоохранения», и исключает такие переменные, как культура, «... поддающиеся изменению только в отдаленной перспективе». Руководители здравоохранения используют регуляторы для достижения конечных или промежуточных целей, но последнее зависит также от взаимодействия между всеми регуляторами (вставка 7.4).

Описанные выше методы позволяют оценивать деятельность системы здравоохранения, дают возможность руководителям лучше понимать ее структуру и функции и использовать регуляторы для достижения стоящих перед здравоохранением целей. Однако указанные методы не предназначены специально для систем здравоохранения, а потому не вполне пригодны для анализа их поведения. Поведение систем здравоохранения и взаимодействие их элементов изучалось пока что лишь в нескольких работах.

Кроме того, практически не анализировались причины того, почему многообещающие программы и управленческие решения, направленные на улучшение показателей здравоохранения, зачастую не дают желаемого

результата, а во многих случаях приводят к неожиданным или даже нежелательным последствиям.

Одно из объяснений заключается в том, что инструменты и методы анализа, методы реформирования здравоохранения и эвристические правила выработки управленческих решений часто предусматривают слишком упрощенную трактовку системы здравоохранения. Поведение сложных систем, как правило, трудно предвидеть. То есть отдельное вмешательство часто ведет к непредсказуемым по величине и направленности последствиям. Вмешательство в один из компонентов сложной системы может нарушить ее равновесие и повлиять на отдельные ее элементы таким образом, что они будут сопротивляться вмешательству, чтобы не допустить изменений в системе («сопротивление внедряемой политике»).

Поэтому для более глубокого понимания систем здравоохранения и того, каким образом их элементы взаимодействуют в процессе достижения результатов, нужно лучше представлять себе поведение систем. Этот вопрос и обсуждается ниже.

Системы и динамическая сложность

Система — это совокупность элементов, связанных между собой и образующих единое целое, поэтому она обладает свойствами, отличными от свойств ее составляющих (Checkland 1981). Деятельность системы — это результат воздействия одного из ее элементов на другие. Такое воздействие называют обратной связью, которая по своему характеру может быть либо положительной (усиливающей), либо отрицательной (стабилизирующей) (Senge 1990).

Различают закрытые и открытые системы. Первые полностью автономны и не зависят от внешних воздействий, в отличие от вторых, которые взаимодействуют с окружением.

Системы динамичны и сложно устроены; они состоят из множества взаимосвязанных и взаимозависимых элементов, образующих обширные цепи обратных связей с запаздыванием и нелинейными зависимостями: именно эти характеристики обуславливают динамическую сложность систем.

С учетом связей внутри систем и их сложности можно утверждать, что реакция системы — это результат взаимодействия между ее элементами, а не результат изменения одного из них. В этом суть системного мышления — способности «...представить мир в виде сложной системы», состоящей из множества взаимосвязанных и взаимозависимых частей (Sterman 2001). Системное мышление берет начало из целого ряда дисциплин, таких, как инженерное дело, вычислительная техника, кибернетика и когнитивная психология. Оно рассматривает систему как единое целое, а не как набор отдельных составляющих, учитывая ее изменение во времени, а не состояние в отдельные моменты.

Системное мышление предполагает, что возмущения в системах возникают в связи со сложностью определенного типа, а именно с «динамической сложностью». Без понимания ее сути невозможно рассматривать ни сложность систем, ни системное мышление.

Динамическая сложность системы определяется тремя факторами:

- наличием контуров обратной связи;
- запаздыванием между воздействием и результатом;
- наличием нелинейных зависимостей между элементами системы.

Динамическая сложность свойственна следующим ситуациям:

- если есть существенные различия между ближайшими и отдаленными последствиями одного и того же действия;
- если последствия одного и того же действия в разных частях системы совершенно различны;
- если действия из благих побуждений приводят к неочевидным, не объясняемым с точки зрения здравого смысла результатам (Forrester 1961; Richardson 1995; Sterman 1994; Sterman 1989a; Sterman 1989b).

Понимание динамической сложности помогает определить, куда нужно приложить усилия в системе, чтобы улучшить ее деятельность и избежать «сопротивления внедряемой политике» (вставка 7.5).

Одна из причин неверных решений в сложных системах состоит в том, что те, кто управляет системой, часто сосредотачиваются на сложности отдельных элементов, отбрасывая часть информации, упрощая мысленные

Вставка 7.5. Динамическая сложность

Контур обратной связи

В основе человеческого мышления, как правило, лежит ориентированный на события, линейный, лишенный обратной связи взгляд на мир. При этом последовательность событий рассматривается в виде цепочки причинно-следственных связей. Однако в действительности подобные линейные связи встречаются редко. То или иное действие в системе нарушает ее равновесие и влечет последствия, направленные на восстановление равновесия. Эти последствия, как правило, влияют на первоначальное действие, устанавливая циклическую причинно-следственную зависимость, которая называется обратной связью, и составляет основу системного мышления: система состоит из многих взаимосвязанных контуров обратной связи. Реакция множества контуров обратной связи на то или иное действие — основная причина «сопротивления внедряемой политике», когда система пытается восстановить первоначальное равновесие. При недостаточно глубоком понимании структуры обратных связей в системе многие действия могут приводить к неожиданным результатам, или «побочным эффектам» (иными словами, при разработке политики невозможно предсказать ее последствия) (Sterman 2001). Контур обратной связи бывает двух типов. При положительной (усиливающей) обратной связи любое изменение переменных нарастает и усиливается, вызывая быстрый рост (или падение) активности системы. При отрицательной (стабилизирующей) обратной связи любое воздействие встречает сопротивление, поскольку система стремится к равновесию. Поведение каждого из этих контуров в отдельности поддается прогнозированию, однако в системе, включающей множество взаимодействующих контуров, предсказать поведение системы в целом невозможно (Ford 1999).

Вставка 7.5 (окончание). Динамическая сложность**Запаздывание**

Принято считать, что за возмущением или вмешательством сразу же следует действие. Однако в реальной жизни причина и следствие часто разнесены во времени и в пространстве (Sengupta, Abdelhamid and Bosley 1999; Sterman 2000). Подобное запаздывание создает динамически более сложные системы, поскольку замедляет процесс познания, снижая способность накапливать опыт, проверять гипотезы и применять полученные данные для улучшения конкретной ситуации. Кроме того, если результаты воздействия не очевидны сразу же, оно будет продолжаться и далее, не оставляя системе достаточно времени, чтобы приспособиться. В таких ситуациях системы либо переходят точку равновесия, либо не достигают ее, особенно если запаздывание не поддается наблюдению.

Нелинейные зависимости

Ответ (реакция) системы на воздействие (причину) не обязательно линеен. Присутствие нелинейных зависимостей увеличивает динамическую сложность системы, поскольку ответ на возмущение будет разным, в зависимости от текущего состояния системы. Одно и то же воздействие способно привести к совершенно непредсказуемым последствиям, поскольку реакция системы зависит от равновесия всей совокупности обратных связей.

причинно-следственные связи и ограничиваясь при принятии решений лишь несколькими статическими вариантами, вместо того, чтобы сосредоточиться на динамической сложности, которая характеризуется совокупностью зависимостей, обратными связями и нелинейностью (Sengupta and Abdelhamid 1993). Такой «редукционистский» линейный подход позволяет получить точную картину реального мира и упускает из виду возможные более широкие последствия принятых решений. В ситуациях динамической сложности такая «ограниченная рациональность» (Simon 1982) еще больше усугубляется ограниченностью когнитивных возможностей человеческого разума и его способности обрабатывать информацию. Человеческий ум часто упускает из виду обратные связи, нелинейность системы, запаздывание между воздействиями и их последствиями. Это ведет к неверному восприятию обратной связи, когда даже при наличии информации не удается быстро и правильно спрогнозировать последствия взаимодействий в системе (Diehl and Sterman 1995).

Системы здравоохранения как сложные динамические системы

Системы здравоохранения обладают всеми основными характеристиками сложных динамических систем, а именно:

- включают множество взаимодействующих обратных связей, причем результаты этих взаимодействий сложно рассчитать, пользуясь линейными зависимостями;
- результаты принятых решений часто отдалены во времени и в пространстве, и последствия действий не всегда очевидны сразу;

- для систем здравоохранения характерно множество нелинейных зависимостей, а потому точное прогнозирование последствий конкретного вмешательства в той или иной элемент системы затруднительно.

Эти зависимости выходят за вставки элементов системы, поскольку системы здравоохранения неразрывно связаны с окружением, в котором существуют. Система здравоохранения рассматривалась как пример сложной адаптивной системы и другими авторами (Plsek and Greenhalgh 2001). Окружение, в котором существуют медицинские организации и системы здравоохранения, также динамично и сложно. К тому же между системами здравоохранения и их окружением существует двустороннее взаимодействие, что еще больше увеличивает их динамическую сложность.

Традиционно применяемые руководителями и управленческим персоналом инструменты и методы не годятся для изучения подобных сложностей, решения возникающих проблем и использования имеющихся возможностей. Эффективное управление сложной сетью взаимозависимостей и взаимодействий между элементами системы и ее окружением невозможно без получения, усвоения и обработки больших объемов информации, часто превосходящих возможности тех, кто принимает решения (Senge 1990). В результате анализ ситуаций носит упрощенный характер, важные составляющие проблемы упускаются из виду или отбрасываются, а вмешательства, нацеленные на ее устранение, приводят к непредвиденным последствиям и «сопротивлению внедряемой политике».

Как заметили Figueras, McKee and Lessof (2004), «на практике руководители здравоохранения, как правило, сосредотачиваются на отдельных инициативах, в которых слишком часто видят «чудодейственное средство», способное исцелить все недуги здравоохранения ... тогда как требуется более глубокое понимание всех тонкостей и сложностей системы здравоохранения в целом, а также природы взаимоотношений между ее различными элементами».

Управление динамической сложностью

Существующие на сегодняшний день методы анализа систем здравоохранения не учитывают в должной мере влияние окружения или же рассматривают окружение отдельно от самого здравоохранения. На деле система здравоохранения и ее окружение сложным, двусторонним образом взаимосвязаны: изменения в окружении влияют на элементы системы, а вмешательство в элементы системы, в свою очередь, воздействует на окружение (Atun et al. 2007c).

Что же в таком случае следует сделать, чтобы лучше руководить системой в обстановке динамической сложности? Во-первых, следует овладеть системным мышлением, отказавшись от линейных и редуционистских подходов, преобладающих в системах здравоохранения. Во-вторых, необходимо лучше разбираться во взаимоотношениях между системами здравоохранения и окружением, в котором эти системы существуют. Следовательно, методы анализа, применяемые для объяснения изменений и интерпретации достигнутых результатов, не могут ограничиваться лишь самим здравоохранением, а должны учитывать и окружение, в котором оно существует. Кроме того, в дополнение к подобному анализу необходимо изучить

взаимодействие элементов системы и программ (например, программ по борьбе с инфекционными заболеваниями), чтобы понять, каким образом изменения в программах и элементы системы влияют друг на друга. При этом для более глубокого понимания взаимодействия между системой здравоохранения, окружением и входящими в нее программами, следует применять индуктивные подходы и исследовательские программы, использующие как количественные, так и качественные методы. Эти два вопроса подробнее рассмотрены в следующем разделе.

На пути к системному мышлению в системах здравоохранения

Понятие системного мышления возникло в 1920-х гг. в ряде дисциплин, в том числе в биологии и инженерии, как реакция на все большее усложнение технологий, с которыми столкнулись наука и техника. Дальнейшее развитие оно получило с появлением в 1956 г. системной динамики, которая была разработана сотрудником Массачусетского технологического института Jay Forrester, осознавшим потребность в более совершенных методах оценки новых идей в общественных системах (таким же образом, как новые идеи оцениваются в инженерном деле) (Forrester 1961). Инженерные принципы позволяют разобраться в механической системе, а системное мышление дает возможность лучше понять общественные системы. При системном мышлении организация или система и ее окружение рассматриваются как единый комплекс взаимосвязанных и взаимозависимых составляющих, а не как отдельные сущности (Cumings 1980).

Системное мышление рассматривает определенные структуры, типы взаимодействия и события как составляющие более крупных систем. Оно позволяет видеть целое: механизм изучения не вещей, а взаимозависимостей и повторяющихся событий, не статических состояний, а характера изменений. Системное мышление побуждает отказаться от чрезмерного увлечения деталями и взглянуть на организационную динамику, а также на взаимоотношения внутри системы. Оно помогает предсказывать события, а не реагировать на их наступление, а значит, лучше подготовиться к новым проблемам.

Обычно системное мышление подразделяют на жесткое и мягкое. Жесткое системное мышление используется при решении задач в естествознании, мягкое — при решении управленческих задач (Checkland and Scholes 1990).

На практике переход к системному мышлению означает смещение внимания в сторону более тщательного изучения возможных последствий каждого действия; коллективную, совместную разработку сценариев будущих событий; учет взаимосвязей между элементами внутри системы, связей между системой и окружением, в котором она существует.

Мягкое системное мышление может совмещаться с формальными методами моделирования, например с моделированием системной динамики (Lane and Oliva 1998), для того, чтобы спрогнозировать поведение системы в соответствии с явно заданными допущениями (Sterman 1989a). Моделирование системной динамики позволяет проверять гипотезы и разрабатывать сценарии, способствует коллективному мышлению, групповому обучению и совместному решению проблем (вставка 7.6).

Вставка 7.6. Моделирование системной динамики

При моделировании динамики сложных систем применяют как качественный, так и количественный анализ. Такой подход позволяет привлекать представителей основных заинтересованных сторон как к самому моделированию, так и к процессу выработки решений или создания сценариев, которые можно опробовать, используя полученную модель. Взаимодействие различных заинтересованных сторон (руководителей здравоохранения, администраторов, врачей и потребителей) ведет к более оперативному совместному использованию доступной информации и помогает накоплению опыта на организационном уровне, а также способствует получению информации о том, как те или иные вмешательства сказываются на результатах (Royston et al. 1999; Sterman 2000).

Системную динамику все чаще применяют в процессе принятия решений в медицинском обслуживании (Dangerfield, Fong and Roberts 2001; Wolstenholme 1993) и в программах по борьбе с инфекционными заболеваниями (Atun et al. 2007b; Atun et al. 2005a; Atun et al. 2007a), но пока не используют в отношении здравоохранения в целом.

Анализ окружения, систем здравоохранения в целом и отдельных программ здравоохранения

Аналитические подходы, опирающиеся на несколько методов, позволяют лучше понять взаимосвязь между системой здравоохранения и окружением, в котором она существует (Atun et al. 2006).

Система здравоохранения состоит из элементов, взаимодействующих между собой таким образом, что их совокупность представляет собой нечто большее, чем просто сумма этих элементов. Взаимодействие элементов влияет на достижение целей здравоохранения. Хотя в разных странах приоритеты могут быть несколько разными, по существу большинство этих целей сходны (см. ниже). Как уже говорилось, система здравоохранения взаимодействует с окружением, в котором находится. Поэтому при анализе деятельности здравоохранения необходим и одновременный анализ окружения. На рис. 7.1 представлена схема одновременного анализа системы здравоохранения и ее окружения.

Аналогично предложенной ВОЗ Системе оценки качества и аналитическим подходам Hsiao и Frenk, данный метод использует в качестве конечных целей здравоохранения здоровье, защиту от финансовых рисков и удовлетворенность потребителя, но учитывает и влияние окружения, в котором действует система здравоохранения, а именно демографические, экономические, политические, юридические, нормативные, эпидемиологические, социальные и технологические аспекты. Поскольку у каждой страны и ее здравоохранения своя история, влияющая на путь развития последнего, анализ окружения учитывает и политическую экономию здравоохранения. Таким образом можно выявить возможности системы здравоохранения и те опасности, с которыми она может столкнуться в ближайшем и отдаленном будущем.

Рассматриваемый метод постулирует наличие четырех рычагов, дающих возможность управлять системой здравоохранения. Их видоизменение позволяет руководителям здравоохранения решать различные промежуточные задачи и достигать промежуточных целей. Эти рычаги следующие:

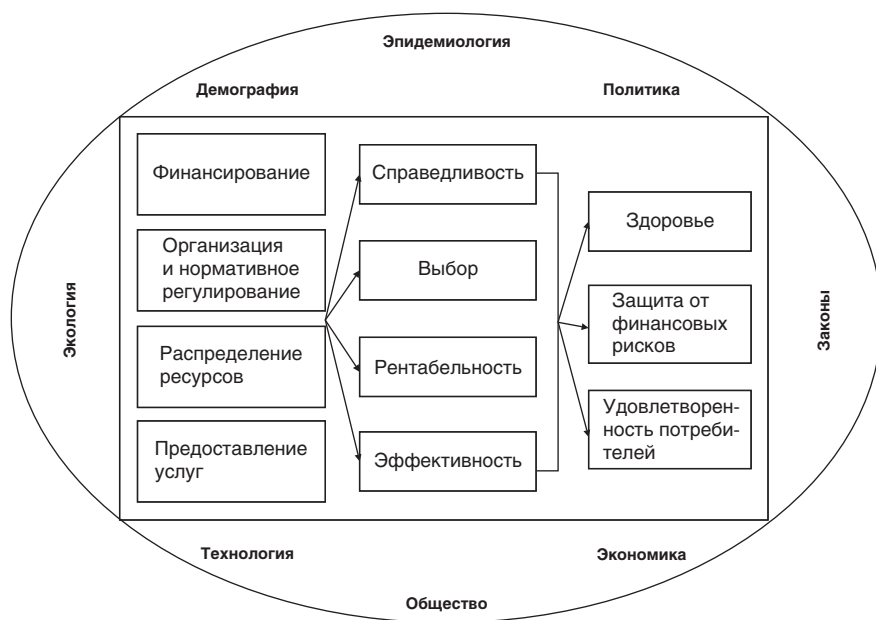


Рисунок 7.1. Схема анализа систем здравоохранения и их окружения.

Источник: Atun et al. 2007с.

- «руководство и организация», определяющие политическое и нормативное окружение, функции руководства, а также организационную структуру для покупателей, поставщиков медицинских услуг и рыночных регуляторов;
- «финансирование», определяющее способы сбора и объединения средств;
- «распределение ресурсов и система оплаты медицинских услуг», определяющие способ распределения собранных средств и других ресурсов, например кадров, капиталовложений или оборудования, а также механизмы и способы оплаты для поставщиков медицинских услуг;
- «предоставление услуг» — здесь речь идет о «содержании», то есть о самих услугах здравоохранения, а не о тех структурах, посредством которых эти услуги предоставляются.

Промежуточные цели — справедливость, рентабельность (техническая и связанная с распределением ресурсов), эффективность и возможность выбора — часто упоминаются другими авторами как самостоятельные конечные цели.

На основе этого подхода разработан метод экспресс-оценки систем (SYSRA), позволяющий одновременно и всесторонне изучить систему здравоохранения, ее окружение и характеристики отдельных программ здравоохранения (например, программ по борьбе с инфекционными заболеваниями). SYSRA состоит из отдельных модулей и имеет два связанных между собой компонента, применяемых одновременно: «горизонтальный» для анализа здравоохранения, частью которого является программа по борьбе с инфекционными заболеваниями, и «вертикальный»

для анализа самой программы (вставка 7.7). Исследование методом SYSRA ведет группа специалистов разных дисциплин с применением нескольких методов (Atun et al. 2004). Полученные при анализе эмпирические данные многократно используют для перекрестных проверок и триангуляции, выдвижения и проверки гипотез с тем, чтобы стимулировать

Вставка 7.7. Метод экспресс-оценки систем

В основу метода легла так называемая «Т-модель»: он состоит из двух элементов – «горизонтального» и «вертикального», которые применяются как по отдельности, так и во взаимосвязи друг с другом. В «горизонтальный» элемент входят модули, позволяющие оценить макроокружение и систему здравоохранения, частью которой является программа по борьбе с инфекционными заболеваниями, с разных точек зрения: политической, юридической, социальной, демографической, экономической, технологической, финансовой, организационной, с точки зрения распределения ресурсов, систем оплаты медицинских услуг и их оказания. В «вертикальный» элемент входят модули, позволяющие оценить важнейшие элементы, имеющие отношение к программе по борьбе с инфекционными заболеваниями, а именно: эпидемиологию, предоставление услуг, состояние диагностики и качество лечения.

Модульная структура обеспечивает гибкий подход, соответствующий рассматриваемой области (юридической, политической, финансовой, эпидемиологической), окружению и наличию ресурсов. Каждый модуль посвящен отдельной области и предусматривает заданный набор основных вопросов, позволяющих быстро получить необходимую информацию. Группа специалистов разных дисциплин обеспечивает перекрестные проверки и триангуляцию данных. Там, где это возможно, используются стандартные массивы данных.

Метод предусматривает три этапа анализа. На первом этапе («отбор») происходит изучение материала и анализ данных для ответа на заданный набор вопросов по каждому модулю, с помощью которого получают качественную и количественную информацию, касающуюся окружения исследуемой программы, характера ее прошлой деятельности, тенденций развития, реакции на возникающие проблемы, происходящих внутри нее процессов и механизмов действия.

Второй этап предполагает выезд на место и серию бесед с представителями репрезентативных групп для оперативного получения новых данных о системе здравоохранения и вертикальной программе. В ходе бесед происходит дополнение (в случае выявления пробелов) и уточнение полученной при отборе информации. На втором этапе преобладают в основном качественные данные, но собирают и количественную информацию, в первую очередь касающуюся финансирования и эпидемиологии, для того, чтобы определить направления углубленного проспективного анализа на третьем этапе. Путем многократного повторения процесса сбора и обсуждения информации полученные данные обрабатываются для разработки сценария. На выполнение второго этапа, как правило, уходит от 3 до 5 рабочих дней.

На третьем этапе необходимо обеспечить подробную качественную и количественную информацию по наиболее важным для успеха программы направлениям, которую не удалось собрать на этапах быстрой оценки (первом и втором). Эту информацию собирают дольше и используют для облегчения внедрения программы.

накопление опыта и принятие решений на организационном уровне и укреплять системное мышление.

На основании описанного подхода нам удалось на ряде примеров (вставки 7.8 и 7.9) показать, что взаимодействие между элементами системы,

Вставка 7.8. Препятствия успешной борьбе с туберкулезом, создаваемые системой здравоохранения

По числу ежегодно регистрируемых новых случаев туберкулеза Российская Федерация занимает 11-е место в мире. Однако, несмотря на развитую систему противотуберкулезного надзора, по частоте выявления новых случаев с помощью мазка мокроты и по частоте успешного применения стратегии DOTS страна находится на одном из последних мест.

Экономические оценки продемонстрировали рентабельность одобренных ВОЗ методов лечения, предусматривающих сокращение сроков госпитализации, но в Российской Федерации больных туберкулезом по-прежнему госпитализируют надолго. Длительные госпитализации связывают с традиционными российскими представлениями о клинических и патофизиологических особенностях туберкулеза. Эти представления поощряют госпитализацию и отличаются от представлений ВОЗ и международного сообщества. Однако исследования, основанные на системном подходе, показали, что «сопротивление внедряемой политике» и трудности с полномасштабным развертыванием стратегии DOTS являются следствием сложного комплекса медицинских, социально-политических и культурных причин. Во-первых, из-за финансирования больниц по числу коек и по их занятости (численность персонала и другие параметры рассчитываются по числу коек) медицинские учреждения заинтересованы в сохранении существующего числа коек и в госпитализации больных туберкулезом. Во-вторых, федеральные положения и тарифы предусматривают длительный срок госпитализации; медицинские учреждения должны соблюдать эти требования, иначе их услуги не будут оплачиваться. В-третьих, в противотуберкулезных учреждениях работает многочисленный персонал, и добиться сокращения или перераспределения этих ресурсов нелегко с политической точки зрения. В-четвертых, больницы играют двойную роль, оказывая не только медицинскую, но и медико-социальную помощь, ввиду того, что системы социальной поддержки в стране развиты слабо. Поскольку порядок финансирования в Российской Федерации запрещает перевод средств из здравоохранения в социальную сферу или объединение бюджетов этих двух секторов, разработка программ, которые могли бы помочь в решении социальных проблем больных туберкулезом, затруднена. В-пятых, очень силен «синдром отторжения» чужеродных нововведений. Поскольку DOTS рассматривают как «чужой» продукт, не вписывающийся в российские каноны клинической медицины и «экспериментальных данных», ее принятие требует изменений в поведении медицинских работников.

Препятствия к внедрению и распространению стратегии DOTS связаны не столько с непониманием ее технической сути, сколько с отрицательными стимулами, которые создаются элементами самой системы здравоохранения (финансированием, организационной структурой и системами оплаты), а также с социально-культурными нормами, без изменения которых невозможно добиться успешного и устойчивого развертывания этой стратегии в Российской Федерации.

Вставка 7.9. Влияние окружения, в котором работает система здравоохранения, на борьбу с ВИЧ-инфекцией

Опираясь на методы, используемые для быстрой ситуационной оценки вертикальных программ по борьбе с инфекционными заболеваниями, мы изучили руководимые из центра программы по борьбе с ВИЧ-инфекцией в трех регионах Российской Федерации — Псковской области, Самарской области и в Республике Татарстан (Atun et al. 2005b).

Анализ показывает, что, хотя между тремя рассмотренными регионами много общего, существуют различия, которые касаются стадии эпидемии, организационной структуры, политической ситуации, отношения к ВИЧ в обществе (некоторые полагают, что это проблема групп риска, не затрагивающая «нормальное» население), ресурсов, выделенных на борьбу с ВИЧ-инфекцией, наблюдения за больными ВИЧ/СПИДом и их лечения, участия организаций гражданского общества, межорганизационных связей и наличия многосекторных мероприятий по борьбе с эпидемией.

В каждом из регионов отмечены общие черты, восходящие к советским традициям общественного здравоохранения. Вместе с тем, несмотря на четко проводимую федеральную политику и соответствующее финансирование, имеются существенные различия в приоритетах, проводимом курсе и способах его претворения в жизнь.

Несмотря на общее для всех регионов законодательство, толкование законов в них отличается. В Татарстане руководители здравоохранения воспользовались возможностью мобилизовать окружение на создание ряда многосекторных мероприятий по борьбе с ВИЧ-инфекцией, в то время как в двух других регионах недочеты в законодательной базе не позволили предпринять необходимые меры в области общественного здравоохранения для противодействия наступающей эпидемии.

Мероприятия по борьбе с ВИЧ-инфекцией осуществляются в сложном политико-экономическом окружении, запутанной правовой обстановке и в условиях высокого уровня финансовой и функциональной децентрализации. Такая сложная обстановка и взаимодействие между элементами системы влияют на толкование нормативов, распоряжений и механизмов их внедрения таким образом, что ответная реакция системы далека от ожидаемой. Например, мы отметили следующее: в Пскове — отличную программу снижения вреда, несмотря на слабость многосекторных мероприятий и невысокую политическую заинтересованность властей; в Самаре, которая является лидером реформ и имеет пользующуюся международной поддержкой программу по борьбе с ЗППП и ВИЧ-инфекцией, — несогласованность мероприятий и полное отсутствие программ по снижению вреда; в Татарстане, не относящемся к лидерам в области реформ здравоохранения, — тщательно выстроенную систему многосекторных мероприятий.

а также между системой и ее окружением может повлиять на отношение к распоряжениям, нормативам и механизмам их внедрения таким образом, что ответная реакция системы будет трудно предсказуемой или даже противоположной тому, что можно было бы ожидать (Atun et al. 2005b; Atun et al. 2005c).

Основной урок, который нужно извлечь из приведенных в данной главе примеров, заключается в том, что при планировании эффективных и

надежных полномасштабных действий по борьбе с инфекционными заболеваниями, в том числе ВИЧ/СПИДом и туберкулезом, нужно учитывать, что на подобные действия влияют система здравоохранения и социально-политическая обстановка, внутри которых существуют программы по борьбе с инфекционными заболеваниями. Поэтому одних лишь технических решений будет недостаточно.

Заключение

Элементы системы здравоохранения и окружение, в котором она существует, влияют на проведение в жизнь выбранной политики. Поэтому расширенный и усложненный (по сравнению с обычным) анализ этих элементов позволит лучше предсказывать результат конкретных мер и сделать его более надежным. При упрощенном ситуационном анализе можно упустить из виду важнейшие корни проблемы, в результате чего решения, принятые для ее устранения, приведут к непредвиденным последствиям и к «сопротивлению внедряемой политике». Один из способов избежать этого — использовать «системное мышление», предусматривающее подробный анализ окружающей обстановки и разработку на основе этого анализа эффективных ответных мер.

Когда речь идет о программах по борьбе с такими инфекционными заболеваниями, как туберкулез и ВИЧ-инфекция, для разработки эффективных полномасштабных мер борьбы одних лишь технических решений недостаточно. Дело в том, что подобные меры зависят от организации, структуры и финансирования здравоохранения, а также от обстановки, внутри которой указанные программы существуют. Без учета таких влияний получить желаемый результат невозможно.

Знание окружения, в котором действуют системы здравоохранения, и существующих внутри этих систем программ борьбы с инфекционными заболеваниями — необходимая предпосылка для развертывания новых программ и достижения стабильного успеха.

Литература

Atun, R. A. (2005). The health crisis in Russia, *British Medical Journal*, 331(7530): 1418–1419.

Atun, R. A. and Gurol-Urganci, I. (2005). *Health expenditure: an 'investment' rather than a cost? Working Paper 05/01*. Chatham House, London: Royal Institute of International Affairs, International Economics Programme.

Atun, R. A., Ibragimov, A. and Ross, G. (2005). *The World Bank Report No. 32354-ECA. Review of experience of family medicine in Europe and central Asia: Executive Summary. (In Five Volumes) Volume I. Human Development Sector Unit, Europe and central Asia Region*. Washington, D.C.: The World Bank.

Atun, R. A., Lennox-Chhugani, N., Drobniowski, F., Samyshkin, Y. and Coker, R. (2004). A framework and toolkit for capturing the communicable disease programmes within health systems: Tuberculosis control as an illustrative example, *European Journal of Public Health*, 14: 267–273.

Atun, R. A., Lebcir, R., Drobniowski, F. and Coker, R. (2005a). Impact of an effective multi-drug-resistant tuberculosis control programmes in the setting of an immature HIV

epidemic: system dynamics simulation model, *International Journal of STD & AIDS*, 16 (8): 560–570.

Atun, R. A., McKee, M., Drobniewski, F. and Coker, R. (2005b). Analysis of how health system context influences HIV control: case studies from the Russian Federation, *Bulletin of the World Health Organization*, 83(10): 730–738.

Atun, R. A., Samyshkin, Y. A., Drobniewski, F., et al. (2005c). Barriers to sustainable tuberculosis control in the Russian Federation health system, *Bulletin of the World Health Organization*, 83(3): 217–223.

Atun, R. A., Menabde, N., Saluvere, K., et al. (2006). Introducing a complex health innovation – primary health care reforms in Estonia (multimethods evaluation), *Health Policy*, 79(1): 79–91.

Atun, R. A., Lebcir, R. M., Drobniewski, F., McKee, M. and Coker, R. J. (2007a). High coverage with HAART is required to substantially reduce the number of deaths from tuberculosis: system dynamics simulation in the setting of explosive HIV epidemic and tuberculosis, *International Journal of STD & AIDS*, 18: 267–273.

Atun, R. A., Lebcir, M. R., McKee, M., Habicht, J. and Coker, R. J. (2007b). Impact of joined-up HIV harm-reduction and multidrug-resistant tuberculosis control programmes in Estonia: system dynamics simulation model, *Health Policy*, 81: 207–217.

Atun, R. A., Kyratsis, I., Gurul, I., Rados-Malicbegovic, R. and Jelic, G. (2007c). Diffusion of complex health innovations-implementation of primary care reforms in Bosnia and Herzegovina: a qualitative study, *Health Policy and Planning*, 22(1): 28–39.

Cassels, A. (1995). Health Sector reform: Some key issues in less developed countries, *Journal of International Development*, 7(3): 329–348.

Checkland, P. (1981). *Systems thinking, systems practice*. Chichester: Wiley.

Checkland, P. and Scholes, J. (1990). *Soft systems methodology in action*. Chichester: Wiley.

Coker, R. J., Atun, R. and McKee, M. (2004a). Health care system frailties and public health control of communicable diseases on the European Union's new eastern border, *Lancet*, 363: 1389–1392.

Coker, R. J., Atun, R. A. and McKee, M. (2004b). Untangling Gordian knots: improving tuberculosis control through the development of 'programme theories', *International Journal of Health Planning and Management*, 19: 217–226.

Cummings, T. G. (1980). *Systems theory of organizational development*. New York: Wiley.

Dangerfield, B. C., Fong, F. and Roberts, C. A. (2001). Model-based scenarios for the epidemiology of HIV/AIDS: the consequences of highly antiretroviral therapy, *System Dynamics Review*, 17(2): 119–150.

Diehl, E. and Sterman, J. D. (1995). Effects of feedback complexity on dynamic decision-making, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 62(2): 198–215.

Evans, R. G. (1981). Incomplete Vertical Integration: The Distinctive Structure of the Health-Care Industry, in J. J. van der Gaag and P. M. (eds). *Health, economics, and health economics*. Amsterdam: North Holland.

Figueras, J., McKee, M. and Lessof, S. (2004). *Health systems in transition: learning from experience. First Edition*. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies.

Ford, D. N. (1999). A behavioural approach to feedback loop dominance analysis, *System Dynamics Review*, 15(1): 3–36.

Forrester, J. W. (1961). *Industrial dynamics*. Cambridge, MA: The MIT press.

Frenk, J. (1994). Dimensions of health system reform, *Health Policy*, 27: 19–34.

Hsiao, W. C. (1992). Comparing health care systems: what nations can learn from one another, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 17: 613–636.

Hsiao, W. C. (2003). *What Is A Health System? Why Should We Care?* Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health.

Hurst, J. W. (1991). Reforming health care in seven European nations, *Health Affairs (Millwood)*, 10(3): 7–21.

Janovsky, K. and Cassels, A. (1996). Health Policy and Systems Research: Issues, Methods and Priorities, in K. Janovsky (ed.) *Health policy and systems development: An agenda for research*. Geneva: World Health Organization.

Jee, M. and Or, Z. (1999). *Health outcome measurement in OECD countries: toward outcome-oriented policy-making (DEELSA/ELSA/WPI(98)6/ANN)*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

Jong-wook, L. (2003). Global health improvement and WHO: shaping the future, *Lancet*, 362(9401): 2083–2088.

Kutzin, J. (1995). *Health financing reform: a framework for evaluation. Revised working document. WHO/SHS/NHP/96.2*. Geneva: World Health Organization Health Systems Development Programme.

Kutzin, J. (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements, *Health Policy*, 56(3): 171–204.

Kutzin, J. and McPake, B. (1997). *Methods for Evaluating Effects of Health Reforms. Current Concerns. ARA Paper number 13, World Health Organization, WHO/ARA/CC/97.3*. Geneva: World Health Organization.

Lane, D. C. and Oliva, R. (1998). The greater whole: towards a synthesis of system dynamics and soft system methodology, *European Journal of Operational Research*, 107: 214–235.

Murray, C. and Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems, *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6): 717–731.

OECD (1992). *The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries. Health Policy Studies No. 2*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

OECD (2001). *The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

Plsek, P. E. and Greenhalgh, T. (2001). Complexity science: The challenge of complexity in health care, *British Medical Journal*, 323: 625–628.

Raviglione, M. C. and Pio, A. (2002). Evolution of WHO policies for tuberculosis control, 1948–2001, *Lancet*, 359(9308): 775–780.

Richardson, G. P. (1995). Loop polarity, loop dominance and the concept of dominant polarity, *System Dynamics Review*, 11(1): 67–88.

Royston, G., Dost, A., Townshend, J. P. and Turner, H. (1999). Using System Dynamics to help develop and implement policies and programmes in health care in England, *System Dynamics Review*, 15(3): 293–313.

Schultz, T. W. (1979). Nobel Prize Lecture. The Economics of Being Poor [electronic publication]. The Nobel Foundation (<http://nobelprize.org/economics/laureates/1979/index.html>, accessed 15 September 2006).

Schultz, T. W. (1980). Nobel Lecture: The Economics of Being Poor, *The Journal of Political Economy*, 88(4): 639–651.

Senge, P. M. (1990). *The fifth discipline: the art and practice of the learning organization*. New York: Doubleday.

Sengupta, K. and Abdelhamid, T. K. (1993). Alternative conceptions of feedback in dynamic decision environments: an experimental investigation, *Management Science*, 39(4): 411–428.

Sengupta, K., Abdelhamid, T. K. and Bosley, M. (1999). Coping with staffing delays in software project management: An experimental investigation. *IEEE Transactions on systems, Management and Cybernetics*, 29(1): 77–91.

Shkolnikov, V., McKee, M. and Leon, D. A. (2001). Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s, *Lancet*, 357(9260): 917–921.

Simon, H. A. (1982). *Models of bounded rationality*. Cambridge, MA: The MIT press.

Sterman, J. D. (1989a). Misperceptions of feedback in dynamic decision-making, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 43(3): 301–335.

Sterman, J. D. (1989b). Modeling management behavior: misperception of feedback in a dynamic decision-making experiment. *Management Science*, 35(3): 321–339.

Sterman, J. D. (1994). Learning in and about complex systems, *System Dynamics Review* 1994, 10(2-3): 291–330.

Sterman, J. D. (2000). *Business dynamics. Systems thinking and modeling for a complex world*. Buckingham: Mc-Graw Hill/Irwin, International Edition.

Sterman, J. D. (2001). Systems dynamic modelling: tools for learning in a complex world, *California Management Review*, 43: 8–25.

Suhrcke, M., McKee, M., Sauto Arce, R., Tsoлова, S. and Mortensen, J. (2005). *The contribution of health to the economy in the European Union*. Brussels: European Commission.

Walt, G. (2004). WHO's World Health Report 2003, *British Medical Journal*, 328(7430): 6.

WHO (1999). *World Health Report 1999*. Geneva: World Health Organization. (на русском языке: Доклад о состоянии здравоохранения в мире – 1999 г. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1999 г.).

WHO (2000). *World Health Report 2000 – Health systems: improving performance*. Geneva: World Health Organization. (на русском языке: Доклад о состоянии здравоохранения в мире – 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. – Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2000 г.)

WHO (2003). *World Health Report 2003: shaping the future*. Geneva: World Health Organization. (на русском языке: Доклад о состоянии здравоохранения в мире – 2003 г.: формирование будущего. – Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2003 г.).

WHO (2006) *World Health Organization. The 3 by 5 initiative* [web site] (<http://www.who.int/3by5/en>, accessed 16 September 2006). Geneva: World Health Organization.

Williams, A. (2001). Science or marketing at WHO? A commentary on 'World Health 2000', *Health Economics*, 10(2): 93–100.

Wolstenholme, E. F. (1993). A case study in community care using system thinking, *Journal of the Operational Research Society*, 44: 925–934.

Организация борьбы с инфекционными заболеваниями на международном и европейском уровне

Ralph Reintjes¹

Инфекционные заболевания вновь угрожают здоровью населения

Эпидемии существенно влияют на ход истории (см. главу 4): в V веке вспышка чумы ускорила падение Римской империи (McNeill 1976), а в XIV веке небывалое опустошение, вызванное другой эпидемией чумы, подорвало авторитет церкви, что способствовало последующей Реформации (Davis 1996). В XX веке, с появлением антибиотиков и вакцин, наука достигла огромных успехов в борьбе с инфекционными заболеваниями, и к 1950-м гг. широко распространилось мнение, что инфекционные заболевания в будущем уже не будут причинять существенного ущерба. Начиная с середины 1980-х гг., возрождение инфекций, считавшихся побежденными (таких, как туберкулез), и появление новых болезней, таких, как ТОРС, новые варианты гриппа и ВИЧ/СПИД, показали, что подобный оптимизм неоправдан. Инфекционные заболевания, как и угроза биотерроризма (например, распространения сибирской язвы), ставят перед системами здравоохранения сложнейшие задачи. Изменения в образе жизни людей и их поведении, вызванные растущей урбанизацией и все большей свободой передвижения, способствуют появлению новых угроз здоровью человека со стороны инфекционных заболеваний (табл. 8.1) (MacLehose, McKee and Weinberg 2002). Согласно *Докладу о состоянии здравоохранения в мире за 2001 г.*, в 2000 г. инфекционные заболевания стали причиной 14,4 млн смертей, т. е. на их долю пришлось 26% смертности во всем мире.

¹ Хочу поблагодарить Amena Ahmad и Ralf Krumkamp за неоценимую помощь и замечания по черновым вариантам настоящей статьи, а также Nolene Sheppard за корректорскую правку.

Таблица 8.1. Некоторые факторы, способствующие появлению новых угроз здоровью человека со стороны инфекционных заболеваний

Фактор	Примеры
Новые технологии	Применение добавок к кормам привело к заражению крупного рогатого скота прионами, что вызвало 200 000 случаев энцефалопатии крупного рогатого скота и 100 случаев новой формы болезни Крейтцфельда–Якоба (Ministry of Agriculture Fisheries and Food 2000)
Путешествия и торговля	Глобализация пищевой промышленности привела к тому, что зараженные продукты могут попадать в другие страны. Так, в шести европейских странах были зарегистрированы случаи сальмонеллеза, связанные с употреблением зараженного шоколада, который был выпущен одной фабрикой (Werber et al. 2005)
Изменения климата	В результате изменений климата инфекционные заболевания распространяются в регионы, где ранее эти болезни встречались редко
Приспособляемость микроорганизмов	Рост бедности, недостаток ресурсов и неудовлетворительное лечение привели к резкому увеличению числа случаев полирезистентного туберкулеза в странах бывшего СССР (Kimerling et al. 1999). Распространяются и другие устойчивые к лекарственным средствам возбудители, например метициллиноустойчивые штаммы <i>Staphylococcus aureus</i> (Mellmann et al. 2006)
Поведение человека	Смягчение социальных норм и взглядов в сочетании со значительным распространением инъекционных наркотиков и коммерческого секса в Восточной Европе привело к эпидемиям сифилиса (Riedner et al. 2000) и ВИЧ-инфекции (UNAIDS/WHO 2001)
Снижение иммунитета	Из-за снижения иммунитета (например, в связи с ВИЧ-инфекцией или в результате иммуносупрессивной терапии) у все большего числа людей возрастает риск заражения оппортунистическими инфекциями

Источник: MacLehose, McKee and Weinberg 2002, с изменениями.

Примечание: ВИЧ – вирус иммунодефицита человека.

Наиболее частыми причинами смерти были инфекции нижних дыхательных путей, туберкулез, диарея, малярия и ВИЧ/СПИД.

Доступность самых отдаленных уголков земного шара (число международных путешественников составляет 2 млн ежедневно) и растущая плотность экономических связей в Европе, где расширение и углубление ЕС привело к открытию границ, облегчает по сравнению с предыдущими десятилетиями распространение инфекционных заболеваний. В прошлом болезни распространялись вдоль морских путей, и, чтобы охватить весь мир, им требовалось много времени. Сегодня же, в эру международных авиаперелетов, достаточно лишь нескольких дней. По этой причине как на уровне отдельных стран, так и в международном масштабе были приняты решительные меры по укреплению эпидемиологического надзора и борьбе с инфекционными заболеваниями. Однако в разных странах Европы санитарно-эпидемиологические службы по-разному подходят к решению проблемы инфекционных заболеваний (MacLehose et al. 2001). Микроорганизмы не знают границ; эпидемиологический надзор и борьба с

инфекционными заболеваниями могут быть успешны лишь в том случае, если система здравоохранения в каждой отдельно взятой стране всесторонне подготовлена к этому, данные из разных источников можно сопоставить, а все службы связаны друг с другом с целью обеспечения эффективного сотрудничества (Ammon 2005). Важнейшее значение имеет международное сотрудничество, которое координируют такие международные организации, как ВОЗ, а также Европейская Комиссия с недавно созданным при ней Европейским центром профилактики и контроля заболеваний. В настоящей главе рассматриваются существующие сегодня структуры, имеющие отношение к борьбе с инфекционными заболеваниями на международном уровне.

Международные медико-санитарные правила и службы реагирования ВОЗ

С момента своего создания ВОЗ занимается сбором, анализом и обработкой данных по инфекционным заболеваниям во всем мире, а также следит за соблюдением международных медико-санитарных правил, на которых основывается борьба с инфекционными заболеваниями в международном масштабе. Разрабатываются новые формы международного сотрудничества, позволяющие странам должным образом реагировать на общемировые угрозы здоровью. Ряд событий последних лет — угроза биотерроризма, ТОРС, птичий грипп — выявили недостатки в этих правилах, принятых еще в 1969 г. Поэтому Всемирная ассамблея здравоохранения одобрила ряд существенных поправок к правилам (WHO 2005), способствующих своевременному выявлению событий, которые представляют серьезную опасность для здоровья в международном масштабе, и эффективному устранению угрозы. Эти действия ознаменовали решительный отход от старой системы, когда страны — члены ВОЗ были обязаны сообщать лишь о немногих инфекционных заболеваниях, и заложили основу для систематического анализа событий, имеющих значение для мирового здравоохранения (Rodier et al. 2006). В обновленной версии Международных медико-санитарных правил изменились несколько основных положений. Во-первых, объектами эпидемиологического надзора становятся события, а не подтвержденные случаи определенных заболеваний, как ранее. В результате повышается чувствительность эпидемиологического надзора, но снижается его положительная предсказательная ценность. Во-вторых, страны — члены ВОЗ больше не обладают монополией на предоставление эпидемиологической информации. Отныне ВОЗ может использовать различные источники, в том числе средства массовой информации и неправительственные организации. В-третьих, право решать, в каких случаях требуется применение Международных медико-санитарных правил (2005) во всей их полноте, больше не принадлежит исключительно самим странам — членам ВОЗ. Даже если та или иная страна отрицает, что на ее территории имеет место определенное событие, ВОЗ вправе рекомендовать применение мер, затрагивающих данную страну. В-четвертых, устанавливаются четкие обязанности стран — членов ВОЗ по совершенствованию структуры эпидемиологического надзора и служб по борьбе с инфекционными заболеваниями (Desenclos 2006).

Кроме того, существует ряд организаций, поддерживающих ВОЗ в ее стремлении выявлять события в области общественного здравоохранения, имеющие международное значение, и быстро реагировать на них.

Так, например, созданная в 2000 г. Международная сеть оповещения о вспышках заболеваний и ответных действий (GOARN) с секретариатом на базе ВОЗ — это электронная сеть, объединяющая более 120 учреждений и экспертов во всем мире, обладающая специализированным штатом и техническими ресурсами. Она непрерывно проверяет информацию о событиях, имеющих отношение к здоровью, и действует как международный «ударный отряд», способный быстро мобилизовать ресурсы для оказания помощи в самых разных областях, относящихся к борьбе со вспышками инфекционных заболеваний (Heumann 2006).

Сегодня главным источником информации о вспышках инфекционных заболеваний служат средства электронной связи и интернет, а не официальные сводки министерств здравоохранения. За период с января 2001 г. по октябрь 2004 г. 61% первичных сообщений в ВОЗ о вспышках инфекционных заболеваний исходили из неофициальных электронных источников. Нежелание некоторых стран своевременно предоставлять информацию об эпидемиологической угрозе связано с опасениями, что меры по борьбе с такой угрозой могут негативно сказаться на экономике, приводя к снижению торговли и свертыванию туризма (Heumann 2006). Международная сеть информации в области общественного здравоохранения (GHPIN), партнер GOARN, — это чувствительная компьютерная программа, регулярно просматривающая сеть интернет по заданным ключевым словам на разных языках с целью поиска сообщений о вспышках инфекционных заболеваний. Полученную таким образом информацию анализируют специалисты в области общественного здравоохранения, например представители ВОЗ; при необходимости принимаются соответствующие меры.

Роль Европы

Европейские страны участвовали в деятельности ВОЗ с момента ее создания. Однако обмен информацией зачастую происходил медленно и не давал возможности своевременно принимать соответствующие меры в области общественного здравоохранения. В Римском договоре, заложившем в 1957 г. правовые основы Европейского экономического сообщества, здравоохранению уделялось внимание, но это внимание сводилось лишь к некоторым вопросам охраны труда рабочих в угольной, сталелитейной и атомной промышленности (McKee, Mossialos and Baeten 2002). Тесная причинно-следственная связь между торговлей и распространением инфекционных заболеваний стала движущей силой установления единых полномочий Европы в этой области. Они были закреплены в 1992 г. Маастрихтским договором, заложив основу для сотрудничества стран — членов ЕС в области профилактики и борьбы с заболеваниями, и получили дальнейшее развитие в Амстердамском договоре 1997 г. Сегодня ЕС предоставляет рекомендации по мерам, принимаемым при кризисных явлениях в здравоохранении, и координирует действия стран — членов ЕС. Однако осуществление этих действий не относится к компетенции ЕС; это прерогатива отдельных стран.

Одно из ключевых требований безопасности в области инфекционных заболеваний на национальном, европейском и международном уровне — наличие действенных и рентабельных систем эпидемиологического надзора. Все большая открытость границ внутри ЕС требует более согласованных действий. В связи со свободным, беспрепятственным перемещением товаров и людей возникла потребность в том, чтобы национальные службы эпидемиологического надзора регулярно и оперативно оповещали друг друга и использовали единую систему надзора и учета случаев заболеваний (Giesecke 1996). Единые правила учета случаев заболевания важны для более точного сравнения заболеваемости в разных странах. В 2002 г. опубликованы рекомендации ЕС по учету случаев заболеваний в странах — членах ЕС (ЕС 2002).

Тем не менее в разных европейских странах характер эпидемиологического надзора и методы борьбы с инфекционными заболеваниями все еще сильно различаются (Desenclos, Bijkerk and Huisman 1993; Fenton and Lowndes 2004; MacLehose et al. 2001; Reintjes et al. 2006). В международной практике принято сопоставлять показатели различных стран, например частоту выявления случаев болезни. Источником этих показателей, как правило, служат национальные эпидемиологические данные. На сегодняшний день в 27 странах ЕС действуют 29 различных национальных служб эпидемиологического надзора, отличающихся по структуре, целям и качеству работы (Desenclos, Bijkerk and Huisman 1993; Fenton and Lowndes 2004; Hawker 2005). Поскольку системы эпидемиологического надзора в Европе сильно отличаются друг от друга, разнятся и собираемые ими данные. В качестве примера можно привести разницу в чувствительности и оперативности разных систем. Добиться сравнимости данных, понять, что именно они означают, и определить, как можно улучшить каждую из систем эпидемиологического надзора, можно с помощью сравнительного анализа разных систем. Такой анализ был проведен для облегчения интеграции в ЕС венгерской системы эпидемиологического надзора. Анализ выявил и возможности совершенствования других национальных систем эпидемиологического надзора в Европе (Reintjes et al. 2006). Другой пример существенных различий между европейскими странами в области борьбы с инфекционными заболеваниями — различия в организации и проведении национальных программ иммунизации. В одних странах (в Соединенном Королевстве, Финляндии, Венгрии, Нидерландах) существуют централизованные национальные программы иммунизации, тогда как в других странах (например, в Германии) экспертная комиссия только публикует рекомендации по схемам вакцинации. В последнем случае вся процедура иммунизации остается полностью на усмотрение пациентов, их родителей и лечащего врача. Такой подход становится причиной явных различий в охвате иммунизацией (так, если в Германии вакцину против кори, эпидемического паротита и краснухи получают приблизительно 80–85% детей в возрасте до 2 лет, то в Венгрии, Финляндии и Нидерландах этот показатель превышает 95%) (Reintjes et al. 2006).

Европейские организационные структуры

За последние годы в Европе осуществлен целый ряд международных проектов, финансировавшихся отчасти за счет ЕС, а отчасти — за счет

национальных организаций (Sprenger, Bootsma and Reintjes 1998). К таким проектам относятся системы эпидемиологического надзора, специализирующиеся на отдельных заболеваниях, и программы по развитию инфраструктуры. Последние направлены на улучшение обмена информацией между национальными организациями и на разработку сопоставимых друг с другом методов сбора эпидемиологических данных.

Важную роль в обучении нового поколения европейских эпидемиологов, занимающихся инфекционными заболеваниями, играет Европейская программа обучения практической эпидемиологии (ЕРІЕТ)². В течение 2 лет практического обучения эпидемиологи работают за рубежом в национальной организации общественного здравоохранения одной из стран ЕС. Цель программы — способствовать созданию европейской сети квалифицированных эпидемиологов, способных и готовых сотрудничать друг с другом (van Loock et al. 2001).

Хорошим примером программы развития инфраструктуры служит Eurosurveillance³ — бюллетень, посвященный эпидемиологическому надзору и профилактике заболеваний, который оперативно распространяется среди работников общественного здравоохранения в Европе.

Кроме того, существует ряд независимых структур, посвященных отдельным заболеваниям и группам заболеваний. Из табл. 8.2, в которой перечислены эти структуры, видно, насколько они многообразны. Структуры координируются организациями, расположенными в разных странах. Основная сеть эпидемиологического надзора охватывает наиболее распространенные инфекционные заболевания, подлежащие регистрации (Ammon 2005). Задачи структур, посвященных отдельным заболеваниям, кратко изложены на двух представленных ниже примерах: сеть Enter-NET и Европейская рабочая группа по легионеллезам (EWGLI).

Enter-NET (Международная сеть эпидемиологического надзора за сальмонеллезом и инфекциями, вызванными *Escherichia coli*, вырабатывающими веротоксин) предназначена для наблюдения за желудочно-кишечными инфекциями у человека. Она объединяет⁴ микробиологов, возглавляющих национальные специализированные лаборатории по диагностике сальмонеллеза и инфекций, вызванных *Escherichia coli*, и эпидемиологов, отвечающих за эпидемиологический надзор за этими заболеваниями на уровне отдельных стран. В эту сеть входят большинство стран ЕС, а также Австралия, Канада, Япония, Южная Африка, Швейцария и Норвегия. Сеть осуществляет международный эпидемиологический надзор за кишечными инфекциями — сальмонеллезом и инфекциями, вызванными *Escherichia coli* серотипа O157, которые вырабатывают веротоксин, а также следит за развитием лекарственной устойчивости⁵.

EWGLI⁶ является системой эпидемиологического надзора за легионеллезом, связанным с путешествиями; она охватывает 36 стран. Ее цель —

² <http://www.epiet.org>, по состоянию на 29 ноября 2007 г.

³ <http://www.eurosurveillance.org>, по состоянию на 29 ноября 2007 г.

⁴ http://www.hpa.org.uk/hpa/inter/enter-net_participants.htm, по состоянию на 29 ноября 2007 г.

⁵ http://www.hpa.org.uk/hpa/inter/enter-net_menu.htm, по состоянию на 29 ноября 2007 г.

⁶ <http://www.ewgli.org>, по состоянию на 29 ноября 2007 г.

Таблица 8.2. Некоторые европейские системы эпидемиологического надзора и борьбы с инфекционными заболеваниями**Общий эпидемиологический надзор**

BSN (Основная сеть эпидемиологического надзора)

Заболевания, передающиеся половым и парентеральным путем

Euro-HIV (Европейский центр эпидемиологического мониторинга СПИДа)

ESSTI (Европейская сеть эпидемиологического надзора за заболеваниями, передающимися половым путем)

Заболевания, предотвращаемые вакцинацией

ESEN (Европейская сероэпидемиологическая сеть)

ELWGD (Европейская лабораторная рабочая группа по дифтерии)

EU VAC-NET (Сеть эпидемиологического надзора за инфекционными заболеваниями, предотвращаемыми вакцинацией)

EU IBIS (Эпидемиологический надзор ЕС за инвазивными бактериальными инфекциями)

Зоонозы/заболевания, передающиеся алиментарным путемEnterNet-NET (Международная сеть эпидемиологического надзора за сальмонеллезом и инфекциями, некоторые вызваны штаммами *E. coli*, вырабатывающими веротоксин)

DIVINE-NET (Профилактика новых кишечных вирусных инфекций, передающихся алиментарным путем: диагностика, анализ жизнеспособности, обмен информацией и эпидемиология)

Респираторные заболевания

Euro-TB (Европейский центр эпидемиологического мониторинга туберкулеза)

EISS (Европейская система эпидемиологического надзора за гриппом)

EWGLINet (Европейская рабочая группа по легионеллезам)

Устойчивость к антимикробным средствам/больничные инфекции

EARSS (Европейская система надзора за устойчивостью микроорганизмов к антимикробным средствам)

ESAC (Европейская система надзора за применением антимикробных средств)

HELICS (Европейская система борьбы с больничными инфекциями путем эпидемиологического надзора)

Другие

ENIVD (Европейская сеть наблюдения за привозными вирусными инфекциями)

EUNID (Европейская организация врачей-инфекционистов)

Источники: Ammon 2005; Hawker 2005.

выявление вспышек легионеллеза и установление его возможных источников. Без ее помощи национальные системы пропустили бы 41% всех очагов легионеллеза, выявленных EWGLI в 1999 г. (Lever and Joseph 2001).

Помимо структур, посвященных отдельным заболеваниям, важную роль в Европе играет Система раннего оповещения и ответных мер (EWRS). Эта система доступна через интернет, защищена паролем и предназначена для безотлагательной передачи важной информации в страны – члены ЕС. Решение 2119/98/ЕС требует от каждого члена ЕС уведомить остальных членов и Европейскую Комиссию (а с 2005 г. – и Европейский центр профилактики и контроля заболеваний) о вспышках заболеваний, подлежащих регистрации согласно правилам ЕС, и о всех принятых в связи с этим мерах (ЕС 1998). Следует незамедлительно сообщать о появлении новых заболеваний, таких, как ТОРС или птичий грипп. После уведомления проводится оценка риска и принимается решение о том, какие меры следует предпринять. Такая процедура особенно важна, когда необходимы действия в масштабе всего ЕС (Guglielmetti et al. 2006).

Новые структуры в Европе

Европейский центр профилактики и контроля заболеваний

Бурные споры о том, какая структура эпидемиологического надзора и контроля за инфекционными заболеваниями в Европе является наилучшей, идут уже давно. Главный вопрос — какая организация сотрудничества более эффективна: на основе совокупности структур («сетей»), относящихся к отдельным заболеваниям и связывающих национальные центры по всей Европе, или же на основе единого европейского центра, подобного Центру по контролю заболеваемости в США (Giesecke and Weinberg 1998; Tibaoutens 1997). В 1999 г. было достигнуто соглашение о том, что на сегодняшний день для Европы предпочтителен «сетевой подход» (ЕС 2000). Однако после возникновения угрозы биотерроризма и появления ТОРС это решение было пересмотрено; был создан Европейский центр профилактики и контроля заболеваний, цель которого — усилить защиту Европы от инфекционных заболеваний. Весной 2004 г. Европейский парламент и Совет министров приняли необходимые законы, и в сентябре 2004 г. началось официальное создание Центра (ЕС 2004; Wigzell 2005). Новая организация ЕС, расположенная в Стокгольме, обеспечивает структурный, системный подход к борьбе с инфекционными заболеваниями и другими серьезными угрозами здоровью граждан ЕС. Кроме того, она укрепляет взаимодействие между имеющимися национальными центрами по контролю заболеваемости. Основная сфера деятельности Центра — содействие сотрудничеству между национальными ведомствами и другими организациями, ведущими борьбу с инфекционными заболеваниями, и координация действий в масштабе всей Европы для решения некоторых важнейших задач, стоящих перед здравоохранением в XXI веке. Более подробно главные задачи Европейского центра профилактики и контроля заболеваний рассмотрены ниже.

Эпидемиологический надзор и обмен информацией между лабораториями

Европейский центр профилактики и контроля заболеваний поддерживает деятельность, связанную с эпидемиологическим надзором, на европейском уровне. Для этих целей центр может использовать собственный персонал, персонал специализированных организаций эпидемиологического надзора (табл. 8.2), а в отдельных случаях доверять выполнение определенных задач ведущим национальным центрам. Центр может также создавать и поддерживать сети специализированных лабораторий, одновременно совершенствуя качество их работы и повышая квалификацию кадров.

Система раннего оповещения и ответных мер

Система оповещения, доступная через интернет и защищенная паролем, предусматривает круглосуточную связь со специалистами по инфекционным заболеваниям для предоставления странам — членам ЕС важнейшей информации в режиме реального времени. Право принятия решений на основе полученной информации остается за отдельными странами и ЕС в целом.

Экспертные оценки

Решения в области общественного здравоохранения должны основываться на научных данных. Имея дело с инфекционными заболеваниями,

следует учитывать самые различные аспекты, начиная от клинической медицины и эпидемиологии и кончая стандартизацией лабораторных процедур. Создание одного постоянного научного комитета, который занимался бы всеми этими вопросами, нецелесообразно. Вместо этого Европейский центр профилактики и контроля заболеваний, используя свои многочисленные структуры, охватывающие весь ЕС, и временные научные комиссии, привлекает к работе специалистов в определенных областях.

Техническая помощь и обмен информацией

Возможности быстрого реагирования, которыми обладает Европейский центр профилактики и контроля заболеваний, позволяют ему распространить свою деятельность и за пределы ЕС, например на страны Европейской экономической зоны и Европейской ассоциации свободной торговли. Центр способен также при необходимости поддержать службы ЕС, ведающие гуманитарной помощью и другими видами помощи в случае вспышек инфекционных заболеваний в развивающихся странах. Кроме того, Центр координирует оценку качества работы всех систем эпидемиологического надзора в ЕС (ECDC 2006).

Крайне важно, чтобы ЕС и ВОЗ тесно взаимодействовали. Примером может служить планирование действий по обеспечению готовности к пандемии гриппа. С 2005 г. ЕС и все входящие в него страны достигли заметного прогресса в повышении готовности к пандемии гриппа. Органы здравоохранения всех стран разработали планы обеспечения готовности; на национальном уровне прилагаются значительные усилия по реализации этих планов (Mounier-Jack and Coker 2006). Чтобы не снижать темпов и вовлекать в работу не только органы здравоохранения, создана рабочая группа, состоящая из сотрудников регионального Европейского бюро ВОЗ и независимых экспертов.

В анализе готовности приняли участие 27 стран: 25 стран — членов ЕС, Исландия и Норвегия. Совместными усилиями отдельные страны и ЕС в целом, при поддержке таких органов ЕС, как Европейский центр по контролю заболеваемости, добились значительных успехов в подготовке Европы к возможной пандемии (ECDC 2007). Ниже приводится яркий пример того, как международное сотрудничество и совместные действия позволили сдержать эпидемию ТОРС в 2003 г.

Борьба с ТОРС на международном уровне

Первые сообщения о крупной «вспышке гриппа» на территории материкового Китая были приняты сетью GHPIN и другими партнерами GOARN в конце ноября 2002 г.; после этого соответствующее уведомление поступило в Международную сеть ВОЗ по надзору за гриппом. В ответ на запросы о подтверждении этих сообщений Министерство здравоохранения Китая засвидетельствовало, что случаи заболевания были вызваны вирусом гриппа типа В (Neumann 2006). 10 февраля 2003 г. в Пекинское бюро ВОЗ по электронной почте пришло сообщение, где описывалась вспышка «странного инфекционного заболевания» в провинции Гуандун, в результате которой умерли более 100 человек. На следующий день последовало официальное сообщение Министерства здравоохранения Китая

приблизительно о 300 случаях заболевания (пять из которых окончились смертью) атипичной пневмонией неустановленного происхождения, с заверением, что вспышку заболевания, начавшуюся 16 ноября 2002 г., удалось взять под контроль (Whaley and Mansoor 2006). Страх перед крупной эпидемией гриппа и скудость информации из Китая привели к усилению надзора за респираторными заболеваниями в Азии. Полученное ВОЗ 19 февраля 2003 г. из специального административного района (САР) Китая Гонконг сообщение о двух случаях птичьего гриппа и сообщение от 26 февраля о случае тяжелой атипичной пневмонии во Вьетнаме, за которыми 5 марта последовали сообщения о заражении медицинских работников в САР Гонконг и во Вьетнаме (Heumann 2006), заставило ВОЗ дать 12 марта 2003 г. первое глобальное предупреждение, связанное с появлением в Азии нового инфекционного респираторного заболевания неизвестной этиологии. Были описаны симптомы, и в качестве первоочередных мер рекомендованы изоляция больных в подозрительных случаях, соблюдение всех мер предосторожности против распространения инфекции и уведомление о таких случаях властей соответствующих стран (WHO 2003c) и ВОЗ с использованием электронных систем передачи данных (Heumann 2006). Последующие сообщения о подобных случаях из Канады, а также из Сингапура, Тайваня и других азиатских стран и осознание того, что за короткое время инфекция успела попасть в несколько стран благодаря авиаперелетам, привели к тому, что 15 марта 2003 г. ВОЗ выпустила повторное, более серьезное предупреждение в виде экстренного предостережения относительно опасности поездок. В нем было дано первоначальное определение заболевания, основанное на клинических проявлениях, а также на предшествующих контактах больного или на его поездках в районы, где зарегистрированы случаи заболевания (WHO 2003d).

За период эпидемии ТОРС в 2002–2003 гг. было зарегистрировано 8000 случаев заболевания в 29 странах. Распространение болезни удалось остановить менее чем через четыре месяца с момента ее выхода за пределы Китая. Наука и системы связи XXI века вместе с разработанными еще в XIX веке классическими методами общественного здравоохранения (выявление случаев заболевания), отслеживание контактов, карантин и изоляция, а также другими мерами борьбы с инфекцией помогли справиться с вирусом. Однако успех стал возможным лишь благодаря скоординированным усилиям правительств, международных организаций, медицинских учреждений и множества специалистов. Сотрудничество между странами и оперативное уведомление о случаях ТОРС (в то время он еще не подпадал под Международные медико-санитарные правила), а также меры по борьбе с заболеванием в международном масштабе показали, что страны готовы жертвовать своими суверенными правами ради устранения всемирной угрозы (Heumann 2006; WHO 2003b; WHO 2003a).

ВОЗ сыграла уникальную роль в координации международных мер по борьбе с ТОРС. Через сеть GOARN удалось быстро мобилизовать специалистов и ресурсы, что дало возможность определить главные эпидемиологические параметры, выявить возбудителя и направить врачей в затронутые эпидемией районы. Оперативный обмен информацией между правительствами стран, эпидемиологами, экспертами в области медицины и общественного здравоохранения, лабораторными работниками позволил ВОЗ разработать научно обоснованные рекомендации по борьбе с ТОРС (Doberstyn 2006).

Европейская комиссия сформировала многопрофильную экспертную группу по ТОРС, цель которой — консультировать Комиссию и национальные органы власти по связанным с ТОРС вопросам. В июне 2003 г. Комиссия доложила о «Мерах, предпринимаемых странами — членами ЕС и кандидатами в члены ЕС в области контроля за вспышкой ТОРС» в Европе и отметила, что «... в целом европейские страны оперативно и согласованно приняли меры по раннему выявлению случаев заболевания, ввели карантинные мероприятия и разработали рекомендации для медицинских работников и населения по выявлению возможных случаев ТОРС». Вместе с тем было очевидно отсутствие единых рекомендаций относительно поездок и путешествий в европейских странах. Кроме того, ТОРС обнажил изъяны в инфраструктуре здравоохранения стран ЕС и выявил области, где необходимо повысить согласованность действий. Данный случай еще раз показал необходимость создания европейского центра, который мог бы стать базой для объединения научных кадров стран — членов ЕС, выработки единого системного подхода к борьбе с инфекционными заболеваниями и укрепления сотрудничества между разными странами, подобно тому как действует сеть GOARN. В результате в 2005 г. был создан Европейский центр профилактики и контроля заболеваний (ЕС 2003).

Эпидемия ТОРС послужила также толчком к началу ряда исследовательских проектов на уровне ЕС, цель которых — выработка рекомендаций для руководителей по подготовке к новой возможной эпидемии. Хорошим примером междисциплинарного согласованного подхода служит Проект по борьбе с ТОРС, цель которого — выработка эффективных и приемлемых методов борьбы с ТОРС и другими новыми инфекциями в Китае и Европе. Во вставках данного проекта изучается целый спектр вопросов, от эпидемиологических до экономических, от восприятия риска до оценки эффективности политики (Krumkamp et al. [в печати]).

Перспективы

ТОРС — это пример успешной борьбы с инфекционными заболеваниями на международном уровне. В настоящее время правительства решительно настроены обеспечить как можно более полную готовность к пандемии гриппа. На международном уровне пересматриваются организационные, в том числе медицинские, структуры, ответственные за профилактику возможной пандемии и борьбу с ней. С небывалой скоростью было превращено в жизнь решение о создании новой европейской организации, Европейского центра профилактики и контроля заболеваний. Вместе с тем целый ряд проблем остаются нерешенными. Некоторые аспекты готовности к пандемии, в частности усиление интеграции между различными министерствами, требуют приложения дальнейших усилий. В случае пандемии необходима будет совместная работа всех подразделений правительства и внешних структур. Большинство стран основное внимание уделяют планам в сфере здравоохранения. Во многих странах пока нет плана действий, который обеспечил бы работу важнейших государственных структур за пределами сферы здравоохранения (транспорт, коммунальные службы, полиция и т. д.) в условиях пандемии гриппа, являющейся лишь одной из возможных угроз, которые могут проверять

на прочность системы здравоохранения самыми разными, зачастую непредсказуемыми путями. Системы здравоохранения должны удостовериться, что способны справиться как с нуждами сегодняшнего дня, так и с болезнями, которые ждут нас в будущем.

Очевидно, что для профилактики, выявления и устранения вспышек инфекционных заболеваний требуются совместные усилия на национальном и международном уровнях, направленные на обмен достоверной информацией, знаниями и ресурсами. Однако такие усилия принесут пользу лишь в том случае, если в их основе будут лежать надежные, эффективные национальные структуры общественного здравоохранения. Для борьбы с новыми опасностями необходимо развитие таких сетей, как GOARN, и таких организаций, как Европейский центр профилактики и контроля заболеваний. Если процесс интеграции и совершенствования на международном уровне, идущий с середины 1990-х гг., продолжится, то «сеть из сетей и организаций (международных и национальных)» позволит обеспечить все необходимое для наиболее эффективной защиты здоровья населения всего мира.

Литература

Ammon, A. (2005). Strukturen der Überwachung und des Managements von Infektionskrankheiten in der EU. Die EU-Netzwerke für übertragbare Krankheiten und das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC), *Gesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 48: 1038–1042.

Davis, N. (1996). *Europe: a history*. Oxford: Oxford University Press.

Desenclos, J. C. (2006). Are there “new” and “old” ways to track infectious disease hazards and outbreaks? *Euro Surveill*, 11(12): 206–207.

Desenclos, J. C., Bijkerk, H. and Huisman, J. (1993). Variations in national infectious diseases surveillance in Europe, *Lancet*, 341(8851): 1003–1006.

Doberstyn, B. (2006). *What did we learn from SARS?* In: SARS: How a global epidemic was stopped. Geneva: World Health Organization.

ECDC (2006) Evaluation of Networks. In: Minutes of the Sixth meeting of the Advisory Forum. European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm, 10–11 May 2006.

ECDC (2007). *Technical Report - Pandemic influenza preparedness in the EU*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.

EC (1998). *Setting up a network for the epidemiological surveillance and control of communicable diseases in the community*. OJ L 268, 03.10.1998. Brussels: European Commission.

EC (2000). *Community Decision of 22 December 1999 on the communicable diseases to be progressively covered by the Community network under Decision No. 2119/98/EC of the European Parliament and of the Council (2000/96/EC)*, OJ L28. 3.2.2000. Brussels: European Commission.

EC (2002). *Commission Decision 2002/253/EC laying down case definitions for reporting communicable diseases to the Community network under Decision No. 2119/98/EC of the European Parliament and of the Council*. OJ L 86, 3.4.2002:44. Brussels: European Commission.

EC (2003). *Measures undertaken by Member States and accession countries to control the outbreak of SARS. Report by the Commission*. Luxembourg: SANCO Public Health Directorate.

EC (2004). Regulation (EC) No. 851/2004 of the European Parliament and of the Council of 21.4.2004 establishing a European centre for disease prevention and control. OJ L 142, 30.04.2004:1. Brussels: European Commission.

Fenton, K. A. and Lowndes, C. M. (2004). The European Surveillance of Sexually Transmitted Infections (ESSTI) Network: Recent trends in the epidemiology of sexually transmitted infections in the European Union, *Sex Transm Infect* 80: 255–263.

Giesecke, J. (1996). Surveillance of infectious diseases in the European Union, *Lancet*, 348(9041): 1534.

Giesecke, J. and Weinberg, J. (1998). A European Centre for Infectious Disease? *Lancet*, 352(9136): 1308.

Guglielmetti, P., Coulombier, D., Thinus, G., Van Loock, F. and Schreck, S. (2006). The Early Warning and Response System for communicable diseases in the EU: an overview from 1999 to 2005, *EuroSurveillance*, 11(12): 215–220.

Hawker, J. (2005). *Communicable disease control handbook*. Oxford: Blackwell Science.

Heymann, D. L. (2006). SARS and emerging infectious diseases: a challenge to place global solidarity above national sovereignty, *Annals Academy of Medicing Singapore*, 35(5): 350–353.

Krumkamp, R., Duerr, H. P., Kassen, A., Eichner, M. and Reintjes, R. [Submitted]. Impact of public health interventions in controlling the spread of SARS – Modelling intervention scenarios. Augsburg: Kongress Medizin und Gesellschaft; Düsseldorf: Medical Science GMS Publishing House.

Lever, F. and Joseph, C. A. (2001). Travel-associated Legionnaires' disease in Europe in 1999, *EuroSurveillance*, 6(4): 53–61.

MacLehose, L., McKee, M. and Weinberg, J. (2002). Responding to the challenge of communicable disease in Europe, *Science*, 295(5562): 2047–2050.

MacLehose, L., Brand, H., Camaroni, I., et al. (2001). Communicable disease outbreaks involving more than one country: systems approach to evaluating the response, *British Medical Journal*, 323(7317): 861–863.

McKee, M., Mossialos, E. and Baeten, R. (2002). *The impact of EU law on health care systems*. Brussels: Peter Lang.

McNeill, W. H. (1976). *Plagues and Peoples*. Middlesex: Penguin.

Mounier-Jack, S. and Coker, R. J. (2006). How prepared is Europe for pandemic influenza? Analysis of national plans, *Lancet*, 367(9520): 1405–1411.

Reintjes, R., Thelen, M., Reiche, R. and Csohan, A. (2006). Benchmarking national surveillance systems: a new tool for the comparison of communicable disease surveillance and control in Europe, *European Journal of Public Health*.

Rodier, G., Hardiman, M., Plotkin, B. and Ganter, B. (2006). Implementing the International Health Regulations (2005) in Europe, *EuroSurveillance*, 11(12): 208–211.

Sprenger, M. J. W., Bootsma, P. A. and Reintjes, R. (1998). Infectious disease surveillance in Europe, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 142(44): 2418–2423.

Tibayrenc, M. (1997). European centres for disease control, *Nature*, 389(6650): 433.

Van Loock, F., Rowland, M., Grein, T. and Moren, A. (2001). Intervention epidemiology training: a European perspective, *Euro Surveill*, 6(3): 37–43.

Whaley, F. and Mansoor, O. D. (2006). *SARS Chronology. In SARS: How a global epidemic was stopped*. Geneva: World Health Organization/Western Pacific Region.

WHO (2001). *World Health Report 2001*. Geneva: World Health Organization. (на русском языке: Доклад о состоянии здравоохранения в мире – 2001. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2001 г.).

WHO (2003a). *World Health Report 2003: shaping the future*. Geneva: World Health Organization. (на русском языке: Доклад о состоянии здравоохранения в мире – 2003: формирование будущего. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2003 г.)

WHO (2003b). *Severe acute respiratory syndrome (SARS): Status of the outbreak and lessons for the immediate future. 20 May* Geneva: World Health Organization, Communicable disease surveillance and response.

WHO (2003c). *WHO issues a global alert about cases of atypical pneumonia: cases of severe respiratory illness may spread to hospital staff. World Health Organization press release 12 March 2003*. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/csr/sars/archive/2003_03_12/en, date accessed 6 March 2008).

WHO (2003d). *World Health Organization situation update 15 March 2003*. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/csr/sars/archive/2003_03_15/en, accessed 27 November 2007).

WHO (2005). *IHR: International Health Regulations*. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/csr/ihr/en/>, accessed 27 November 2007).

Wigzell, H. (2005). A European CDC? *Science*, 307(5716): 1691.

Борьба с ВИЧ/СПИДом и туберкулезом в странах бывшего СССР

Nina Schwalbe, Jeffrey Lazarus, Olusoji Adeyi

Введение

Эта глава посвящена борьбе с инфекционными заболеваниями на примере ВИЧ/СПИДа и туберкулеза в 15 странах бывшего СССР. Реформы здравоохранения там проходили особенно тяжело. В частности, это касается национальных программ борьбы с туберкулезом и ВИЧ/СПИДом, которые финансируются, управляются и действуют отдельно от основной системы медицинской помощи. И ВИЧ-инфекция, и туберкулез – первостепенные проблемы общественного здравоохранения во всем мире – выбраны в качестве иллюстрации, поскольку темпы роста эпидемии ВИЧ-инфекции в Восточной Европе одни из самых высоких.

Эпидемия ВИЧ-инфекции в Европе и Центральной Азии

В странах бывшего СССР эпидемии ВИЧ-инфекции и туберкулеза возникли в начале 1990-х гг. В то время между этими заболеваниями не было прямой связи, а случаи СПИДа были единичными. Однако менее чем через 10 лет темпы роста эпидемии ВИЧ-инфекции в регионе стали самыми высокими в мире. В советский период туберкулез был редкостью, однако с начала 1990-х гг. заболеваемость начала быстро расти из-за ухудшения условий жизни. К 2000 г. более половины стран бывшего СССР относились по критериям ВОЗ к странам с высокой заболеваемостью туберкулезом. К 2004 г. в Российской Федерации и на Украине в 6,8 и 8,5% случаев соответственно туберкулез сочетался с ВИЧ-инфекцией (WHO 2006a).

ВИЧ/СПИД

В странах бывшего СССР общее число вновь выявляемых случаев ВИЧ-инфекции продолжает быстро расти. В 2006 г., по данным ВОЗ и Объединенной программы ООН по ВИЧ и СПИДу, число ВИЧ-инфицированных в регионе оценивалось в 1,7 млн человек (между 1,2 и 2,6 млн) (UNAIDS and WHO 2006), причем 90% случаев приходилось на Российскую Федерацию и Украину, а в трех странах (Российская Федерация, Украина и Эстония) распространенность инфекции среди взрослого населения превышала 1% (WHO Regional Office for Europe 2006). В 2005 г. от СПИДа умерли около 84 000 взрослых и детей (между 58 000 и 120 000) — это более чем вдвое превышает соответствующие показатели за 2003 г.

Во всех этих странах большинство инфицированных — мужчины, употребляющие инъекционные наркотики (см. табл. 9.1) (Dehne et al. 1999; Namers and Downs 2003). Следующая по распространенности группа — женщины, употребляющие инъекционные наркотики, за ними следуют половые партнеры тех и других. Большинство новых случаев инфекции приходится на людей в возрасте 20–39 лет.

На момент написания данной книги охват лечением во всех этих странах колебался от низкого до умеренного; в Российской Федерации лечение получали менее 10% тех, кто в нем нуждался (WHO Regional Office for Europe 2005). Кроме того, существует неравенство в доступе к медицинской помощи, в первую очередь это касается потребителей инъекционных наркотиков. Так, в девяти исследованных странах Восточной Европы потребители инъекционных наркотиков составляют лишь 52% получающих лечение, хотя на их долю приходится 74% зарегистрированных случаев

Таблица 9.1. Официальная заболеваемость ВИЧ/СПИДом и туберкулезом в некоторых странах, 2005 г.

	Население, (млн человек) ^a	Распространенность ВИЧ-инфекции среди взрослых ^a , %	Доля лиц моложе 25 лет среди инфицированных, % ^a	Доля потребителей инъекционных наркотиков среди ВИЧ-инфицированных, %	Доля мужчин среди ВИЧ-инфицированных, % ^a	Заболеваемость туберкулезом на 100 000 населения, 2004 г. ^b
Эстония	1,33	> 1	60	90	77	46
Грузия	4,47	< 0,1	26	68	71	82
Казахстан	14,82	0,1–0,3	38	84	76	155
Кыргызстан	5,26	0,1–0,3	н/д	80	81	122
Латвия	2,3	0,8–1	47	81	73	68
Литва	3,43	0,1–0,3	55	83	89	63
Республика Молдова	3,59	0,1–0,3	44	74	73	138
Российская Федерация	143,2	> 1	61	87	75	115
Украина	46,48	> 1,4	н/д	71	66	101

Источники: ^a EuroHIV 2005; WHO Regional Office for Europe 2006; ^b WHO 2006a.

Примечание: ВИЧ — вирус иммунодефицита человека; н/д — нет данных.

ВИЧ-инфекции. В абсолютном выражении это означает, что лечение получили 739 человек из официально зарегистрированных 65 313 ВИЧ-инфицированных (Donoghoe et al. 2007).

Туберкулез

Заболеваемость туберкулезом в странах бывшего СССР начала расти с 1992 г. после распада СССР и связанного с этим ухудшения социально-экономических условий. Положение усугубляла ненадежная, плохо финансируемая система здравоохранения. Данный показатель остается высоким во всем регионе; сегодня 10 из 15 стран относятся к странам с высокой заболеваемостью туберкулезом (более 70 на 100 000 населения) (Institut de veille sanitaire, WHO Collaborating Centre for the Surveillance of Tuberculosis in Europe and Royal Netherlands Tuberculosis Association (KNCV) 2004). Заболеваемость полирезистентным туберкулезом в странах региона — одна из самых высоких в мире. В странах Балтии и в Российской Федерации эта форма болезни встречается в 10 раз чаще, чем во всем остальном мире (Aziz et al. 2004; WHO Regional Office for Europe 2002). Вместе с Казахстаном и Узбекистаном страны Балтии и Российская Федерация составляют 6 из 10 существующих в мире «очагов» полирезистентного туберкулеза; доля этой формы среди вновь выявляемых случаев заболевания доходит до 14% (Aziz et al. 2004). Туберкулез широко распространен среди населения в целом, а среди заключенных в тюрьмах, где распространению инфекции способствуют теснота, скученность и плохая вентиляция, он встречается еще чаще. Повышенный риск заражения туберкулезом в тюрьмах хорошо изучен; дополнительным фактором риска, по-видимому, служит неправильное лечение. Кроме того, свой вклад в высокую заболеваемость туберкулезом вносит ВИЧ-инфекция, способствуя переходу болезни в активную форму.

Хотя к 2003 г. все 15 стран заявили о принятии рекомендованной ВОЗ стратегии борьбы с туберкулезом (лечение под медицинским наблюдением), ни одна страна не достигла установленных ВОЗ целевых показателей (выявление 70% случаев туберкулеза и излечение в 85% случаев). Кроме того, доля населения, охваченная стратегией DOTS, в 7 из 15 стран составляла менее 50% (WHO 2006a).

Качество данных по ВИЧ/СПИДу и туберкулезу

В странах бывшего СССР данные по ВИЧ/СПИДу и туберкулезу исходят из нескольких источников — национальные системы эпидемиологического надзора, предоставляющие сведения о зарегистрированных случаях туберкулеза и ВИЧ/СПИДа, штаб-квартира ВОЗ, оценивающая заболеваемость туберкулезом, и Объединенная программа ООН по ВИЧ и СПИДу, оценивающая заболеваемость ВИЧ/СПИДом. Данные правительства — как статистика, так и оценки — зачастую сильно отличаются от данных многосторонних организаций. Кроме того, в докладе Объединенной программы ООН по ВИЧ и СПИДу за 2006 г. об эпидемии СПИДа в мире указывается, что благодаря более точным данным оценки за 2005 г. оказались

ниже опубликованных ранее, несмотря на то что в анализ были впервые включены ВИЧ-инфицированные старше 50 лет. В докладе подчеркивается, что последние оценки нельзя напрямую сравнивать с полученными ранее; то же самое справедливо и в отношении оценок, которые будут опубликованы в последующие годы — их не следует прямо сравнивать с нынешними.

ВИЧ/СПИД

В большинстве стран региона правительственные данные опираются на число официально зарегистрированных случаев (число лиц, у которых выявлен ВИЧ или которым поставлен диагноз СПИДа). Однако эти данные не отражают ни распространенность ВИЧ-инфекции и СПИДа, ни заболеваемость, поскольку люди из групп наибольшего риска зачастую не обследуются и не обращаются в государственные учреждения за медицинской помощью (Nielsen and Lazarus 2006). Поэтому официальные показатели значительно ниже, чем оценки, публикуемые подразделениями ООН. В табл. 9.1. приводятся показатели распространенности ВИЧ-инфекции среди людей в возрасте 15–49 лет, полученные Объединенной программой ООН по ВИЧ и СПИДу с использованием метода «Рабочего журнала». Последний предусматривает оценку распространенности ВИЧ-инфекции среди взрослого населения в целом на основании распространенности заболевания среди лиц с высоким риском заражения и их половых партнеров, а также определение численности указанных групп. Полученные данные можно затем импортировать в компьютерную программу «Spectrum» для прогнозирования будущих показателей (числа ВИЧ-инфицированных, числа случаев СПИДа и числа смертей от СПИДа) (Ghys, Walker and Gamett 2006; UNAIDS 2005). Недостаток данного метода состоит в том, что точно оценить численность лиц из групп риска и число их половых партнеров, а также распространенность ВИЧ-инфекции в группах риска очень сложно. Кроме того, во многих странах группы риска (потребители инъекционных наркотиков, иммигранты, этнические меньшинства, работники коммерческого секса) перекрываются, что затрудняет регистрацию вновь выявляемых случаев инфекции и сказывается на точности оценок.

Единственный сравнительно полный и последовательный массив данных из стран бывшего СССР — данные, которые собираются внутри стран национальными центрами по борьбе со СПИДом или другими службами эпидемиологического надзора и передаются в Европейский центр эпидемиологического мониторинга СПИДа (ЕвроВИЧ). Эти данные позволяют следить за тенденциями в заболеваемости, но не отражают в полной мере ее величину, поскольку, как говорилось выше, относятся лишь к новым случаям ВИЧ-инфекции и СПИДа, а не к их распространенности среди населения в целом. Во вставке 9.1 обсуждаются оценки распространенности ВИЧ-инфекции на Украине.

Туберкулез

Правительственные данные по туберкулезу отражают число официально зарегистрированных случаев. Эти данные в середине года передаются в Европейский центр эпидемиологического мониторинга туберкулеза (EuroTB) и Европейское региональное бюро ВОЗ, которые координируют

Вставка 9.1. Уточнение оценок распространенности ВИЧ-инфекции на Украине

В 2005 г., после того, как не удалось достигнуть согласия между различными заинтересованными сторонами, Украина начала пересмотр и уточнение оценок распространенности ВИЧ-инфекции в стране. Был проведен ряд семинаров и консультаций, направленных на изучение имеющихся данных, выявление пробелов в них, обучение местных экспертов методам, разработанным Объединенной программой ООН по ВИЧ и СПИДу, и расчет новых, уточненных, оценок распространенности ВИЧ-инфекции. В процесс были вовлечены многие заинтересованные стороны, в том числе специалисты по эпидемиологическому надзору на региональном и национальном уровнях, представители Министерства здравоохранения и подразделений ООН, местные и международные неправительственные организации (такие, как Международный альянс по ВИЧ/СПИДу на Украине, организации, представляющие ВИЧ-инфицированных на Украине, Британский Совет).

После первой согласительной встречи в апреле 2005 г., которая показала, что данных о численности большинства групп риска на Украине недостаточно, Международный альянс по ВИЧ/СПИДу на Украине вместе с Объединенной программой по ВИЧ и СПИДу, ВОЗ и несколько научно-исследовательских социологических институтов Украины провели ряд специальных опросов для оценки численности потребителей инъекционных наркотиков, работников коммерческого секса и мужчин гомосексуальной ориентации. Полученные при этом данные были использованы вместе с данными исследований по распространенности ВИЧ-инфекции в определенных группах населения в ряде районов Украины для получения уточненных общенациональных оценок.

Пересмотренные показатели распространенности ВИЧ-инфекции на Украине оказались ниже, чем опубликованные ранее. Это не означает снижения числа ВИЧ-инфицированных, а лишь отражает возросшую точность оценок, обусловленную большей точностью исходных данных. Украина, скорее всего, приложила наибольшие в регионе усилия для уточнения данных по распространенности ВИЧ-инфекции. Однако многие вопросы остаются невыясненными. Например, нет данных о поведении отдельных групп населения, которые помогли бы определить, насколько распространены на Украине основные формы поведения, связанного с риском заражения ВИЧ (половые сношения без презерватива, использование общих или нестерильных игл при употреблении инъекционных наркотиков, большое число половых партнеров), а также оценить, какова интенсивность половых контактов между разными группами риска. Особенно не хватает данных о распространенности ВИЧ-инфекции среди мужчин гомосексуальной ориентации и среди заключенных.

Источник: Nielsen 2006; Ukraine Ministry of Health et al. 2006.

усилия по эпидемиологическому надзору за туберкулезом в Европе. Европейский центр эпидемиологического мониторинга туберкулеза собирает индивидуальные данные, основываясь на зарегистрированных случаях (таким образом, они совпадают с правительственными данными), а ВОЗ оценивает распространенность туберкулеза, основываясь на данных лабораторных исследований и данных о заболеваемости с учетом того, что

число зарегистрированных случаев ниже, чем реальное число случаев заболевания (WHO 2006a).

Борьба с туберкулезом и ВИЧ/СПИДом в странах бывшего СССР

Основные вопросы для обсуждения

Наибольшую тревогу в отношении обоих заболеваний в бывшем СССР вызывает то, что их профилактика и лечение (там, где они вообще есть) носят изолированный характер. Борьба с каждым из заболеваний ведется по отдельности – планируется на центральном уровне и затем спускается на места, где имеется собственная, отдельная сеть специалистов и учреждений. В странах, где проведена реформа первичной медицинской помощи, предприняты попытки объединить профилактику и лечение ВИЧ-инфекции и туберкулеза, однако для обследования, консультаций и лечения в соответствии с нынешними протоколами больных продолжают направлять в разные учреждения.

Еще одним препятствием к объединению программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом и туберкулезом служит тот факт, что тюремная медицина, которая вообще плохо развита во всех странах, никак не связана с общей системой здравоохранения. Концепция равенства в доступе к медицинской помощи, предусматривающая «обеспечение заключенных такими же лечебно-профилактическими мерами и поддержкой, какие получают люди вне стен тюрьмы», совершенно игнорируется (UNODC, WHO and UNAIDS 2006). Большое количество заключенных в странах региона и постоянное перемещение людей между исправительной системой и гражданским сектором еще более усложняют борьбу с обоими заболеваниями.

История борьбы с ВИЧ/СПИДом

Система диагностики и лечения ВИЧ-инфекции и СПИДа по своей структуре сходна с системой диагностики и лечения туберкулеза. Первая возникла относительно недавно, но своими корнями уходит в службу борьбы с ЗППП, которая была создана еще до революции как вертикальная система со своими центрами, больницами и врачами.

Первый случай ВИЧ-инфекции в СССР был официально зарегистрирован в 1986 г. у военнослужащего гомосексуальной ориентации, который вступил в половой контакт с африканцем, а затем с 15 другими военнослужащими. Однако из-за преследования лиц с гомосексуальной ориентацией и возможного скандала, связанного с наличием таких людей в вооруженных силах, случай замяли. Сообщения о вирусе появились в широкой печати лишь в 1987 г., когда 279 детей в Элисте были заражены ВИЧ из-за многократного использования шприцев и другого медицинского оборудования без должной стерилизации. В конце 1980-х гг. заболевание начало распространяться и в Санкт-Петербурге среди мужчин гомосексуальной ориентации, но об этих случаях редко сообщалось официально, поскольку гомосексуальные отношения в то время преследовались по закону.

Правительство оперативно отреагировало на вспышку в Элисте, развернув вертикальную программу борьбы со СПИДом, в соответствии с которой в каждом регионе был создан свой центр по борьбе со СПИДом. После распада СССР все вновь образованные 15 стран приняли ту же модель, и центр по борьбе со СПИДом был создан в каждом из 89 регионов под контролем министерств здравоохранения соответствующих стран. К середине 1990-х гг. в каждой стране были развернуты национальные программы по борьбе с ВИЧ/СПИДом, а в 2001 г. все страны подписали Декларацию о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятую на специальной сессии Генеральной ассамблеи ООН. Таким образом, правительства стран взяли на себя обязательства приложить энергичные усилия по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, что было подтверждено в 2004 г. в Дублинской декларации о партнерстве в борьбе с ВИЧ/СПИДом в Европе и Центральной Азии (Government of Ireland 2004).

На закате советской эры (в конце 1980-х гг.) было начато массовое обследование на ВИЧ. В случае положительного результата выявлялись все половые партнеры ВИЧ-инфицированного. Обследование обязательно для доноров крови и доноров органов, а в некоторых странах — и для специалистов, которые с высокой вероятностью контактируют с ВИЧ-инфицированными. На практике во многих странах бывшего СССР обследуют также беременных, мужчин гомосексуальной ориентации, больных перед операцией, потребителей наркотиков, призывников, заключенных, иностранцев, обращающихся за многократной въездной визой. Начиная с 1988 г. только в Российской Федерации ежегодно выполняется 17–20 млн исследований на ВИЧ, другие страны региона тоже занимают одно из первых мест в мире по количеству таких исследований (EuroHIV 2005). Столь массовые обследования больше нигде не проводятся и вдобавок не приносят особой пользы там, где эпидемия сосредоточена среди определенных групп населения, например среди потребителей инъекционных наркотиков.

Во всех странах бывшего СССР на техническую поддержку программ борьбы с ВИЧ/СПИДом (например, на оборудование и диагностические наборы) средства выделяют на федеральном или национальном уровне, а все другие расходы (заработная плата персонала, поддержание материально-технической базы, профилактика и пропаганда) покрывают местные власти. Поэтому качество программ сильно зависит от того, какое внимание местные власти уделяют ВИЧ-инфекции и какие средства они могут выделить для этой цели. Отсутствие контроля качества усугубляется еще и тем, что во многих странах происходит общая децентрализация власти.

История борьбы с туберкулезом

Туберкулез в регионе имеет давнюю историю — можно обратиться, например, к книгам А. П. Чехова и Ф. М. Достоевского, которые сами страдали этой болезнью. Первая программа по борьбе с туберкулезом была развернута еще в царское время и продолжена после революции. В советское время она действовала под эгидой Министерства здравоохранения; существовали специализированные противотуберкулезные больницы, исследовательские институты и особая врачебная специальность — «фтизиатр». Помимо пассивного выявления случаев туберкулеза проводились массовые обследования. Они охватывали не только группы повышенного риска

(медицинских работников, школьников, военных), но и всех граждан, вступивших в контакт с государственными учреждениями (например, при заключении брака или поступлении на работу). Обследование проводилось путем рентгенографии. При обнаружении активного туберкулеза больного госпитализировали либо направляли в специализированный санаторий; лечение чаще всего было хирургическим. Новорожденных иммунизировали вакциной БЦЖ (это делается и сейчас), а в раннем детстве и подростковом возрасте проводили повторную иммунизацию.

Рентгенография, хирургическое лечение и иммунизация БЦЖ были общепринятой практикой во многих странах с начала XX века, но в 1950-х гг. методы лечения стали меняться — появились противотуберкулезные средства, которые оказались куда эффективнее хирургического вмешательства. Кроме того, лекарственные препараты гораздо дешевле, а медикаментозное лечение требует куда меньших затрат труда. Аналогичным образом массовые обследования и диагностика путем рентгенографии сменились активным выявлением больных с помощью микроскопии мазка мокроты. Что касается БЦЖ, о ее эффективности шли ожесточенные споры, и в большинстве стран мира она уже не применяется, отчасти потому, что у взрослых вакцина оказалась недостаточно эффективной, а отчасти из-за возникающих после иммунизации трудностей в диагностике латентного туберкулеза. Длительные госпитализации и хирургическое лечение сделали советскую систему борьбы с туберкулезом очень трудоемкой и не слишком экономичной (Reichman 2002). Но, несмотря на эти недостатки, она успешно противостояла туберкулезу до тех пор, пока он встречался редко. Политические и экономические потрясения начала 1990-х гг. привели к ухудшению социально-экономических условий для всего населения, положили конец централизованному планированию в здравоохранении и вызвали постоянную нехватку лекарственных средств (Garrett 2000). В результате заболеваемость туберкулезом во всем регионе стала быстро расти и к концу 1990-х гг. достигла большого размаха, особенно в тюрьмах (Veen and Godinho 2006) (см. рис. 9.1).

Различия между тюремной и гражданской медициной

В 2004 г. примерно 14% случаев СПИДа в Российской Федерации приходились на заключенных в тюрьмах (AIDS Foundation East-West 2005). Два основных пути передачи инфекции — использование общих игл при употреблении инъекционных наркотиков (как в тюрьмах, так и за их стенами) и половые контакты без презерватива. В то же самое время в некоторых странах региона распространенность туберкулеза в тюрьмах была в 200 раз выше, чем среди населения в целом (Aerts et al. 2000). Во многих странах разработаны экспериментальные программы по пропаганде презервативов, обмену игл и шприцев и лечению туберкулеза, однако то обстоятельство, что тюремная медицина в большинстве стран бывшего СССР полностью отделена от системы здравоохранения, затрудняет объединение усилий и обмен опытом между этими секторами.

Проблемы, возникшие при резком росте заболеваемости туберкулезом и ВИЧ/СПИДом

Советская система здравоохранения хорошо вписывалась в общую систему централизованного планирования, но несла в себе многие недостатки,

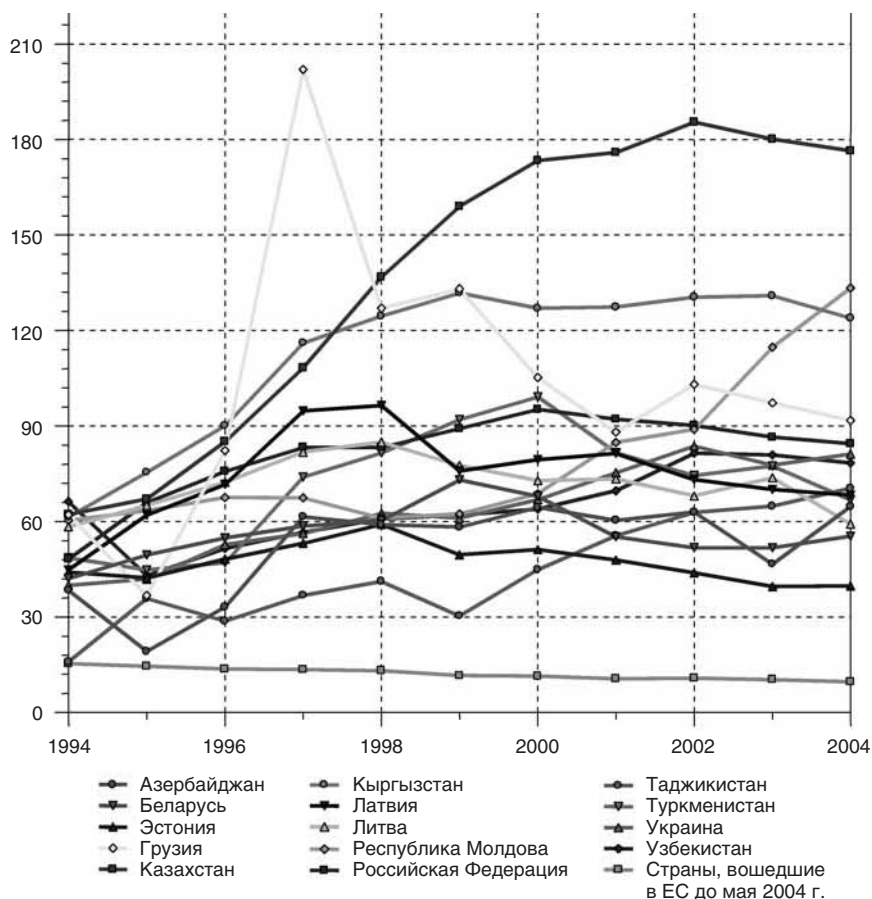


Рисунок 9.1. Заболеваемость туберкулезом на 100 000 населения в некоторых странах бывшего СССР в 1994–2004 гг.

Источник: WHO Regional Office for Europe 2006a.

свойственные государственным структурам бывших социалистических стран Восточной Европы и Центральной Азии. Эти недостатки включают государственную монополию на большую часть медицинских услуг; отсутствие рынков труда, капитала и страховых услуг; монополию государства на владение большинством учреждений здравоохранения и на их финансирование; неповоротливую бюрократическую систему с негибким управлением; полное отсутствие отклика на потребности населения и сильно ограниченную способность к развитию (Preker and Adeyi 2005). Все перечисленное сыграло свою роль в росте заболеваемости туберкулезом и ВИЧ/СПИДом, а также в реакции стран региона на эти эпидемии.

При разработке и внедрении программ по борьбе с туберкулезом и ВИЧ/СПИДом стал очевиден ряд проблем. Во-первых, чрезмерный акцент на массовых обследованиях вместо активного выявления больных в группах высокого риска привел к тому, что, несмотря на многочисленные анализы, группы риска не были охвачены обследованием и, следовательно,

инфицированные из этих групп не попали в поле зрения здравоохранения. Во-вторых, вертикальная организация соответствующих служб затрудняла диагностику, направление на лечение и последующее наблюдение. В-третьих, узкая врачебная специализация работников мешала интеграции этих служб с первичной медицинской помощью. Такой подход не годится при широкомасштабных эпидемиях, когда у всех, входящих в контакт с системой здравоохранения, нужно оценить риск заболевания и при необходимости их направить на лечение. И наконец, общенациональные информационные и просветительские программы внедрялись медленно и не получали должного внимания со стороны средств массовой информации из-за общественного осуждения и дискриминации больных туберкулезом и ВИЧ-инфицированных (в первом случае неимущих и заключенных, во втором — потребителей наркотиков, людей гомосексуальной ориентации и работников коммерческого секса).

Другой, не менее важный ряд проблем связан с исторически сложившимися сферами влияния. Противотуберкулезной службе больше ста лет — собственно, она старше самого СССР. Служба борьбы с ВИЧ/СПИДом — структура сравнительно новая, но уходящая корнями в систему борьбы с ЗППП, карательную по своей природе, предусматривавшую настойчивое выявление половых партнеров больного и характеризовавшуюся отсутствием анонимности и конфиденциальности. Подобная «преемственность» и отсутствие конфиденциальности стали причиной недоверия больных к любым обещаниям анонимности.

Обоим службам свойственны обширные бюрократические системы, отстаивающие свои интересы. В случае туберкулеза это множество фтизиатров и хирургов, больницы и санатории, которые финансируются по числу коек, а не по числу больных или по объему предоставляемого лечения. В случае ВИЧ-инфекции — персонал центров по борьбе со СПИДом в каждом регионе и крупном городе, а также обширная сеть диагностических лабораторий.

Международные программы и инициативы

Международные организации начали свою работу в странах бывшего СССР вскоре после распада последнего, в начале 1990-х гг. Среди них были иностранные и международные финансирующие организации, частные фонды и международные неправительственные организации. Одни работали на уровне федеральных или национальных властей, другие — непосредственно на уровне региональных или местных властей, а третьи взаимодействовали с появившимися национальными неправительственными организациями. По своему масштабу и охвату программы колебались от неденежного обмена до многомиллионных проектов по созданию инфраструктуры. Первые программы помощи в борьбе с ВИЧ/СПИДом появились в начале 1990-х гг. Они включали просветительскую и информационную деятельность среди населения в целом с помощью телевидения, газет, радио, раздачи буклетов и презервативов; общественный маркетинг презервативов; поддержку деятельности неправительственных организаций среди мужчин гомосексуальной ориентации; обучение медицинских работников. Первые пробные программы по снижению вреда

были развернуты в период с середины до конца 1990-х гг. К 2003 г. такие программы действовали во всех 15 странах региона, однако на момент написания этой книги ни одна из них не вышла из стадии эксперимента.

Что касается туберкулеза, ряд международных неправительственных организаций («Врачи без границ», Нью-Йоркский институт здравоохранения, Международный комитет Красного Креста) начали свою деятельность в середине 1990-х гг. в рамках гуманитарной помощи, сосредоточившись главным образом на исправительной системе. Вслед за ними подключились ВОЗ и иностранные спонсоры, которые в сотрудничестве с министерствами здравоохранения и гражданским обществом вели работу по расширению экспериментальных программ и внедрению на общенациональном уровне стратегии DOTS. В конце 2006 г. Европейское региональное бюро ВОЗ выпустило новый набор протоколов по лечению ВИЧ-инфекции и СПИДа в надежде, что протокол по лечению туберкулеза у ВИЧ-инфицированных будет способствовать сближению программ борьбы с этими двумя заболеваниями (WHO Regional Office for Europe 2006).

Результаты, достигнутые в ходе экспериментальных и полномасштабных программ, оказались разными и во многом зависели от готовности участников внутри страны радикально пересмотреть свои взгляды и практику в отношении борьбы с рассматриваемыми заболеваниями.

ВИЧ/СПИД

Местные власти во многих случаях проявили достаточную готовность к внедрению экспериментальных проектов; главными барьерами на пути полномасштабного развертывания профилактических программ стали возражения политиков и предрассудки на государственном уровне (Donoghoe, Lazarus and Matic 2005). Основные факторы риска заражения ВИЧ в регионе — употребление инъекционных наркотиков и коммерческий секс, недостаток знаний о поведении лиц из соответствующих групп риска, а также уверенность политиков, что эпидемия не распространится за пределы этих групп, во многих странах помешали своевременно начать действия. Даже там, где были успешно внедрены экспериментальные программы, расширить их в масштабе страны не удалось. Причиной неудачи отчасти была необходимость объединить усилия групп населения с разными интересами и убеждениями (например, консерваторов, либералов, различных правительственных структур, неправительственных организаций, религиозных групп), отчасти — нежелание правительства выделить достаточные средства. Одним из наиболее успешных методов перевода дискуссии из сферы медицины в сферу политики стало предоставление данных о влиянии ВИЧ/СПИДа на трудовые ресурсы и, следовательно, на экономику (Ruehl, Pokrovsky and Vinogradov 2002). Другой метод — сбор убедительных доказательств успеха экспериментальных программ с привлечением местных экспертов и руководителей (Tkatchenko-Schmidt et al. 2007).

Туберкулез

Несмотря на усилия международных организаций и успех экспериментальных программ как внутри исправительной системы, так и за ее пределами, разработка и внедрение на общенациональном уровне мер по борьбе с туберкулезом, опирающихся на рекомендованные ВОЗ критерии, оказалась очень трудной задачей. В данном случае институциональные,

политические, юридические и социальные препятствия оказались даже весомее, чем недостаток финансирования. Наличие обширной сети диспансеров, больниц и специалистов, оставшейся с советских времен, привело к тому, что инерция и групповые интересы замедлили и выхолостили реформы (Adeyi et al. 2003).

Программы по борьбе с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом в тюрьмах

Как уже упоминалось, в разработке экспериментальных программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом в тюрьмах участвовали международные неправительственные организации. Программы профилактики ВИЧ-инфекции включали раздачу презервативов, просветительские кампании и обучение тюремных врачей. Однако на сегодня ни одна страна не согласилась ввести для заключенных программы обмена игл и шприцев — это отражает нежелание властей признать, что внутри тюрем активно употребляются инъекционные наркотики.

Что касается лечения туберкулеза, именно руководители исправительной системы первыми приветствовали международных партнеров. В большинстве случаев причиной послужила повышенная заболеваемость туберкулезом среди самого персонала тюрем в сочетании с сокращением финансирования после распада СССР.

Что удалось сделать и что пока не сделано

Исследований, в которых оцениваются развернутые при международной поддержке программы по борьбе с ВИЧ-инфекцией или туберкулезом, мало. Тем не менее можно выделить несколько факторов, связанных со здравоохранением и с обстановкой в стране в целом, которые повлияли на успех или неудачу экспериментальных программ (Atun et al. 2005a; Atun et al. 2005b; Atun et al. 2005c; Coker et al. 2003; Tkatchenko-Schmidt et al. 2007).

Возможно, самая крупная неудача международных организаций связана с непониманием советской системы здравоохранения и того, как ее нужно перестроить, чтобы внедрить новые взгляды на профилактику и лечение. В случае ВИЧ-инфекции это означало переход от массовых обследований к системе, которая объединяет ключевые функции общественного здравоохранения — разработку стратегии, регулирование, выработку стандартов обслуживания, финансирование, надзор, поддержку в оказании медицинской помощи — с функциями неправительственных организаций, которым лучше удастся достичь контакта с группами высокого риска. Кроме того, следовало отказаться от укоренившихся представлений о монополии врачей на профилактическую и лечебную работу. В случае туберкулеза изменения, нацеленные на упрощение лечения (краткий курс медикаментозной терапии, а не лечение в стационаре) и переход от рентгенографии к микроскопии мазка мокроты, угрожали лишить средств к существованию тысяч медицинских работников, которые были всецело заинтересованы в сохранении существующего положения.

Другим препятствием к быстрому принятию международных стандартов профилактики и лечения послужило отсутствие у медицинских работников знаний и опыта в области общественного здравоохранения. Данные, заимствованные у других стран, не годились, так же как и материалы

и проекты, разработанные для внутреннего рынка этих стран. Поэтому тех, кто участвовал в разработке и во внедрении программ профилактики и лечения, нужно было познакомить с современным курсом общественного здравоохранения, включающим социальную эпидемиологию и принципы доказательной медицины. Было важно также опробовать экспериментальные программы в различной обстановке (т. е. в городских и сельских условиях, в исправительных учреждениях и вне их) и вместе с политиками на местах собрать данные о результатах этих программ (вставка 9.2).

Решение вопросов, связанных со сферами влияния, требовало активного участия всех заинтересованных сторон. Во всех странах ключом к успеху программ по снижению вреда было одновременное участие в них (с момента запуска программы) учреждений здравоохранения, сотрудников правоохранительных органов и неправительственных организаций. В случае туберкулеза это требовало совместной работы гражданских властей и администрации исправительных учреждений.

Развертывание программ тормозилось также взаимоотношениями между международными организациями и неправительственными структурами. В середине 1990-х гг. ни лечение полирезистентного туберкулеза, ни программы обмена игл и шприцев для профилактики ВИЧ-инфекции не были одобрены

Вставка 9.2. Исследование, посвященное борьбе с туберкулезом в Латвии

В 1996 г. в Латвии на полирезистентный туберкулез приходилось 14% случаев вновь выявленного туберкулеза и 54% случаев туберкулеза, который уже лечили ранее. Поэтому в рамках Латвийской национальной программы по борьбе с туберкулезом началось внедрение рекомендованной ВОЗ стратегии DOTS. Однако краткосрочный курс лечения при полирезистентном туберкулезе обычно неэффективен. Поэтому в случае высокой частоты полирезистентного туберкулеза эта программа должна быть дополнена специальными методами.

Когда выяснилось, что распространенность полирезистентного туберкулеза после внедрения указанной выше программы осталась по-прежнему высокой, в 1998 г. Латвия начала внедрять модифицированную стратегию DOTS (DOTS-Plus), применяя индивидуализированный подход к лечению. К 2000 г. программа стала доступной для всех больных полирезистентным туберкулезом; она сочетала в себе стационарное и амбулаторное лечение с определенной внешней поддержкой. По данным ретроспективного исследования, из 204 обследованных больных с полирезистентным туберкулезом у 27% заболевание было выявлено впервые, а 73% больных ранее получали противотуберкулезные препараты первого или второго ряда. Результаты лечения были следующими: 66% излечились или завершили курс лечения, 7% умерли, 13% прервали лечение, а в 14% случаев оно оказалось неудачным. Из 178 больных, которые не прерывали лечения, 76% закончили его или излечились полностью. Данные исследования говорят о том, что при работающей программе коротких курсов лечения под медицинским наблюдением внедрить в национальном масштабе модифицированную программу, направленную на выявление и лечение больных полирезистентным туберкулезом, можно даже в условиях ограниченного финансирования.

Источник: Lemaire et al. 2005.

ни ВОЗ, ни Всемирным банком. Строгих исследований, которые помогли бы прояснить эту проблему, не было, а отзывы работавших в регионе людей дают противоречивую картину. С одной стороны, можно предположить, что напряжение и разногласия между неправительственными организациями и Всемирным банком использовались местными властями во всем регионе как предлог, чтобы противиться изменениям¹. С другой стороны, есть мнение, что, хотя инициаторская деятельность неправительственных организаций помогла начать внедрение небольших программ, некоторые страны не одобрили деятельность подобных организаций, считая их подход чрезмерно жестким. Это, в свою очередь, затруднило Всемирному банку достижение правительственных соглашений о переходе от небольших программ к внедрению научно обоснованных методов борьбы с ВИЧ-инфекцией в масштабах всей страны и применению стратегии DOTS для борьбы с туберкулезом². Специальное исследование, посвященное политической экономии изменений в стратегии борьбы с туберкулезом и ВИЧ, могло бы прояснить влияние разных факторов и сложные взаимодействия, имевшие место в этот период.

Однако в конечном счете ответственность за неспособность правительства бороться с эпидемией лежит на самом правительстве, а не на сторонних лицах. Несмотря на то что лечение полирезистентного туберкулеза и программы обмена игл и шприцев теперь одобрены и полностью поддерживаются международным сообществом, переход от экспериментальных программ к общенациональным только начинается и требует международной финансовой поддержки, а также сотрудничества между национальным здравоохранением, местными и международными неправительственными организациями и международными правительственными организациями.

Будущее: что необходимо для достижения успеха?

Эпидемии ВИЧ/СПИДа и туберкулеза в большинстве стран региона продолжают, постепенно сближаясь. В одних странах заболеваемость растет среди населения в целом, в других — преимущественно в группах риска (потребители наркотиков, работники коммерческого секса, мигранты) и в определенных районах. Ряд вмешательств и программ в гражданском секторе и в исправительных учреждениях оказался успешным, но в основном на экспериментальном уровне.

За исключением стран Балтии, ставших членами ЕС, ни одна из стран на сегодняшний день не внедрила качественную всестороннюю общенациональную программу борьбы ни с тем, ни с другим заболеванием. Помочь в этом может финансовая поддержка из двух источников — Всемирного банка и Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

В настоящее время Всемирный банк содействует предоставлению

¹ Личная переписка с представителями Института «Открытое общество», Нью-Йоркского института здравоохранения, Министерства международного развития Соединенного Королевства и Агентства международного развития США.

² Личная переписка с представителями Всемирного банка.

займов, кредитов и грантов на проекты, связанные с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией в странах Центральной Азии, Республике Молдова, Российской Федерации и на Украине. Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией выделил гранты на программы по борьбе с туберкулезом в 10 странах (Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Узбекистан) и на программы против ВИЧ/СПИДа в 6 странах (Азербайджан, Армения, Беларусь, Казахстан, Украина, Эстония). Кроме того, ВОЗ координирует деятельность трех информационных центров в Центральной и Восточной Европе. Они посвящены второму этапу эпидемиологического надзора (центр в Хорватии), снижению вреда (Литва) и лечению (Украина).

Однако все перечисленные меры помогут в борьбе с эпидемией лишь в том случае, если станут дополнением к финансированию и активным действиям со стороны правительств. В некоторых случаях внешнее финансирование служило не дополнением, а полностью заменяло местные вложения и другие источники финансирования. Например, в Беларуси в 2003 г. правительство, узнав о получении гранта Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, отказалось от консультаций со Всемирным банком по поводу займа на проекты по борьбе с туберкулезом и по развитию системы первичной медицинской помощи.

В большинстве стран бывшего СССР власти по-прежнему не проявляют особой заинтересованности в отношении ряда ключевых вопросов. Прежде всего это касается групп риска: все еще не изжиты предрассудки и дискриминация, и, хотя обследование является конфиденциальным, в большинстве стран конфиденциальность нарушается, если тот, чей анализ оказался положительным, обращается за лечением или за информацией. Законы в отношении потребителей наркотиков по-прежнему носят карательный характер, а значит, эти люди вряд ли обратятся за медицинской помощью. Программы обмена игл и шприцев на общенациональном уровне пока не развернуты. Терапия метадонотерапией — наиболее доступный вариант из имеющихся методов заместительной терапии опиоидами — опробована в качестве эксперимента в ряде стран региона, но до широкого внедрения дело не дошло, и в большинстве стран она остается недоступной людям с наркотической зависимостью. Неправительственные организации редко принимают участие в правительственных программах, а больные недостаточно представлены в страновых координационных комитетах³ Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Программы остаются преимущественно вертикальными и, таким образом, изолированными от остальной системы здравоохранения. Несмотря на то что туберкулез — основной враг ВИЧ-инфицированных, программы по борьбе с этими заболеваниями ни в одной из стран региона пока не объединены (исключение составляют экспериментальные проекты) (WHO 2004). ВИЧ-инфекцию и туберкулез диагностируют и лечат раздельно и пока без участия врачей общей практики. Кроме того,

³ Становые координационные комитеты — органы, определяющие приоритеты и подающие запросы на предоставление грантов в Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. После одобрения гранта комитеты наблюдают за ходом внедрения программы.

тюремная медицина на национальном уровне остается изолированной от остального здравоохранения.

В заключение отметим, что все усилия по борьбе с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом должны стать частью системы здравоохранения в целом, предусматривать политическую поддержку для интеграции отдельных аспектов помощи, принятие международных стандартов и их приспособление к местным условиям, особое внимание к стойкому улучшению результатов лечения. Международные организации, работающие в странах бывшего СССР, должны разбираться в истории систем здравоохранения, в том числе в их традициях, и соответствующим образом планировать свою политику. Кроме того, учитывая, что и ВИЧ/СПИДом, и туберкулезом страдают в первую очередь люди, находящиеся на дне общества, программы по борьбе с этими заболеваниями как на местном, так и на международном уровне должны учитывать особенности страны (социально-экономические, политические и культурные) и стремиться привлечь к своей деятельности не только работников здравоохранения, но и другие силы.

Литература

Adeyi, O., Fidler, A., Loginova, T. and Gracheva, M. (2003). Tuberculosis and AIDS control in Russia: closing the knowing-doing gap, *Eurohealth*, 9(4): 22–27.

Aerts, A., Habouzit, M., Mschiladze, L., et al. (2000). Pulmonary tuberculosis in prisons of the ex-USSR state Georgia: results of a nation-wide prevalence survey among sentenced inmates, *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 4(12): 1104–1110.

AIDS Foundation East-West (2005). Resource Centre [web site]. [electronic publication] AIDS Foundation East-West (<http://www.afew.org>, accessed 20 May 2005).

Atun, R. A., Baeza, J., Drobniowski, F., Levicheva, V. and Coker, R. (2005a). Implementing WHO DOTS strategy in the Russian Federation: stakeholder attitudes, *Health Policy*, 74(2): 122–132.

Atun, R. A., McKee, M., Drobniowski, F. and Coker, R. (2005b). Analysis of how health system context influences HIV control: case studies from the Russian Federation, *Bulletin of the World Health Organization*, 83(10): 730–738.

Atun, R. A., Samyshkin, Y. A., Drobniowski, F., et al. (2005c). Barriers to sustainable tuberculosis control in the Russian Federation health system, *Bulletin of the World Health Organization*, 83(3): 217–223.

Aziz, M. A., Wright, A., De Muynck, A. and Laszlo, A. (2004). *Anti-Tuberculosis Drug Resistance in the World – Third Global Report*. New York: Tuberculosis Alliance, World Health Organization (WHO); International Union against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD); Global Project on Anti-Tuberculosis Drug Resistance Surveillance / Global Alliance for tuberculosis Drug Development.

Coker, R. J., Dimitrova, B., Drobniowski, F., et al. (2003). Tuberculosis control in Samara Oblast, Russia: institutional and regulatory environment, *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 7(10): 920–932.

Dehne, K. L., Khodakevich, L., Hamers, F. F. and Schwartlander, B. (1999). The HIV/AIDS epidemic in eastern Europe: recent patterns and trends and their implications for policy-making, *AIDS*, 13(7): 741–749.

Donoghoe, M. C., Lazarus, J. V. and Matic, S. (2005). HIV/AIDS in the transitional countries of eastern Europe and central Asia, *Clinical Medicine*, 5(5): 487–490.

Donoghoe, M. C., Bollerup, A. R., Lazarus, J. V., Nielsen, S. and Matic, S. (2007). Access to highly active antiretroviral therapy (HAART) for injecting drug users in the WHO European region 2002–2004, *International Journal of Drug Policy*, 18(4): 271–280.

EuroHIV (European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS) (2005). *HIV/AIDS Surveillance in Europe, End-year report 2005. No. 73*. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire.

Garrett, L. (2000). *Betrayal of trust: the collapse of global public health*. New York: Hyperion.

Ghys, P. D., Walker, N. and Garnett, G. P. (2006). Improved methods and tools for HIV/AIDS estimates and projections, *Sexually Transmitted Infections*, 82 (3).

Government of Ireland (2004). *Dublin Declaration on Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and central Asia*. Dublin: Government of Ireland (http://www.eu2004.ie/templates/meeting.asp?sNavlocator=5,13&list_id=25, accessed 24 August 2006).

Hamers, F. F. and Downs, A. M. (2003). HIV in central and eastern Europe, *Lancet*, 361(9362): 1035–1044.

Institut de veille sanitaire, WHO Collaborating Centre for the Surveillance of Tuberculosis in Europe and Royal Netherlands Tuberculosis Association (KNCV) (2004). *Report on tuberculosis cases notified in 2002*. Saint Maurice: Institut de veille sanitaire (www.eurotb.org, accessed 27 November 2007).

Lemaine, V., Holtz, T., Zarovksa, E. S., et al. (2005). Clinical outcome of individualized treatment of multidrug-resistant tuberculosis in Latvia: a retrospective cohort study, *Lancet*, 364: 3118–3126.

Nielsen, S. (2006). Estimating HIV prevalence in concentrated HIV epidemics in eastern Europe: Application of the UNAIDS/WHO Workbook method in Ukraine. Master's thesis in Public Health Sciences. University of Copenhagen, Denmark.

Nielsen, S. and Lazarus, J. V. (2006). HIV/AIDS country profiles for the WHO European Region, in S. Matic, J. V. Lazarus and M. C. Donoghoe (eds). *HIV/AIDS in Europe: moving from death sentence to chronic disease management*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Preker, S. and Adeyi, O. (2005). Health care, in N. Barr (ed.) *Labor markets and social policy in Central and Eastern Europe: the accession and beyond*. Washington, D.C.: World Bank.

Reichman, L. B. (2002). *Time bomb: the global epidemic of multi-drug-resistant tuberculosis*. New York: McGraw-Hill.

Ruehl, C., Pokrovsky, V. and Vinogradov, V. (2002). *The Economic Consequences of HIV in Russia*. Washington, D.C.: World Bank (<http://www.worldbank.org.ru/ECA/Russia.nsf/ECADocByUnid/56435B1EA108E164C3256CD1003FBE54>, accessed 20 February 2005).

Tkatchenko-Schmidt, E., Renton, A., Gevorgyan, R., Davydenko, L. and Atun, R. (2007). Prevention of HIV/AIDS among injecting drug users in Russia: opportunities and barriers to scaling-up of harm-reduction programmes, *Health Policy*, doi: 10.1016/j.healthpol.2007.07.005.

Ukraine Ministry of Health, The International HIV/AIDS Alliance in Ukraine, WHO and UNAIDS (2006). *Report on the National Consensus Estimates on HIV and AIDS in Ukraine at the end of 2005 – May 2006*. Kyiv: Ukraine Ministry of Health, The International HIV/AIDS Alliance in Ukraine, World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

UNAIDS (2005) [web site] Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (http://www.unaids.org/en/resources/epidemiology/epi_softwaretools.asp, accessed 2 March 2005).

UNAIDS and WHO (2006). *2006 Report on the Global AIDS Epidemic*. 2006 Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/default.asp, accessed 27 November 2007).

UNODC, WHO and UNAIDS (2006). *HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response*. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime.

Veen, J. and Godinho, J. (2006). HIV and TB: A critical co-infection, in S. Matic, J. V. Lazarus and M. C. Donoghoe (eds). *HIV/AIDS in Europe: moving from death sentence to chronic disease management*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO (2004). *Interim Policy on Collaborative TB/HIV Activities*. Geneva: Stop tuberculosis Department and Department of HIV/AIDS (на русском языке: Промежуточная политика в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ. — Женева, Всемирная организация здравоохранения, Департамент «Остановить туберкулез» и Департамент по СПИДу, 2004 г.).

WHO (2006a). *Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing*. Geneva: World Health Organization.

WHO Regional Office for Europe (2002). *DOTS Expansion Plan to Stop tuberculosis in the WHO European Region 2002–2006*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (на русском языке: План расширения DOTS для остановки туберкулеза в Европейском регионе ВОЗ в 2002–2006 гг. — Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002 г.).

WHO Regional Office for Europe (2005). *Data collected by the STIs/HIV/AIDS Programme*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO Regional Office for Europe (2006). *Sexually transmitted infections/HIV/AIDS programme. WHO/Europe survey on HIV/AIDS and antiretroviral therapy: 31 March 2006 update of cumulative totals*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO Regional Office for Europe (2006a). European Health for All database [online database]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/hfadb>, accessed 2 October 2006) (на русском языке: Европейская база данных «Здоровье для всех» — Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, <http://www.euro.who.int/hfadb>, по состоянию на 19 мая 2009 г.).

WHO Regional Office for Europe (2006b). *HIV/AIDS Treatment and Care Clinical Protocols for the WHO European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/aids>, accessed 27 November 2007) (на русском языке: Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе. Клинические протоколы для Европейского региона ВОЗ. — Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, <http://www.euro.who.int/aids>, по состоянию на 19 мая 2009 г.).

Системы здравоохранения стран бывшего СССР в борьбе с туберкулезом: задачи и перспективы

*Andrei Mosneaga, Elena Yurasova,
Richard Zaleskis, Wieslaw Jakubowiak*

Введение

Цель этой главы — осветить важнейшие вопросы, касающиеся борьбы с туберкулезом в период реформ здравоохранения, и наметить меры, необходимые для того, чтобы эта борьба была эффективной и долговременной.

В Европейском регионе ВОЗ наибольшее бремя туберкулеза несут страны бывшего СССР. Все эти страны характеризуются высоким бременем туберкулеза, а Российская Федерация входит в число 22 стран, где оно наиболее высоко. Хотя здравоохранение этих стран после 1991 г. зачастую развивалось по-разному, в практике противотуберкулезного надзора по-прежнему можно выявить много общего.

Согласно недавним прогнозам заболеваемости туберкулезом, опубликованным ВОЗ, достижение Целей развития тысячелетия в отношении туберкулеза в целом вполне возможно, но в двух регионах ВОЗ — Африканском и Европейском — сделать это будет трудно. Дело в том, что в Африке туберкулез часто сочетается с ВИЧ-инфекцией, а в Европейском регионе (точнее, в его восточной части) очень велико бремя полирезистентного туберкулеза, которое отражает последствия вмешательства человека, усугубленного общей малоэффективностью систем здравоохранения.

Программы по борьбе с туберкулезом, которые часто приводят как пример «вертикальных» программ с централизованным руководством, направленных на достижение четко определенных результатов за сравнительно небольшой промежуток времени, опираются на «горизонтальное» оказание медицинских услуг через систему первичной медицинской помощи. Медицинское обслуживание в этом случае управляется и контролируется национальными программами по борьбе с туберкулезом. Однако такие программы должны соответствовать ходу реформ здравоохранения,

иначе недостатки самой системы здравоохранения помешают эффективной работе программ (Bosman 2000; Kritski and Ruffino-Netto 2000; Miller 2000; Tang and Squire 2005; The Nuffield Institute 2002) (см. также главу 7). Основным средством эффективной борьбы с туберкулезом остается стратегия DOTS, принятая сегодня более чем в 180 странах мира (в том числе, полностью или отчасти, в 44 из 53 стран Европейского региона ВОЗ). Новые трудности — сочетание туберкулеза и ВИЧ-инфекции, полирезистентный туберкулез — побудили ВОЗ и другие международные организации модифицировать эту стратегию. Для этого была разработана программа «Остановить туберкулез», призванная *«расширить и совершенствовать DOTS в целях достижения Целей тысячелетия в отношении борьбы с туберкулезом»* и рекомендованная Партнерством «Остановить туберкулез» и ВОЗ. Программа содержит шесть основных положений (WHO 2006c; WHO 2006b).

- Более широкое развертывание и совершенствование стратегии DOTS без снижения ее качества путем:
 - политических гарантий надежного финансирования в нужном объеме;
 - применения бактериологических методов диагностики;
 - стандартизованного лечения, сопровождающегося наблюдением за больными и их поддержкой;
 - бесперебойного снабжения лекарственными препаратами;
 - создания системы наблюдения и оценки результатов.
- Решение особых проблем, таких, как сочетание туберкулеза и ВИЧ-инфекции, полирезистентный туберкулез и т. д.
- Укрепление системы здравоохранения.
- Вовлечение в работу всех медицинских организаций.
- Расширение прав больных и местных объединений.
- Организация и поддержка научных исследований.

В документе подчеркивается, что борьба с туберкулезом неотделима от системы здравоохранения, а поддержка ключевых элементов стратегии DOTS невозможна без эффективной работы всего здравоохранения. Предложены три подхода, с помощью которых система противотуберкулезного надзора и здравоохранение в целом могут взаимно укрепить друг друга: 1) меры по поддержке здравоохранения, усиливающие систему противотуберкулезного надзора; 2) развитие здравоохранения путем внедрения новых методов борьбы с туберкулезом; 3) применение в сфере борьбы с туберкулезом новшеств, относящихся к другим областям общественного здравоохранения. Главный залог успеха — правильно спланированное финансирование и должное разделение обязанностей внутри системы здравоохранения.

С середины 1990-х гг. реформы здравоохранения во всем мире, как правило, следовали одной из двух основных моделей. Первая подразумевала системный подход и была сосредоточена на деятельности здравоохранения в целом, вторая ориентировалась на предоставление медицинских услуг и была сосредоточена на борьбе с конкретными заболеваниями. Отдельные работники здравоохранения и их группы в той или иной степени тяготели к одному из этих двух подходов (Collins, Green and Newell 2002).

Реформы здравоохранения в Европейском экономическом пространстве,

в том числе в странах бывшего СССР, с начала 1990-х гг. сосредоточились на структуре здравоохранения в целом и ее перестройке. Основными направлениями стали: разделение финансирования и предоставления медицинской помощи с созданием «псевдорынков»; разработка альтернативных механизмов финансирования, включая платные услуги в государственном секторе; децентрализация; уменьшение роли государственного сектора и поддержка частного сектора; введение основного набора медицинских услуг, отобранных по рентабельности (Weil 2000).

Однако, если мы хотим добиться победы над основными инфекционными заболеваниями, нужен комплексный подход, объединяющий здравоохранение, образование и борьбу с бедностью. Такой подход требует энергичных усилий всего общества для достижения экономического роста и развития. Это особенно справедливо в отношении туберкулеза. Борьба с туберкулезом — неотъемлемая часть системы здравоохранения, поэтому популярное словосочетание «борьба с туберкулезом и развитие здравоохранения» сформулировано ошибочно. Оно означает, что борьба с туберкулезом не входит в программу развития здравоохранения, и что деятельность здравоохранения в этой области неудовлетворительна. Правительства стран и внешние финансовые организации все еще склонны рассматривать систему противотуберкулезного надзора отдельно от реформы здравоохранения в целом.

Борьба с туберкулезом в постсоветский период

В СССР борьба с туберкулезом опиралась на активное выявление случаев заболевания с помощью широкой сети противотуберкулезных служб. Основное внимание уделялось длительному стационарному лечению, санаторной реабилитации, вертикальному контролю со стороны санитарно-эпидемиологической службы, усиленному применению административных методов (в том числе принудительного лечения) и широкой общественной поддержке. Борьбой с туберкулезом занимались исключительно специализированные учреждения, основная масса врачей практически не принимала в ней участия.

С распадом СССР ситуация быстро изменилась. После стойкого снижения на протяжении предыдущих 20 лет заболеваемость туберкулезом стала вновь расти, отражая глубокие социальные потрясения. Экономический спад привел к исчезновению «организованных коллективов», безработице, массовым миграциям и обнищанию населения. В таких условиях успешная ранее система активного выявления туберкулеза стала нерациональной и неэффективной. Сократилось государственное финансирование здравоохранения в целом, а финансирование сети противотуберкулезных служб было урезано еще сильнее. В результате этот сектор пострадал больше других; поддержание разваливающейся инфраструктуры стало невозможным, и система не смогла справиться с возникшими трудностями.

В то же время старая модель (специализированная служба, единолично и полностью занятая борьбой с туберкулезом) по-прежнему остается привычной для всех работников здравоохранения, от руководителей до рядовых врачей. Именно это, скорее всего, стало основным препятствием на

пути внедрения стратегии DOTS в странах бывшего СССР, поскольку любые попытки что-то изменить наталкивались на препятствие в виде обширной сети учреждений, действующих глубоко укоренившимися, но неэффективными методами. В результате новые программы зачастую не работали, и достичь целей, поставленных в отношении борьбы с туберкулезом, не удавалось.

Борьба с туберкулезом и основные функции системы здравоохранения в странах бывшего СССР

Очерчивая сферу влияния здравоохранения, ВОЗ использует критерий «основной цели», т. е. действий, главная цель которых — улучшение здоровья. Сюда относятся элементы, обычно связываемые со здравоохранением (например, индивидуальная медицинская помощь и общественное здравоохранение) как в государственном, так и в частном секторе. В *Докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире за 2000 г.* (WHO 2002; WHO 2000) говорится, что у здравоохранения три всеобъемлющие цели: улучшение здоровья населения, справедливое распределение средств и быстрое реагирование на потребности населения. Позднее многие исследователи предлагали добавить к этому списку рентабельность.

Чтобы достичь указанных целей, все системы здравоохранения выполняют ряд действий, которые можно отнести к одной из четырех основных функций здравоохранения: руководство, финансирование, инвестирование, предоставление медицинских услуг. Споры о Системе оценки качества в здравоохранении, предложенной в *Докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире за 2000 г.*, продолжаются; однако она оказалась полезным инструментом описания и анализа. С ее помощью можно проанализировать не только здравоохранение в целом, но и отдельные его компоненты. Ниже мы формулируем и кратко обсуждаем основные проблемы, касающиеся борьбы с туберкулезом в бывшем СССР, через призму четырех основных функций здравоохранения. Важно подчеркнуть, что это не обзор специализированной противотуберкулезной службы, а скорее попытка взглянуть на действия всего здравоохранения в отношении туберкулеза, выявить важнейшие проблемы, которые невозможно решить в рамках национальных программ, и наметить изменения, необходимые для успешной борьбы с этим заболеванием.

Руководство и управление

По отношению к здравоохранению понятие «руководство», введенное в *Докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире за 2000 г.* (WHO 2000), означает осмотнительное и ответственное попечение о здоровье и благополучии населения; другое близкое понятие — «надзор, присмотр». Эта функция теснее всего связана с процессом разработки политики здравоохранения. Руководство включает три основные задачи: 1) разработку политики здравоохранения и определение будущих направлений его развития; 2) влияние на текущую политику; 3) сбор и использование информации.

К этой функции здравоохранения, освещенной ниже, относится ряд

важных вопросов борьбы с туберкулезом в странах бывшего СССР. В силу практических причин функция руководства подразумевает и управление («руководство на низших уровнях»), что позволяет рассмотреть частные вопросы борьбы с туберкулезом.

Заинтересованность государства в борьбе с туберкулезом — одна из пяти опор, на которых держится стратегия DOTS, — в целом остается низкой. Хотя туберкулез часто официально объявляют проблемой первостепенного значения, на политических и финансовых решениях это обычно не отражается. Такая ситуация в значительной степени обусловлена неумением министерств здравоохранения оценить остроту проблем, а также их неспособностью перейти от традиционного способа разработки политики к новому, хотя бы отчасти отражающему влияние этих проблем на здоровье и экономику (WHO 2003b; Coker and Atun 2004). Больные туберкулезом обычно принадлежат к социально незащищенным слоям населения или другим группам риска (мигранты, больные алкоголизмом, бывшие заключенные, бездомные, беженцы, вынужденные переселенцы), поэтому необходимо принять специальные меры, которые позволят таким людям получить доступ к качественной медицинской помощи (Jakubowiak et al. 2007).

Борьбу с туберкулезом в странах бывшего СССР во многом поддерживают внешние спонсоры. Координация действий разных сторон — задача, которая, безусловно, относится к функции руководства и должна осуществляться правительствами стран, — часто остается в ведении самих внешних организаций. Однако такие организации редко занимаются совместным планированием и координацией действий, поэтому поддержка национальных программ зачастую бывает односторонней, в пользу одних элементов в ущерб другим. В результате ключевое требование стратегии DOTS — стандартизованный подход — не применяется.

Важная особенность стран бывшего СССР — ведомственность, т. е. строгая вертикальная подотчетность государственных структур. Она мешает внедрению единой национальной программы, затрудняя обмен информацией и сотрудничество между национальными программами по борьбе с туберкулезом и службами по борьбе со СПИДом, между программами по борьбе с туберкулезом и санитарно-эпидемиологическими службами, между противотуберкулезным надзором в гражданском секторе и в исправительной системе, в армии и за ее пределами (Coker and Atun 2004).

Хотя ВОЗ настоятельно советует всем странам региона укреплять руководство национальными программами (это одна из важнейших задач, рекомендованная в *Плане расширения стратегии DOTS для борьбы с туберкулезом в Европейском регионе ВОЗ на 2002–2006 гг.*) (WHO Regional Office for Europe 2002), в большинстве стран особых улучшений в этой сфере пока нет. Организационная структура национальных программ по борьбе с туберкулезом, или, точнее, их центрального аппарата, расплывчата. Обычно центральный аппарат включает лишь нескольких человек, чаще всего фтизиатров, которые полный рабочий день заняты в центральных противотуберкулезных больницах или институтах; функции и обязанности этих людей внутри программы четко не определены. Национальные программы по борьбе с туберкулезом в большинстве случаев почти не получают поддержки от государства и, таким образом, полагаются в основном на спонсоров. Полномочия, которые позволяли бы направлять и координировать

деятельность других секторов, например учреждений первичной медицинской помощи, тюремной медицины и служб по борьбе со СПИДом, отсутствуют. Даже в небольших странах центральный аппарат не в состоянии самостоятельно следить за ходом внедрения программы на местах; однако создание действующих региональных структур в большинстве стран еще только начинается. Трудности в управлении национальными программами в странах бывшего СССР следует расценивать как очень серьезную помеху в борьбе с туберкулезом, а значит, и в достижении поставленных в рамках этой борьбы целей. Кроме того, в подобных условиях будет трудно внедрить и расширить сложную, требующую больших усилий модифицированную стратегию DOTS – DOTS-plus.

Очень важный вопрос – противотуберкулезный надзор и система регистрации и оповещения. Она унаследована от СССР и основана на тщательном сборе множества данных, организованных в многочисленные отчетные документы. Классификация случаев заболевания и результатов лечения отличается от рекомендованной ВОЗ. Характерная черта противотуберкулезного надзора – диспансеры, осуществляющие длительное наблюдение за больными. Принятие международных рекомендаций затруднено из-за сильного сопротивления. Во многих случаях, несмотря на утверждения о полном переходе на стратегию DOTS и обширную программу переподготовки, финансируемую извне, применяется двойная система регистрации и оповещения. Когортные исследования результатов лечения проводятся редко, что мешает качественному мониторингу и оценке национальных программ. В рамках национальных программ по борьбе с туберкулезом регистрация по системе DOTS ведется неофициально, т. е. в большинстве случаев не учитывается официальной статистикой, в которой часто используют иные показатели и систему классификации. Это приводит к расхождениям между данными из разных источников. Таким образом, нынешнее состояние системы регистрации заболеваемости туберкулезом в странах бывшего СССР не позволяет ни полностью оценить масштаб эпидемии, ни вести качественный мониторинг и оценку результатов программ.

Характерная черта региона – плохое управление на всех уровнях. Как и в других областях здравоохранения, главные врачи противотуберкулезных служб по образованию именно врачи, специальной подготовки в сфере управления у них нет. Противотуберкулезные больницы и службу в целом часто приводят в пример как наиболее неэффективную и неповоротливую часть системы здравоохранения, и недостаток компетентного руководства явно играет тут важную роль. Поскольку на большинстве руководителей, помимо собственно управления, лежат врачебные обязанности, индивидуальный (клинический) подход часто преобладает над санитарно-эпидемиологическим (McKee, Nolte and DuBois 2006).

В странах бывшего СССР можно найти много примеров, когда ответственность государства подменяется «политизацией» вопросов, связанных с туберкулезом. Наличие туберкулеза рассматривается как показатель бедственного положения общества, и в ответ на политическое давление (например, упоминать о туберкулезе возможно реже, чтобы не портить достижения тех, кто стоит у власти) министры здравоохранения склонны вносить коррективы в свою политику, а временами даже намеренно занижать статистику по заболеваемости туберкулезом.

С туберкулезом связано множество предрассудков, и они служат существенным препятствием на пути получения медицинской помощи. Тем не менее государство (как и партнерские организации) недооценивает вопросы, касающиеся защиты прав больных, предоставления информации, социальной пропаганды. Эти вопросы становятся актуальными лишь на короткое время, накануне Всемирного дня борьбы с туберкулезом. Министерству здравоохранения и национальным программам по борьбе с туберкулезом обычно приходится реагировать на отдельные сообщения средств массовой информации, которые все чаще касаются полирезистентного туберкулеза и трудностей с доступом к лечению. В таких случаях власти почти всегда занимают оборонительную позицию. В целом работа по привлечению средств массовой информации и гражданского общества к участию в защите прав больных и распространению информации о туберкулезе ведется недостаточно. Вставка 10.1 посвящена координации усилий по борьбе с туберкулезом в Российской Федерации.

Вставка 10.1. Координация усилий по борьбе с туберкулезом в Российской Федерации

В Российской Федерации в 1999 г. была создана Рабочая группа высокого уровня (РГВУ) по борьбе с туберкулезом, цель которой — обеспечить эффективное сотрудничество и координацию действий национальных и международных организаций в борьбе с болезнью. РГВУ следит за внедрением Национальной программы по борьбе с туберкулезом и консультирует Министерство здравоохранения и социального развития по важнейшим вопросам борьбы с туберкулезом в стране, а также координирует деятельность различных финансируемых сторонними организациями проектов. РГВУ основала несколько тематических рабочих групп, занятых решением конкретных вопросов и готовящих рекомендации для нее. РГВУ — важный механизм оптимизации усилий по борьбе с туберкулезом в Российской Федерации, входящей в число 22 стран с самым высоким в мире бременем туберкулеза. Эта группа и Межведомственный координационный комитет по борьбе с туберкулезом осуществляют также координацию и мобилизацию национальных и международных ресурсов для эффективной борьбы с туберкулезом в стране.

Финансирование и распределение средств

Финансирование включает три основные задачи: 1) сбор средств, 2) создание общего фонда, 3) приобретение медицинских услуг.

Важно отметить, что в странах бывшего СССР термин *финансирование* часто применяется лишь к первым двум задачам, а третья считается гораздо менее важной. Такая ситуация отражает общий характер реформ здравоохранения в регионе: они часто сосредоточены преимущественно на изменении системы сбора средств, а совершенствование механизмов распределения собранных средств отодвигается на второй план. В то же время именно эти механизмы являются одним из самых слабых мест здравоохранения в странах региона и одним из основных препятствий к достижению рентабельности — важной цели системы здравоохранения.

В разных странах региона реформа финансирования здравоохранения проводилась по-разному. В соответствии с основной системой финансирования страны бывшего СССР можно разделить следующим образом. В четырех из них (Латвия, Литва, Республика Молдова, Эстония) единственным основным источником финансирования служит медицинское страхование (хотя организовано оно неодинаково); в двух странах (Грузия и Кыргызстан) страхование дополняется другими крупными источниками финансирования; в одной стране (Армения) существует централизованная система финансирования, основанная на налоговых отчислениях; в шести странах (Азербайджан, Беларусь, Казахстан, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан) — децентрализованная система, основанная на налоговых отчислениях (сходная система имеется и на Украине, но сейчас там планируется ввести медицинское страхование). Наконец, есть сложная система Российской Федерации, в которой смешаны страхование и налоговые отчисления, централизованные и децентрализованные бюджетные механизмы. Кроме того, практически повсеместно распространены прямые платежи населения, в том числе официальная оплата при оказании медицинской помощи.

Несмотря на указанные различия, в финансировании здравоохранения всех стран есть ряд общих черт. Ниже приводится краткий анализ основных проблем финансирования, касающихся борьбы с туберкулезом в странах бывшего СССР.

Во-первых, зачастую очень трудно определить, сколько именно средств тратится на борьбу с туберкулезом. В бюджетных классификациях обычно суммируются расходы на амбулаторное и стационарное лечение или на разные статьи расходов (заработная плата, лекарственные средства, оборудование и т. д.), но в отношении профилактических программ дело обстоит гораздо сложнее. Например, данные нередко суммируются на региональном или даже на районном уровне; расходы на содержание противотуберкулезных больниц включаются в ту же статью, что и расходы на содержание других стационаров, а расходы на содержание противотуберкулезных диспансеров — в статью расходов на содержание поликлиник, которые к ним прикреплены. В результате оценить величину расходов на уровне всей страны невозможно. Другой вариант — суммирование расходов по их типу: расходы на противотуберкулезные препараты складываются с расходами на другие лекарственные средства, заработная плата персонала — с заработной платой врачей других специальностей и т. д. Доступные для оценки данные о расходах на вертикальные «национальные программы» часто отражают лишь те средства, которые выделены централизованно, например на оплату лекарственных препаратов и вакцин; другие расходы не учитываются. Важно отметить, что в некоторых странах средства на активное выявление туберкулеза путем массовой флюорографии относят к общей статье расходов здравоохранения и, следовательно, не учитывают в оценке расходов на борьбу с туберкулезом. Из всего перечисленного следует, что оценить финансовую активность государства и ее изменение очень трудно.

В нескольких работах, например в исследовании «*Борьба с туберкулезом в Центральной Азии: первоочередные задачи*», проведенном Всемирным банком (Godinho et al. 2005), более глубокий анализ показал, что реальный

уровень финансирования борьбы с туберкулезом низок вследствие нескольких факторов.

1. Во всех странах региона наблюдается рост ВВП, и в абсолютном выражении расходы на здравоохранение возрастают. Однако доля ВВП, выделяемая на здравоохранение, не увеличилась, а в нескольких странах даже уменьшилась. Следовательно, поскольку растут инфляция и стоимости медицинских услуг, финансирование здравоохранения на самом деле не растет или растет незначительно.
2. Доля государства в финансировании здравоохранения не возрастает или даже снижается. Это неблагоприятно сказывается на борьбе с туберкулезом, которая зависит от государственной поддержки.
3. Финансирование борьбы с туберкулезом увеличивается медленнее, чем финансирование других секторов здравоохранения.

Как и в других сферах, в сфере борьбы с туберкулезом финансирование страдает от нехватки ресурсов. Чем беднее страна, тем ниже доля ВВП, выделяемая на здравоохранение, и, как правило, ниже доля государства в финансировании здравоохранения. В странах с децентрализованным финансированием здравоохранения механизмы сохранения бюджетного равновесия часто не действуют, что ведет к выраженному неравенству в распределении средств (а значит, и в финансировании противотуберкулезных программ) между разными районами. Таким образом, проблема недостаточного финансирования усугубляется неравномерным распределением средств (WHO 2005c).

За редкими исключениями, среднесрочных и долгосрочных планов обеспечения финансовой стабильности программ борьбы с туберкулезом не существует. Такие планы особенно необходимы сейчас, когда в странах бывшего СССР все чаще выявляют полирезистентный туберкулез, что требует выделения дополнительных средств на дорогие, но необходимые программы по лечению этой формы болезни. Масштабы данной проблемы столь велики, что только на средства спонсоров ее не решить. В резолюции 58-й Всемирной ассамблеи здравоохранения (май 2005 г.), озаглавленной «*Стабильное финансирование программ по профилактике и лечению туберкулеза*» (WHO 2005d), выражены опасения, что «...недостаточно стабильное финансирование противотуберкулезных программ помешает долгосрочному планированию, необходимому для достижения согласованных в международном масштабе целей, которые сформулированы в Декларации Тысячелетия». В резолюции содержится призыв к странам — участницам ассамблеи «...оценить, сколько средств потребуется в среднесрочной перспективе для профилактики и лечения туберкулеза, в том числе сопутствующего ВИЧ-инфекции и полирезистентного, определить величину доступного национального и внешнего финансирования и, таким образом, оценить масштабы нехватки средств».

Как в рамках страхового, так и в рамках налогового финансирования механизмы покупки медицинских услуг (распределения средств) в странах бывшего СССР в большинстве случаев жестко ориентированы на нормативные показатели. Ежегодное увеличение финансирования выражается лишь в небольшом приросте сумм, выделяемых на заработную плату, питание и текущие расходы. В то же время министерствам здравоохранения

сложно выделить средства на важнейшие элементы стратегии DOTS — надзор, обучение, совершенствование системы регистрации случаев туберкулеза и т. д. Поэтому национальные программы по борьбе с туберкулезом по-прежнему полагаются в основном на внешнее финансирование. Таким образом, нынешняя система распределения средств и на центральном, и на региональном уровне не позволяет быстро развернуть противотуберкулезные программы в полном масштабе.

Хотя многие страны пытаются перестроить систему распределения средств в медицинских учреждениях, в отношении туберкулеза почти ничего не изменилось. В противотуберкулезных больницах средства все еще часто выделяют по числу койко-дней, поэтому главные врачи не заинтересованы в повышении рентабельности, а наоборот, стремятся затянуть госпитализации (Godinho et al. 2005; Marx et al. 2007; WHO Regional Office for Europe 2005).

Важно отметить, что, хотя лечение туберкулеза объявлено бесплатным, на деле пациенты вынуждены платить значительные суммы. Плата за противотуберкулезные препараты в большинстве случаев не взимается, однако пациентам приходится оплачивать другие расходы — дополнительные лекарственные средства, рентгенографию грудной клетки, анализы, а иногда и пребывание в больнице. Большинство больных туберкулезом бедны, и эти траты для них значительны или вообще неподъемны; в результате люди не всегда обращаются за помощью или не в состоянии завершить курс лечения. Расходы тех, кто лечится вне рамок национальных программ по борьбе с туберкулезом из-за страха перед травлей или по другим причинам, гораздо выше — им приходится вдобавок покупать лекарственные средства в аптеках за полную стоимость. Кроме того, как в государственном, так и в частном секторе существуют неофициальные платежи. В целом прямые платежи наличными (как официальные, так и неофициальные) в странах бывшего СССР существенно затрудняют доступ к лечению туберкулеза.

Заработная плата в противотуберкулезных учреждениях низкая, часто намного меньше заработной платы врачей других специальностей. Поскольку получить дополнительный доход в виде неофициальных платежей от больных трудно, так как последние, как правило, бедны, нет ничего удивительного, что персонал противотуберкулезных служб работает без всякого энтузиазма. За вычетом нескольких экспериментальных программ, никаких финансовых стимулов, основанных на качестве работы, в секторе борьбы с туберкулезом нет. С появлением таких стимулов (благодаря финансированию из внешних источников) качество работы заметно улучшилось. Основная трудность заключается в том, как сохранить этот уровень качества, когда внешняя финансовая поддержка прекратится. Одно проведенное в Российской Федерации исследование показало, что расходы на заработную плату составляют до 30% общих затрат на борьбу с туберкулезом (WHO 2002).

Важный источник финансирования борьбы с туберкулезом — Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. За первые шесть периодов работы фонда было одобрено 15 грантов на борьбу с туберкулезом в 10 странах бывшего СССР на общую сумму 220 млн долларов США. Однако здесь есть две проблемы: во-первых, получение грантов может привести к сокращению государственного финансирования,

а во-вторых, вновь остается непонятным, что будет, когда гранты закончатся.

Вставка 10.2 посвящена лечению полирезистентного туберкулеза в Латвии.

Вставка 10.2. Участие местных властей в реализации программы лечения полирезистентного туберкулеза в Латвии

Латвия стала первой в регионе страной, которая в 1997 г. включила лечение полирезистентного туберкулеза в свою национальную программу. Весомый вклад в успех программы вносит финансовая поддержка, которую больные получают из муниципальных бюджетов — оплата проезда в медицинские учреждения и оплата других расходов, связанных с наблюдением за ходом лечения. Таким образом, местное финансирование способствует соблюдению больными врачебных назначений, а это одно из ключевых условий успешного лечения полирезистентного туберкулеза.

Инвестирование

Эта функция системы здравоохранения связана с инвестициями в различные ресурсы здравоохранения — человеческие, физический капитал (инфраструктура и оборудование), расходные материалы (лекарственные средства, вакцины и т. д.). Принятие верных решений в этой сфере крайне важно для долгосрочного развития здравоохранения, поскольку такие решения влияют на качество и стоимость медицинской помощи в будущем.

Перед здравоохранением стран бывшего СССР стоит ряд важных проблем, связанных с инвестированием в борьбу с туберкулезом. Эти проблемы кратко описаны ниже.

Большинству стран бывшего СССР для борьбы с туберкулезом остро не хватает человеческих ресурсов:

- 1) во многих странах в противотуберкулезных службах не хватает персонала;
- 2) многие врачи-фтизиатры (иногда до 60–70%) находятся в пенсионном возрасте;
- 3) очень велика текучка кадров, особенно среди работников лабораторий;
- 4) выпускники медицинских вузов редко выбирают фтизиатрию из-за низкой заработной платы и связанного с работой риска, который никак не компенсируется (Chen et al. 2004; Figueras, Menabde and Busse 2005).

Вместе с тем в сфере борьбы с туберкулезом нет среднесрочного или долгосрочного планирования трудовых ресурсов, основанного на оценке соответствующих потребностей (Harriss et al. 2005). Это отражает недостатки в планировании трудовых ресурсов в целом, так как ясно, что борьбу с туберкулезом нельзя рассматривать изолированно от других секторов.

Качественное последипломное образование в области фтизиатрии (обучение основам стратегии DOTS, в том числе ее новейшим модификациям) в большинстве стран отсутствует. Даже если такое обучение есть, оно опирается в основном на внешнюю поддержку и без нее вряд ли будет жизнеспособным.

В программах обучения студентов-медиков современная тактика борьбы с туберкулезом, основанная на стратегии DOTS, представлена недостаточно; при обучении основное внимание уделяется клиническим аспектам туберкулеза, а не вопросам, связанным с общественным здравоохранением и организацией медицинской помощи. В результате молодые врачи недостаточно бдительно относятся к туберкулезу, к его влиянию на здоровье населения и не осознают в полной мере сложность лечения болезни.

Свойственная 1990-м гг. нехватка лекарственных средств осталась в прошлом (в большинстве стран — благодаря поддержке из-за рубежа), но на местном уровне иногда бывают перебои с препаратами, вызванные плохой работой системы снабжения.

Противотуберкулезные средства производятся во многих странах бывшего СССР, обычно при поддержке государства. Однако качество препаратов во многих случаях низкое или не подтвержденное. Применение некачественных препаратов снижает эффективность лечения и чревато побочным действием, в том числе развитием лекарственной устойчивости. Необходимо, чтобы больше производителей в регионе получали международные сертификаты соответствия «Правилам производства лекарственных средств и контроля за их качеством», но пока дело идет медленно.

Во всех странах бывшего СССР противотуберкулезные средства первого и второго ряда, иной раз поддельные, продаются практически свободно. Власти, как правило, не в состоянии справиться с этой проблемой, отражающей слабость здравоохранения в регулировании фармацевтического рынка. В то же время противотуберкулезные средства второго ряда часто закупаются местными властями и даже отдельными медицинскими учреждениями без надлежащего контроля. Ситуацию осложняет широкое применение противотуберкулезных средств (рифампицина и некоторых препаратов второго ряда) для лечения других инфекций, что также способствует развитию лекарственной устойчивости. Во вставке 10.3 рассматривается обеспечение противотуберкулезными средствами в Беларуси.

Многие противотуберкулезные больницы пришли в упадок и лишены даже основных бытовых удобств. В данном случае не достигнута еще одна из целей здравоохранения — отклик на немедицинские нужды населения. Благодаря внешней поддержке большинство противотуберкулезных учреждений сейчас укомплектованы бинокулярными микроскопами и обеспечены реактивами, однако прочее медицинское оборудование зачастую

Вставка 10.3. Обеспечение противотуберкулезными средствами в Беларуси

Министерство здравоохранения **Беларуси** разработало централизованную систему обеспечения противотуберкулезными препаратами. Своевременное распределение финансовых ресурсов и создание резервных запасов помогает избежать нехватки лекарственных препаратов на всех уровнях медицинского обслуживания. Национальная программа по борьбе с туберкулезом гарантирует, что все больные туберкулезом получают препараты бесплатно. Кроме того, введен запрет на продажу противотуберкулезных средств через аптеки, и за соблюдением этого запрета строго следят.

совершенно устарело, и с его помощью невозможно обеспечить качественное лечение.

Предоставление медицинских услуг

Медицинские услуги можно разбить на две категории:

- 1) индивидуальные;
- 2) услуги, предоставляемые группам населения или населению в целом.

Индивидуальное медицинское обслуживание включает как лечение, так и профилактику. Важно отметить, что некоторые медицинские услуги, имеющие значение для всего общества, такие, как вакцинация и лечение туберкулеза, на деле являются *индивидуальными*. В данном случае определяющее значение имеет то, как услуга оказывается, а не то, ограничиваются ли ее положительные последствия теми, кому она оказана. При туберкулезе медицинские услуги оказываются в следующем порядке:

- выявление, диагностика и лечение;
- последнее, в свою очередь, можно разбить на активное лечение и последующее наблюдение.

Ниже изложены основные вопросы, касающиеся предоставления медицинских услуг по лечению и профилактике туберкулеза в странах бывшего СССР.

Серьезное препятствие на пути выявления туберкулеза — недостаточное участие врачей общей практики. Их этому не обучают, и они не уполномочены проводить соответствующие мероприятия; исключение составляют несколько финансируемых извне проектов. В некоторых странах выявление туберкулеза отнесено к первичной медицинской помощи, а фтизиатры подтверждают диагноз и назначают лечение (Ministry of Health of the Russian Federation 2004). Однако лишенные финансовой заинтересованности и перегруженные работой врачи общей практики часто относятся к этой стороне своей деятельности формально, что ведет к поздней постановке диагноза. Более подробно данный вопрос рассматривается в следующем разделе.

Согласно стратегии DOTS, основной метод диагностики туберкулеза — бактериологическое исследование (микроскопия мазка мокроты и посев). В странах бывшего СССР известны несколько случаев успешной перестройки сети диагностических лабораторий (часто на региональном уровне), но серьезные проблемы в этой области есть почти повсеместно. Строгий контроль за качеством диагностики ведется редко, и зачастую это качество очень низкое. Многие врачи не доверяют результатам анализов, предпочитая рентгенографию. Во многих странах рассматривается возможность объединения лабораторий, занятых диагностикой туберкулеза, с основной сетью диагностических лабораторий; но национальные программы по борьбе с туберкулезом решать такие вопросы не уполномочены — здесь нужно действовать на уровне всей системы здравоохранения. Решения должны приниматься с учетом загрузки лабораторий, технической осуществимости объединения и качества диагностики. Во вставке 10.4 обсуждается деятельность диагностических лабораторий в Грузии.

Вставка 10.4. Деятельность лабораторий, занятых диагностикой туберкулеза, в Грузии

Грузия провела радикальную перестройку системы лабораторий, занятых диагностикой туберкулеза, превратив более половины из них в пункты сбора мокроты и внедрив действенную систему перевозки образцов в масштабе всей страны. Достигнутое в результате повышение качества диагностики быстро привело к росту числа выявленных случаев туберкулеза: для вновь диагностированных по мазку мокроты случаев этот показатель вырос с 57–58% в 2001–2003 гг. более чем до 90% в 2005 г.

Что касается лечения, то, несмотря на доступность протоколов стратегии DOTS и наличие соответствующим образом обученного персонала, применяемые врачами методы по-прежнему сильно различаются, что приводит к отсутствию стандартизации и снижению качества лечения. Эту проблему можно решить путем внедрения в *масштабе всего здравоохранения* программ повышения качества лечения и контроля за качеством.

Хотя в настоящее время считается, что стратегия DOTS полностью внедрена во всех странах бывшего СССР, непосредственный надзор за ходом лечения и поддержка больных (а это одни из важнейших элементов DOTS) пока не ведутся на стадии последующего наблюдения, а в некоторых странах — и на стадии активного лечения. Исключение составляют несколько финансируемых извне экспериментальных программ. Силами противотуберкулезной службы наладить эти элементы невозможно, требуется участие врачей общей практики.

Общепризнано, что больничная инфраструктура в странах бывшего СССР избыточна, а количество коек для лечения больных туберкулезом слишком велико. В недавнем исследовании показано, что в Российской Федерации в регионах отсутствует корреляция между заболеваемостью туберкулезом и числом коек в стационарах (Marx et al. 2007). Однако не исключено, что многие пустующие сейчас койки в будущем пригодятся для лечения полирезистентного туберкулеза, при котором может потребоваться длительная госпитализация. Нужно создать единую систему, отражающую потребности населения. Кое-где число коек сильно сократили прежде, чем была развернута амбулаторная служба. В результате объем доступной помощи снизился, что может привести к перерывам в лечении (Atun et al. 2005; Adams, Mosneaga and Gedik 2003). В одном исследовании подсчитано, что лишь 45% коек в противотуберкулезных больницах оправданно с клинической точки зрения, а остальные пустуют или используются просто как социальные койки (WHO 2002).

В странах бывшего СССР есть еще одна важная проблема, которую часто упускают из виду, — «частная» практика лечения туберкулеза. Хотя частный медицинский сектор (врачи, имеющие официальную лицензию) в этом регионе считается недостаточно развитым, работающие в государственных учреждениях врачи нередко подрабатывают «частной» практикой, используя служебные помещения и другие ресурсы для получения личного дохода. Многие делают это потому, что существует спрос на лечение вне национальных программ по борьбе с туберкулезом, обусловленный отрицательным отношением к туберкулезу в обществе или другими причинами.

Заработная плата врачей невелика, и такие больные являются источником неофициального дополнительного дохода. Подобная ситуация чревата следующими проблемами:

- 1) врачи могут не распознать туберкулез и лечить его как иную инфекцию, вследствие чего больные вовремя не попадут в специализированное противотуберкулезное учреждение;
- 2) врачи могут распознать туберкулез, но назначить недостаточно эффективное лечение;
- 3) врачи могут распознать туберкулез и знать, как правильно лечить его, но все равно назначить недостаточно эффективное лечение, исходя из финансовых возможностей больных: мало кто из них может позволить себе полностью оплатить курс продолжительностью 6–8 мес, поэтому врачи назначают лечение на 1–2 мес, до улучшения состояния.

Во всех трех случаях «вклад» таких «частных» врачей в борьбу с эпидемией туберкулеза отрицателен, поскольку не только дает плохие результаты, но и, что еще важнее, ведет к развитию лекарственной устойчивости (Newell 2002; Uplekar, Pathania and Raviglione 2001).

Вовлечение врачей общей практики в борьбу с туберкулезом: прекрасная возможность для стран бывшего СССР?

В Алма-Атинской декларации указывается, что первичная медицинская помощь «...составляет важную часть медицинского обслуживания и базируется на практических, научно обоснованных и социально приемлемых методах и технологиях, которые должны быть повсеместно доступны как отдельным лицам, так и семьям по месту жительства при их всестороннем участии в этой работе и при таких затратах, которые местные власти и страна в целом могут позволить себе на каждом этапе своего развития в духе самостоятельности и самоопределения» (WHO 1978). Проще говоря, первичная медицинская помощь — это первый контакт людей с системой здравоохранения; разумеется, в разных регионах он происходит по-разному и в разной обстановке.

Сектор первичной медицинской помощи выполняет множество функций: санитарное просвещение; пропаганда здорового питания, безопасного водоснабжения и канализации; забота о здоровье матери и ребенка, включая планирование семьи; иммунизация; профилактика распространенных в данной местности инфекционных заболеваний; качественное лечение наиболее распространенных заболеваний и травм; обеспечение основными лекарственными средствами. В последние годы признание получила такая функция врачей общей практики, как помощь государству в достижении эффективной, рентабельной и оперативной работы системы здравоохранения, а также равенства в медицинском обслуживании. Именно на первичную медицинскую помощь нацелено подавляющее большинство реформ здравоохранения в мире, в том числе и в странах бывшего СССР (Chen et al. 2004; Danishevski and McKee 2005; Figueras, Menabde and Busse 2005).

Первичная медицинская помощь и борьба с туберкулезом тесно взаимосвязаны. Первая включает как индивидуальное медицинское обслуживание, так и меры в области общественного здравоохранения. В сфере борьбы с туберкулезом наилучшим с точки зрения общественного здравоохранения является быстрое выявление болезни и ее правильное лечение у конкретного больного. Однако во многих случаях эта простая идея не воплощается в действия.

Врачи общей практики могут и должны принимать участие в борьбе с туберкулезом (выявление больных, наблюдение после лечения, санитарное просвещение), независимо от того, в рамках какой модели первичной медицинской помощи они работают. В 2004 г. Европейское региональное бюро ВОЗ и Национальный центр по изучению туберкулеза при университете Нью-Джерси опубликовали *«Краткое руководство по борьбе с туберкулезом для врачей общей практики в странах Европейского региона ВОЗ с высоким и промежуточным бременем туберкулеза»* (Ahamed et al. 2004). В руководстве указано, что, несмотря на различия в том, какую роль играют врачи общей практики в борьбе с туберкулезом в той или иной стране, в их задачи входит заподозрить туберкулез при наличии соответствующих симптомов, провести первичное обследование и диагностику (исследование мокроты и рентгенографию грудной клетки) или направить на такое обследование для исключения заболевания (вставка 10.5).

Передача всех перечисленных функций (или большинства из них) врачам общей практики позволит странам бывшего СССР добиться значительного и быстрого прогресса в выявлении и лечении туберкулеза и, таким образом, облегчит достижение целей, поставленных в соответствующих международных документах. С полирезистентным туберкулезом, который в странах бывшего СССР представляет гораздо большую проблему, чем в других регионах мира, можно справиться лишь при активном участии врачей общей практики. Как было вновь подчеркнуто ВОЗ (WHO 2006c; WHO 2006b), непосредственный надзор за ходом лечения при «обычном» туберкулезе очень важен, но при наличии лекарственной устойчивости без него просто не обойтись. Специализированные противотуберкулезные службы редко способны обеспечить ежедневный надзор за амбулаторным лечением полирезистентного туберкулеза, которое длится больше года. Однако силами врачей общей практики это вполне осуществимо. Таким образом, укрепление первичной медицинской помощи — ключевой элемент любой стратегии борьбы с полирезистентным туберкулезом. Важно также помнить, что важный вклад могут внести соответствующим образом обученные медицинские сестры.

Вопрос, разумеется, в том, готовы ли врачи общей практики взять на себя новые функции — сейчас или в ближайшем будущем. В ряде финансируемых извне, в том числе с помощью грантов Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, проектов в регионе профилактика и лечение туберкулеза уже включены в подготовку работников первичной медицинской помощи, в соответствии (в той или иной мере) с задачами, перечисленными во вставке 10.5. Но одной лишь подготовки персонала недостаточно. Вовлечение работников первичной медицинской помощи в борьбу с туберкулезом традиционным «вертикальным» способом не достигнет успеха. Оно должно идти в ногу с

Вставка 10.5. Задачи врачей общей практики в борьбе с туберкулезом

- **Заподозрить туберкулез и быстро отреагировать** при наличии характерных симптомов.
- **Обеспечить сбор качественных образцов мокроты для микроскопии** как основного средства диагностики туберкулеза и наблюдения за ходом лечения.
- **Убедиться**, что у каждого больного с кашлем, длящимся дольше 2–3 нед, собраны **три образца мокроты** для выявления кислотоустойчивых бактерий в специализированной лаборатории.
- **Отослать собранный диагностический материал** в лабораторию.
- **Направить больного** на рентгенографию грудной клетки.
- **Направить больного с подозрением на туберкулез** в специализированное учреждение для диагностики и лечения.
- **Информировать больного** о том, что туберкулез излечим, и подчеркнуть, насколько важно для излечения не прерывать терапию.
- **Наладить связь с противотуберкулезными службами**, чтобы знать, какие диагнозы поставлены тем, кто был направлен туда для диагностики и лечения.
- **Подчеркнуть важность обследования членов семьи и других лиц, тесно контактировавших с больным**, в том случае, если исследование мазка мокроты оказалось положительным. При наличии у них настоящих симптомов добиться обследования, в том числе проведения туберкулиновой пробы (реакции Манту) у детей.
- **Рассказывать пациентам** о симптомах туберкулеза и о необходимости обращаться к врачу при их появлении.
- **Обеспечивать ежедневный контроль** за ходом терапии в активной фазе лечения под руководством противотуберкулезных служб.
- Немедленно **сообщать обо всех случаях перерывов или осложнений** в таком лечении противотуберкулезным службам.
- **Оформлять все необходимые документы** и отсылать их в противотуберкулезные службы.
- **Наблюдать за теми, кто принадлежит к группам риска** заражения туберкулезом, согласно государственным нормативам.
- **Проводить вакцинацию БЦЖ**, повторную вакцинацию, а также кожные туберкулиновые пробы у детей согласно государственным нормативам

Источник: WHO and New Jersey Medical School National Tuberculosis Centre (2004).

реформами всего здравоохранения, которые в странах региона пока движутся не очень гладко.

Есть опасения, что даже при соответствующем обучении работники первичной медицинской помощи не смогут выполнять указанные задачи из-за отсутствия поддержки в своем окружении. Здесь тоже требуется системный подход. В некоторых случаях нужны новые законодательные акты, которые в странах региона часто принимаются путем президентских или министерских указов. Обеспечив таким образом быстроту решений, власти, однако, зачастую забывают выделить достаточные средства и ввести соответствующие изменения в других секторах.

Внедрение финансовых стимулов для персонала, безусловно, может принести пользу, но должно быть согласовано со множеством других обязанностей работников первичной медицинской помощи. Возможно,

потребуется дополнительная поддержка (например, оплата транспортных расходов медицинских сестер, осуществляющих надзор за ходом лечения), но для этого, скорее всего, нужно будет изменить административные положения и схемы финансирования.

В некоторых странах реформы здравоохранения предусматривают увеличение роли первичной медицинской помощи в борьбе с туберкулезом и другими заболеваниями дыхательных путей (например, в Кыргызстане, Российской Федерации, Эстонии, Республике Молдова) (WHO 2006a). Однако решения о таких реформах нередко принимаются министерствами здравоохранения без консультации с руководителями национальных программ по борьбе с туберкулезом и без предварительного согласования схемы перераспределения функций и обязанностей между фтизиатрами и врачами общей практики. Подобные действия могут поставить под угрозу эффективность и надежность борьбы с туберкулезом в целом (Baris 2000).

Вставка 10.6 посвящена внедрению стратегии DOTS в Республике Молдова и в Грузии.

В заключение добавим — очевидно, что активное вовлечение работников первичной медицинской помощи крайне важно для успешной борьбы с туберкулезом и для достижения в странах бывшего СССР поставленных международным сообществом целей. Это не под силу одним только национальным программам по борьбе с туберкулезом; необходимо участие всей системы здравоохранения. Основная трудность состоит в том, что, с одной стороны, для перестройки системы здравоохранения нужно время, с другой — ситуация с туберкулезом требует энергичных и быстрых действий.

Рамка 10.6. Участие работников первичной медицинской помощи в борьбе с туберкулезом в Республике Молдова и в Грузии

Хотя внедрение стратегии DOTS в **Республике Молдова** началось поздно (в 2001 г.), программа оказалась достаточно успешной благодаря тому, что сопровождалась реформами сектора первичной медицинской помощи, в основу которой был положен Институт семейной медицины. Таким образом, участие работников этого сектора в стратегии DOTS было обеспечено с самого начала. В качестве примера можно отметить резкое улучшение выявления туберкулеза: число зарегистрированных новых случаев (положительный результат исследования мокроты) и число зарегистрированных рецидивов с 2000 по 2005 г. выросли вдвое.

В крае Шида-Картли в **Грузии** участие медицинских сестер, работающих в системе первичной медицинской помощи, в длительном наблюдении за больными туберкулезом и в раздаче противотуберкулезных средств в сельских областях позволило снизить частоту отказов от лечения с 35 до 2% всего за 2 года.

Борьба с туберкулезом как часть основного набора медицинских услуг

Основной набор медицинских услуг — важный компонент реформ здравоохранения во всем мире, в том числе в странах бывшего СССР. Этот набор

включает услуги в сфере индивидуального и общественного здоровья и полностью или почти полностью оплачивается покупателем услуг в форме предоплаты из общего фонда. Данное определение подразумевает, что услуги, не входящие в основной набор, оплачиваются самим больным (тоже полностью или почти полностью) в момент их оказания. Понятие основного набора услуг можно ввести как в рамках финансирования за счет налогов, так и в рамках страховой медицины.

В основе данного понятия лежит экономическая концепция дефицита средств: ресурсы общества в любом случае не в состоянии покрыть все нужды населения (Wong and Bitrán 1999). Чтобы имеющиеся средства трагически наилучшим образом, необходимо *расставить приоритеты*. Один из способов — четкое определение перечня медицинских услуг, направленных на борьбу с основными опасностями, которые грозят населению.

Для основного набора медицинских услуг характерно следующее:

- как правило, он включает ограниченную выборку из всех медицинских услуг, которые возможны при сегодняшнем уровне науки и техники;
- услуги для основного набора отбираются не случайным образом, а с помощью расстановки приоритетов, призванной достичь определенных формальных или социальных целей;
- услуги, входящие в основной набор, не являются независимыми друг от друга; многие из них специально подобраны так, чтобы дополнять или усиливать действие друг друга.

После обретения независимости многие страны бывшего СССР неохотно принимали идею расстановки приоритетов в здравоохранении, пытаясь предложить населению все медицинские услуги, от простейших до самых сложных. Однако в условиях нехватки средств такой подход привел к нормированию вследствие очередей, дефицита ресурсов, нерентабельного и неравномерного их использования. Попытки сделать «все» на деле приводят к тому, что это «все» делается плохо. Наглядный пример — упадок противотуберкулезных служб (который во многих странах продолжается по сей день) и их неспособность справиться с нарастающей эпидемией заболевания.

Есть несколько причин, по которым меры по борьбе с туберкулезом должны быть в явном виде как можно более полно включены в основной набор медицинских услуг. Во-первых, туберкулез представляет собой немалую угрозу общественному здравоохранению с серьезными отрицательными последствиями для экономики. Во-вторых, эффективная борьба с заболеванием возможна только при достаточном *государственном* финансировании. В-третьих, убедительно доказано, что стратегия DOTS рентабельна, — а это одно из главных условий включения в основной набор медицинских услуг.

В условиях нехватки средств важно убедиться, что на нужды уязвимых групп населения выделяются финансовые средства и другие ресурсы. Однако распределять оплаченные государством услуги в соответствии с уровнем дохода в странах бывшего СССР очень трудно — у многих заработки неофициальные, и значительная часть доходов не декларируется, поэтому официальная информация может оказаться неточной. Это еще одна причина, по которой лечение и профилактику туберкулеза следует

включить в основной набор медицинских услуг: больные туберкулезом и люди из групп риска сосредоточены в бедных слоях населения. Включив в набор такие услуги для *всех* мы косвенно окажем помощь бедным.

Внедрение должным образом составленного основного набора услуг поможет перейти от планирования (и финансирования), ориентированного на нормативы, к планированию, ориентированному на больного: сначала определяется, *что* необходимо сделать, а затем — *кто* и *где* это будет делать, а также *сколько* это будет стоить. В странах бывшего СССР все зачастую происходит наоборот, что лишь укрепляет существующие барьеры между разными уровнями медицинской помощи.

При составлении основного набора медицинских услуг нельзя забывать о полирезистентном туберкулезе. Если лечение туберкулеза включено в этот набор, то в случае необходимости должны оплачиваться *все* связанные с таким лечением услуги. Это значит, что больным, которым диагноз полирезистентного туберкулеза поставлен уже после начала лечения, должны оплачиваться и препараты второго ряда. Нельзя отказать больному в бесплатном лечении из-за отсутствия финансирования. Нельзя винить больного в том, что у него устойчивый штамм возбудителя, — как уже упоминалось, подобная ситуация, скорее, служит следствием просчетов системы здравоохранения. ВОЗ рекомендует быстро разворачивать программы по борьбе с полирезистентным туберкулезом в регионе, но для этого необходимо реформировать всю систему здравоохранения, в том числе стабильно финансировать основной набор медицинских услуг.

Подводя итог, отметим, что включение профилактики и лечения туберкулеза в основной набор медицинских услуг будет способствовать успеху в борьбе с эпидемией. Введение основного набора услуг поможет примирить две модели реформы здравоохранения — «системный подход» и «оказание услуг». Однако сделать это будет нелегко. Очевидно, что необходимы серьезные, комплексные усилия, направленные на все четыре основные функции системы здравоохранения.

Заключение

Очевидно, что многие из причин, по которым странам бывшего СССР не удается достичь в борьбе с туберкулезом целей, поставленных в международных документах, лежат вне компетенции национальных программ по борьбе с туберкулезом. Успешно решить эти проблемы можно только на основе комплексного системного подхода и, возможно, перестройки всей системы здравоохранения (Atun et al. 2005; Coker et al. 2005). Таким образом можно наполнить концепцию системы здравоохранения «содержанием», примирив две концепции реформы здравоохранения — «системный подход» и «оказание услуг». Что касается споров о «вертикальной» и «горизонтальной» организации здравоохранения, борьба с туберкулезом будет эффективной лишь при условии использования обеих схем. Ряд функций (например, наблюдение за ходом программ и их оценку) должны осуществлять вертикально организованные национальные программы по борьбе с туберкулезом, а сами медицинские услуги должны оказываться преимущественно в рамках первичной медицинской помощи на местном уровне, т. е. в рамках горизонтальной модели. Поэтому разумнее говорить

о комплексном подходе; объединение вертикальной и горизонтальной моделей должно осуществляться на базе первичной медицинской помощи. Чтобы программы по борьбе с туберкулезом работали стабильно и эффективно, их нужно планировать с учетом реформы здравоохранения в целом, в первую очередь – с учетом реформы первичной медицинской помощи (WHO 2003a).

Активное вовлечение работников первичной медицинской помощи в борьбу с туберкулезом в странах бывшего СССР – необходимое условие успеха. Независимо от организационной модели врачи общей практики могут и должны активно участвовать в выявлении случаев туберкулеза, лечении и последующем ведении больных, в профилактике и санитарном просвещении. Для этого необходим творческий, нестандартный подход, в том числе изменение имеющейся концепции, согласно которой вся ответственность за борьбу с туберкулезом лежит на специализированных противотуберкулезных службах.

Деятельность по привлечению работников первичной медицинской помощи к борьбе с туберкулезом в ряде стран уже начата. Однако одной лишь переподготовки врачей и медицинских сестер, безусловно, недостаточно. Нужно изменить систему здравоохранения в целом, затронув все четыре ее основные функции, каждая из которых одинаково важна в борьбе с туберкулезом.

Важным шагом вперед станет включение мер по борьбе с туберкулезом в основной набор медицинских услуг. Следует, однако, отметить, что странам бывшего СССР придется пройти через достаточно болезненный процесс расстановки приоритетов. Министерства здравоохранения должны усилить деятельность по оценке результатов политики и планированию здравоохранения. Первые шаги в этом направлении уже предпринимаются (WHO 2005b; WHO 2005a).

Серьезную проблему для стран бывшего СССР представляет полирезистентный туберкулез. Это не узкоспециальный, а системный вопрос, и потому он требует комплексного подхода. Широкое распространение полирезистентного туберкулеза во многом стало следствием недостатков в самой системе здравоохранения.

Перспективы

ВОЗ и другие международные организации помогают странам региона в реформировании здравоохранения и в борьбе с туберкулезом. Ниже перечислен ряд областей, в которых сочетание обоих видов помощи особенно важно.

- Оценка деятельности системы здравоохранения в сфере борьбы с туберкулезом. Используя концепцию четырех главных функций здравоохранения, изложенную в *Докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире за 2000 г.*, следует разработать методы, которые помогут странам определить, как нужно реформировать здравоохранение, чтобы помочь ему справиться с эпидемией туберкулеза и улучшить качество работы в целом.
- *Оценка финансирования и затрат на борьбу с туберкулезом.* В резолюции

Всемирной ассамблеи здравоохранения от 2005 г. подчеркнута важность оценки текущего уровня финансирования борьбы с туберкулезом. Поэтому нужно помочь странам в разработке среднесрочных и долгосрочных национальных планов по стабильному финансированию противотуберкулезных служб, а также по внедрению механизмов рационального распределения и использования ресурсов. Подобные расчеты пригодятся и в отношении других заболеваний, таких, как ВИЧ/СПИД и малярия.

- *Человеческие ресурсы для борьбы с туберкулезом.* Нужно оказать странам региона техническую поддержку для расширения их возможностей в борьбе с туберкулезом.
- *Совершенствование медицинского образования в области борьбы с туберкулезом.* Необходимо пересмотреть существующую практику и разработать «эталонное» руководство, включающее в себя принципы стратегии DOTS и учитывающее особенности здравоохранения в регионе; далее по мере необходимости это руководство можно адаптировать к индивидуальным особенностям каждой страны.
- *Вовлечение сектора первичной медицинской помощи в борьбу с туберкулезом.* Разработка подобной модели потребует переоценки накопленного странами опыта, его преимуществ, препятствий к внедрению, создания обучающих материалов и оценки эффективности обучения. Эту работу можно совместить с проектами Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией в странах бывшего СССР, которые в той или иной степени предусматривают участие работников первичной медицинской помощи.
- *Оценка стационарного лечения туберкулеза.* Необходимы техническое содействие в расчете требуемого числа коек в противотуберкулезных больницах, оценка качества их работы и рекомендации по принципиальным изменениям.

Литература

Adams, O., Mosneaga, A. and Gedik, G. (2003). Improving institutional performance by better internal hospital management: a framework for assessing management training needs, *World Hospitals and Health Services*, 39(2): 3–10, 41, 43.

Ahamed, N., Yurasova, Y., Zaleskis, R., et al. (2004). *Brief Guide on Tuberculosis control for primary health care providers*. Geneva: WHO Regional Office for Europe.

Atun, R. A., Samyshkin, Y. A., Drobniowski, F., et al. (2005). Barriers to sustainable tuberculosis control in the Russian Federation health system, *Bulletin of the World Health Organization*, 83(3): 217–223.

Baris, E. (2000). Tuberculosis in times of health sector reform, *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 4(7): 595–596.

Bosman, M. C. (2000). Health sector reform and tuberculosis control: the case of Zambia, *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 4(7): 606–614.

Chen, L., Evans, T., Anand, S., et al. (2004). Human resources for health: overcoming the crisis, *Lancet*, 364(9449): 1984–1990.

Coker, R. J. and Atun, R. (2004). Health care system frailties and public health control of communicable diseases on the European Union's new eastern border, *Lancet*, 363: 1389–1392.

Coker, R. J., Dimitrova, B., Drobniowski, F., et al. (2005). Health system frailties in tuberculosis service provision in Russia: an analysis through the lens of formal nutritional support, *Public Health*, 119(9): 837–843.

Collins, C. D., Green, A. T. and Newell, J. N. (2002). The relationship between disease control strategies and health system development: the case of TB, *Health Policy*, 62(2): 141–160.

Danishevski, K. and McKee, M. (2005). Reforming the Russian health-care system, *Lancet*, 365(9464): 1012–1014.

Figueras, J., Menabde, N. and Busse, R. (2005). The road to reform, *British Medical Journal*, 331: 169–170.

Godinho, J., Veen, J., Dara, M., Cercone, J. and Pacheco, J. (2005). *Stopping tuberculosis in Central Asia: priorities for action*. Washington, D.C.: World Bank.

Harries, A. D., Zachariah, R., Bergstrom, K., et al. (2005). Human resources for control of tuberculosis and HIV-associated tuberculosis, *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 9(2): 128–137.

Jakubowiak, W. M., Bogorodskaya, E. M., Borisov, S. E., Danilova, I. D. and Kourbatova, E. V. (2007). Risk factors associated with default among new pulmonary TB patients and social support in six Russian regions, *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 11(1): 46–53.

Kritski, A. L. and Ruffino-Netto, A. (2000). Health sector reform in Brazil: impact on tuberculosis control, *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 4(7): 622–626.

Marx, F. M., Atun, R. A., Jakubowiak, W., McKee, M. and Coker, R. J. (2007). Reform of tuberculosis control and DOTS within Russian public health systems: an ecological study, *European Journal of Public Health*, 17(1): 98–103.

McKee, M., Nolte, E. and DuBois, C.-A. (2006). *Human resources for health in Europe*. Maidenhead: Open University Press.

Miller, B. (2000). Health sector reform: scourge or salvation for TB control in developing countries? *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 4(7): 593–594.

Ministry of Health of the Russian Federation (2004). *Order 109 on tuberculosis control*. Moscow: Ministry of Health of the Russian Federation (на русском языке: Приказ Минздрава РФ от 21.03.2003 №109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации»). — Москва, Министерство здравоохранения Российской Федерации).

Newell, J. (2002). The implications for tuberculosis control of the growth in numbers of private practitioners in developing countries, *Bulletin of the World Health Organization*, 80(10): 836–837.

Tang, S. and Squire, S. B. (2005). What lessons can be drawn from tuberculosis (TB) control in China in the 1990s? An analysis from a health system perspective, *Health Policy*, 72(1): 93–104.

The Nuffield Institute (2002). *Tuberculosis & Health Systems Development. Newsletter, December*. University of Leeds: The Nuffield Institute.

Uplekar, M., Pathania, V. and Raviglione, M. (2001). Private practitioners and public health: weak links in tuberculosis control, *Lancet*, 358(9285): 912–916.

Weil, D. E. C. (2000). Advancing tuberculosis control within reforming health systems, *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 4(7): 597–605.

WHO (1978). Declaration of Alma Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, 6–12 September 1978 (на русском языке: Алма-Атинская декларация. Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, 6–12 сентября 1978 г.).

WHO (2000). *World Health Report 2000 – Health systems: improving performance*. Geneva: World Health Organization (на русском языке: Доклад о состоянии здравоохранения в мире – 2000. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. — Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2000 г.).

WHO (2002). *WHO project on cost-effective tuberculosis control in the Russian Federation*. Moscow: World Health Organization (на русском языке: Экономическая эффективность борьбы с туберкулезом в Российской Федерации. Проект ВОЗ. — Москва, Всемирная организация здравоохранения, 2002 г.).

WHO (2003a). *Future directions for primary health care. Report by the Secretariat. EB113/11 Add.1*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2003b). The 2nd ad hoc Committee on the tuberculosis epidemic. Recommendations of the Committee to the Stop tuberculosis Partnership. Committee Meeting 18–19 September, Montreaux.

WHO (2005a). *The efficiency of tuberculosis laboratory services in the Russian Federation. Policy brief No 5*. Geneva: World Health Organization (на русском языке: Экономическая эффективность сети лабораторий, выполняющих исследования на туберкулез, в Российской Федерации. Реферат №5. — Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2005 г.).

WHO (2005b). *The efficiency of the WHO tuberculosis control strategy in the Russian Federation: the case of Orel Oblast. Policy brief No 1*. Geneva: World Health Organization (на русском языке: Экономическая эффективность борьбы с туберкулезом в Российской Федерации: пример Орловской области. Реферат №1. — Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2005 г.).

WHO (2005c). *Addressing poverty in tuberculosis control. Options for national tuberculosis control programmes*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2005d). *World Health Assembly, 58th (2005). Resolution 58.14. Sustainable financing for tuberculosis prevention and control*. Geneva: World Health Organization (на русском языке: 58-я Всемирная ассамблея здравоохранения. Резолюция 58.14. Стабильное финансирование программ по профилактике и лечению туберкулеза. — Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2005 г.).

WHO (2006a). *Review of the National Tuberculosis Programme, Kyrgyzstan*. Copenhagen: World Health Organization.

WHO (2006b). *The Stop tuberculosis Strategy. Building on and enhancing DOTS to meet TB-related Millennium Development Goals. WHO/HTM/STB/2006.37*. Geneva: World Health Organization Stop Tuberculosis Partnership (на русском языке: Остановить туберкулез. Расширение и совершенствование DOTS в целях достижения Целей тысячелетия в отношении борьбы с туберкулезом. Документ WHO/HTM/STB/2006.37. — Женева, Всемирная организация здравоохранения и Партнерство «Остановить туберкулез», 2006 г.).

WHO (2006c). *Global Plan to Stop tuberculosis 2006–2015. Stop tuberculosis Partnership and World Health Organization (WHO/HTM/STB/2006.35)*. Geneva: World Health Organization.

WHO and New Jersey Medical School National Tuberculosis Centre (2004). *Brief guide on tuberculosis control for primary health care providers for countries in the WHO European Region with a high and intermediate burden of tuberculosis*. Copenhagen: World Health Organization and New Jersey Medical School National Tuberculosis Centre.

WHO Regional Office for Europe (2002). *DOTS Expansion Plan to Stop tuberculosis in the WHO European Region 2002–2006*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (на русском языке: План расширения DOTS для остановки туберкулеза в Европейском регионе ВОЗ в 2002–2006 гг. — Копенгаген, Региональное европейское бюро ВОЗ, 2002 г.).

WHO Regional Office for Europe (2005). *Tuberculosis Assessment Mission to Armenia*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Wong, H. and Bitrán, R. (1999). *Designing a benefits package*. Washington, D.C.: World Bank Institute.

Системы здравоохранения и борьба с инфекционными заболеваниями: факты и уроки Центральной и Восточной Европы

Rifat Atun, Richard Coker

Введение

По темпам распространения ВИЧ-инфекции Европа сегодня опережает остальные регионы мира. В Восточной Европе заболеваемость быстро растет, а в Центральной Европе стойко удерживает свои позиции (UNAIDS and WHO 2006). Наряду с ВИЧ-инфекцией серьезную проблему для общественного здравоохранения восточноевропейских стран представляет распространение туберкулеза (в том числе полирезистентного).

С 1990 г. заболеваемость туберкулезом в Восточной Европе (главным образом в странах бывшего СССР) росла, достигнув пика примерно в 2001 г., и с тех пор остается на неизменном уровне (Dye et al. 2005). В Центральной Европе этот показатель, напротив, снизился с 50 до 25 случаев на 100 000 населения. Однако в республиках Центральной Азии – Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане – заболеваемость туберкулезом продолжает увеличиваться (WHO 2005).

Из 17 283 случаев полирезистентного туберкулеза, зарегистрированных в мире в 2004 г., более 60% (10 595) приходились на Европейский регион, причем подавляющее большинство – на Восточную Европу, включая страны Балтии (Латвию, Литву и Эстонию). Особое беспокойство вызывает то обстоятельство, что, как и в Африке, эффективность применения DOTS в Европе (особенно Восточной) значительно ниже, чем в других регионах мира. Охват программой DOTS и доля случаев, выявляемых путем микроскопии мазка мокроты, остаются здесь самыми низкими в мире (WHO 2005). В настоящее время Восточная Европа занимает первое место в мире по распространенности полирезистентного туберкулеза (WHO Regional Office for Europe 2007). Все это вместе взятое остается главным препятствием к достижению Целей тысячелетия в сфере борьбы с туберкулезом (Dye et al. 2005; WHO 2005).

Эпидемии туберкулеза и ВИЧ-инфекции в Центральной и Восточной Европе носят сложный характер, обусловленный стремительными переменами в политике, экономике, культуре, социальной сфере и человеческом поведении, характерными для переходного периода. Помимо ВИЧ-инфекции, туберкулеза (в том числе полирезистентного) Восточная и, в меньшей степени, Центральная Европа столкнулись с ухудшением эпидемиологической обстановки по ЗППП и ростом употребления инъекционных наркотиков. Хотя на развитие эпидемии ВИЧ-инфекции в Восточной Европе, особенно в странах бывшего СССР, влияет множество факторов, главную роль в нем играет употребление инъекционных наркотиков (Hamers and Downs 2003) и, в меньшей степени, — ЗППП (Grassly et al. 2003). Между ВИЧ-инфекцией, обычным туберкулезом и полирезистентным туберкулезом существует тесная взаимосвязь.

Одновременное распространение ВИЧ-инфекции, туберкулеза (в том числе полирезистентного), ЗППП и употребления инъекционных наркотиков имеет серьезные последствия для общественного здравоохранения (Drobniewski et al. 2004; Hamers and Downs 2003; Kelly and Amirkhanian 2003; Rhodes et al. 1999). Там, где эпидемия ВИЧ-инфекции еще не разгорелась в полную силу, в отсутствие действенных мер по борьбе с полирезистентным туберкулезом смертность может оказаться примерно на треть больше, чем при наличии эффективного лечения (Atun et al. 2005b). Кроме того, в условиях высокой распространенности полирезистентного туберкулеза, когда эпидемия ВИЧ-инфекции еще не развернулась в полной мере, но быстро распространяется среди потребителей инъекционных наркотиков, для того, чтобы предотвратить множество смертей, необходимо одновременно создать программы снижения вреда и программы по борьбе с туберкулезом, в том числе полирезистентным. На ранней стадии эпидемии ВИЧ-инфекции, когда она сконцентрирована среди потребителей инъекционных наркотиков, недостаток внимания к эффективным стратегиям снижения вреда, даже при хорошо поставленной борьбе с туберкулезом, приведет к существенному повышению смертности (Atun et al. 2007).

Столь сложная эпидемиологическая обстановка беспокоит и расширившийся Европейский Союз, который теперь граничит на востоке с Российской Федерацией, Украиной и Беларусью, где отмечается высокий уровень распространения туберкулеза (в том числе полирезистентного), ВИЧ-инфекции, ЗППП и употребления инъекционных наркотиков. Вызывают тревогу и возможность массовых миграций населения, а также проблемы обеспечения согласованных и надежных мер по охране общественного здоровья внутри стран. Восточноевропейские страны с их слабыми системами здравоохранения не сумели справиться с этими сложными проблемами (Atun 2006; Coker and Atun 2004; Mounier et al. 2007).

В первой половине XX века страны Восточной Европы, где в основе здравоохранения лежит советская модель Семашко, успешно сдерживали распространение инфекционных болезней. Однако к концу 1980-х гг. удовлетворять потребности населения в медико-санитарном обслуживании им стало уже трудно. После 1991 г., вслед за распадом СССР, во многих восточноевропейских странах системы здравоохранения рухнули под натиском серьезных финансовых проблем, которые привели к сокращению финансирования здравоохранения, уменьшению охвата населения медицинскими услугами и гигантскому росту неформальных платежей

(Balabanova et al. 2004a). С этого момента здравоохранение, опирающееся на традиционную советскую модель, оказалось не в состоянии справляться с новыми и возрождающимися инфекционными болезнями, о чем особенно ярко свидетельствует неэффективность мер по противодействию растущим эпидемиям ВИЧ-инфекции и туберкулеза.

В основе данной главы лежит тщательный анализ эмпирических данных о факторах здравоохранения (управление, распределение финансовых ресурсов, система оплаты медицинских услуг, организация и предоставление услуг, создание ресурсов, мониторинг и оценка), которые способствовали или препятствовали эффективному реагированию системы здравоохранения на эпидемии туберкулеза и ВИЧ-инфекции в Центральной и Восточной Европе.

Глава состоит из пяти разделов. После введения приводятся данные о мерах, принимаемых системами здравоохранения в отношении ВИЧ-инфекции. В третьем разделе рассматриваются меры по борьбе с туберкулезом. В четвертом разделе сравниваются данные по ВИЧ-инфекции и туберкулезу. Заключительный раздел содержит выводы, касающиеся политики в этой сфере.

Борьба с ВИЧ-инфекцией

Управление

В Центральной Европе реакция руководителей здравоохранения на эпидемию ВИЧ-инфекции была неоднородной. В Венгрии политическое руководство уже в самом начале эпидемии предприняло решительные шаги: были организованы массовые просветительские кампании, программы обучения по принципу «равный — равному» для работников коммерческого секса, обязательное обследование на ВИЧ для групп риска и добровольное обследование для широких слоев населения (Danziger 1996a; Danziger 1996b). В Польше оперативному развертыванию комплексных программ поначалу препятствовали социально-культурные и религиозные факторы, а также отсутствие политической преемственности из-за частых выборов и министерских перестановок (Danziger 1994). Однако вскоре были приняты надлежащие меры по сдерживанию эпидемии. В Румынии в период правления Чаушеску, закончившийся в 1989 г., ВИЧ-инфекция была объявлена «капиталистической болезнью» и ее существование на румынской территории официально отрицалось. В то же время политика, направленная на повышение рождаемости, — запрещение контрацепции, аборт и полового просвещения — создала благоприятные условия для беспрепятственного распространения ВИЧ-инфекции (Danziger 1996b). В 2002 г., после революции, был принят новый закон, гарантировавший ВИЧ-инфицированным профилактику и медицинскую помощь, включая бесплатное, финансируемое из госбюджета лечение и дополнительное питание для нуждающихся, однако эти действия до сих пор разрозненны и недостаточно финансируются (Cocu et al. 2005; Hersh et al. 1991; Kline et al. 2004). Иная ситуация в Чешской Республике, где после «бархатной революции» 1989 г. были оперативно предприняты комплексные меры,

подкрепленные массовыми просветительскими кампаниями и организацией добровольного обследования на ВИЧ, а также новыми законами, которые декриминализовали гомосексуальные половые контакты и занятие коммерческим сексом и стимулировали внедрение программ борьбы с ВИЧ-инфекцией (Danziger 1996b).

В начале 1990-х гг. в Центральной Европе возникло и стало неуклонно развиваться сотрудничество органов государственного управления с общественными организациями. Однако в Восточной Европе, за исключением стран Балтии, активность общественных организаций по-прежнему низкая, в то время как возможности правительств в сфере управления остаются слабыми. В первую очередь это относится к странам с авторитарными режимами, препятствующими развитию независимого гражданского общества (Atlani et al. 2000).

Ограниченные возможности и плохое финансирование общественных организаций в Восточной Европе стали дополнительным препятствием к многосекторному сотрудничеству, особенно в сфере работы с малообеспеченными и другими уязвимыми группами населения (Mounier et al. 2007). Отсутствие информации о количестве общественных организаций, занимающихся проблемой ВИЧ/СПИДа, и о размере выделяемых им средств затрудняет объективную оценку участия таких организаций. В результате в странах Восточной Европы, особенно в Российской Федерации, меры по борьбе с ВИЧ-инфекцией до сих пор разрозненны и не согласованы. Разделение гражданского и уголовного судопроизводства и различия в толковании законов о здравоохранении и уголовных законов осложняют противодействие эпидемии (Atun et al. 2005d; Platt and McKee 2000). На Украине, где роль правительства в борьбе с ВИЧ-инфекцией ограничена, органам, координирующим деятельность в этой сфере, пока не удалось создать широкомасштабную программу с привлечением гражданского общества, несмотря на поддержку международных организаций и финансирование со стороны Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

В центральноазиатских республиках, где пролегают основные маршруты контрабанды наркотиков, реакция властей была медленной, так как правительства не обладали возможностями для координации действий по борьбе с ВИЧ-инфекцией (Godinho et al. 2005). И все же, несмотря на медленную реакцию и слабое руководство, имеются обнадеживающие признаки усиления внимания государства к проблеме ВИЧ-инфекции. Разработана региональная стратегия борьбы со СПИДом, создающая основу для выработки стратегий многосекторного партнерства в этой сфере с учетом специфики конкретной страны. С 2002 г. Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан и Узбекистан разработали стратегические планы многосекторного сотрудничества, которые помогли им получить гранты Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. Эти страны также подписали Дублинскую и Вильнюсскую декларации (ЕС 2004; Government of Ireland 2004), направленные на активизацию борьбы с ВИЧ/СПИДом в регионе. Однако принятие ими таких обязательств не сопровождалось устранением юридических препятствий к созданию программ снижения вреда, что является необходимым условием для эффективного противодействия эпидемии. Правительство Туркменистана отрицает существование в стране проблемы ВИЧ-инфекции — ВОЗ

официально уведомила лишь о двух случаях заражения, и это несмотря на сообщения, свидетельствующие о широком и все возрастающем распространении инъекционных наркотиков и коммерческого секса (Rechel and McKee 2005).

Финансирование системы здравоохранения и распределение ресурсов

Недостаточное финансирование программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией (обычно на них приходится менее 1% государственных расходов на здравоохранение) и непропорциональное распределение ресурсов (преимущество отдается диагностике и стационарному лечению в ущерб программам снижения вреда) создают серьезные препятствия успешной борьбе с ВИЧ-инфекцией в странах Центральной и Восточной Европы (Atun 2006).

В 2001–2004 гг. объем международной помощи странам Восточной Европы в противодействии ВИЧ/СПИДу, предоставленной Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, Всемирным банком и крупными двусторонними донорами, возрос с 52 более чем до 600 млн долларов США (Magquez 2005). Однако в финансировании по-прежнему существуют значительные бреши, обусловленные низким уровнем государственных расходов на общественное здравоохранение (Adeyi et al. 2003). Для масштабного расширения жизненно необходимых программ по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа финансирование из всех источников должно возрасти в 5 раз (Futures Group and Instituto Nacional de Salud Publica 2005) и достигнуть 2–3% всех расходов на здравоохранение, что существенно превышает нынешний показатель в 0,6% (Atun et al. 2005d), а ресурсы должны быть перераспределены в пользу профилактики, тогда как сегодня они тратятся в основном на оборудование и диагностику. Отсутствие систематического контроля за расходами на различные виды услуг в области борьбы с ВИЧ/СПИДом, предназначенные для разных групп риска, затрудняет объективную оценку финансового дефицита, неэффективного распределения ресурсов и неравенства в доступе к медицинской помощи.

Организация системы здравоохранения и предоставление услуг

Во многих странах Центральной и Восточной Европы системы здравоохранения централизованы, а ВИЧ-инфекция, туберкулез, ЗППП и наркомания находятся в ведении разных служб с вертикальной структурой. Оказанием услуг занимаются узкие специалисты, что нарушает преемственность медицинской помощи. Санитарно-эпидемиологические службы, ведающие эпидемиологическим надзором и контролирурующие соблюдение гигиенических и экологических нормативов, также организованы вертикально и слабо связаны с предоставлением услуг. Такая жесткая структура мешала быстрому принятию комплексных мер по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции (Coker and Atun 2004), что вылилось в потерю доверия к государственным медицинским учреждениям, рост

частного сектора здравоохранения и распространение самопомощи (Bart and Field 1996; Tulchinsky and Varavikova 1996).

Несмотря на ряд успешных проектов по снижению вреда (Des Jarlais et al. 2002; Rhodes et al. 2002; Vickerman and Watts 2002), расширение мероприятий по профилактике и борьбе с ВИЧ-инфекцией в Центральной и Восточной Европе по-прежнему затруднено. В первую очередь это касается стран бывшего СССР, где охват групп высокого риска (потребителей инъекционных наркотиков, работников коммерческого секса, мужчин с гомосексуальной ориентацией и заключенных) программами профилактики и снижения вреда остается очень низким (Amirkhanian et al. 2005; Barcal et al. 2005). В Российской Федерации в 2002–2003 гг. охват программами снижения вреда, большинство из которых было реализовано неправительственными организациями, получавшими финансирование из внешних источников, в основном от Института «Открытое общество», составлял 1–4% целевого контингента (Sarang, Stuijke and Bykov 2004). В Центральной Азии профилактическими услугами охвачено менее 15% уязвимых групп населения. С учетом имеющихся ресурсов этот показатель вряд ли превысит 25% (Atun, Wall and Timoshkin 2004). В странах Центральной Европы, где программы снижения вреда в значительной степени финансируются из государственного бюджета, уровень охвата выше. Низкий охват групп риска в Восточной Европе означает, что, несмотря на повышение осведомленности потребителей инъекционных наркотиков и работников коммерческого секса в отношении риска ВИЧ-инфекции, до существенного снижения уровня рискованного поведения еще далеко (Amirkhanian, Kelly and Issayev 2001; Csepe et al. 2002; Grigoryan, Busel and Papoyan 2002; Kelly et al. 2001; Rhodes et al. 2004; Somlai et al. 2002).

Однако в большинстве центрально- и восточноевропейских стран мало программ просвещения, профилактики и снижения вреда для заключенных. Есть некоторые исключения, например в Республике Молдова, где существуют программы обмена игл, осуществляемые при участии добровольцев из числа потребителей инъекционных наркотиков (Rotily et al. 2001).

Неравенство в доступе к антиретровирусной терапии (АРТ) характерно для всех европейских стран, однако особенно остро этот вопрос стоит в странах Центральной, Восточной и Южной Европы, где уровень доходов низкий и доступ к высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) весьма ограничен (Colebunders et al. 2001; Kirk et al. 1998).

Эпидемиологический надзор, мониторинг и оценка

Все европейские страны представляют данные в Европейский центр эпидемиологического мониторинга СПИДа (ЕвроВИЧ), но качество этих данных неоднородно. Оценки бывают заниженными, особенно в некоторых странах Центральной и Восточной Европы (Nickman et al. 1993). В Восточной Европе бюрократическая система эпидемиологического надзора не предоставляет данные, необходимые для выработки обоснованной политики. В большинстве стран (за исключением стран Балтии) не проведена модернизация инфраструктуры, а медицинский персонал получает низкую зарплату. Не удивительно, что эпидемиологический надзор

осуществляется слабо, особенно в группах высокого риска, а программы по борьбе с ВИЧ-инфекцией не располагают достаточными возможностями для мониторинга и оценки.

В центральноазиатских странах почти отсутствуют системы сторожевого эпидемиологического надзора, поэтому данные о развитии эпидемии основаны на сообщениях о зарегистрированных случаях заболевания и на результатах массовых обследований (Atun, Wall and Timoshkin 2004; Atun 2005a). В результате официальные показатели частоты и распространенности заболевания сильно отличаются от реальных, затрудняя принятие целенаправленных мер.

Борьба с туберкулезом

В Центральной и Восточной Европе, как и в других регионах мира, эмпирических данных о взаимосвязи между системой здравоохранения и борьбой с туберкулезом мало, а имеющиеся сведения в значительной мере почерпнуты из исследований в Российской Федерации. Тем не менее эти сведения актуальны для всех постсоветских стран.

В 1994 г. на Первом совещании руководителей национальных программ борьбы с туберкулезом представители 25 стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР приняли разработанную ВОЗ стратегию DOTS (WHO 1997). К 2005 г. единственной страной, не внедрившей в свою программу борьбы с туберкулезом пять основных компонентов DOTS, осталась Хорватия. В Болгарии и Словении пока не создано национальное руководство по борьбе с туберкулезом.

Согласно докладу ВОЗ от 2005 г. «Глобальная борьба против туберкулеза — эпидемический надзор, планирование, финансирование» (данные по Украине в нем отсутствуют), все страны Центральной и Восточной Европы внедрили диагностику туберкулеза на основе микроскопии мазка мокроты; исключение составляет Армения, где эту методику еще только предстоит внедрить во всех противотуберкулезных службах. Широко применяется также краткий курс медикаментозного лечения. За исключением Сербии и Черногории (тогда составлявшими единое государство), Хорватии и Бывшей Югославской Республики Македония, все страны сообщили о внедрении системы оценки результатов лечения путем когортного анализа. В Армении, Грузии, Сербии и Черногории внедрение DOTS не завершено (WHO 2005).

Центральноевропейские страны — Босния и Герцеговина, Бывшая Югославская Республика Македония, Румыния, Сербия, Черногория, Словакия и Словения — ввели нормативные положения для частнопрактикующих врачей с целью обеспечить координацию деятельности государственных и частных учреждений в борьбе с туберкулезом, однако в бывших советских республиках, за исключением трех стран Балтии (Латвия, Литва и Эстония) и, по имеющимся сведениям, Туркменистана, такие положения не разработаны и не внедрены (WHO 2005).

Однако трудности в реализации DOTS связаны не столько с самим решением внедрить основные компоненты этой стратегии, сколько с его неадекватным исполнением, особенно в Восточной Европе. В результате эффективность лечения новых случаев туберкулеза, выявленных путем

микроскопии мазка мокроты, остается низкой: в ряде стран Центральной и Юго-Восточной Европы (включая Чешскую Республику, Венгрию, Бывшую Югославскую Республику Македония, Польшу, Республику Молдова и Румынию) этот показатель ниже целевого уровня, т. е. ниже 85%. Недостатки в реализации основных компонентов DOTS рассматриваются в разделе, посвященном предоставлению услуг (WHO 2005). Борьбу с туберкулезом в Восточной Европе осложняет ряд факторов, среди которых особенно важное место занимают следующие (Atun et al. 2005d; Coker and Atun 2004; Coker et al. 2003; Fry et al. 2005; Zalesky et al. 1999):

- слабое руководство;
- недостаточное финансирование;
- вертикальные модели управления со слабыми горизонтальными связями внутри сектора здравоохранения и между сектором здравоохранения и другими секторами;
- законы и нормативные положения (и различия в их толковании), закрепляющие вертикальные модели и препятствующие межсекторной и многосекторной координации деятельности по борьбе с туберкулезом;
- отсутствие эффективного сотрудничества с общественными организациями.

В Восточной Европе одним из главных препятствий к осуществлению комплексных реформ здравоохранения является отсутствие у министерств здравоохранения достаточных технических возможностей. В частности, они располагают ограниченными возможностями для анализа важнейших задач общественного здравоохранения и эффективного использования имеющихся данных для формирования политики (Coker and Atun 2004).

Организация системы здравоохранения и предоставление услуг

В Центральной и Юго-Восточной Европе выявляемость туберкулеза в Боснии и Герцеговине, Болгарии, Бывшей Югославской Республике Македония, Румынии, Сербии и Черногории составляет 70% и более, однако в Албании, Чешской Республике, Венгрии, Польше, Республике Молдова, Словакии и Словении этот целевой показатель еще не достигнут. Хуже обстоит дело в Центральной Азии, на Кавказе и в Восточной Европе: если в Грузии, Казахстане, Латвии, Литве, Туркменистане и Эстонии выявляемость туберкулеза, по сообщениям, составляет 70% и выше, то в остальных странах региона (включая Азербайджан, Армению, Беларусь, Кыргызстан, Российскую Федерацию, Таджикистан, Узбекистан и Украину) этот показатель не достигнут. Однако, учитывая плохое состояние противотуберкулезных служб и устаревшие системы мониторинга и оценки в данном регионе, к приведенной здесь статистике следует относиться скептически.

В ряде стран Центральной и Юго-Восточной Европы (Албания, Румыния, Хорватия, Сербия и Черногория) и стран бывшего СССР (Азербайджан, Литва, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан и Украина) охват стратегией DOTS ниже необходимого уровня.

Однако, как и к показателям выявляемости туберкулеза, к этим данным (основанным на национальных отчетах, а не на первичных исследованиях) следует подходить с осторожностью, учитывая слабые системы эпидемиологического надзора.

В системах здравоохранения советского образца, основанных на принципах Семашко, борьба с туберкулезом опирается на четыре вертикальные подсистемы:

- 1) службы массовых обследований с помощью флюорографии;
- 2) противотуберкулезные службы в исправительных учреждениях, включая тюрьмы и следственные изоляторы;
- 3) стационары;
- 4) амбулаторно-поликлинические учреждения.

Финансирование этих подсистем и управление ими осуществляются раздельно, и средства, выделенные одной подсистеме, не могут быть переданы другой. Выявление туберкулеза осуществляется путем массовых обследований; для диагностики применяется флюорография, реже — бактериологические методы. Лечение проводится по индивидуально подобранному схемам, включающим противотуберкулезные препараты первого и второго ряда и иммуномодуляторы, а также хирургическое вмешательство и физиотерапию. Больных туберкулезом часто и надолго госпитализируют, а после успешного лечения еще длительное время наблюдают амбулаторно, наряду с пациентами с неактивным туберкулезом. Такие пациенты, согласно международной практике, не считаются больными туберкулезом, и им не показано врачебное наблюдение.

Реализованные в Восточной Европе экспериментальные проекты по внедрению программ борьбы с туберкулезом на основе рекомендаций ВОЗ доказали свою эффективность (Fry et al. 2005) — результаты лечения оказались не хуже, а иногда и лучше, чем при традиционном российском подходе (Balabanova et al. 2006; Kherosheva et al. 2003; Mawer et al. 2001; Ruohonen et al. 2002). Однако при оценке результатов было выявлено недостаточное качество обследования, лечения и других услуг (Balabanova et al. 2005; Balabanova et al. 2004b).

Исследования в Российской Федерации показали, что расходы на лечение туберкулеза по традиционной советской схеме значительно выше, чем в других странах с высоким уровнем бремени туберкулеза. Причина заключается в частой госпитализации и большой длительности медицинского наблюдения, при этом на стационарное лечение приходится более 50% общих расходов на борьбу с туберкулезом (Atun et al. 2006). Дальнейшие исследования в Российской Федерации свидетельствуют о том, что внедрение стратегии DOTS позволило бы существенно снизить расходы на лечение новых больных, выявленных с помощью микроскопии мазка мокроты (Jacobs et al. 2002; Migliori et al. 1998), и что госпитализация во многих случаях не требуется. Однако в данной ситуации нужно учитывать и другие факторы: пациентов часто госпитализируют на длительный срок в зимний период из-за отсутствия адекватной системы социальной поддержки (Atun et al. 2005c). Если бы в Российской Федерации применялись чисто медицинские критерии, то в половине случаев оснований для госпитализации не было бы и, соответственно, нынешнее

количество коек в стационарах можно было бы сократить на 50%. С учетом социальных факторов и малодоступности амбулаторной помощи необходимыми признавались до 85% госпитализаций и коек (Floyd et al. 2006).

Отмечаемая в Российской Федерации тенденция к длительной госпитализации больных туберкулезом резко расходится с практикой, принятой в других странах с высоким уровнем бремени туберкулеза, где лечение, как правило, проводится амбулаторно. В этих странах больных обычно не госпитализируют надолго и нет развитой сети противотуберкулезных стационаров. Однако, несмотря на имеющиеся данные, во многих восточноевропейских странах переход на рекомендованные ВОЗ методы борьбы с туберкулезом затруднен (Atun et al. 2005a).

Эффективному многосекторному подходу к борьбе с туберкулезом мешают организационные барьеры (Atun et al. 2005d; Atun et al. 2005e; Fry et al. 2005; Hickman et al. 1993). В частности, крайне сложно наладить тесное сотрудничество между гражданской и исправительной системами, вследствие чего распространенность туберкулеза и его полирезистентных форм в тюрьмах по-прежнему очень высока, а вышедшие на свободу, оставшись без медицинского наблюдения, продолжают заражать других (Atun et al. 2005e; Bobrik et al. 2005; Fry et al. 2005; Kimerling 2000; Slavuckij et al. 2000; Slavuckij et al. 2002). Неспособность реализовать полномасштабные программы по борьбе с туберкулезом, основанные на рекомендациях ВОЗ, — серьезная проблема общественного здравоохранения. В Восточной Европе стационарное лечение туберкулеза с длительной госпитализацией в специализированных учреждениях, нередко находящихся за городом, создает благоприятные условия для внутрибольничного распространения туберкулеза (Coker et al. 2003). Аналогичная ситуация наблюдается в других закрытых учреждениях, таких, как тюрьмы и следственные изоляторы, где распространенность туберкулеза, в том числе полирезистентного, особенно велика (Drobniewski et al. 2002; Drobniewski et al. 1996; Drobniewski et al. 2004; Faustini, Hall and Perucci 2006; Stern 1999).

Однако в сфере предоставления медицинских услуг наблюдаются обнадеживающие тенденции. В Российской Федерации, как и в других восточноевропейских странах, на общенациональном уровне предпринимаются меры по укреплению амбулаторных и лабораторных служб и внедрению информационных систем для более эффективной организации снабжения лекарственными препаратами (WHO 2005).

Финансирование системы здравоохранения и распределение ресурсов для борьбы с туберкулезом

Оценки, проведенные в Российской Федерации, показали, что системы финансирования здравоохранения и оплаты медицинских услуг создают порочные стимулы для длительных и многократных госпитализаций (помимо обоснований, предусмотренных правилами) (Fry et al. 2005). Это означает, что стремление обеспечить высокий уровень занятости больничных коек путем неоднократных или длительных госпитализаций (обусловленное механизмом финансирования лечебных учреждений) гораздо

сильнее влияет на действия системы здравоохранения, чем клинические факторы. Поэтому, хотя число коек в противотуберкулезных больницах тесно коррелирует с числом новых случаев заболевания, внедрение стратегии DOTS не привело к заметному снижению уровня использования этих коек (Marx et al. 2007).

В Российской Федерации и других странах Восточной Европы (за исключением стран Балтии), которым еще только предстоит реформировать систему финансирования борьбы с туберкулезом, больницы получают постатейный бюджет: средства выделяются в соответствии с такими показателями, как число больничных коек, средняя продолжительность госпитализации, средняя занятость койки и количество врачей. В такой ситуации медицинские учреждения в значительной степени заинтересованы в сохранении существующего коечного фонда и в госпитализации больных туберкулезом. Подобный механизм финансирования способствует наращиванию инфраструктуры и увеличению количественных показателей, а не повышению эффективности лечения и улучшению его результатов; при этом качеству медицинской помощи не уделяется должного внимания (Coker et al. 2005).

Эпидемиологический надзор, мониторинг и оценка в сфере борьбы с туберкулезом

Системы эпидемиологического надзора, мониторинга и оценки в сфере борьбы с туберкулезом в Центральной и Восточной Европе исследованы очень мало. Несмотря на деятельность ВОЗ по укреплению этих систем в Восточной Европе, их слабые возможности не позволяют обеспечить надлежащие целенаправленные меры для решения возникающих проблем (Coker and Atun 2004; Wuhib et al. 2002).

Обсуждение

Последние эмпирические данные свидетельствуют о том, что в Центральной и Восточной Европе действия здравоохранения в отношении ВИЧ/СПИДа и туберкулеза весьма неоднородны и часто недостаточны.

В большинстве постсоветских стран программы по борьбе с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией в значительной мере сохраняют вертикальную структуру с отдельными источниками финансирования и предоставления информации. Взаимодействие и координация этих программ остаются очень слабыми. В отличие от многих центральноевропейских стран, существенно продвинувшихся во внедрении программ борьбы с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом, страны Восточной Европы, где здравоохранение опирается на традиционную советскую модель Семашко с ее строго иерархической структурой, вертикальным принципом предоставления услуг, недостаточным сотрудничеством с другими секторами и ограниченным участием общественных организаций, не в состоянии эффективно противодействовать распространению ВИЧ-инфекции и туберкулеза, в том числе полирезистентного. Как в Центральной, так и в Восточной

Европе сохраняется неравенство в доступе к медицинской помощи, включая ВААРТ и противотуберкулезную терапию. В наихудшем положении находятся иммигранты, потребители инъекционных наркотиков, малоимущие и люди с низким уровнем образования.

В Центральной Европе принимаются энергичные меры в отношении ВИЧ-инфекции, однако им недостает масштаба. Охват населения подобными мерами недостаточен; нужно еще многое сделать, чтобы взять под контроль растущую эпидемию среди потребителей инъекционных наркотиков и работников коммерческого секса, особенно в Республике Молдова и Румынии. Однако поистине трудная задача стоит перед странами Восточной Европы, поскольку для эффективного противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции необходимо учитывать быстро меняющееся макро- и микроокружение, а также такие сопутствующие факторы, как распространение наркомании, ЗППП и туберкулеза.

В Восточной Европе эффективному многосекторному сотрудничеству в борьбе с эпидемиями ВИЧ-инфекции и туберкулеза помешал ряд недостатков систем здравоохранения:

- 1) слабое руководство со стороны министерств здравоохранения и неспособность наладить эффективное сотрудничество с общественными организациями, которые по-прежнему не привлекаются к участию в разработке политики и принятии оперативных решений;
- 2) низкий уровень финансирования здравоохранения, особенно в области борьбы с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом, и непропорциональное распределение ресурсов, не учитывающие нарастающую эпидемию ВИЧ-инфекции;
- 3) вертикальные системы предоставления услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, наркомании и ЗППП со слабо развитыми горизонтальными связями, мешающие принятию комплексных мер, которые охватывали бы все эти направления;
- 4) недостаточный уровень технической компетентности и низкая заработная плата медицинского персонала;
- 5) слабые системы эпидемиологического надзора, мониторинга и оценки, не предоставляющие информации, которая необходима для принятия обоснованных решений.

В совокупности все перечисленные факторы препятствуют расширению масштабов мероприятий. В этих странах трудно организовать многосекторное сотрудничество, в первую очередь из-за различий в толковании законов и из-за влияния социально-культурных факторов на разработку и реализацию программ (Coker and Atun 2004).

Выводы для политики

Для противодействия эпидемиям ВИЧ-инфекции и туберкулеза требуются комплексные меры, реализуемые с участием разных секторов. Однако система здравоохранения существует в определенном микро- и макроокружении, которое влияет на претворение политики в жизнь. Таким образом, при разработке и внедрении подобных мер следует учитывать

местные условия, поскольку в противном случае последствия могут оказаться совершенно неожиданными (Atun et al. 2005d). Соответственно, необходимо более широкое и углубленное понимание политического, экономического, социального и правового контекста. Но, к сожалению, на практике такое случается редко. Вместо этого стараются внедрить чисто технические решения без учета окружения и особенностей системы здравоохранения. Не удивительно, что при таком подходе пока не удалось сколько-нибудь заметно повлиять на ход развития эпидемий и во многих странах программы, финансируемые донорами, не вышли за рамки местных проектов. Главный вывод для ответственных руководителей, финансирующих учреждений (таких, как Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, двусторонние и многосторонние организации) и организаций-исполнителей состоит в том, что без четкого понимания и надлежащего учета перечисленных факторов вряд ли удастся создать и поддерживать эффективные программы, особенно в Восточной Европе.

В Российской Федерации и других странах бывшего СССР со сходными системами здравоохранения противотуберкулезные больницы продолжают нести не только расходы, сопряженные с длительным лечением, но и значительное бремя социальной поддержки больных, а программы по ВИЧ-инфекции по-прежнему имеют ярко выраженный медицинский уклон без привлечения в достаточной мере общественных организаций. Для одновременной борьбы с обеими эпидемиями необходимы скоординированные комплексные меры, направленные на расширение программ DOTS и лечения полирезистентного туберкулеза, внедрение эффективных программ снижения вреда и осуществление многосекторного подхода к решению проблем здравоохранения. Однако для этого потребуются изменить нормативные положения, касающиеся планирования, финансирования и предоставления медицинской помощи и социального обслуживания. Такие изменения требуют реформ, выходящих за пределы программ борьбы с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией и затрагивающих систему здравоохранения в целом.

Слабость систем здравоохранения в Восточной Европе и их неспособность взять эпидемии этих заболеваний под контроль представляют серьезную опасность для соседних стран, включая страны ЕС. Эпидемия ВИЧ-инфекции в Восточной Европе пока находится на относительно ранней стадии, поэтому еще есть возможность принять эффективные меры против дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции и туберкулеза, в том числе полирезистентного. Однако маловероятно, чтобы такой шанс сохранился надолго, и его вряд ли удастся реализовать, если не устранить препятствия, мешающие системам здравоохранения бороться с инфекционными заболеваниями.

Литература

- Adeyi, O., Baris, E., Chakraborty, S., Novotny, T. and Pavis, R. (2003). *Averting AIDS crises in eastern Europe and central Asia: a regional support strategy*. Washington, D.C.: World Bank.
- Amirkhanian, Y. A., Kelly, J. A. and Issayev, D. D. (2001). AIDS knowledge, attitudes,

and behaviour in Russia: results of a population-based, random-digit telephone survey in St Petersburg, *International Journal of STD & AIDS*, 12(1): 50–57.

Amirkhanian, Y. A., Kelly, J. A., Kabakchieva, E., et al. (2005). A randomized social network HIV prevention trial with young men who have sex with men in Russia and Bulgaria, *AIDS*, 19(16): 1897–1905.

Atlani, L., Carael, M., Brunet, J. B., Frasca, T. and Chaika, N. (2000). Social change and HIV in the former USSR: the making of a new epidemic, *Social Science and Medicine*, 50(11): 1547–1556.

Atun, R., Wall, M. and Timoshkin, A. (2004). *Evaluation of Alliance Ukraine HIV Programme in Ukraine*. London: Imperial College London Consultants.

Atun, R. A. (2006). How the health systems responded to HIV epidemic in Europe, in S. Matic, J.V. Lazarus and M.C. Donoghoe (eds). *HIV/AIDS in Europe: moving from death sentence to chronic disease management*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Atun, R. A., Baeza, J., Drobniewski, F., Levicheva, V. and Coker, R. (2005a). Implementing WHO DOTS strategy in the Russian Federation: stakeholder attitudes, *Health Policy*, 74(2): 122–132.

Atun, R. A., Lebcir, R., Drobniewski, F. and Coker, R. (2005b). Impact of an effective multi-drug-resistant tuberculosis control programmes in the setting of an immature HIV epidemic: system dynamics simulation model, *International Journal of STD and AIDS* 16(8): 560–570.

Atun, R. A., Samyshkin, Y. A., Drobniewski, F., et al. (2005c). Seasonal variation and hospital utilization for tuberculosis in Russia: hospitals as social care institutions, *European Journal of Public Health*, 15(4): 350–354.

Atun, R. A., McKee, M., Drobniewski, F. and Coker, R. (2005d). Analysis of how health system context influences HIV control: case studies from the Russian Federation, *Bulletin of the World Health Organization*, 83(10): 730–738.

Atun, R. A., Samyshkin, Y. A., Drobniewski, F., et al. (2005e). Barriers to sustainable tuberculosis control in the Russian Federation health system, *Bulletin of the World Health Organization*, 83(3): 217–223.

Atun, R. A., Samyshkin, Y., Drobniewski, F., et al. (2006). Costs and outcomes of tuberculosis services in the Russian Federation: retrospective cohort analysis, *Health Policy and Planning*, 21(5): 353–364.

Atun, R. A., Lebcir, M. R., McKee, M., Habicht, J. and Coker, R. J. (2007). Impact of joined-up HIV harm-reduction and multidrug-resistant tuberculosis control programmes in Estonia: system dynamics simulation model, *Health Policy*, 81: 207–217.

Balabanova, D., McKee, M., Pomerleau, J., Rose, R. and Haerpfer, C. (2004a). Health service utilization in the former soviet union: evidence from eight countries, *Health Services Research*, 39(6 Pt 2): 1927–1950.

Balabanova, Y., Fedorin, I., Kuznetsov, S., et al. (2004b). Antimicrobial prescribing patterns for respiratory diseases including tuberculosis in Russia: a possible role in drug resistance? *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 54(3): 673–679.

Balabanova, Y., Coker, R., Fedorin, I., et al. (2005). Intra- and inter-observer agreement in chest X-ray interpretation amongst Russian physicians: implications for active screening for tuberculosis, *British Medical Journal*, 331: 379–382.

Balabanova, Y., Drobniewski, F., Fedorin, I., et al. (2006). The Directly Observed Therapy Short-Course (DOTS) strategy in Samara Oblast, Russian Federation, *Respiratory Research*, 7: 44.

Barcal, K., Schumacher, J. E., Dumchev, K. and Moroz, L. V. (2005). A situational picture of HIV/AIDS and injection drug use in Vinnitsya, Ukraine, *Harm Reduction Journal*, 2(1): 16.

Barr, D. A. and Field, M. G. (1996). The current state of health care in the former Soviet Union: implications for health care policy and reform, *American Journal of Public Health*, 86(3): 307–312.

Bobrik, A., Danishevski, K., Eroshina, K. and McKee, M. (2005). Prison health in Russia: the larger picture, *Journal of Public Health Policy*, 26(1): 30–59.

Cocu, M., Thorne, C., Matusa, R., et al. (2005). Mother-to-child transmission of HIV infection in Romania: results from an education and prevention programme, *AIDS Care*, 17(1): 76–84.

Coker, R. J. and Atun, R. (2004). Health care system frailties and public health control of communicable diseases on the European Union's new eastern border, *Lancet*, 363: 1389–92.

Coker, R. J., Dimitrova, B., Drobniowski, F., et al. (2003). Tuberculosis control in Samara Oblast, Russia: institutional and regulatory environment, *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 7(10): 920–932.

Coker, R. J., Dimitrova, B., Drobniowski, F., et al. (2005). Health system frailties in tuberculosis service provision in Russia: an analysis through the lens of formal nutritional support, *Public Health*, 119(9): 837–843.

Colebunders, R., Schroote, W., Dreezen, C., et al. (2001). Antiretroviral treatments used among adults with HIV infection in Europe, *AIDS Care*, 13: 5–14.

Csepe, P., Amirkhanian, Y. A., Kelly, J. A., McAuliffe, T. L. and Mocsonoki, L. (2002). HIV risk behaviour among gay and bisexual men in Budapest, Hungary, *International Journal of STD & AIDS*, 13: 192–200.

Danziger, R. (1994). Discrimination against people with HIV and AIDS in Poland, *British Medical Journal*, 308: 1145–1147.

Danziger, R. (1996a). Compulsory testing for HIV in Hungary, *Social Science and Medicine*, 43(8): 1199–1204.

Danziger, R. (1996b). An overview of HIV prevention in central and eastern Europe, *AIDS Care*, 8: 701–707.

Des Jarlais, D. C., Grund, J. P., Zadoretzky, C., et al. (2002). HIV risk behaviour among participants of syringe exchange programmes in central/eastern Europe and Russia, *International Journal of Drug Policy*, 13: 165–174.

Drobniowski, F., Tayler, E., Ignatenko, N., et al. (1996). Tuberculosis in Siberia: 2. Diagnosis, chemoprophylaxis and treatment, *Tubercle and Lung Disease*, 77(4): 297–301.

Drobniowski, F., Balabanova, Y., Ruddy, M., et al. (2002). Rifampin- and multiple drug resistant tuberculosis in Russian civilians and prison inmates – Dominance of the Beijing strain family, *Emerging Infectious Diseases*, 8: 1320–1325.

Drobniowski, F. A., Atun, R., Fedorin, I., Bikov, A. and Coker, R. (2004). The 'bear trap': the colliding epidemics of tuberculosis and HIV in Russia, *International Journal of STD & AIDS*, 15(10): 641–646.

Dye, C. Watt, C. J., Bleed, D. M., Hosseini, S. M. and Raviglione, M. C. (2005). Evolution of tuberculosis control and prospects for reducing tuberculosis incidence, prevalence, and deaths globally, *Journal of the American Medical Association*, 293(22): 2767–2775.

EC (2004). *Vilnius Declaration on measures to strengthen responses to HIV/AIDS in the European Union and in neighbouring countries [international conference declaration]*. Vilnius: European Commission (http://europa.eu.int/comm/health/ph_threats/com/aids/docs/ev_20040916_rd03_en.pdf, accessed 27 November 2007).

Faustini, A., Hall, A. J. and Perucci, C. A. (2006). Risk factors for multidrug-resistant tuberculosis in Europe: a systematic review, *Thorax*, 61(2): 158–163.

Floyd, K., Hutubessy, R., Samyshkin, Y. et al. (2006). Health systems efficiency in the Russian Federation: tuberculosis control. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(1): 43–51.

Fry, R. S., Khoshnood, K., Vdovichenko, E., et al. (2005). Barriers to completion of tuberculosis treatment among prisoners and former prisoners in St. Petersburg, Russia, *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 9: 1027–1033.

Futures Group and Instituto Nacional de Salud Publica (2005). *Funding required for the*

response to HIV/AIDS in eastern Europe and central Asia. Mexico: Institut Nacional de Salud Publica; Washington, D.C.: World Bank, UNAIDS Secretariat.

Godinho, J., Renton, A., Vinogradov, V., et al. (2005). *Reversing the tide: priorities for HIV/AIDS prevention in central Asia*. Washington, D.C.: World Bank.

Government of Ireland (2004). *Dublin Declaration on Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and central Asia*. Dublin: Government of Ireland (http://www.eu2004.ie/templates/meeting.asp?sNavlocator=5,13&list_id=25, accessed 24 August 2006).

Grassly, N. C., Lowndes, C. M., Rhodes, T., et al. (2003). Modelling emerging HIV epidemics: the role of injecting drug use and sexual transmission in the Russian Federation, China and India, *International Journal of Drug Policy*, 14: 25–43.

Grigoryan, S., Busel, A. and Papoyan, A. (2002). Rapid assessment of the situation on spread of injecting drug use and HIV infection in Yerevan, Armenia, *International Journal of Drug Policy*, 13: 433–436.

Hamers, F. F. and Downs, A. M. (2003). HIV in central and eastern Europe, *Lancet*, 361(9362): 1035–1044.

Hersh, B. S., Popovici, F., Apetrei, R. C., et al. (1991). Acquired immunodeficiency syndrome in Romania, *Lancet*, 338(8768): 645–649.

Hickman, M., Aldous, J., Gazzard, B. and Ellam, A. (1993). AIDS surveillance: a direct assessment of under-reporting, *AIDS*, 7(12): 1661–1665.

Jacobs, B., Clowes, C., Wares, F., et al. (2002). Cost–effectiveness analysis of the Russian treatment scheme for tuberculosis versus short course chemotherapy: results from Tomsk, Siberia, *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 6 (5): 396–405.

Kelly, J. A. and Amirkhanian, Y. A. (2003). The newest epidemic: a review of HIV/AIDS in Central and Eastern Europe, *International Journal of STD & AIDS*, 14(6): 361–371.

Kelly, J. A., Amirkhanian, Y. A., McAuliffe, T. L., et al. (2001). HIV risk behaviour and risk-related characteristics of young Russian men who exchange sex for money or valuables from other men, *AIDS Education and Prevention*, 13(2): 175–188.

Kherosheva, T., Thorpe, L. E., Kiryanova E., et al. (2003). Encouraging outcomes in the first year of a tuberculosis control demonstration programme. Orel Oblast, Russia, *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 7(11): 1045–1051.

Kimerling, M. E. (2000). The Russian equation: an evolving paradigm in tuberculosis control, *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 4(12 Suppl 2): 160–167.

Kirk, O., Mocroft, A., Katzenstein, T. L., et al. (1998). Changes in use of anti-retroviral therapy in regions of Europe over time. EuroSIDA Study Group, *AIDS*, 12: 2031–2039.

Kline, M. W., Matusa, R. F., Copaciu, L., et al. (2004). Comprehensive paediatric human immunodeficiency virus care and treatment in Constanta, Romania: implementation of a programme of highly active antiretroviral therapy in a resource-poor setting, *Pediatric Infectious Disease Journal*, 23(8): 695–700.

Marquez, P. (2005). *Combating HIV/AIDS in eastern Europe and central Asia*. Washington, D.C.: World Bank.

Marx, F. M., Atun, R. A., Jakubowiak, W., McKee, M. and Coker, R. J. (2007). Reform of tuberculosis control and DOTS within Russian public health systems: an ecological study (doi:10.1093/eurpub/ckl098), *European Journal of Public Health*, 17(1): 98–103.

Mawer, C., Ignatenko, N., Wares, D., et al. (2001). Comparison of the effectiveness of WHO short-course chemotherapy and standard Russian anti-tuberculosis regimens in Tomsk, western Siberia, *Lancet*, 358(9280): 445–449.

Migliori, G. B., Khomenko, A. G., Punga, V. V., et al. (1998). Cost–effectiveness analysis of tuberculosis control policies in Ivanovo Oblast, Russian Federation. (Ivanovo Tuberculosis Project Study Group), *Bulletin of the World Health Organization*, 76: 475–483.

Mounier, S., McKee, M., Atun, R. A. and Coker, R. (2007). HIV/AIDS in central Asia, in J. L. Twigg (ed.) *HIV/AIDS in Russia and Eurasia*. New York: Palgrave, 67–100.

Platt, L. and McKee, M. (2000). Observations of the management of sexually transmitted diseases in the Russian Federation: a challenge of confidentiality, *International Journal of STD & AIDS*, 11(9): 563–567.

Rechel, B. and McKee, M. (2005). *Human rights and health in Turkmenistan*. London: London School of Hygiene & Tropical Medicine.

Rhodes, T., Ball, A., Stimson, G. V., et al. (1999). HIV infection associated with drug injecting in the newly independent states, eastern Europe: the social and economic context of epidemics, *Addiction*, 94(9): 1323–1336.

Rhodes, T., Lowndes, C., Judd, A., et al. (2002). Explosive spread and high prevalence of HIV infection among injecting drug users in Togliatti City, Russia, *AIDS*, 16(13): 25–31.

Rhodes, T., Judd, A., Mikhailova, L., et al. (2004). Injecting equipment sharing among injecting drug users in Togliatti City, Russian Federation: maximizing the protective effects of syringe distribution, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 35: 293–300.

Rotily, M., Weilandt, C., Bird, S. M., et al. (2001). Surveillance of HIV infection and related risk behaviour in European prisons. A multicentre pilot study, *European Journal of Public Health*, 11(3): 243–250.

Ruohonen, R. P., Goloubeva, T. M., Trnka, L., et al. (2002). Implementation of the DOTS strategy for tuberculosis in the Leningrad Region, Russian Federation (1998–1999), *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 6(3): 192–197.

Sarang, A., Stuijckte, R. and Bykov, R. (2004). *Implementation of harm-reduction measures in eastern Europe and central Asia: lessons learned*. Vilnius: Central and Eastern European Harm Reduction Network (CEEHRN) (<http://www.ceeurn.org/index.php?ItemId=939>, accessed 27 November 2007).

Slavuckij, A., Sizaire, V., Lobera, L. and Kimerling, M. E. (2000). Decentralization of DOTS programme within Russian penitentiary system, *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 24: 237.

Slavuckij, A., Sizaire, V., Lobera, L., Matthys, F. and Kimerling, M. E. (2002). Decentralization of the DOTS programme within a Russian penitentiary system: how to ensure the continuity of tuberculosis treatment in pre-trial detention centres? *European Journal of Public Health*, 12: 94–98.

Somlai, A. M., Kelly, J. A., Benotsch, E., et al. (2002). Characteristics and predictors of HIV risk behaviours among injection-drug-using men and women in St. Petersburg, Russia, *AIDS Education and Prevention*, 14(4): 295–305.

Stern, V. (1999). *Sentenced to die, the problem of TB in prisons in Eastern Europe and central Asia*. London: Kings College.

Tulchinsky, T. H. and Varavikova, E. A. (1996). Addressing the epidemiologic transition in the former Soviet Union: strategies for health system and public health reform in Russia, *American Journal of Public Health*, 86(3): 313–320.

UNAIDS and WHO (2006). *2006 Report on the Global AIDS Epidemic*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/default.asp, accessed 27 November 2007). Report 1006.

Vickerman, P. and Watts, C. (2002). The impact of an HIV prevention intervention for injecting drug users in Svetlogorsk, Belarus: model predictions, *International Journal of Drug Policy*, 13: 149–164.

WHO (1997). *Treatment of Tuberculosis: Guidelines for National Programmes*. WHO/TB/97.220. Geneva: World Health Organization.

WHO (2005). *Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing*. Geneva: World Health Organization.

WHO Regional Office for Europe (2007). *Eastern Europe has the world's highest rate of multi-drug-resistant tuberculosis (MDR-TB)*. News Release on 22 March 2007.

Copenhagen: WHO Regional Office for Europe ([http:// www.euro. who.int/home/ NewsArchive](http://www.euro.who.int/home/NewsArchive), accessed 12 April 2007).

Wuhib, T., Chorba, T. L., Davidiants, V., MacKenzie, W. R. and McNabb, S. J. (2002). Assessment of the infectious diseases surveillance system of the Republic of Armenia: an example of surveillance in the Republics of the former Soviet Union, *BMC Public Health*, 2: 3.

Zalesky, R., Abdullajev, F., Khechinashvili, G., et al. (1999). Tuberculosis control in the Caucasus: successes and constraints in DOTS implementation, *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 3(5): 394–401.

Реформы систем здравоохранения и инфекционные заболевания в странах Латинской Америки и Карибского бассейна

Patricio Marquez, Oscar Echeverri, Enis Baris

Введение

В соответствии с международными рекомендациями в 1990-х гг. ряд стран Латинской Америки и Карибского бассейна начали проводить реформы здравоохранения (Marquez and Engler 1990), направленные на усиление надзорных и руководящих функций министерств здравоохранения и уменьшение прямого участия министерств в предоставлении медицинских услуг. Кроме того, в ходе реформ планировалось внедрить новые модели финансирования, способствующие созданию у поставщиков услуг стимулов к повышению эффективности работы, децентрализовать службы для повышения их оперативности, пересмотреть пакет медицинских услуг для увеличения охвата населения медицинским обслуживанием и более рационального распределения ресурсов. Государственным учреждениям были предоставлены новые формы юридической и административной самостоятельности. В ряде стран рационализация медицинского обслуживания сопровождалась приватизацией некоторых служб с целью достичь более сбалансированного и эффективного соотношения государственного и частного секторов в финансировании и оказании медицинской помощи. Среди важнейших новшеств следует отметить постепенный переход с субсидирования предложения на субсидирование спроса и создание новых частных организаций для финансирования и предоставления медицинских услуг. Однако привыкшие работать традиционными методами министерства здравоохранения и учреждения социальной защиты не перестроились настолько, чтобы соответствовать масштабам реформ. Надзорно-руководящие функции этих министерств и механизмы контроля за страховыми схемами и медицинским обслуживанием остаются слабыми, что приводит к сбоям

рыночных механизмов, коррупции и неэффективности. Большинство реформ здравоохранения в странах Латинской Америки и Карибского бассейна были нацелены на индивидуальное медицинское обслуживание за счет государственных и муниципальных программ здравоохранения; исключение составляли некоторые профилактические программы, в частности массовые обследования на рак шейки матки и профилактика неинфекционных заболеваний (артериальной гипертензии, сахарного диабета).

Финансирование программ общественного здравоохранения, в частности борьбы с тропическими болезнями, существенно сократилось или вообще прекратилось. Децентрализация, ставшая в те времена модным словечком, свелась к передаче административной и финансовой ответственности за охрану здоровья населения органам местного самоуправления без укрепления необходимой для осуществления этих функций материально-технической базы и систем мониторинга на местах.

Некоторые реформы предусматривали переход с вертикальной модели программ борьбы с инфекционными заболеваниями на горизонтальную и интеграцию вертикальных программ в структуры первичной медицинской помощи. Однако подготовке к такому переходу часто не уделялось достаточного внимания.

Интеграция вертикальных программ или децентрализация их функций предполагает перераспределение некоторых задач, связанных с материально-техническим снабжением, однако на местном уровне эти задачи выполняются менее эффективно, в силу меньшей масштабности действий. Например, очаги тропических инфекционных заболеваний обычно находятся в бедных и труднодоступных районах, поэтому снабжать такие районы пестицидами и лекарственными средствами лучше централизованно. Материально-техническое обеспечение общенациональных программ тоже лучше координировать централизованно. Программы общественного здравоохранения зачастую имеют слабое материально-техническое обеспечение, а децентрализация затрудняет выполнение этой важнейшей функции, что приводит к нехватке самого необходимого. Слабая материально-техническая база национальных систем здравоохранения была одной из причин, по которой финансирующие организации отдали предпочтение вертикальной модели снабжения.

Ниже приводятся примеры опыта разных стран, иллюстрирующие влияние реформ здравоохранения на борьбу с инфекционными заболеваниями в странах Латинской Америки и Карибского бассейна.

Опыт отдельных стран

В Аргентине реформы здравоохранения усугубили уже имевшиеся недостатки в этой сфере. Мероприятия по охране и укреплению здоровья населения упоминались в программных документах, но в ходе осуществления реформ были преданы забвению (Lloyd-Sherlock 2005).

В Бразилии реформа здравоохранения привела в действие механизм постепенной децентрализации, предполагавший три уровня: полностью государственное управление; муниципально-государственное управление, при котором муниципальные власти обеспечивают первичную

медицинскую помощь, а государство — более сложные виды медицинского обслуживания; полностью муниципальное управление, при котором местные власти отвечают за все виды медицинского обслуживания. Полная передача медицинского обслуживания в муниципальное ведение осуществляется по просьбе местных властей, однако окончательное решение принимает федеральное правительство, которое определяет, способен ли данный муниципалитет справиться со столь широкими административными полномочиями. В 1999 г. медицинское обслуживание находилось всецело в ведении муниципалитетов лишь в 8% округов, а в 80% округов на муниципальные власти возлагалась только первичная медицинская помощь. Для человека, не имеющего страховки, вероятность получения медицинской помощи в городах, где распределение ресурсов здравоохранения полностью находится под контролем муниципалитета, не выше, чем в городах, где муниципальные власти контролируют эти ресурсы лишь частично. Однако вероятность получения медицинской помощи ниже, если у муниципалитета нет плана управления (Mobarak, Rajkumar and Cropper 2004). Децентрализация негативно отразилась на ключевых программах общественного здравоохранения из-за слабости местного самоуправления, плохой координации, неадекватного мониторинга и отсутствия программ обучения медицинского персонала. Болезненным вопросом стало изменение статуса государственных служащих, которые превратились в муниципальных работников. Растет смертность от туберкулеза (отчасти из-за эпидемии СПИДа), а в некоторых районах Бразилии вновь появились случаи желтой лихорадки, ликвидированной в стране еще в 1950-е гг. В последние годы вновь дали о себе знать лихорадка денге и холера, которые когда-то считались взятыми под контроль (World Bank 1999). Административная децентрализация служб здравоохранения и передача их в ведение муниципальных органов, по-видимому, уменьшают доступность медицинского обслуживания для тех, у кого нет страховки (Mobarak, Rajkumar and Cropper 2004). С 1999 г. в Бразилии борьба с трансмиссивными инфекциями, включая малярию, болезнь Чагаса, желтую лихорадку и лихорадку денге, возложена на бывшую федеральную Программу охраны здоровья семьи. Несмотря на обширный опыт страны в борьбе с трансмиссивными инфекциями, сложность вмешательств (клинические и лабораторные исследования, изменение поведения, контроль за состоянием окружающей среды) и трудности с материально-техническим обеспечением породили «слабые звенья» и помешали успешной реализации такого «горизонтального», децентрализованного подхода.

В Докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире за 2000 г., посвященном деятельности систем здравоохранения, на первое место среди стран Латинской Америки и Карибского бассейна поставлена система здравоохранения Колумбии (WHO 2000). Медицинским страхованием в Колумбии охвачено почти 60% населения (в начале 1990-х гг. этот показатель составлял около 20%). Однако в области общественного здравоохранения ситуация оставляет желать лучшего: уменьшился охват вакцинацией, что привело к вспышкам дифтерии и кори; ослабление программ общественного здравоохранения сопровождалось ростом заболеваемости туберкулезом и малярией, вспышками лихорадки денге, желтой лихорадки и лейшманиоза. Ослабла борьба с туберкулезом: снизилось число вакцинаций БЦЖ, уменьшилась выявляемость новых случаев болезни

и ухудшилось отслеживание контактов, снизилась эффективность лечения и возросло число больных, выбывших из-под наблюдения (Arbelaez et al. 2004). В недавнем исследовании, где анализировалось влияние реформ здравоохранения в Колумбии на состояние Национальной сети лабораторий общественного здравоохранения и Национальных специализированных лабораторий, выяснилось, что реформа не способствовала повышению эффективности работы этих лабораторий, наоборот, их деятельность оказалось под угрозой из-за сокращения государственного финансирования и несогласованности существующих нормативов (López 2003).

В Мексике недавние реформы здравоохранения были направлены на устранение неравенства, обусловленного финансовым положением, неравномерности в распределении ресурсов между теми, кто имеет медицинскую страховку и кто ее не имеет, и недостаточного инвестирования в инфраструктуру. Эти реформы четко нацелены на выделение службам общественного здравоохранения средств для предоставления населению комплексного пакета услуг, в том числе при тяжелых заболеваниях, требующих дорогостоящего лечения. Эти услуги будут постепенно расширяться с учетом экономической эффективности, наличия ресурсов, социальной приемлемости и расширения участия некоммерческого и частного секторов. В финансовом отношении реформа предусматривает отдельное финансирование индивидуальных и неиндивидуальных медицинских услуг, гарантируя выделение средств на программы общественного здравоохранения (Frenk 2004).

Опыт Мексики в децентрализации государственных структур на уровне штатов оказался успешным: финансовая и административная ответственность была постепенно передана от федерального правительства штатам, а от штатов – муниципальным образованиям. Децентрализация подразумевала возложение новых функций на руководителей социальных секторов (здравоохранения, образования), новые формы распределения ресурсов на уровне штатов и новые обязанности муниципальных служб здравоохранения. Постепенная передача политической, финансовой и административной ответственности промежуточным звеньям государственного управления представляет для стран Латинской Америки и Карибского бассейна, быть может, самую сложную задачу, с учетом слабой организационной и технической базы муниципальных служб здравоохранения.

Положительными примерами успешной вертикальной интеграции комплексных мероприятий по охране здоровья, включающих принятие эффективных решений на уровне штата и их полноценную реализацию на местном уровне, служат Программа образования, здравоохранения и питания для бедных слоев населения *Progresa/Oportunidades* и Программа расширения охвата медицинским обслуживанием граждан, не имеющих медицинской страховки. В 1995–2001 гг. эти программы помогли охватить основными медицинскими услугами более 10 млн бедняков, рассредоточенных по поселкам с населением менее 500 человек (Marquez and De Geyndt 2002).

Ключевую роль в успешной борьбе Мексики с инфекционными заболеваниями в регионе сыграли непрерывные усилия по преобразованию сектора здравоохранения путем совершенствования схем финансирования, постепенной децентрализации, вертикальной интеграции отдельных

программ здравоохранения, а также активная деятельность политических объединений и должностных лиц по пропагандированию и внедрению эффективных программ иммунизации.

Уроки реформ

Начало XXI века ознаменовалось новыми, еще более сильными вспышками инфекционных заболеваний. Выявлено около 35 новых и возродившихся старых инфекций, представляющих угрозу населению всего мира. Некоторые из них передаются трансмиссивным путем и широко распространены в Латинской Америке и Карибском бассейне. В развитых странах, особенно за пределами тропического пояса, эти заболевания встречаются гораздо реже, и поэтому борьба с ними не рассматривается в качестве приоритетной задачи здравоохранения. Однако в связи с изменением климата и других факторов окружающей среды, миграцией, возросшим объемом авиаперевозок и изменениями в экологии переносчики трансмиссивных болезней представляют потенциальную угрозу для всего мира.

Малярия, лихорадка денге, холера, туберкулез и ВИЧ/СПИД имеют много общего, что позволяет эффективно бороться с ними совместными усилиями. Все эти болезни тесно связаны с бедностью, социальным неравенством, плохими жилищными условиями, рискованным поведением и неадекватным медицинским обслуживанием. Следовательно, снижение уровня бедности, улучшение жилищных условий, устранение социального неравенства и повышение доступности медицинского обслуживания в сочетании с мерами по сдерживанию трансмиссивных инфекций, учитывающими изменения в окружающей среде и человеческом поведении, позволят существенно снизить заболеваемость этими инфекциями (включая тропические заболевания) и уменьшить их тяжесть.

Действия систем здравоохранения в отношении инфекционных заболеваний были неупорядоченными и по большей части неоправданными, так как реформы отодвинули общественное здравоохранение на второй план. Во многих странах Латинской Америки и Карибского бассейна это происходило с середины 1980-х гг. и оказало прямое негативное влияние на борьбу с инфекционными заболеваниями. Помимо игнорирования программ общественного здравоохранения к наиболее спорным моментам реформ относятся несвоевременная и непропорциональная финансовая и административная децентрализация, приведшая к преобразованию вертикальных программ в горизонтальные без тщательного учета возможностей на местах. Следует рассмотреть возможность вертикальной интеграции национальных программ с точки зрения материально-технического обеспечения, руководства, систем эпидемиологического надзора и информационной поддержки, установления и соблюдения стандартов, а также обеспечения четкой работы на местах.

Изложенные в следующих разделах уроки, извлеченные из опыта стран Латинской Америки и Карибского бассейна, могут оказаться полезными и для других стран.

Важность руководящей роли государства и его и последовательной политики

Курс на решение задач общественного здравоохранения и реализацию программ в этой сфере должен быть надежно подкреплён государственной программой развития и необходимыми бюджетными ассигнованиями. Государство должно поставить четкие задачи и неуклонно работать над их выполнением. Финансирование общественного здравоохранения — обязанность государства. В Латинской Америке и Карибском бассейне средства, выделяемые на общественное здравоохранение, в частности на реализацию его основных функций, составляют менее 1% от всех государственных расходов на здравоохранение (РАНО 2002). Если добавить расходы на отдельные программы общественного здравоохранения, этот показатель слегка увеличится, но по-прежнему останется очень низким.

Необходимость активного участия общественности

Усилия муниципальных органов власти, привлечение общественности и активное участие населения в разработке и реализации программ здравоохранения — важнейшие факторы стабильного функционирования таких программ, обеспечивающие одновременно заинтересованность местных властей и населения в достижении успеха. Кроме того, мобилизация ресурсов на местах в виде вложения средств муниципальными органами власти, вклада общественности в натуральной форме и работы на общественных началах, в дополнение к ассигнованиям из государственного бюджета, поможет оградить программы от экономических и политических потрясений.

Управление процессом децентрализации

Децентрализацию следует проводить избирательно и постепенно, в соответствии с возможностями управления на местном уровне. Важный урок, извлеченный из опыта Мексики, заключается в том, что централизация и децентрализация могут сосуществовать, и вместо того, чтобы выбирать что-то одно, нужно определить, в какой мере оба процесса могут идти рука об руку, открывая наиболее эффективный путь к успешной организации медицинского обслуживания и мероприятий общественного здравоохранения, в том числе борьбы с инфекционными заболеваниями. Децентрализация не предполагает резких и быстрых шагов. Это длительный и сложный процесс, требующий комплексных действий, в котором политические решения являются лишь отправной точкой. В отсутствие активной централизованной поддержки экономически слабых регионов децентрализация управления человеческими, материально-техническими и финансовыми ресурсами может нанести таким регионам ущерб. Между предоставлением самостоятельности и директивным подходом существует очень тонкая грань, которую нужно найти. Когда предлагаются административные реформы по переводу национальных программ в «горизонтальную»

плоскость, следует сначала подумать об их вертикальной интеграции с точки зрения материально-технического обеспечения, управления, систем эпидемиологического надзора и информационной поддержки, установления и соблюдения стандартов и организации четкой работы на местах.

При перестройке систем здравоохранения о слабом материально-техническом обеспечении, особенно в сфере борьбы с инфекционными заболеваниями, не задумывались. Надежная система материально-технического обеспечения означает наличие нужных товаров соответствующего качества и стоимости в необходимом количестве в нужном месте и в нужное время. От этого зависит, будет ли борьба с инфекционными заболеваниями эффективной, или заболеваемость будет расти.

Важность развития человеческих ресурсов

Человеческие ресурсы — важнейший элемент общественного здравоохранения. Тем не менее в общественном здравоохранении стран Латинской Америки и Карибского бассейна человеческими ресурсами больше всего пренебрегают и их меньше всего ценят. В результате многим странам трудно обеспечить наличие медицинских работников нужного профиля в нужном количестве и в нужном месте для осуществления новых реформ в сфере организации и оказания медицинской помощи. В большинстве реформ здравоохранения важность планирования медицинских кадров упускали из виду. Однако сейчас растет осознание необходимости всерьез задуматься над этим вопросом, в том числе над тем, как избежать переизбытка одних специалистов и нехватки других — проблемы, которая часто усугубляется недостаточным уровнем подготовки кадров, и над тем, какую роль могут сыграть в этом образовательные учреждения. Успешные мероприятия общественного здравоохранения в Латинской Америке и Карибском бассейне, такие, как программа ликвидации кори, были реализованы благодаря повышению профессиональных и административных навыков медицинских работников на различных уровнях системы, в частности на местном уровне.

Укрепление политики и программ межсекторного взаимодействия

Расширению охвата населения медицинским обслуживанием препятствует не только скудное финансирование, но и пренебрежение первичной медицинской помощью и участием общественности, которым в программах здравоохранения отведена минимальная роль. Практически отсутствует и межсекторное взаимодействие, особенно в проведении многих важных мероприятий по укреплению здоровья и профилактике заболеваний. Для того чтобы программы по борьбе с инфекционными заболеваниями были успешными, необходимо уделять большое внимание как мерам индивидуальной защиты, ранней диагностике и незамедлительному лечению в случае подозрения на болезнь, так и информированию населения, проведению просветительских кампаний, устранению резервуаров

возбудителей при активном участии органов местного самоуправления и общественных организаций, укреплению местной инфраструктуры (лабораторий, лечебно-профилактических учреждений и общественных организаций) в районах с высокой заболеваемостью.

Острая необходимость в надежных информационных системах и системах эпидемиологического надзора

К важнейшим функциям общественного здравоохранения относятся отслеживание тенденций заболеваемости, поведенческих факторов, чрезвычайных происшествий, воздействия токсичных веществ и вредных факторов окружающей среды. Необходимо совершенствовать: 1) управление и контроль за основными направлениями работы программ для того, чтобы последние выполнялись в соответствии с поставленными задачами; 2) системы, обеспечивающие получение требуемых услуг целевыми группами населения; 3) механизмы контроля за выделением и расходованием бюджетных средств для адекватного и своевременного использования ресурсов; 4) оценку результатов программ с помощью измеримых и понятных показателей, которые используются при принятии решений на различных уровнях системы, в частности для выбора экономически наиболее эффективных стратегий. Таким образом можно добиться стабильной работы программ в изменчивых политических и экономических условиях. Однако следует четко понимать, что тщательный мониторинг и оценка программ невозможны без хорошо организованных информационных систем и реальных стимулов для их эффективной работы. Поэтому подобные нововведения пройдут успешнее, если решения о распределении ресурсов — как на государственном уровне, так и на уровне программ — будут зависеть от достигнутых результатов.

Важно подчеркнуть, что одной из приоритетных задач должно стать совершенствование управленческих информационных систем, мониторинга и оценки, регулярного обмена лабораторными данными и информацией о результатах работы. Немалые ресурсы, выделенные на установку электронных информационных систем, были потрачены впустую, так как при этом не уделили внимания должной подготовке персонала и стандартизованному программному обеспечению для ввода, вывода и обработки данных.

Заключение

В заключение полезно вспомнить мнение Сигериста: «... совершенно очевидно, что средства и методы, используемые в профилактике заболеваний, создают наука и медицина. Однако будут эти методы применяться или нет, зависит не только от медицины, но и в гораздо большей степени от философских и социальных тенденций времени» (Sigerist 1933). Поэтому для того, чтобы сохранить и надолго закрепить успехи, достигнутые в профилактике инфекционных заболеваний в странах Латинской Америки и Карибского бассейна, следует формировать и поддерживать отношение к здоровью как к самостоятельной ценности, начав с переосмысления

реформ здравоохранения и включения в них программ и мероприятий общественного здравоохранения как важнейшего элемента модернизации данного сектора.

Литература

Arbelaez, M. P., Gaviria, M. B., Franco, A., et al. (2004). Tuberculosis control and managed competition in Colombia, *International Journal of Health Planning and Management*, 19(Suppl 1): 25-43.

Frenk, J. (2004). *Fair financing and universal social protection: the structural reform of the Mexican health system*. Mexico: Ministry of Health.

Lloyd-Sherlock, P. (2005). Health sector reform in Argentina: a cautionary tale, *Social Science and Medicine*, 60(8): 1893-1903.

López, Y. L. (2003). Los laboratorios de salud pública en el Sistema de Seguridad Social en Salud, Colombia, 2000. Estudio de caso [The public health laboratories under the Social Health Insurance, Colombia, 2000], *Revista de la Facultad Nacional de Salud Publica*, 21(1): 9-25.

Marquez, P. V. and Engler, T. (1990). Crisis y Salud: Retos Para la Decada de los 90 [Crisis and health: challenges for the 1990s], *Educacion Medica y Salud*, 24(1).

Marquez, P. and De Geyndt, W. (2002). Mexico: reaching the poor with basic health services. Washington, D.C.: World Bank (En Breve series, March).

Mobarak, A. M., Rajkumar, A. S. and Cropper, M. (2004). *The political economy of health service provision and access in Brazil*. World Bank Publication, 2004. Boulder, Colorado: Institute of Behavioural Science.

PAHO (2002). *Public health in the Americas. Conceptual renewal performance assessment, and bases for action*. Washington, D.C: Pan American Health Organization.

Sigerist, H. E. (1933). The philosophy of hygiene, *Bulletin of the History of Medicine*, I: 365-388.

WHO (2000). *World Health Report 2000 – Health systems: improving performance*. Geneva: World Health Organization. (на русском языке: Доклад о состоянии здравоохранения в мире – 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. – Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2000 г.)

World Bank (1999). Health care in Brazil: addressing complexity. Operations evaluation Department *Precis*, Spring (189): 1-5.

Борьба со СПИДом и с туберкулезом в Бразилии: уроки переходной экономики

Eduardo Gómez

Введение

В последние годы Бразилия успешно борется с эпидемией СПИДа. Развитый, высокоцентрализованный управленческий аппарат, хорошо организованная общественная поддержка и тесное взаимодействие с мировым сообществом в сфере здравоохранения и финансов с начала 1990-х гг. привели к впечатляющему снижению смертности от СПИДа. Однако при анализе государственной политики не всегда учитывается тот факт, что в отношении других заболеваний (например, туберкулеза) сходные результаты не достигнуты. Туберкулезу уделяется значительно меньше внимания, несмотря на то что он распространяется одновременно с ВИЧ/СПИДом, а отчасти – и как следствие ВИЧ-инфекции. В этой главе раскрывается, почему Бразилия изначально была в гораздо большей степени нацелена на борьбу со СПИДом, чем с туберкулезом, и как это отражается на переходной экономике и на состоянии демократии в целом.

Важно отметить, что борьба со СПИДом в Бразилии не всегда велась так упорно. В этой главе показано, что новое демократическое правительство Бразилии (пришедшее к власти в 1985 г., после двух десятилетий военного режима) поначалу не уделяло этой проблеме должного внимания, возложив борьбу со СПИДом на местные органы власти. Поэтому тот успех в борьбе со СПИДом, который видит мировая общественность, был не результатом укрепления демократии, а ответом на новые международные и внутренние стимулы, побудившие страну к административным и политическим переменам. Точнее говоря, именно воздействие со стороны мирового сообщества и внутренние стимулы, появившиеся в результате этого воздействия, стали в итоге импульсом к началу активной борьбы со СПИДом и, хотя гораздо позднее, с туберкулезом. В данной главе особенно подчеркивается, что страны с переходной экономикой не всегда быстро откликаются на потребности своих систем здравоохранения, даже будучи осведомленными о новых эпидемиях.

В отношении борьбы со СПИДом можно утверждать, что бездействие правительства и неспособность местных органов власти должным образом отреагировать на распространение заболевания были связаны с верой нового правительства в то, что наиболее демократичным и эффективным методом деятельности здравоохранения является децентрализация. Однако децентрализация здравоохранения, проведенная в 1982 г. (Унифицированная децентрализованная система здравоохранения — *Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde*, SUDS), привела к тому, что ответственность за здравоохранение легла на власти штатов, а позднее — муниципалитетов (в 1988 г., после внедрения Унифицированной системы здравоохранения — *Sistema Único de Saúde*, SUS), которые были совершенно не готовы к борьбе со СПИДом (табл. 13.1). Новая система здравоохранения при переходном военном правительстве — яркий пример того, что у Smoke, Peterson and Gómez (2006) названо «скороспелой децентрализацией»¹, — помешала государству оперативно отреагировать на эпидемию. Парадоксально, но «демократический подход» военного режима к медицинскому обслуживанию посредством децентрализации и повышения уровня ответственности на местах в конечном счете привел к крайне неэффективной политике в сфере борьбы со СПИДом.

Таблица 13.1. Этапы децентрализации здравоохранения в Бразилии

	1982	1987	1988
AIS	Правительство проводит децентрализацию здравоохранения по штатам с целью создания первой в Бразилии универсальной системы здравоохранения, которая полностью управлялась бы на уровне отдельных штатов		
SUDS		Расширяет полномочия штатов и дает им право на децентрализацию управления по муниципалитетам	
SUS			Полностью передает все функции политики и управления муниципалитетам, оставляя штатам ограниченную роль технической и финансовой поддержки

Источник: Eduardo Gómez, собственные расчеты, 2007 г.

Примечание: AIS — комплексная система здравоохранения (Acoes Integradas de Saúde); SUDS — Унифицированная децентрализованная система здравоохранения (Sistema Unico de Saúde); SUS — унифицированная система здравоохранения (Sistema Unico de Saúde).

¹ «Скороспелая децентрализация» означает быструю децентрализацию при нежелании федерального правительства удостовериться, что органы власти штатов и муниципалитетов готовы к новым обязанностям. Подробнее см. Smoke, Peterson and Gómez (2006).

Кроме того, децентрализация позволяла федеральному правительству бездействовать в отношении СПИДа и даже способствовала такому бездействию. В некотором смысле она дала государству законный повод ни во что не вмешиваться.

Несмотря на переход к демократии, чтобы побудить правительство к действию, в конечном счете понадобилось воздействие извне и появление новых внутренних политических стимулов. К началу 1990-х гг. призывы со стороны международных организаций здравоохранения и перспектива получения нового займа от Всемирного банка побудили президентов Итамара Франко (1992–1994 гг.) и Фернандо Кардозо (1994–2002 гг.) к расширению и укреплению Национальной программы по борьбе с ЗППП/СПИДом (PNDST/AIDS). Был внедрен также целый ряд новых мер в области профилактики и лечения. С тех пор правительство страны занимает, пожалуй, ведущее положение в мире в вопросах борьбы со СПИДом.

Извлекло ли правительство урок из борьбы со СПИДом и реагирует ли сходным образом на другие эпидемии? Вовсе нет. Несмотря на опыт борьбы со СПИДом и на переход к так называемой представительной демократии (а значимость этого перехода невозможно переоценить), правительство *вновь* не сумело быстро откликнуться на появление новых эпидемий и на нужды гражданского общества. Например, хотя туберкулез к 1960-м гг. удалось почти полностью искоренить, в начале 1980-х гг. он появился вновь, отчасти вследствие распространения ВИЧ и обнищания населения в таких перенаселенных городах, как Рио-де-Жанейро и Сан-Паулу. Тем не менее ни отсутствие общественных предрассудков, ни нужды тех, кто был одновременно заражен туберкулезом и ВИЧ/СПИДом (в первую очередь бедного населения, которое теоретически должно было больше всего выиграть от децентрализации), не смогли побудить правительство к действию.

Достаточно вялая реакция правительства на рост заболеваемости туберкулезом обусловлена следующими структурными факторами. Во-первых, в отличие от загадочной, привлекшей внимание всего мира эпидемии СПИДа, туберкулез, так же как проказа и малярия, не привлекал столь пристального внимания мирового сообщества и не вызывал такого глобального интереса. В результате правительство не стремилось к мировому признанию своих усилий по борьбе с туберкулезом, как это было в случае со СПИДом. Во-вторых, борьба с туберкулезом не получала поддержки со стороны развитой сети общественных организаций, борющихся за права человека (в том числе за права мужчин гомосексуальной ориентации) и равноправие в медицинском обслуживании, как это было в случае СПИДа. Даже сейчас в Бразилии нет ни одной неправительственной организации, полностью сосредоточенной на борьбе с туберкулезом, — есть только группа организаций, деятельность которых посвящена СПИДу и связанным с туберкулезом вопросам. И, наконец, еще одна причина бездеятельности правительства — мнение, что к 1960-м гг. туберкулез был искоренен. Это мнение не связано ни с общественной моралью, ни с дискриминацией немущих, а отражает структурные изменения — снижение заболеваемости туберкулезом в 1960–1970-х гг. и снижение мотивации к лечению болезни.

Тем не менее рост давления на международном уровне, включая открытую критику со стороны таких организаций, как ВОЗ и Всемирный банк, а также недавние финансовые вливания в борьбу с туберкулезом, основным источником которых служит Глобальный фонд для борьбы со

СПИДом, туберкулезом и малярией, дают основания надеяться, что правительство в конце концов примет меры. Как и в ситуации со СПИДом, усиление воздействия извне и стимулы к изменениям, имеющиеся внутри страны, могут вновь побудить правительство к действию. Из этой главы видно, что в случае новой эпидемии страны с переходной экономикой, возможно, отреагируют лишь на давление извне и необходимость в организационных и политических реформах, а не на насущные нужды гражданского общества.

Государственная политика в области борьбы со СПИДом

Первый подтвержденный случай заболевания ВИЧ/СПИДом в Бразилии датируется 1981 г. Первое время, как и в США, вирус распространялся быстро. К 1985 г. общее число подтвержденных случаев заболевания выросло до 554, из них 154 закончились смертью. Как видно из рис. 13.1, до 1996 г. заболеваемость СПИДом стремительно росла, а затем этот рост несколько замедлился, и, по данным Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу, сейчас заболеваемость ВИЧ/СПИДом в Бразилии остается постоянной. К 2001 г. развернутая стадия СПИДа наблюдалась примерно у 610 000 бразильцев (около 0,7% всего населения), а в последующие годы число новых случаев заболевания существенно снизилось — с 32 526 в 2003 г. до 13 933 в 2004 г.

Распространение СПИДа в разных группах населения Бразилии сильно различается. В 1996 г. 32,7% случаев заболевания приходилось на мужчин гомосексуальной ориентации, 21,4% — на потребителей инъекционных наркотиков и 18,2% — на людей гетеросексуальной ориентации. Однако к

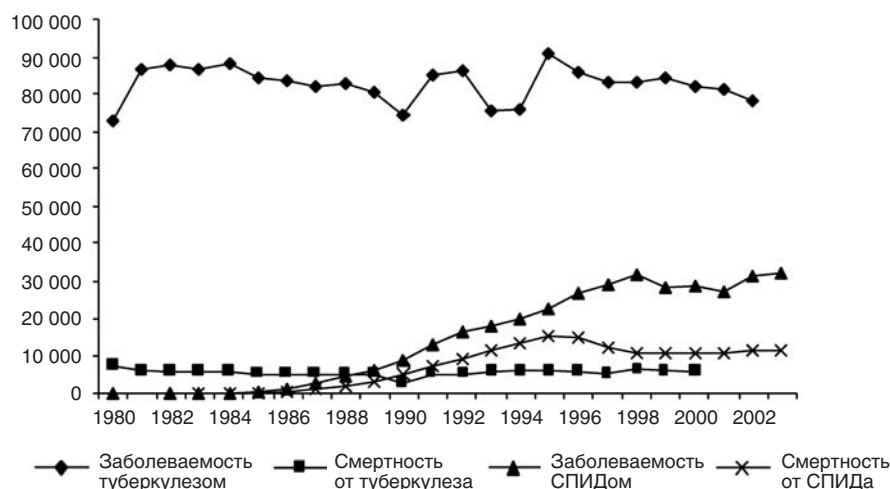


Рисунок 13.1. Заболеваемость и смертность от туберкулеза и СПИДа в Бразилии в 1980–2003 гг.

Источник: Ministry of Health 2006.

1998 г. соотношение заметно изменилось: большинство подтвержденных случаев приходилось на людей гетеросексуальной ориентации (47,8%), тогда как заболеваемость среди мужчин гомосексуальной ориентации снизилась до 22,4%, а среди потребителей инъекционных наркотиков — до 13,3%. К 2001 г. на людей гетеросексуальной ориентации приходилось 59,4% случаев заболевания СПИДом, в то время как на мужчин гомосексуальной ориентации и потребителей инъекционных наркотиков — 18,5 и 8% случаев соответственно (Васон 2004).

Децентрализация здравоохранения была неразрывно связана с демократическими преобразованиями. В 1982 г., всего за три года до начала демократизации, военное правительство решило децентрализовать всю систему медицинского обслуживания и управления здравоохранением, передав ее в ведение губернаторов штатов². С точки зрения правительства, децентрализация здравоохранения была нововведением, позволявшим убить сразу двух зайцев: с одной стороны, существенно снизить расходы федерального правительства на медицинское обслуживание, с другой — продемонстрировать приверженность правительства демократии путем вовлечения гражданского общества в процесс политических реформ, что, в свою очередь, повысит качество этих реформ. Таким образом, децентрализация отражала интересы самого правительства, а не была результатом воздействия извне.

Первый комплекс мер по децентрализации получил название Интегрированной системы здравоохранения — *Acoes Integradas de Saúde* (AIS). В попытке сдержать гиперинфляцию и сократить расходы федеральное правительство стремилось быстро переложить бремя ответственности на штаты. Основной целью было создание унифицированной (универсальной) системы здравоохранения, управляемой на уровне штатов, с особым вниманием к первичной медицинской помощи, опорой на мало востребованные государственные учреждения вместо частных, жестким контролем над дорогостоящими медицинскими процедурами и расценками на договорное обслуживание (Harmeling 1999). Ранее все это находилось в ведении Министерства здравоохранения, действовавшего через INAMPS.

На этом децентрализация не закончилась. В 1987 г., через два года после начала демократических преобразований, администрация Жозе Сарнея внедрила систему SUDS, продолжавшую принципы AIS и в то же время расширявшую полномочия штатов в области управления здравоохранением. А самое главное, секретариаты здравоохранения штатов впервые получили полное право самостоятельно решать, какую степень финансовой и административной автономности предоставлять муниципальным органам здравоохранения (Lobato 1998; Nascimento 1999). Таким образом, правительство было заинтересовано в передаче муниципалитетам более широких полномочий.

² Отметим, однако, что децентрализации предшествовал ряд споров в правительстве. Министерство здравоохранения разрывалось между теми, кто отстаивал идею контроля федерального правительства над проведением политики, прежде всего силами Национального института медицинской помощи и социального обеспечения (INAMPS) и Министерства здравоохранения, и теми, кто стоял за более децентрализованный подход (главным образом из-за его большей экономической эффективности). В 1982 г., после нескольких лет дебатов, правительство, наконец, приняло решение о децентрализации. Подробнее о причинах этого шага см. Arretche and Marques (2002).

Данные меры подготовили почву для передачи всех финансовых и административных полномочий муниципальным органам здравоохранения. В 1988 г. Конгресс внедрил систему SUS — первую в Бразилии полностью децентрализованную универсальную систему здравоохранения. В отличие от AIS и SUDS, она предусматривала полную децентрализацию на уровне муниципальных органов здравоохранения. Целью и в этот раз было повышение эффективности и доступности медицинского обслуживания (это важно, поскольку в Бразилии 5043 муниципалитета), а также снижение расходов за счет более жесткого контроля за тратами со стороны мэров.

Однако все эти меры предпринимались слишком быстро. Так, система SUS немедленно реализовывалась на уровне муниципалитетов, а они не были готовы к нововведениям по следующим причинам:

- финансовая несостоятельность, обусловленная неспособностью получать средства от секретариатов здравоохранения штатов;
- техническое несовершенство вследствие нехватки врачей и медицинских сестер;
- дефицит базовой медицинской инфраструктуры, например госпитальных коек.

В результате была создана государственная система здравоохранения, совершенно не готовая к эпидемии. И, что еще хуже, в 1982—1988 гг. большинство губернаторов — пожалуй, за исключением Сан-Паулу, который всегда пользовался большей автономией в медицинских вопросах, — выступали против децентрализации ресурсов в пользу муниципалитетов. Полный контроль над здравоохранением означал доступ к средствам, право на получение финансирования, известность и т. п. Децентрализация угрожала губернаторам потерей доступа к финансам, утратой политической популярности, а значит, и влияния. Поэтому губернаторам было во многом невыгодно поддерживать муниципальные органы здравоохранения в самый пик эпидемии СПИДа.

Здесь следует задать вопрос: где же было федеральное правительство в первые несколько лет эпидемии СПИДа? Что стало с практикой немедленного вмешательства, направленного на то, чтобы убедиться в наличии у местных органов власти необходимых для борьбы с эпидемией ресурсов? Что стало с давней традицией создания и поддержания централизованного административного аппарата, призванного оказывать оперативную помощь муниципальным органам здравоохранения в случае новых эпидемий? Важно помнить, что подобная практика, уходящая корнями в 1920-е гг., поддерживалась и даже расширялась при нескольких военных и демократических режимах, вплоть до прихода к власти в 1964 г. военной диктатуры (Gómez [готовится к печати]; Nochman 1998). Почему же правительство пренебрегло привычной практикой, когда возникла угроза эпидемии СПИДа?

Ответ прост. Авторитарная приверженность идеям децентрализации, подкрепленная мыслями о тесной связи децентрализации с демократизацией, создала в кругах политической элиты ощущение, что эпидемии СПИДа можно более эффективно противостоять на региональном уровне. Президент и сменяющие друг друга министры здравоохранения считали, что децентрализация сама по себе — наиболее эффективная мера

борьбы с эпидемией СПИДа и другими заболеваниями. Это мнение было основано в первую очередь на предполагаемых преимуществах от повышения ответственности и прозрачности выборных органов власти, поэтому быстрый отклик на нужды местных органов здравоохранения попросту не предусматривался. В результате к принятию срочных мер не стремились. Важно отметить, что при этом правительство четко осознавало, что муниципальные структуры здравоохранения нуждаются в финансовой помощи и что в техническом и административном отношении они не способны самостоятельно справиться с угрозой.

Когда игнорировать данные о распространении СПИДа стало уже невозможно, правительство наконец приняло ответные меры. В 1985 г. под эгидой Министерства здравоохранения была принята новая федеральная программа PNDST/AIDS. Однако она была слабой и, что еще хуже, не учитывала потребностей лиц гомосексуальной ориентации и потребителей инъекционных наркотиков. По сути это была «косметическая» программа: она создавала лишь видимость конструктивной деятельности правительства (Daniel 1991; Gómez [готовится к печати]). Занятые в программе должностные лица практически не встречались с лицами гомосексуальной ориентации или теми, кто употреблял наркотики. В рамках программы оказывалось мало помощи муниципальным органам здравоохранения, и даже в разгар эпидемии, в 1991 г., один из ее бывших директоров не только не ограничил ежегодный карнавал в Рио-де-Жанейро, но и не дал распоряжения своим подчиненным провести там раздачу презервативов. Тем временем доступ к зидовудину (препарат против СПИДа) был сильно ограничен, а у правительства не хватало средств — а значит, и заинтересованности — для того, чтобы помочь местным органам власти в финансировании программ профилактики и лечения.

К чести правительства нужно отметить, что оно развернуло достаточно широкое публичное обсуждение нового заболевания и весьма активную просветительскую кампанию на тему СПИДа. Тем не менее к концу 1990-х гг. многим стало ясно, что, во-первых, программа PNDST/AIDS крайне неэффективна и, во-вторых, большинству муниципалитетов не хватает средств для борьбы со СПИДом. Несколько муниципалитетов за это время развернули собственные программы борьбы со СПИДом (Tei XEira 1997). Однако большинство местных органов не обладали базовой инфраструктурой, необходимой для активной борьбы с эпидемией — госпитальными койками, одноразовыми иглами, хирургическими столами, медицинским персоналом (Tei XEira 1997; Visao: Revista semanal de informacao 1985). В этих условиях вирус СПИДа продолжал распространяться. В конце концов молодая, гордая демократия, провозгласившая приоритет прав человека, равенства и всеобщего доступа к медицинской помощи, практически ничего не сделала, чтобы помочь муниципальным органам здравоохранения в борьбе со СПИДом. Да, демократическая децентрализация была достигнута, но для чего?

Международное медицинское сообщество и реакция внутри страны

При новом правительстве в Бразилии в конце концов началась борьба со СПИДом. В противовес предположениям теоретиков, изучавших процесс

демократизации (Gerring 2005; Haggard and Kaufman [готовится к печати]), правительство отреагировало не на растущее общественное недовольство, нужды общества, необходимость принятия на себя политической ответственности или близость выборов, иными словами — не на «восходящие» демократические стимулы к реформам. Это была реакция на новые виды давления со стороны мирового сообщества (ООН, ВОЗ, Всемирного банка, Панамериканской организации здравоохранения) и на политические стимулы к ответу на это давление посредством организационных и политических реформ. Весомый ответ на угрозу СПИДа появился лишь в результате давления извне.

Как только мировая медицинская общественность стала уделять СПИДу больше внимания, а это произошло в конце 1980-х гг., ее примеру последовало и бразильское правительство. К этому моменту рост интереса во всем мире к проблеме борьбы со СПИДом в сочетании с прямым давлением со стороны ВОЗ и других организаций привел к появлению у политической элиты новых взглядов и интереса к более эффективным мерам борьбы с болезнью (Gómez 2007). Когда в 1992 г. появилась возможность получить крупный заем от Всемирного банка, государство быстро начало укреплять программу PNDST/AIDS и тесно взаимодействовать с гражданским обществом (Galvão 2000), практически мгновенно превратив плохо финансируемую национальную программу по борьбе со СПИДом в благополучную, в значительной степени независимую организацию, успешно реализующую политику по указаниям «сверху» (Tei XEira 1997). Результатом стала, пожалуй, лучшая в мире система мер по борьбе со СПИДом, включающая профилактику и лечение, приведшая в конце 1990-х гг. к резкому снижению заболеваемости СПИДом и смертности от него.

Рост заболеваемости туберкулезом и ответные меры правительства

Пока бразильское правительство разворачивало долгожданную программу по борьбе со СПИДом, населению продолжали угрожать другие заболевания, свойственные урбанизированному обществу, — как хорошо известные, так и новые. Одно из таких заболеваний — туберкулез. Важно подчеркнуть, что возвращение туберкулеза не было окружено ореолом загадочности, как это было с эпидемией СПИДа. Соответственно, у населения не возникло паники и неуверенности. Постепенное распространение туберкулеза в 1970–1980-х гг. связывали в основном с урбанизацией, переходом к свободному рынку, экономическим кризисом и безработицей (Adeodato 1991; Barrozo 1993; *Jornal do Brasil* 1993; Marques 1992). Некоторые считали также, что на рост заболеваемости туберкулезом повлияли неэффективность децентрализации в рамках внедренной военным режимом программы SUDS и неспособность этой программы должным образом следить за ситуацией с туберкулезом и вести борьбу с ним (Adeodato 1991; Santos and Ezio 2006).

Кроме того, возвращение туберкулеза связано с вирусом ВИЧ/СПИДа (Folha de São Paulo 1991; *Jornal do Brasil* 1989). Подорванная ВИЧ иммунная система позволяет туберкулезу быстро распространяться среди ВИЧ-инфицированных. Чаще всего это происходило в густонаселенных городах,

таких, как Рио-де-Жанейро и Сан-Паулу. Например, в Рио-де-Жанейро в 1980—1990-х гг. динамика заболеваемости туберкулезом и СПИДом практически совпадала. В 1980-е гг. проблема одновременного заражения туберкулезом и СПИДом была затронута в основном из-за трудностей в диагностике туберкулеза у больных СПИДом. Например, такие симптомы, как непрекращающийся кашель, кровавая рвота и быстрая потеря веса, часто наблюдающиеся у больных туберкулезом, при одновременном заражении ВИЧ обычно отсутствуют³. В результате больные не сразу обращаются за медицинской помощью, что, в свою очередь, способствует дальнейшему распространению туберкулеза.

Как и в случае со СПИДом, с туберкулезом в этот период было связано достаточно много социальных предрассудков. И в прошлом, и сегодня туберкулез остается преимущественно болезнью бедных. Поэтому болеть туберкулезом означает показать окружающим, что и твои доходы, и твое положение в обществе низкие, а в Бразилии такие люди часто подвергаются дискриминации. СПИД считался болезнью людей гомосексуальной ориентации, а туберкулез — болезнью бедных и благодаря своей связи с ВИЧ тоже болезнью людей гомосексуальной ориентации. Как уже отмечалось выше, ключевым различием между этими двумя заболеваниями было то, что проблема СПИДа получила поддержку со стороны появившихся ранее, в период восстановления демократии, движений в защиту прав человека и, в том числе, в защиту прав людей с гомосексуальной ориентацией. С туберкулезом ситуация была иной. У бедных не было своего «движения в поддержку бедных», которое они могли бы использовать для оказания давления на правительство. Более того, им не принесло пользы и движение «в поддержку инфицированных одновременно туберкулезом и ВИЧ». Вместо этого, как подробно описано в настоящей главе, потребовалось усиленное давление со стороны мирового сообщества и признание международными организациями того факта, что рост заболеваемости туберкулезом представляет новую угрозу здоровью населения, чтобы в стране сформировалось активное общественное движение.

Как и в первые годы эпидемии СПИДа, государство не приняло неотложных мер по борьбе с туберкулезом. Отчасти это было обусловлено тем, что влияние мирового сообщества в отношении туберкулеза в конце 1980-х и начале 1990-х гг. было куда скромнее, чем в отношении СПИДа. Уровень государственного интереса к вопросам борьбы с туберкулезом отражал уровень внимания к этой проблеме мировой медицинской общественности. В подобной ситуации государство полностью полагалось на недавно децентрализованную систему здравоохранения (SUS), страдавшую от нехватки средств и людских ресурсов.

Как и в случае борьбы со СПИДом, борьба с туберкулезом в период демократизации была быстро передана на уровень штатов. Внедрение в 1988 г. системы SUS привело к практически полной ликвидации некогда мощной национальной программы по борьбе с туберкулезом, созданной военным диктатором Гетулио Варгасом в 1940-х гг. И вновь, как в описанной

³ Источник информации: интервью с Dr. Margareth Delcalmo от 18 июля 2006 г.; интервью с Ezio Santos Filho, сопредседателем Национального координационного механизма Международного фонда по борьбе с туберкулезом в Бразилии от 30 июня 2006 г.

ранее ситуации со СПИДом, интерес к децентрализации возник из стремления повысить эффективность и рентабельность здравоохранения, передав медицинское обслуживание на региональный уровень. К 1990 г. национальная программа по борьбе с туберкулезом была полностью ликвидирована и *вся* деятельность в этой сфере передана на уровень муниципалитетов. Но муниципальные органы здравоохранения опять оказались не готовы к эффективной профилактической и лечебной деятельности.

Почему же в борьбе со СПИДом государство действовало более энергично? В первую очередь потому, что, как это обычно бывает, оно отреагировало на эпидемию, которая привлекла к себе пристальное внимание всего мира. Развернув борьбу со СПИДом, Бразилия показала мировой медицинской общественности, что современное, недавно вступившее на путь демократии государство способно эффективно бороться с эпидемией, прокладывая путь к социальному и экономическому процветанию. Еще важнее — это дало Бразилии возможность сыграть ведущую роль в борьбе со СПИДом во всем мире. В другой своей работе мы назвали подобную ситуацию «гонкой за всемирной славой» в мировом здравоохранении; такая ситуация создает новый уровень заинтересованности государства в организационных и политических реформах (Gómez [готовится к печати]). Борьба с туберкулезом не открывала таких возможностей и не обеспечивала глобальных стимулов. Это заболевание не привлекало пристального интереса мировой общественности и, следовательно, не давало Бразилии шансов продемонстрировать свои медицинские и организационные достижения, а значит, и возглавить борьбу с ним во всем мире.

Участие гражданского общества в борьбе со СПИДом и с туберкулезом

Участие гражданских организаций в деятельности общественного здравоохранения имеет в Бразилии крепкие традиции и берет начало еще со времен Первой Республики. Эпидемия СПИДа вызвала весьма активную реакцию общественности. Однако эта реакция возникла на фоне восстановления демократии, опиравшейся на защиту прав человека и равенство в вопросах социальной политики, одним из основных компонентов которой является здоровье. Кроме того, положительную роль сыграло наличие быстро развивающегося, хорошо организованного движения за права мужчин гомосексуальной ориентации, которому благоприятствовала достаточно прогрессивная в этом отношении позиция уходящего военного режима (Mott 2003). Таким образом, к моменту появления в 1980-х гг. СПИДа в стране существовала активная, слаженная гражданская система, полностью готовая к созданию множества неправительственных организаций по борьбе со СПИДом, появившихся в 1980–1990-е гг. К середине 1990-х гг. их было уже более ста.

К сожалению, в случае туберкулеза все было иначе. Ни при военном режиме, ни в период восстановления демократии не существовало ни одной неправительственной организации, занимавшейся проблемой туберкулеза. Несмотря на эмпирические данные, свидетельствовавшие о параллельном росте заболеваемости туберкулезом и ВИЧ/СПИДом, особенно в Рио-де-Жанейро и Сан-Паулу, ни медицинская элита, ни интеллигенция,

ни местные власти, в отличие от прошлых лет (особенно если сравнивать с существовавшей в начале XX века хорошо организованной *Лигой борьбы с туберкулезом*), не были заинтересованы в развертывании гражданского движения по борьбе с туберкулезом. В отличие от ВИЧ-инфицированных, обеспечиваемых поддержкой со стороны слаженно работающего сообщества неправительственных организаций по борьбе со СПИДом, больные туберкулезом из числа городской бедноты (даже ВИЧ-инфицированные) не имели ни организационной, ни финансовой поддержки, не получали помощи по внедрению более эффективной, децентрализованной программы по борьбе с болезнью⁴. Создавалось впечатление, что движение в защиту «прав человека» и «равенства» в сфере здравоохранения игнорирует нужды неимущих горожан, страдающих от непризнанной, но стремительно расширяющейся эпидемии туберкулеза.

Почему так произошло? В значительной степени из-за отсутствия у туберкулеза «сексуальной составляющей» в сочетании с тем, что элита гражданского общества не осознавала, что это заболевание все еще представляет опасность. В отличие от СПИДа, с туберкулезом не было связано никаких загадок; он не вызывал интереса в мировом масштабе и, что еще важнее, представители медицинской элиты не могли отличиться, найдя лекарство от туберкулеза: успешное лечение уже было разработано несколько десятилетий назад. А значительное снижение заболеваемости туберкулезом с 1960—1970-х гг. породило в правительственных кругах и в обществе в целом неверное представление о том, что болезнь уже не представляет угрозы. И, наконец, дело было просто в том, что туберкулез всегда считался и до сих пор считается болезнью бедных. Его связь с бедностью, в противоположность первоначальному восприятию СПИДа как болезни имеющих гомосексуальную ориентацию белых представителей среднего класса, не способствовала мобилизации гражданской элиты в интересах бедноты⁵.

Все это привело к тому, что в 1980—1990-х гг. не существовало неправительственных организаций и движений, занимающихся борьбой с туберкулезом. Неправительственные организации, боровшиеся со СПИДом, находились на подъеме и могли оказывать прямое давление на государство, в то время как беднота и те, кто помимо ВИЧ-инфекции был заражен туберкулезом, все больше опускались на дно общества. Проблема стала настолько явной, что к концу 1990-х гг. ВОЗ и даже Всемирный банк начали критиковать Бразилию за предвзятый подход к борьбе со СПИДом — дорогостоящий и проводимый практически в ущерб больным туберкулезом и другими заболеваниями.

И вновь – международное медицинское сообщество?

И все же надежда есть. Как и в случае со СПИДом, на отношение правительства к туберкулезу положительно повлияло давление извне. В 1993 г.

⁴ Источник информации: интервью с Carlos Basilia, руководителем Партнерства «Остановить туберкулез» в Бразилии (Brazil Stop Tuberculosis Alliance) от 26 июля 2006 г.

⁵ Источник информации: интервью с Carlos Basilia от 26 июля 2006 г.

мировое сообщество наконец стало понимать, что туберкулез достиг стадии мировой пандемии. ВОЗ официально объявила туберкулез угрозой здоровью населения всего мира. Правительство Бразилии, как и раньше, с готовностью отреагировало, возродив Национальную программу по борьбе с туберкулезом, полностью ликвидированную и децентрализованную три года назад. Была тут же вновь внедрена *централизация*, программа стала более щедро обеспечиваться персоналом и ресурсами — хотя, разумеется, все равно проигрывала более богатой программе PNDST/AIDS. Как и в ситуации со СПИДом, в результате воздействия извне федеральное правительство осознало — неконтролируемая децентрализация не может обеспечить эффективную профилактику и лечение туберкулеза. Поэтому администрация президента Лулы поддержала Национальную программу по борьбе с туберкулезом и одновременно проводила политику социальной поддержки бедного населения.

Помимо растущего внимания мировой общественности к проблеме туберкулеза стимулом к поддержке не только Национальной программы по борьбе с туберкулезом, но и муниципальных органов здравоохранения стала возможность получить добавочную финансовую помощь от международных спонсоров. В 2006 г. Бразилия получила от Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией грант в размере 11 млн долларов США. Помимо заинтересованности в дальнейшем финансировании, которое зависело от освоения этого гранта (как и в случае первого займа Всемирного банка в 1993 г.), получение средств создало новые стимулы к укреплению Национальной программы по борьбе с туберкулезом и, что еще важнее, к поддержанию постоянного диалога с муниципальными органами здравоохранения для более эффективного внедрения разрабатываемых мер⁶.

И вновь, как это было со СПИДом, получение иностранной ссуды в сочетании с ростом внимания мирового сообщества к туберкулезу привели к появлению новых общественных движений. В 2003 г. в Рио-де-Жанейро группа активистов по борьбе со СПИДом, врачей, представителей местных властей и религиозных лидеров создала новый гражданский форум по проблемам туберкулеза. В 2005 г. аналогичное движение появилось в Сан-Паулу. Оно получило название «Форум по туберкулезу»; цель этого движения — информировать население о положении дел и помогать федеральному правительству и местным органам власти внедрять более эффективные меры по борьбе с заболеванием (Basilis 2006).

Вполне естественно, что это движение развивалось параллельно с ростом внимания к туберкулезу и увеличением объема финансовой помощи со стороны мировой медицинской общественности. Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией ставит необходимым условием одобрения и возобновления грантов создание странового координационного комитета, гарантирующего участие представителей гражданского общества в отборе заявок на грант. Напомним, что в 2005 г. фонд отклонил первую заявку Бразилии на получение финансирования, ссылаясь на то, что страновой координационный комитет не смог обеспечить

⁶ Источник информации: интервью с Ezio Santos Filho, сопредседателем Национального координационного механизма Международного фонда по борьбе с туберкулезом в Бразилии, от 30 июня 2006 г.

необходимое представительство общественных организаций. Несколько месяцев спустя заявка все же была одобрена, когда в фонде удостоверились, что поставленное ими условие соблюдено⁷. В другой своей работе мы показываем, что это привело к появлению нового типа условий финансовой помощи — *«институциональных условий»*, когда грант предоставляется при обеспечении гражданского представительства (Gómez [готовится к печати]).

В целом, как и в случае борьбы со СПИДом в начале 1990-х гг., у федерального правительства появились в начале 2000-х гг. стимулы к борьбе с туберкулезом путем организационных реформ (например, рецентрализации Национальной программы по борьбе с туберкулезом) и более тесного взаимодействия с представителями гражданского общества и муниципальными органами здравоохранения. В ответ на действия правительства возникают новые общественные движения, призванные помочь больным туберкулезом. Неправительственных организаций, официально посвятивших себя этому, пока нет, но несколько общественных ассоциаций вместе с церковью сейчас стремятся к созданию по всей стране новых форумов, целью которых будет наблюдение за ситуацией с туберкулезом и помощь федеральному правительству во внедрении более своевременных и эффективных мер.

Заключение

Итак, в данной главе речь шла о том, что переход к демократии не обязательно гарантирует быструю реакцию государства на возникновение эпидемии. Ирония состоит в том, что реформы, которые, по мнению переходного военного правительства, должны были содействовать укреплению демократии и достижению общественного благополучия в целом (например, децентрализация здравоохранения), оказались крайне неэффективными в отношении борьбы с эпидемиями. «Скороспелая децентрализация» может помешать борьбе муниципальных органов здравоохранения с эпидемиями таких заболеваний, как СПИД, в то время как федеральное правительство возлагает ответственность именно на местные органы управления. В результате политики довольно вяло реагируют на нужды местного здравоохранения, а значит, запаздывают и действия федеральных властей. Что еще важнее, создается впечатление, что молодая демократия недостаточно заинтересована в защите нужд гражданского общества.

Действительно, когда новое демократическое правительство наконец вмешивается, укрепляя административные механизмы и внедряя новую политику, это вмешательство не всегда служит отражением давления «снизу». Можно было бы ожидать, что подобная молодая демократия, основанная на принципах защиты прав человека и социального равенства, будет более чуткой к нуждам людей. Но так происходит далеко не всегда. Гораздо чаще власти начинают институциональные и политические реформы лишь в ответ на воздействие извне, как это было в Бразилии в отношении борьбы со СПИДом. Следствием такого воздействия обычно становятся успешные административные и политические реформы.

⁷ Источник информации: интервью с Ezio Santos Filho от 30 июня 2006 г.

В то же время, сосредоточившись на одном заболевании (например, на СПИДе), государство может упустить из виду другие угрозы здоровью. Как уже говорилось, туберкулезу в Бразилии не досталось даже доли того внимания, которым пользовался СПИД. Во многом это объясняется отсутствием давления со стороны мирового сообщества, отсутствием хорошо организованного, активного гражданского движения по борьбе с туберкулезом, а также отсутствием стимулов к мобилизации медицинской элиты ради интересов неимущих слоев населения. Тем не менее международное признание того факта, что туберкулез приобрел характер мировой пандемии, усиление международного давления и возможность получения грантов от Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией могут положить начало организационным и политическим изменениям. Учитывая прошлый опыт Бразилии в борьбе с эпидемиями, в том числе с недавней эпидемией СПИДа, страна, возможно, будет стремиться вновь стать мировым лидером в борьбе с туберкулезом и другими болезнями, тем более что международные организации и другие страны начинают уделять им больше внимания.

И, наконец, два слова о странах с переходной экономикой. В этой главе мы показали, что демократические преобразования отнюдь не гарантируют эффективного и беспристрастного подхода к борьбе с заболеваниями. Парадокс молодых демократий, в особенности возникших из авторитарных или социалистических режимов, состоит в том, что разукрупнение государства (согласно неolibеральной теории) и попытки укрепить общественное благосостояние путем децентрализации и приватизации не только снижают способность государства реагировать на изменения, но и ведут к несправедливому, предвзятому подходу к нуждам населения при столкновении с новыми эпидемиями.

Разумеется, мы не отрицаем, что демократия — наилучшая система правления, и не ставим под сомнение ее эффективность в борьбе с болезнями. Мы хотим сказать другое — страны с переходной экономикой должны представлять, до какой степени соответствующие центральные ведомства готовы к быстрой реакции на возникновение эпидемии посредством организационной перестройки, политических реформ и, что важнее, посредством обеспечения местных властей необходимыми ресурсами. Это особенно актуально при высоком уровне децентрализации, когда региональные органы власти обычно ослаблены и удалены от центра (например, в Китае, Российской Федерации, Индии, Южной Африке и даже в США). Другими словами, в вопросах общественного здравоохранения именно *расширение* полномочий государства, а не их сокращение может быть единственным средством обеспечить защиту населения от болезней и гарантировать благосостояние при новом, демократическом строе.

Литература

Adeodato, S. (1991). Rio está se transformando na capital da tuberculose [Rio is established as the capital of tuberculosis], *Jornal do Brasil*.

Arretche, M. and Marques, C. (2002). Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo [The municipalization of health care policies in Brazil: regional differences, the voting power and government strategies]. *Ciênc. saúde coletiva*, 7(3):455–479.

Bacon, O. (2004). *HIV/AIDS in Brazil*. San Francisco: AIDS Policy Research Center, University of California.

Barrozo, J. (1993). Miséria mantém o perigo da tuberculose no Brasil (11/8/93) [Misery kills the danger of tuberculosis in Brazil], *Diário Popular (São Paulo)*.

Basília, C. (2006). *Construindo uma resposta a controle no tuberculose [Constructing a response to control tuberculosis]*. Unpublished manuscript.

Daniel, H. (1991). A doença burocracia (6/10/91) [The disease bureaucracy], *Journal do Brasil*.

Folha de São Paulo (1991). Tuberculose afeta mais os aidéticos e mendigos (11/29/91) [TB affects more AIDS patients and beggars].

Galvão, J. (2000). *AIDS no Brasil: A agenda de construção de uma epidemia [AIDS in Brazil: the agenda of responding to an epidemic]*. São Paulo, Brazil: ABIA Publishers.

Gerring, J. (2005). Democracy and Economic Growth: A Historical Perspective, *World Politics*, 57(3): 323–364.

Gómez, E. J. (2007). Bureaucratizing Epidemics: The Challenge of Institutional Bias in the United States and Brazil, *Journal of Global Health Governance*, 1(1): 1–24.

Gómez, E. J. (forthcoming). Responding to Contested Epidemics: State Building and Global Politics in the United States and Brazil (1900–present) (Ph.D. dissertation, Department of Political Science, Brown University).

Haggard, S. and Kaufman, R. (forthcoming). *Re-crafting Social Contracts: Welfare Reform in Latin America, East Asia, and Central Europe*. Cambridge: Cambridge University Press.

Harmeling, S. (1999). *Health Reform in Brazil, Case Study for Module 3: Reproductive Health and Health Sector Reform*. Paper presented at the World Bank conference titled Population, Reproductive Health and Health Sector Reform, Washington, DC (October 8, 1999).

Hochman, G. (1998). *A Era do Saneamento: As bases da política de Saúde Pública no Brasil* [The era of sanitation: the political bases of support for public health]. São Paulo, Brazil: Editora Hucitec-Anpocs.

Jornal do Brasil (1989). Falta de examen em tuberculosos pode agravar expansão da Aids [The absence of TB exams could contribute to the spread of AIDS]. 6/27/89. São Paulo: Jornal do Brasil.

Jornal do Brasil (1993). Luta contra tuberculose é destaque [The fight against tuberculosis and stigma]. 9/7/93. São Paulo: Jornal do Brasil.

Lobato, L. (1998). *Stress and Contradictions in the Brazilian Health-Care Reform*. Paper presented at the 1998 meeting of the Latin American Studies Association, Chicago, IL (24–26 September).

Marques, C. (1992). Guilherme Álvaro registra aumento do número de casos de tuberculose (24 March). A Tribuna [Guilherme Álvaro registers an increase in the number of TB cases]. Santos, São Paulo.

Mott, L. (2003). *Homossexualidade: Mitos e Verdades [Homosexuality: myths and truths]*. Salvador, Brazil: Editora Grupo Gay de Bahia.

Nascimento, E. (1999). *Decentralización de Salud no Brasil* [Decentralization of health in Brazil]. Brasília, Brazil: Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde.

Santos, F. and Ezio, T. (2006). *Política de TB no Brasil: Uma Perspectiva da Sociedade Civil: Tempos de Mudanças Para O Controle Da Tuberculose No Brasil [The politics of TB in Brazil: a civil societal perspective: times of change in order to control TB in Brazil]*. Public Health Watch, the George Soros Foundation/Open Society Institute.

Smoke, P. J., Peterson, G. E. and Gómez, E. J. (2006). *Decentralization in Asia and Latin America: towards a comparative interdisciplinary perspective*. Cheltenham: Edward Elgar.

Teixeira, P. (1997). Políticas públicas em Aids, in Parker (ed.). *Políticas, instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil [The public politics of AIDS]*. Rio de Janeiro: ABIA Publications.

Visão: Revista semanal de informação (1985). *A verdade onde estará? [Where's the truth?]* 16 October. No. 41.

Финансирование здравоохранения и борьба с инфекционными заболеваниями: основные проблемы и выводы

Rifat Atun, Claudio Politti, Ipek Gurol-Urganci, Joseph Kutzin

Введение

Финансирование здравоохранения и борьба с инфекционными заболеваниями — обширная и сложная область. Эта глава посвящена трем взаимосвязанным вопросам, касающимся финансирования программ по борьбе с инфекционными заболеваниями. Первый из них касается нормирования приоритетов, т. е. оценки того, должна ли та или иная программа финансироваться (с учетом социальных предпочтений, методов расстановки приоритетов, механизмов отбора и реализуемости программы), и того, возможно ли такое финансирование (с учетом ограниченности ресурсов и фискального пространства). Второй вопрос касается общей схемы финансирования и механизмов сбора, объединения и распределения средств. Третий вопрос связан с системами оплаты медицинских услуг и с тем, как эти системы влияют на борьбу с инфекционными заболеваниями.

Первый вопрос рассматривается с точки зрения экономики благосостояния: являются ли упомянутые услуги по сути экономическим товаром или товаром, обладающим внешними эффектами (Serrano and Feldman 2006), и насколько они реализуемы (последнее зависит от финансовой устойчивости здравоохранения и величины фискального пространства). При изучении второго вопроса (схем финансирования) применяется специальный метод, разработанный для анализа политики финансирования в здравоохранении (Kutzin 2001): на примере Эстонии рассматриваются механизмы сбора и объединения средств, покупки и предоставления медицинских услуг, прослеживаются финансовые потоки в сфере борьбы с инфекционными заболеваниями для выявления проблем, препятствующих успеху соответствующих программ. И, наконец, чтобы показать, насколько важен подробный анализ систем распределения ресурсов и оплаты

медицинских услуг для понимания реакции врачей и медицинских учреждений, мы применяем патентованный метод SYSRA (Atun et al. 2004), предназначенный для одновременного анализа систем здравоохранения и программ по борьбе с инфекционными заболеваниями.

В этой главе пять разделов. Три раздела, следующих за введением, посвящены трем упомянутым выше вопросам; на примере конкретных ситуаций показано, как результаты такого анализа могут повлиять на разработку общей стратегии борьбы с инфекционными заболеваниями. Затем идет заключение, в котором обобщаются выводы из полученных данных для политики здравоохранения.

Программы по борьбе с инфекционными заболеваниями: индивидуальные и общественные товары, их реализуемость и фискальное пространство

Услуги здравоохранения обычно подразделяют на индивидуальные («индивидуальные товары») и оказываемые населению в целом («общественные товары»). В первом случае услуга приносит благо отдельному человеку, а во втором — не только ему, но и другим членам общества. Это весьма приблизительное разделение часто используют для экономической характеристики услуг здравоохранения как товара и для принятия решения о том, кто должен их оплачивать — государство или сам потребитель. В государственных системах здравоохранения большинство услуг независимо от того, «общественные» они или «индивидуальные», финансируется через налоги или систему страхования. В странах, где социального страхования и государственного здравоохранения нет, услуги общественного здравоохранения («общественный товар») зачастую оплачивает государство, а «индивидуальные товары» полностью или частично оплачивает потребитель — напрямую либо через систему добровольного страхования.

Есть разные мнения и разные системы взглядов на природу общественных и индивидуальных товаров и на то, как эти товары следует оплачивать. Вопрос, является ли товар общественным или индивидуальным, хорошо изучен в экономике государственного хозяйствования и в экономике благосостояния и здесь подробно освещаться не будет. Вместо этого мы вкратце рассмотрим обоснование государственного финансирования общественных услуг. Споры ведутся вокруг вопроса о внешних эффектах, или экстерналиях. Меры по борьбе с инфекционными заболеваниями по своей природе не относятся к чисто индивидуальным услугам, поскольку приносят благо не только тем, кому услуга оказывается. Следовательно, в условиях нерегулируемой рыночной экономики потребление таких услуг будет недостаточным с точки зрения общественного благосостояния, поскольку преимущества N лиц, которым услуга не предоставлялась, но которые выиграли от ее предоставления первому лицу, рынком не учитываются. Подобные соображения служат обоснованием государственного финансирования с таким расчетом, чтобы сумма необходимых индивидуальных уровней потребления достигала бы уровня, оптимального с точки зрения общества. Это основной экономический аргумент в

пользу государственного финансирования любых товаров и услуг, обладающих положительными внешними последствиями, в том числе мер по борьбе с инфекционными заболеваниями.

Приведенные здесь соображения не означают, что подобные услуги должны быть бесплатными, — скорее, что цена на них должна быть достаточно низкой, чтобы обеспечить удовлетворительный с точки зрения общества уровень потребления. Такой уровень может рассматриваться и как, например, «наилучший с эпидемиологической точки зрения»: скажем, в отношении иммунизации это уровень, при котором достигается коллективный иммунитет; в отношении ВИЧ-инфекции — уровень, при котором охват населения профилактическими и лечебными мерами ведет к снижению заболеваемости.

В здравоохранении вопрос о том, следует ли финансировать программу или услугу, обладающую внешними последствиями, и, если да, то в какой степени (от 0 до 100%), определяется тремя условиями. Во-первых, масштабом этих последствий (т. е. недостаточно сказать, что такие последствия существуют, нужно знать, насколько они обширны). Во-вторых, степенью совместного страхования или совместной оплаты услуг, входящих в основной набор. В-третьих, имеющимся у государства фискальным пространством, которое зависит от второго условия.

Что касается второго условия, то тут играют роль также практические соображения, а именно возможная платежная схема. Во многих странах с неэффективным административным аппаратом определенные услуги проще предоставить бесплатно, чем по сниженной цене.

Меры по борьбе с инфекционными заболеваниями часто рассматривают как услуги общественного здравоохранения. Этот термин не вполне верен как с точки зрения экономики благосостояния, так и с точки зрения классификации, основанной на Системе оценки качества услуг здравоохранения и изложенной ВОЗ в *Докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире за 2000 г.* (WHO 2000). С точки зрения экономики благосостояния услуги общественного здравоохранения — «общественный товар», т. е. услуга, потребление которой одним лицом не снижает ее потребление другими лицами и при оказании которой те, кто не платил за нее, все равно получают выгоду. Понятия «общественный товар» и «товар, обладающий внешними эффектами», взаимосвязаны, но не тождественны. Это различие важно для классификации услуг, изложенной в *Докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире за 2000 г.* Индивидуальные услуги здравоохранения оказываются отдельным лицам, а услуги общественного здравоохранения — группам населения или всему населению. Например, когда врач советует пациенту бросить курить — это индивидуальная профилактическая услуга, а рекламный щит, на котором прохожие могут прочесть об опасности курения, — услуга, оказываемая всему населению.

Подобная ошибка очень распространена: программы по борьбе с инфекционными заболеваниями (например, туберкулезом и ВИЧ-инфекцией) и даже иммунизацию рассматривают как программы общественного здравоохранения, а соответствующие профилактические и лечебные услуги — как услуги общественного здравоохранения. Однако большинство таких услуг оказывается отдельным лицам. Это различие крайне важно с организационной точки зрения. Организационная структура должна

отражать пользование населения услугами, а система финансирования должна включать стимулы для оказания этих услуг.

Следовательно, между экономическим характером услуги и тем, как она оказывается, есть важное различие. Другими словами, кто выигрывает от оказания услуги и как она предоставляется — два разных вопроса. Поскольку меры по борьбе с инфекционными заболеваниями обладают внешними эффектами, их включают в набор услуг бесплатно либо на основе частичной оплаты с целью стимулировать потребление таких услуг. Однако наличие внешних эффектов не может служить теоретической основой для отдельного финансирования или отдельных организационных схем оказания услуг. В рамках борьбы с инфекционными заболеваниями большинство услуг оказывается индивидуально, и организационные схемы финансирования должны быть направлены на поддержку соответствующих механизмов.

Однако ресурсы большинства стран ограничены. Государству приходится отбирать те вмешательства, которые наиболее важны, и решать, до какой степени их оплачивать, а какую долю расходов возложить на потребителей (в зависимости от того, считает ли государство меры по борьбе с инфекционными заболеваниями индивидуальными или общественными услугами, а также от того, каков основной набор услуг). Какие услуги отбираются, как оплачиваются и какую долю расходов несут потребители, зависит, среди других причин (социальных предпочтений, культурных факторов, политической целесообразности, наличия давления на правительство и т. п. — все они выходят за рамки этой главы), от имеющихся у государства средств и от фискального пространства. Под фискальным пространством понимают способность правительства изыскивать бюджетные ресурсы для желаемой цели (например, для определенной программы) без ущерба для своего финансового положения (Heller 2005).

Для стран с переходной экономикой, особенно тех, которые получают извне дополнительные средства на нужды здравоохранения и программы по борьбе с инфекционными заболеваниями, крайне важна финансовая устойчивость. Многие из этих стран вынуждены выдерживать строгую денежную и бюджетную дисциплину, налагаемую на них международными финансовыми организациями, и доступное им фискальное пространство зачастую очень мало. Следовательно, чтобы должным образом использовать уже имеющиеся и вновь выделенные средства в программах по борьбе с инфекционными заболеваниями, необходимо надежно планировать среднесрочные финансовые обязательства и расходы. Коротко говоря, в любой устойчивой финансовой программе должны быть уравновешены имеющиеся средства и планы их распределения. Однако во многих случаях это условие не выполняется, что ограничивает способность страны привлекать новые средства и использовать имеющиеся ресурсы для финансирования борьбы с инфекционными заболеваниями. Так, Форум высокого уровня рассматривает отсутствие надежных планов и бюджетных схем как препятствие к увеличению объема финансовой помощи на нужды здравоохранения. Это отрицательно сказывается на долгосрочном финансировании программ по борьбе с инфекционными заболеваниями.

Узость фискального пространства означает, что новые вложения средств, увеличивающие совокупные расходы, ведут к росту финансового дефицита. В результате увеличиваются долги и растет инфляция, что

отрицательно сказывается на экономике и государственном финансировании. Фискальное пространство можно создать или расширить, увеличив налоговые поступления, лучше распределяя имеющиеся ресурсы или сократив финансирование неэффективных программ и услуг. Кроме того, для покрытия дефицита и расширения фискального пространства прибегают к займам и международной финансовой помощи.

Во многих европейских странах для расширения фискального пространства и финансирования здравоохранения используют частный сектор — государственные проекты с привлечением частного капитала. Однако это нужно делать осмотрительно, чтобы распределение и использование средств было эффективным и чтобы новые средства не шли на создание неэффективных вертикальных структур, действующих параллельно существующим структурам здравоохранения и нарушающим нормальные горизонтальные связи и координацию, необходимые для программ по борьбе с инфекционными заболеваниями. К сожалению, на практике это не так, и средства, расширяющие фискальное пространство, идут на создание вертикальных программ, действующих как отдельные, параллельные структуры, слабо связанные с общей системой финансирования здравоохранения. В результате нарушается процесс планирования, дублируются действия, увеличиваются операционные издержки, и система становится неустойчивой. Кроме того, осложняется отбор наиболее важных услуг, необходимый для того, чтобы направить ограниченные ресурсы туда, где они нужнее всего, — на самые рентабельные и реализуемые программы.

Рассматриваемые здесь вопросы важны для стран Латинской Америки и Восточной Европы, особенно тех, которые получают средства извне на поддержку программ по борьбе с инфекционными заболеваниями. Для устойчивого финансирования таких программ и правильного распределения средств внешняя помощь должна быть надежно встроена в общую бюджетную схему с учетом важнейших для страны нужд, а внешнее и внутреннее финансирование согласованы, с тем чтобы внешнее финансирование шло через государственные финансовые структуры (High-Level Forum 2005).

Схемы финансирования программ по борьбе с инфекционными заболеваниями

Финансирование программ по борьбе с инфекционными заболеваниями мы рассматриваем с помощью метода, разработанного для анализа политики финансирования здравоохранения. Этот метод позволяет выявить недостатки в схемах финансирования подобных программ. В ходе анализа данных на примере Эстонии последовательно рассматриваются вопросы, связанные со сбором средств и с финансированием программ, формированием бюджета и планированием, а также параллельным финансированием.

Эстония — одна из стран Балтии — вновь обрела независимость от СССР в 1991 г., а в 2004 г. вступила в ЕС. В стране быстро растет число новых случаев ВИЧ-инфекции — быстрее, чем в остальных странах бывшего СССР. К концу 2004 г. в Эстонии насчитывалось почти 4500 официально зарегистрированных ВИЧ-инфицированных. Одновременно с ростом этого

показателя росло и число больных туберкулезом – с 26 на 100 000 в 1992 г. до 52 на 100 000 в 1999 г., хотя с 2000 г., когда началось внедрение рекомендованной ВОЗ стратегии DOTS, заболеваемость туберкулезом стабилизировалась. В 1998 г. Эстония занимала одно из первых мест в мире по распространенности полирезистентного туберкулеза – на него приходилось 14% вновь выявляемых случаев (Atun et al. 2007b). Международная программа эпидемиологического надзора по туберкулезу считает Эстонию одним из мировых «очагов» полирезистентного туберкулеза (Espinal et al. 2001). Несмотря на внедрение программы по борьбе с полирезистентным туберкулезом, частота излечения первоначально оценивалась как 20% (согласно неопубликованным данным, она может достигать примерно 50–60%). Недостаточно эффективные меры по борьбе с этой формой болезни вызывают особое беспокойство в регионах с высокой или растущей распространенностью ВИЧ-инфекции. Поскольку эпидемия ВИЧ/СПИДа в Эстонии еще только развивается, эпидемиологические последствия связи между ВИЧ и туберкулезом, скорее всего, будут проявляться по мере контакта между группами риска заражения ВИЧ и больными активной формой туберкулеза.

На распространение ВИЧ в странах бывшего СССР влияют многие факторы, однако основным остается употребление инъекционных наркотиков. В Эстонии этот фактор служит причиной примерно 90% случаев заражения ВИЧ. Следовательно, для эффективной борьбы с тремя взаимосвязанными эпидемиями – ВИЧ-инфекции, туберкулеза и наркомании – крайне важна разработка объединенных программ. Анализ эстонских программ по борьбе с инфекционными заболеваниями, в том числе вопросов финансирования (см. рис. 14.1 и пояснения к нему в тексте), показывает, что это условие пока не выполнено.

На рисунке изображены организационная структура эстонских служб здравоохранения, занятых борьбой с ВИЧ-инфекцией, туберкулезом и наркоманией, а также направления финансовых потоков.

За национальные программы общественного здравоохранения, к которым относятся и программы по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и наркоманией, отвечает Министерство социального обеспечения. Эти программы финансируются из общего налогообложения и общего бюджета, а внедряются Национальным институтом развития здравоохранения, который подчиняется Министерству социального обеспечения. Программы не объединены друг с другом. Каждая действует как отдельная «вертикальная» программа с отдельной строкой в бюджете Национального института развития здравоохранения. Последний ведает обособленным фондом средств для каждой из программ; эти средства используются для заключения контрактов с неправительственными организациями и муниципалитетами на проведение необходимых мероприятий. Кроме того, муниципалитеты используют собственные средства. Тюремное здравоохранение (которое управляется и финансируется Министерством юстиции) имеет свой, отдельный бюджет для финансирования отдельной вертикальной программы по оказанию медицинской помощи заключенным. Для оплаты антиретровирусной терапии ВИЧ-инфицированным и противотуберкулезных средств тем заключенным, у которых есть медицинская страховка (а также некоторым категориям заключенных, у которых ее нет),

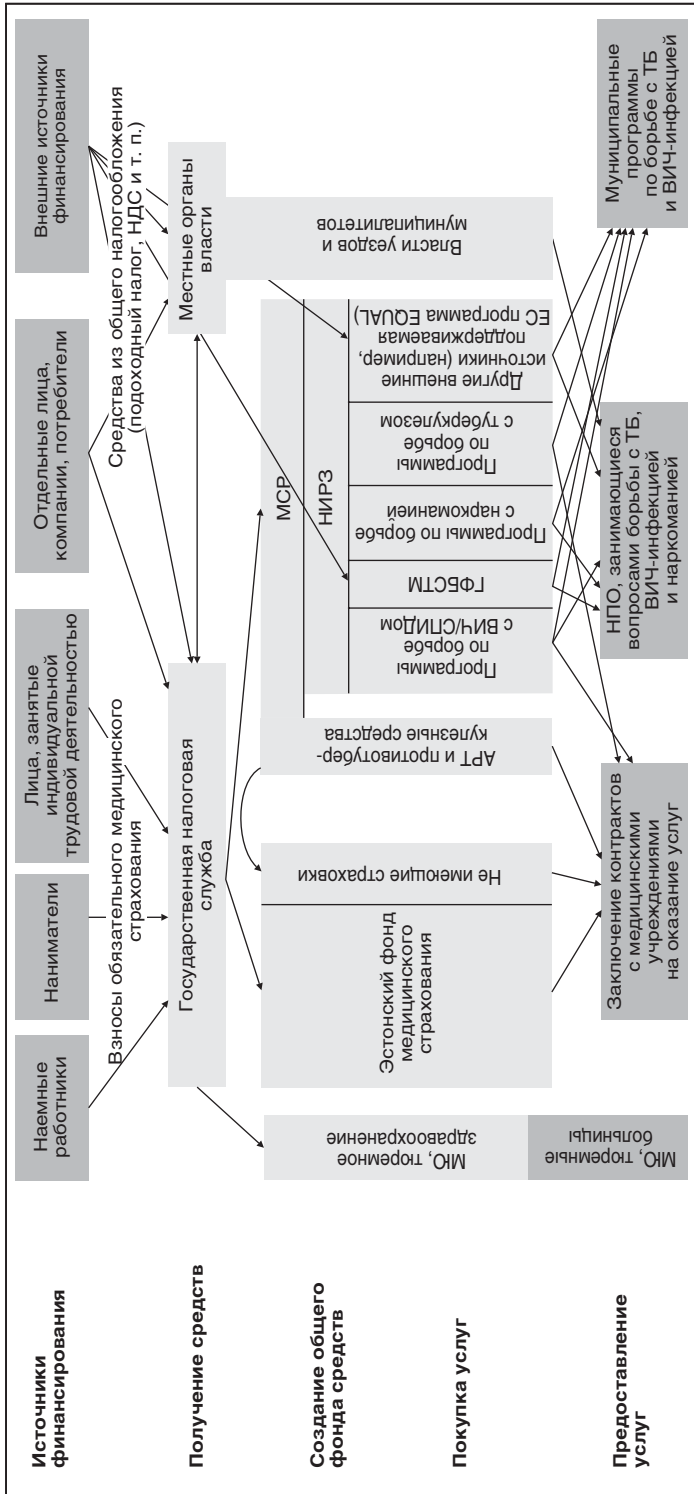


Рисунок 14.1. Финансирование программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией, туберкулезом и наркоманией в Эстонии.
 Источник: Alban and Kutzin 2006.

Примечание: АРТ — антиретровирусная терапия; ЕС — Европейский Союз; МСР — Министерство социального развития; ГФБСТМ — Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией; МЮ — министерство юстиции; НДС — налог на добавленную стоимость; НИРЗ — Национальный институт развития здравоохранения; НПО — неправительственные организации.

Министерство социального обеспечения переводит средства из бюджета Эстонскому фонду медицинского страхования.

Анализ финансовых потоков в программе профилактики и лечения ВИЧ-инфекции свидетельствует о неэффективности системы. Основная группа риска заражения ВИЧ — потребители инъекционных наркотиков, главным образом из русскоязычного меньшинства, сосредоточенного в нескольких муниципалитетах. Еще одна крупная группа риска — заключенные. Следовательно, одна проблема очевидна сразу — борьба с ВИЧ-инфекцией и с употреблением наркотиков финансируются из разных фондов, и контракты с неправительственными организациями на проведение необходимых мероприятий заключаются в обоих случаях по отдельности. Раздробленность финансирования мешает совместному планированию и, в особенности, объединению средств, а следовательно, препятствует повышению эффективности и рентабельности программ. Другой подход к финансированию — «ориентация на потребителя». Он направлен на установление контакта с потребителями инъекционных наркотиков с тем, чтобы снизить и потребление наркотиков, и частоту передачи ВИЧ. Объединение средств и усилий в рамках двух указанных программ повысило бы их эффективность и рентабельность; например, можно было бы сочетать программы обмена игл и заместительной терапии метадонем с пропагандой использования презервативов и других форм безопасного полового поведения. Если же объединить эти программы с программами профилактики и лечения туберкулеза, эффективность была бы еще выше (Atun et al. 2005; Atun et al. 2007a).

Схемы финансирования предназначены для того, чтобы создать возможность оказания нужным потребителям необходимых услуг наиболее рентабельным способом. Однако нынешняя схема в Эстонии построена так, чтобы финансировать программы, которые, в свою очередь, должны достигнуть тех, кому адресованы. Ориентированный на программы, а не на потребителя подход к финансированию чреват плохой согласованностью между разными вертикальными программами, имеющими сходные цели и направленными примерно на одни и те же группы населения. Подход, при котором услуги рассматриваются как индивидуальные и упор делается на организацию, облегчающую их эффективное оказание потребителям, позволяет более четко определить варианты реформирования финансовой системы, чтобы она была ориентирована на потребителя. Кроме того, такой подход улучшает «горизонтальную» организацию программ, облегчая их интеграцию с первичной медицинской помощью (если когда-нибудь здравоохранение будет к этому готово), поскольку группы высокого риска с трудом охватываются базовой системой первичной помощи. Следовательно, на ранних стадиях разработки программы наиболее эффективно создать внутри Национального института развития здравоохранения общий фонд средств на финансирование разных программ. Объединение усилий облегчит разработку общей стратегии развития и внедрение эффективных мер борьбы с ВИЧ-инфекцией, наркоманией и туберкулезом. Такой общий фонд позволит также создать единую систему заключения контрактов на оказание медицинских услуг, что поможет внедрению комплексного набора профилактических и лечебных услуг, а значит, позволит охватить этими услугами большее количество потребителей, не увеличивая бюджет.

В целом подход, ориентированный на потребителя, можно охарактеризовать следующим образом.

- Выявление потребителей услуг – групп высокого риска, которые сильнее всего нуждаются в этих услугах (потребители инъекционных наркотиков, люди, зараженные одновременно туберкулезом и ВИЧ-инфекцией, и т. д.), и определение их медицинских и социальных потребностей.
- Отбор необходимых услуг.
- Выяснение того, как потребители обслуживаются в настоящее время (выявление целевой аудитории разных программ).
- Определение текущей схемы финансирования с помощью анализа финансовых потоков; такой анализ позволяет оценить уровень финансовой раздробленности системы, препятствующий «правильным» действиям (например, тем или иным образом препятствующий совместной, более эффективной работе разных программ).
- Изучение других возможных способов предоставления услуг (с учетом конкретной обстановки и реализуемости этих способов) для того, чтобы разработать эффективные комплексные меры и механизмы воздействия, которые позволили бы достичь целевых групп населения и отдельных лиц из групп риска.
- Выявление необходимых изменений в системе финансирования (таких, как объединение раздробленных бюджетов разных программ, заключение общих контрактов на оказание услуг и т. д.), чтобы добиться рентабельного сочетания профилактических и лечебных услуг, оказываемых целевым группам потребителей.

Ситуация в Эстонии показывает, как важно изучить влияние механизмов финансирования на организацию борьбы с инфекционными заболеваниями. Метод анализа финансовой политики применим не только для анализа «общих» или «типичных» индивидуальных медицинских услуг (с этой целью метод первоначально разрабатывался и для этого обычно используется). Важный раздел анализа – изучение *объединения средств*. Этот термин обычно используется в отношении *объединения рисков*, но в данном случае речь идет именно о накоплении средств, а не о том, как они используются для защиты потребителей от финансового риска. Отсюда видно, что концепция объединения средств имеет более широкое значение, чем объединение рисков, и, чтобы реформы были эффективными, нужно это учитывать. Реформирование способов объединения средств и распределения финансовых потоков внутри системы может быть очень важным шагом в совершенствовании финансирования программ по борьбе с инфекционными заболеваниями.

Применение метода финансового анализа для совместного планирования и составления бюджета

В Эстонии, как и во всех странах бывшего СССР, борьба с туберкулезом планируется и ведется в рамках вертикальных программ с участием специализированных больниц, диспансеров и врачей-специалистов. Эти

программы слабо взаимодействуют с программами по борьбе с ВИЧ-инфекцией и наркологическими программами. Обособленности и сохранению существующего положения способствует также раздробленность источников финансирования. Но даже при такой раздробленности можно предпринять действия, которые будут способствовать совместному планированию и финансированию как на макро-, так и на микроуровне.

Например, на макроуровне министерства здравоохранения, юстиции и внутренних дел совместно с муниципалитетами, государственными медицинскими учреждениями и неправительственными организациями могут оценить существующие схемы финансирования, покупки и предоставления услуг, выявить упущения или перекрывание функций и постепенно перейти к совместному планированию и финансированию с целью совместного оказания профилактических и лечебных услуг. На микроуровне важно поддерживать непрерывность обслуживания, медицинского и социального, на разных этапах путем выявления тех медицинских и социальных работников, которые могут обеспечить такую непрерывность. В табл. 14.1 кратко охарактеризованы объемы покупки и предоставления услуг в 2005 г. в Эстонии каждым из учреждений, участвующих в сборе средств.

Исходя из сказанного, можно выявить несколько областей потенциального сотрудничества. Например, совместное обучение персонала; совместное использование персонала для координации оказания услуг; единая система закупки лекарственных препаратов (препаратов первого и второго ряда против туберкулеза и препаратов ВААРТ против ВИЧ/СПИДа), финансируемая из общего фонда или путем координации различных источников; создание единой системы наблюдения и оценки, в том числе системы эпидемиологического надзора, путем объединения разных систем учета и регистрации. Совместным может быть и оказание услуг, даже если оно финансируется из разных источников. В данном случае совместная деятельность позволяет добиться экономии и за счет ассортимента, и за счет количества услуг и повысить таким образом рентабельность системы. Но для этого планирование и финансирование как на макро-, так и на микроуровне должны быть согласованными, так чтобы в основе медицинского обслуживания лежали потребности больных. Перед планированием необходим предварительный, ориентированный на потребителя анализ для выявления нехватки тех или иных услуг или необходимости дополнительного финансирования. Достижение такого согласования – одна из главных задач, стоящих перед здравоохранением.

Важная проблема, еще не решенная ни в Эстонии, ни в большинстве других стран бывшего СССР, касается тюрем, которые характеризуются скученностью заключенных при высокой распространенности туберкулеза и ВИЧ-инфекции. Это трудная организационная задача, так как в большинстве указанных стран финансированием и оказанием медицинской помощи в исправительных учреждениях ведают министерства юстиции в рамках отдельной системы здравоохранения. Это усиливает раздробленность и мешает выработке согласованного общего подхода к обследованию, профилактике, диагностике, лечению, наблюдению и эпидемиологическому надзору. Кроме того, в исправительных учреждениях медицинские работники лишены тех возможностей последипломного образования, которые есть у остальных, заработная плата у них зачастую ниже, а экономические стимулы, связанные с качеством работы, отсутствуют.

Таблица 14.1. Покупка и предоставление медицинских услуг по борьбе с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом в Эстонии различными учреждениями, занимающимися сбором средств, 2005 г.

Предоставление	Министерство юстиции					Фонд медицинского страхования		Министерство социального обеспечения		Местные органы власти
	Министерство юстиции	Министерство юстиции	Министерство юстиции	Министерство юстиции	Министерство юстиции	Туберкулез и ВААРТ	Программы общественного здравоохранения	ГФБСТМ ^а		
Персонал	++						+++	+++	+	
Обучение	++				+		+	+++	+	
Регистрация больных туберкулезом					+					
Лекарственные средства			+++		+++			+++	+	
Стратегия DOTS					+++					
Шприцы							+	++		
Презервативы							+	+		
Другие товары и услуги		++++		++	+		+++	+++	+	
Другие издержки					+		++	+++		
Инвестиции							+	+	+	
Наблюдение и оценка		+					+	+		

Таблица 14.1 (окончание). Покупка и предоставление медицинских услуг по борьбе с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом в Эстонии различными учреждениями, занимающимися сбором средств, 2005 г.

Покупка	Министерство юстиции	Фонд медицинского страхования	Туберкулез и ВААРТ	Министерство социального обеспечения	Местные органы власти
				Программы общественного здравоохранения	ГФБСТМ ^а
Добровольное консультирование и обследование				++	
Программы снижения вреда для ПИН				++++	+++
Тюрьмы	++++			++	++
МГО + РКС			+++	++	++
ВААРТ		++++	+++	+++	+++
Меры по борьбе с туберкулезом			+++		
Профилактика заражения новорожденного от матери		++			
Средства массовой информации — кампания по просвещению молодежи				++	+++

Источник: Alban and Kutzin 2006.

Примечание: уровень финансирования за 2005 г. обозначен следующим образом: + — менее 50 000 евро; ++ — 50 000—100 000 евро; +++ — 100 000—200 000 евро; ++++ — более 200 000 евро; ВИЧ — вирус иммунодефицита человека; ВААРТ — высокоактивная антиретровирусная терапия; МГО — мужчины гомосексуальной ориентации; ГФБСТМ — Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией; ПИН — потребители инъекционных наркотиков; РКС — работники коммерческого секса; DOTS — стратегия лечения под прямым наблюдением.

^а Управляется Национальным институтом развития здравоохранения.

В результате качество медицинской помощи в тюрьмах гораздо ниже, чем вне их, что имеет отрицательные последствия, поскольку заключенные получают некачественное лечение, которое периодически прерывается (что чревато развитием лекарственной устойчивости), а после освобождения не сразу попадают в поле зрения общей системы здравоохранения, вследствие чего могут передать штаммы, обладающие лекарственной устойчивостью, населению. Весьма вероятно (хотя исследований на эту тему нет), что отрицательные последствия, вызванные раздробленностью и отсутствием координации в работе, намного больше, чем расходы на дополнительное или иначе организованное обслуживание групп высокого риска. С точки зрения общества прирост благосостояния в результате комплексного подхода к финансированию и работе программ по борьбе с инфекционными заболеваниями, внедренного правительством или Министерством здравоохранения, будет очень значительным.

Следовательно, координация программ, их финансирование и деятельность — важные организационные вопросы, на которые должно обратить внимание государство. ВОЗ, в том числе Европейское бюро ВОЗ, сотрудничают со своими партнерами во всех трех странах Балтии для разработки совместного планирования и финансирования программ по борьбе с туберкулезом, ВИЧ/СПИДом и наркоманией. Правительственные чиновники и представители ключевых организаций регулярно встречаются для разработки общей политики, направленной на эффективную совместную борьбу с этими эпидемиями. В то же время в Эстонии развивается индивидуальный подход к ведению больных, сосредоточенный на их нуждах и нацеленный на обеспечение бесперебойного доступа ко всем видам медицинской и социальной помощи. Хотя этот процесс находится на ранней стадии, уже определен целый ряд мер (в том числе добровольное обследование, консультирование, заместительная терапия метадонем, программы обмена игл, ВААРТ и курсы лечения под медицинским наблюдением) и определены работники здравоохранения (семейные врачи, медицинские сестры и социальные работники), которые будут координировать направление к специалистам и последующее наблюдение.

Распределение средств и системы оплаты медицинских услуг в программах по борьбе с инфекционными заболеваниями

На примере трех стран — Российской Федерации, Турции и Республики Молдова — мы показываем, как распределение средств и системы оплаты медицинских услуг влияют на эффективность и рентабельность программ по борьбе с инфекционными заболеваниями.

Влияние систем оплаты медицинских услуг на борьбу с туберкулезом в Российской Федерации

Среди 22 стран, в которых, по данным ВОЗ, наиболее велико бремя туберкулеза, Российская Федерация занимает одно из последних мест по частоте выявления туберкулеза путем микроскопии мазка мокроты и по частоте

успешного лечения под медицинским наблюдением (WHO 2005). Несмотря на полученные в экспериментальных программах данные о рентабельности одобренных ВОЗ методов, развертывание подобных программ в Российской Федерации тормозится. Больные туберкулезом продолжают подвергаться ненужным длительным госпитализациям (Floyd et al. 2006).

В нашем исследовании используется патентованный метод SYSRA, разработанный для одновременного анализа систем здравоохранения и программ по борьбе с инфекционными заболеваниями (Atun et al. 2004). Он состоит из двух элементов: «горизонтальной оценки», предназначенной для многостороннего анализа системы здравоохранения, внутри которой действует программа по борьбе с определенным инфекционным заболеванием, и «вертикальной оценки», предназначенной для анализа самой программы. В данном случае мы выясняем, как организационная структура, финансирование здравоохранения и система оплаты медицинских услуг в Российской Федерации создают стимулы или, наоборот, препятствия к внедрению одобренных ВОЗ методов борьбы с туберкулезом. Для подробного изучения выбрана Самарская область, которая в 2001 г. поставила целью внедрение таких методов на своей территории (Coker et al. 2003).

В Самарской области программа по борьбе с туберкулезом состоит из четырех вертикальных систем, каждая из которых финансируется отдельно: а) система массового обследования на основе флюорографии; б) система выявления туберкулеза в колониях и тюрьмах; в) сеть противотуберкулезных больниц; г) система амбулаторного обслуживания.

Программа финансируется из федерального, областного и муниципальных бюджетов, Фонда медицинского страхования и платежей за частное медицинское обслуживание (рис. 14.2 и вставка 14.1).

Распределение ресурсов и составление бюджетов производится на основании прошлогодних бюджетов и ретроспективных данных, а не реальных потребностей. Например, в 1998–2000 гг. средства, выделяемые на борьбу с туберкулезом, неуклонно росли, но в 2001 г. сократились, несмотря на ухудшение ситуации с туберкулезом, в том числе полирезистентным, и ВИЧ/СПИДом, поскольку сократилось федеральное финансирование.

Согласно нормативам и тарифам, которые регулируются федеральным законодательством, выделяют ряд клинико-статистических групп (КСГ); КСГ объединяет ряд диагнозов, сходных по сложности, объему требуемых ресурсов и средней продолжительности госпитализации. Эти нормативы опираются на национальную классификацию туберкулеза, отличную от классификации ВОЗ и других международных классификаций. КСГ определяет длительность госпитализации и лечения, а также что считать «закрытым случаем» как на уровне лечения, так и на уровне оплаты. Эти группы разрабатываются в каждом регионе, но в рамках общенационального регулирования.

Стоимость госпитализации определяется средней продолжительностью последней и средней стоимостью суточного пребывания в больнице (оно зависит от клинической специальности). Стоимость отражает не реальные затраты медицинских учреждений, а установленные заранее нормативные суммы, определенные согласно законодательству и доступным на региональном уровне средствам.

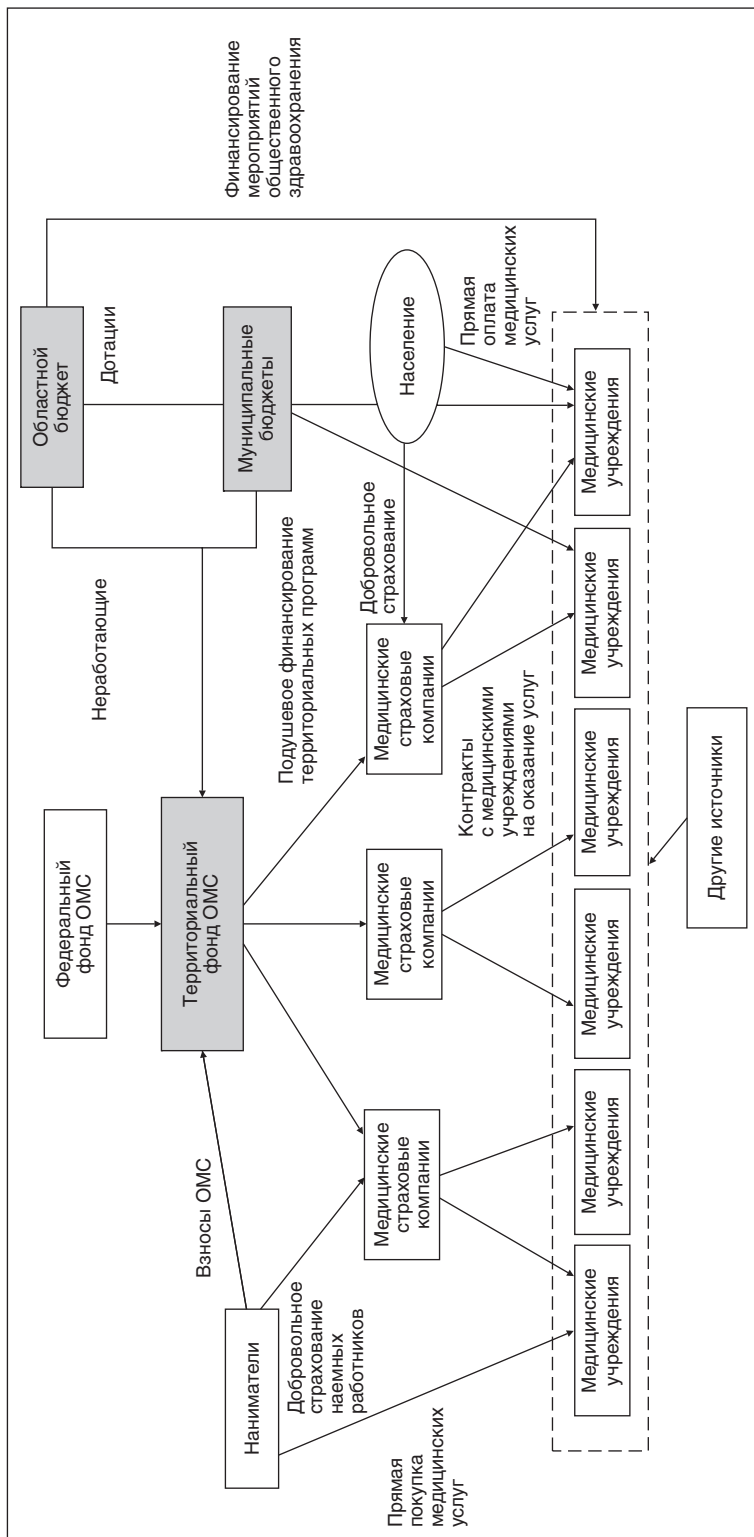


Рисунок 14.2. Финансовые потоки в системе здравоохранения Самарской области, Российская Федерация.

Источник: Atun et al. 2005a.

Примечание: ОМС – обязательное медицинское страхование.

Вставка 14.1. Финансирование противотуберкулезной службы в Самарской области Российской Федерации

Областной бюджет складывается из двух элементов: собственно областного бюджета и местных бюджетов (районов и городов области).

Здравоохранение финансируется из двух основных источников: подоходный налог, взимаемый с работающих согласно действующему законодательству в фонд ОМС, и областной бюджет. Эти средства собираются в территориальный фонд ОМС.

Областное министерство здравоохранения и социального развития отвечает за организацию медицинского обслуживания и оказание медицинских услуг, входящих в минимальный набор согласно «Закону о минимуме бесплатной медицинской помощи, гарантированной государством». В этом наборе определен финансируемый фондом ОМС перечень заболеваний (вмешательства, объем услуг и условия их предоставления) и лекарственных средств. Перечисленные услуги оказываются бесплатно. На основе указанного закона регионы разрабатывают свой минимальный набор услуг, который может быть более широким.

Система ОМС состоит из трех компонентов: а) Федеральный фонд ОМС; б) территориальные фонды ОМС; в) частные страховые компании. Территориальные фонды ОМС распределяют средства между страховыми компаниями по числу застрахованных с учетом группы риска. Компании обеспечивают медицинское страхование работающего и неработающего населения (рис. 14.2).

Страховыми компаниями оплачиваются пять видов медицинских услуг, связанных с лечением туберкулеза: а) сложное амбулаторное лечение больных, прикрепленных к противотуберкулезным диспансерам; б) стационарное лечение (оплачивается после выписки больного); в) сложные случаи подозрения на туберкулез, требующие обследования в стационаре; г) определенные услуги первичной медицинской помощи (врачебные консультации и осмотры); д) санаторное лечение.

Учреждения первичной медицинской помощи получают оплату с учетом группы риска за каждый зарегистрированный случай туберкулеза, находящийся под «динамическим наблюдением», в соответствии с нормативными затратами для каждой КСГ. Такая система оплаты не учитывает результатов работы и ведет к тому, что контакт больных с системой здравоохранения затягивается, поскольку каждый больной, находящийся под «динамическим наблюдением», означает поступление дополнительных средств. В результате система регулирования доступа к специализированной помощи не работает, поскольку врачам первичной помощи выгодно иметь много зарегистрированных больных, направлять больше больных на госпитализацию и сокращать ассортимент оказываемых услуг. Согласно исследованию, в 2002 г. «под динамическим наблюдением» находилось примерно 40 100 человек. Из них 80% составляли излеченные от туберкулеза и лица, близко контактировавшие с ними, и лишь 12% — люди с выявленным активным туберкулезом легких или подозрением на него. Противотуберкулезным больницам средства переводят после выписки больных согласно фактически предоставленным услугам; госпитализации классифицируют по системе КСГ, определяющей сложность случая с учетом тактики лечения и длительности госпитализации, установленной при

поступлении в больницу. Каждая КСГ оплачивается по своей ставке. Эта система оплаты искажает интересы медицинских учреждений и способствует избыточному оказанию услуг: излишним госпитализациям и исследованиям для получения добавочного финансирования, изменению диагноза так, чтобы он относился к более «дорогой» КСГ, применению методов, которые означают более высокую суточную оплату (например, хирургическое вмешательство), вместо других, более рентабельных методов. Ничего удивительного, что в 1999–2001 гг. около 40% больных госпитализировались более одного раза, и более 7% всех госпитализаций по поводу туберкулеза или подозрения на него сопровождались сложными обследованиями и хирургическим вмешательством, которые оплачиваются по более высоким ставкам. По сравнению с мировой практикой это очень высокие показатели.

Еще одна сложность с оплатой госпитализаций в том, что ее величина зависит от категории больницы. Учреждения с более квалифицированным персоналом, дорогим оборудованием, большим числом коек и большей площадью в пересчете на одно койко-место получают за каждый случай лечения большую сумму. Это способствует удержанию персонала, поддержанию количества коек и их достаточно просторного расположения, а также инвестициям в оборудование, но препятствует разукрупнению больниц с целью повышения эффективности, поскольку небольшим больницам за каждый случай платят меньше, а смещение медицинского обслуживания в сторону амбулаторной помощи ведет к суммарному снижению дохода. Поэтому попытки сократить число коек в больницах не приводят к успеху, а расходы больниц растут (Atun et al. 2006).

Ясно, что имеющаяся организационная структура, система распределения ресурсов и система оплаты медицинских услуг в сфере борьбы с туберкулезом не способствуют повышению эффективности и рентабельности обслуживания, а напротив, способствуют длительному наблюдению в противотуберкулезных диспансерах и длительным повторным госпитализациям.

Влияние систем оплаты медицинских услуг на трудовые ресурсы в системе противотуберкулезного надзора в Турции

В Турции проходит крупная реформа системы здравоохранения (Atun 2006). «Программа преобразования здравоохранения», развернутая в декабре 2003 г., направлена на борьбу с последствиями многолетней малоэффективной работы здравоохранения и неважных результатов этой работы. Основные принципы программы – «внимание к человеку», «устойчивое развитие», «непрерывное повышение качества», «партнерство», «согласованность», «добровольческая деятельность», «разделение полномочий», «децентрализация» и «конкуренция в оказании услуг». В рамках «Проекта по преобразованию здравоохранения», на который выделен заем Всемирного банка, планируются значительные изменения в системах финансирования и оплаты медицинских услуг (Ministry of Health of the Republic of Turkey 2003).

Здравоохранение будет финансироваться через единую систему социального страхования; страховые взносы будут собираться казначейством в

рамках подоходного налога, а затем переводиться в Фонд всеобщего медицинского страхования. Последний будет объединять средства из трех источников — существующих ныне систем социального страхования (система SSK для наемных работников, система *Bag-Kur* для ремесленников и лиц, работающих не по найму, и система *Emekli Sandigi* для пенсионеров). Кроме того, в Фонд всеобщего медицинского страхования будут переводиться бюджетные средства, покрывающие расходы на лечение тех, кто не может платить страховые взносы.

Введены новые системы оплаты медицинских услуг; услуги первичной медицинской помощи будут оплачиваться из расчета на душу населения, но с учетом фактически предоставленных услуг и качества работы. Больницы, финансирование которых в настоящее время является смешанным — из бюджета Министерства здравоохранения и, в соответствии с объемом оказанных услуг, из фондов организаций социального страхования, в будущем станут получать средства на основе разрабатываемой сейчас системы клиничко-затратных групп. Дополнительные доходы от оплаты по объему оказанных услуг образуют «оборотный фонд» и предусматривают участие работников в прибылях.

В течение 7 лет заболеваемость и распространенность туберкулеза в Турции снижались, но сейчас начали вновь расти. В 2003 г. заболеваемость составляла 28 на 100 000, а распространенность — 45 на 100 000. Примерно 2,8% новых случаев пришлось на полирезистентный туберкулез. В 2003 г. в четырех районах начато внедрение программы коротких курсов лечения под медицинским наблюдением, но, несмотря на усилия политиков и достаточно эффективную организационную структуру, официальный охват лечением все еще очень низок (3%). Доля случаев успешного лечения в экспериментальных программах достигала 93%.

Национальная программа по борьбе с туберкулезом находится в ведении отдела по борьбе с туберкулезом, который подотчетен непосредственно министру здравоохранения. Борьба с туберкулезом в настоящее время финансируется напрямую из бюджета Министерства здравоохранения, из средств организаций социального страхования (через их платежи больницам, обслуживающим больных туберкулезом), из средств неправительственных организаций, а также за счет платежей населения за частные медицинские услуги. Подробные и точные данные есть только в отношении средств, выделяемых Министерством здравоохранения; таким образом, общую сумму финансирования определить невозможно. Доля программ по борьбе с туберкулезом в бюджете Министерства здравоохранения снизилась с максимума в 3,5% в 1987 г. до 1,2% в 2006 г.

Из общих расходов на борьбу с туберкулезом 86–87% приходится на противотуберкулезные диспансеры и диагностические лаборатории. Из этих средств около 80% идет на заработную плату персонала, а 16% — на расходные материалы, медицинское оборудование и лекарственные средства. В дополнение к средствам из бюджета Министерства здравоохранения диспансеры и лаборатории получают оплату от организаций социального страхования в соответствии с объемом оказанных услуг — эти средства поступают в «оборотный фонд». Оставшиеся 13–14% общих расходов приходятся на Центральный отдел по борьбе с туберкулезом; 16% этой суммы идет на заработную плату персонала, а 75% — на расходные материалы, медицинское оборудование и лекарственные средства.

В турецком здравоохранении, в том числе в противотуберкулезных службах, число медицинских работников, приходящихся на одного больного, низкое по сравнению со средними показателями в Европейском регионе ВОЗ. Скудные ресурсы распределены неравномерно – в бедных, особенно сельских областях персонала мало по сравнению с более богатыми районами и городами. Различается и квалификация персонала, поскольку численность управленцев велика по сравнению с числом медицинских работников. Несмотря на то что медицинские работники охотно соглашались на дальнейшее обучение, возможностей для этого не хватает. В разделе бюджета Министерства здравоохранения, посвященном борьбе с туберкулезом, нет строки, предусматривающей обучение медицинского персонала или широкое внедрение и оценку программы коротких курсов лечения под медицинским наблюдением.

Персонал Центрального отдела по борьбе с туберкулезом и работники противотуберкулезных диспансеров получают фиксированную заработную плату с добавлением небольших сумм (менее 20% от заработной платы), размеры которых зависят от качества работы. Эти суммы выплачиваются в соответствии с объемом оказанных услуг из средств, переведенных организациями социального страхования. У персонала больниц, а также (хотя и в меньшей степени) учреждений первичной медицинской помощи дополнительные выплаты намного больше и могут превышать заработную плату в 10 раз. Такая разница, обусловленная наличием в схеме финансирования «оборотных фондов», ведет к резкой неудовлетворенности работников диспансеров своими доходами. В результате персонал диспансеров уходит в больницы и поликлиники, предлагающие более щедрую оплату труда. С 2003 г. в противотуберкулезных диспансерах численность персонала, в том числе врачей, медицинских сестер, лабораторных работников, рентгенологов сократилась примерно на 10%. Многие диспансеры расширяют набор услуг, включая в него семейную медицину и первичное медицинское обслуживание, чтобы найти дополнительные средства. Введение оплаты в соответствии с объемом оказанных услуг и создание «оборотных фондов» в основной системе здравоохранения явно повредило противотуберкулезным службам, приведя к оттоку кадров оттуда.

Признавая, что для поддержания действенной противотуберкулезной службы, создания стимулов и возможностей для эффективной борьбы с заболеванием придется изменить систему финансирования и распределения ресурсов, Министерство здравоохранения недавно ввело новые нормативы. Последние призваны увеличить выплаты персоналу противотуберкулезных служб, связанные с качеством работы. Однако противотуберкулезные службы продолжают существовать отдельно от основной системы здравоохранения, и будет интересно узнать, остановит ли попытка сгладить неравенство в оплате труда отток персонала.

Влияние систем оплаты стационарной медицинской помощи на борьбу с туберкулезом в Республике Молдова

Республика Молдова – беднейшая страна Европы; средняя продолжительность жизни в ней составляет 64 года для женщин и 71 год для мужчин (Atun 2005).

В начале 1990-х гг., во время переходного периода, здравоохранение было почти развалено из-за резкого сокращения государственного финансирования и, как следствие, резкого снижения заработной платы медицинских работников. Это привело к росту социального неравенства, эмиграции медицинских работников, сдаче площадей медицинских учреждений в аренду с целью получения дополнительного дохода, неофициальной оплате медицинских услуг, которая затрудняла доступ к медицинской помощи и еще сильнее обостряла социальное неравенство.

Для борьбы с перечисленными проблемами государство разработало масштабную программу реформ, которая предусматривала децентрализацию с целью повышения рентабельности и обеспечения равного доступа к медицинской помощи, введение обязательного медицинского страхования с целью совершенствования системы сбора средств для здравоохранения и введение контрактной системы путем создания Медицинской страховой компании, выступающей в качестве покупателя медицинских услуг. Минимальный набор медицинских услуг предоставляется гражданам бесплатно.

В 2004 г. среди 52 стран Европейского региона ВОЗ Республика Молдова занимала четвертое место по заболеваемости туберкулезом (138 на 100 000) и второе место по его распространенности (241 на 100 000). Около 15% новых случаев заболевания приходились на полирезистентный туберкулез. После резкого скачка заболеваемости в первой половине 1990-х гг. в 1996 г. была развернута Национальная программа по борьбе с туберкулезом. В 2001 г. началось внедрение программы коротких курсов лечения под медицинским наблюдением. С 2004 г. достигнут 100% охват ею, при этом эффективность выявления новых случаев заболевания составила 56%, а эффективность лечения – 65%.

Расходы на здравоохранение в процентах от ВВП выросли с 3% в 1996 г. до 7,5% в 2004 г.; около 57% приходится на государственное финансирование, а 43% – на расходы частных лиц. У противотуберкулезной службы отдельного бюджета нет, но, по оценкам ВОЗ, в 2006 г. на борьбу с туберкулезом будет приходиться примерно 14% государственных расходов на здравоохранение. Значительная часть бюджета Национальной программы по борьбе с туберкулезом покрывается внешними донорами, особенно Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Медицинская страховая компания и главные врачи районных больниц согласовывают годовой бюджет, основываясь на одобренной Министерством здравоохранения системе оплаты в соответствии с объемом оказанных услуг и на численности населения в каждом районе. Распределяет эти средства главный врач районной больницы. Специализированная помощь оплачивается согласно фактически предоставленным услугам в рамках максимального годового бюджета, а услуги первичной медицинской помощи – в соответствии с простой подушевой формулой. Точно рассчитать объем средств, выделенных на борьбу с туберкулезом в рамках первичной и специализированной помощи, невозможно, поскольку эти средства – часть общего бюджета здравоохранения.

Работники общественного здравоохранения получают фиксированную заработную плату. В 2004 г. среднемесячная заработная плата врачей составляла 125 долларов США, а медицинских сестер – примерно

90 долларов США. Недавно в здравоохранении введена система надбавок за качество работы, но эти надбавки невелики, а их влияние на поведение медицинских работников пока не ясно. Для врачей общей практики введена система стимулирования качества, цель которой — способствовать внедрению программы коротких курсов лечения под медицинским наблюдением; семейный врач и работающая с ним медицинская сестра получают 5% надбавку к заработной плате за каждый выявленный и зарегистрированный случай туберкулеза и еще 5% — за строгое соблюдение правил программы лечения под медицинским наблюдением в ходе интенсивной фазы лечения. Хотя данная схема представляется перспективной, система наблюдения и обратной связи пока не разработана, и величина оплаты определяется исключительно оценкой качества работы семейного врача специалистами по туберкулезу.

Вопросы финансирования противотуберкулезных больниц

В 1998–2002 гг. число больниц сократилось с 305 до 65, а число коек — с 14,4 до 6,5 на 1000 населения. После перестройки больничной системы и развертывания программы DOTS средняя занятость койки для больных туберкулезом в Институте фтизиопневмологии сократилась с 349 сут в 1997 г. до 303 сут в 2003 г., но в 2004 г. возросла до 339 сут (Nejdlova 2005).

В 2004 г. Национальная страховая компания ввела политику «максимальной продолжительности госпитализации», согласно которой оплачиваются лишь первые 47 сут госпитализации больного туберкулезом. После этого средняя продолжительность госпитализации заметно снизилась — с 62,4 сут в 2002 г. до 51,1 сут в 2004 г. Однако такая политика не согласуется с рекомендациями местного варианта программы коротких курсов лечения под медицинским наблюдением, согласно которому продолжительность госпитализации при впервые выявленном туберкулезе должна составлять 2 мес, а при полирезистентном — 6 мес. Чтобы устранить несоответствие правилам медицинской страховой компании, Институт фтизиопневмологии госпитализирует больных полирезистентным туберкулезом на 2 мес, затем на несколько дней выписывает и госпитализирует вновь. Кроме того, при обычном туберкулезе остается разрыв 13 сут между двухмесячной госпитализацией согласно программе лечения под медицинским наблюдением и госпитализацией на 47 сут согласно правилам медицинской страховой компании. Эти 13 сут должны оплачиваться из другого источника, так как медицинская страховая компания их не оплачивает. Расходы на незастрахованных покрываются из бюджета на лечение «социально значимых заболеваний», а расходы на тех, кто имеет медицинскую страховку, — нет. В результате у стесненного в средствах Института фтизиопневмологии возникают финансовые затруднения. Поскольку расходы на лечение сопутствующих заболеваний медицинская страховая компания не покрывает, их часто оплачивают сами больные. Если больной туберкулезом не в состоянии найти соответствующие средства, на лечение идут деньги из специальных больничных фондов, что ведет к нормированию услуг: лечат лишь самые неотложные случаи.

Ситуации в Республике Молдова и в Турции показывают, что реформа системы оплаты медицинских услуг в здравоохранении может самым

непредсказуемым образом повлиять на программу борьбы с туберкулезом. Ясно, что в Республике Молдова система оплаты стационарной медицинской помощи должна быть пересмотрена, чтобы обеспечить непрерывность, устойчивость и успех программы DOTS.

Заключение

В этой главе показано, насколько важно разбираться в вопросах финансирования здравоохранения применительно к программам по борьбе с инфекционными заболеваниями. Такие программы часто имеют вертикальную структуру и слабо связаны со здравоохранением в целом. Подобная изолированность, как мы показали на целом ряде примеров, опасна. Программы по борьбе с инфекционными заболеваниями должны быть тесно интегрированы в процесс реформ в стране. Необходимо тщательно проанализировать, как малейшее изменение общего финансирования может повлиять на финансирование, организацию и деятельность этих программ. Такой анализ должен предусматриваться с самого начала, при обсуждении реформ здравоохранения, в том числе реформы финансирования, а не проводиться ретроспективно для устранения неблагоприятных последствий.

Особое внимание нужно уделять трем вопросам. Во-первых, доступному фискальному пространству, определяющему объем инвестиций в программы по борьбе с инфекционными заболеваниями. Если фискальное пространство мало и выделенные средства недостаточны для удовлетворения имеющихся потребностей, нужно расставить приоритеты, т. е. определить, куда вкладывать средства в первую очередь. Для расширения фискального пространства можно использовать альтернативные источники финансирования.

Во-вторых, самой схеме финансирования, особенно механизмам сбора и распределения средств, которые, как показывает пример Эстонии, могут существенно повлиять на организацию, планирование, деятельность и оценку программ по борьбе с инфекционными заболеваниями, а также на эффективность и рентабельность таких программ.

В-третьих – системе оплаты медицинских услуг. Как видно на примере Российской Федерации, Турции и Республики Молдова, реформа этой системы может отрицательно сказаться на деятельности медицинских учреждений и на кадровых вопросах. Если такие реформы внедряются без должного учета программ по борьбе с инфекционными заболеваниями, эффективность программ может сильно пострадать от непредвиденных последствий реформ.

Для обеспечения устойчивой, эффективной и рентабельной работы программ по борьбе с инфекционными заболеваниями крайне важно понимать, как элементы системы здравоохранения, в особенности финансирование, влияют на эти программы.

Литература

Alban, A. and Kutzin, J. (2006). *Scaling up treatment and care for HIV/AIDS and TB and accelerating prevention within the health system in the Baltic states (Estonia, Latvia,*

Lithuania): economic, health financing and health system implications. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe Health Systems Financing Programme.

Atun, R. (2005). *Review of Experience of Family Medicine in Europe and central Asia – Moldova Case Study.* Washington D.C.: World Bank Human Development Sector Unit. World Bank, Europe and central Asia Region, Report No. 32354-ECA.

Atun, R. A. (2006). *WHO Mission to Turkey: Assessment of the Turkish National TB Programme* (2006) – “Review of the National Tuberculosis Programme”. Unpublished document.

Atun, R. A., Lennox-Chhugani, N., Drobniowski, F., Samyshkin, Y. and Coker, R. (2004). A framework and toolkit for capturing the communicable disease programmes within health systems: Tuberculosis control as an illustrative example, *European Journal of Public Health*, 14: 267–273.

Atun, R. A., Lebcir, R., Drobniowski, F. and Coker, R. (2005). Impact of an effective multidrug-resistant tuberculosis control programmes in the setting of an immature HIV epidemic: system dynamics simulation model, *International Journal of STD & AIDS*, 16 (8): 560–570.

Atun, R. A., Samyshkin, Y. A., Drobniowski, F., Gusarova G., Skuratova, N. M., Kuznetsov, S. I., Fedorin, I. M., Coker, R. J. (2005a). Barriers to sustainable tuberculosis control in the Russian Federation, *Bulletin of the World Health Organization*, 83 (3): 217–223.

Atun, R. A., Samyshkin, Y., Drobniowski, F., et al. (2006). Costs and outcomes of tuberculosis services in the Russian Federation: retrospective cohort analysis, *Health Policy and Planning*, 21(5): 353–364.

Atun, R. A., Lebcir, R. M., Drobniowski, F., McKee, M. and Coker, R. J. (2007a). High coverage with HAART is required to substantially reduce the number of deaths from tuberculosis: system dynamics simulation in the setting of explosive HIV epidemic and tuberculosis, *International Journal of STD & AIDS*, 18: 267–273.

Atun, R. A., Lebcir, M. R., McKee, M., Habicht, J. and Coker, R. J. (2007b). Impact of joined-up HIV harm-reduction and multidrug-resistant tuberculosis control programmes in Estonia: system dynamics simulation model, *Health Policy*, 81: 207–217.

Coker, R. J., Dimitrova, B., Drobniowski, F., et al. (2003). Tuberculosis control in Samara Oblast, Russia: institutional and regulatory environment, *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 7(10): 920–932.

Espinal, M. A., Laszlo, A., Simonsen, L., et al. (2001). Global trends in resistance to anti-tuberculosis drugs. World Health Organization International Union against Tuberculosis and Lung Disease Working Group on Anti-Tuberculosis Drug Resistance Surveillance, *New England Journal of Medicine*, 344(17): 1294–1303.

Floyd, K., Hutubessy, R., Samyshkin, Y., et al. (2006). Health systems efficiency in the Russian Federation: tuberculosis control, *Bulletin of the World Health Organization*, 84 (1): 43–51.

Heller, P. S. (2005). *Understanding Fiscal Space.* IMF Policy Discussion Paper. PDP/05/4. Washington D.C.: International Monetary Fund.

High-Level Forum (2005). *Paris Declaration on Aid Effectiveness: Ownership, Harmonization, Alignment, Results and Mutual Accountability.* Paris: High-Level Forum (<http://www-1.worldbank.org/harmonization/Paris/FINALPARISDECLARATION.pdf>, accessed 27 November 2007).

Kutzin, J. (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements, *Health Policy*, 56(3): 171–204.

Ministry of Health of the Republic of Turkey (2003). *Transformation in Health.* Ankara: Ministry of Health of the Republic of Turkey.

Nejdlova, M. (2005). *Analysis of contextual factors impacting on implementation of DOTS Programme in The Republic of Moldova,* MSc Thesis. London: Imperial College.

Serrano, R. and Feldman, A. (2006). *Welfare economics and social choice theory. 2nd ed.* New York: Springer.

WHO (2000). *World Health Report 2000 – Health systems: improving performance.*

270 Системы здравоохранения и проблемы инфекционных заболеваний

Geneva: World Health Organization (на русском языке: Доклад о состоянии здравоохранения в мире – 2000. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. – Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2000 г.).

WHO (2005). *Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing*. Geneva: World Health Organization.

Системы здравоохранения и инфекционные заболевания: предвидение грядущих проблем и подготовка к ним

Richard Coker, Ana Mensua, Rifat Atun, Martin McKee

Введение

В декабре 2003 г. Дональд Рамсфельд, в то время министр обороны США, получил от Британского движения за простой английский приз за самую бессмысленную фразу, сказанную общественным деятелем. Знаменитое сегодня высказывание Рамсфельда, осмеянное многими в феврале 2002 г., когда оно прозвучало, касалось неопределенностей, связанных с войной в Ираке. Он заявил: «Как мы знаем, есть известное “известное”: вещи, про которые мы знаем, что мы их знаем. Мы знаем также, что есть известное “неизвестное”. Иными словами, знаем, что есть какие-то вещи, которых мы не знаем. Но есть также неизвестное “неизвестное” — то, о чем мы не знаем, что мы этого не знаем» (Rumsfeld 2002).

Однако заявление Рамсфельда вовсе не бессмысленно (хотя, возможно, и не очень изящно сформулировано), что бы ни утверждали представители движения за простой английский и прочие. На самом деле ученым, экспертам по общественному здравоохранению и политикам, вероятно, не помешало бы задуматься над этими словами применительно к неопределенностям, пронизывающим политику и практику. Науку обычно считают хранилищем известного «известного», но мы все глубже осознаем, что в наших знаниях есть пробелы, т. е. известное «неизвестное» — именно оно позволяет нам создавать и проверять гипотезы, и его существование должны осознавать если не политики, то, по крайней мере, ученые. В конце концов, именно известное «неизвестное» лежит в основе поиска новых знаний. Но как ученым, так и политикам еще предстоит свыкнуться с наличием неизвестного «неизвестного», которое неизбежно сопровождает любую попытку моделировать действительность, предсказать будущее развитие событий и определить наиболее гибкий, надежный и эффективный порядок действий, влияя на все это непредсказуемым образом.

В заключительной главе мы подытоживаем наиболее важные «известные» факты, касающиеся сложных связей между обстановкой в странах с переходной экономикой, человеком и микроорганизмами, а также задач, стоящих перед здравоохранением. Затем мы делаем попытку обозначить кое-что из известного «неизвестного» — вопросы, заслуживающие наиболее пристального внимания и изучения с целью более глубокого понимания. И наконец — заведомо кратко — размышляем о возможном неизвестном «неизвестном».

Известное «известное»: системы здравоохранения, человек, микроорганизмы и окружение

Предыдущие главы были посвящены рассмотрению сложных задач, стоящих перед здравоохранением стран с переходной экономикой в Латинской Америке и Восточной Европе. В главах 2–4 рассматривались факторы, влияющие на взаимоотношения между микроорганизмами и человеком — будь то изменения экосистем или социально-экономических условий в странах Латинской Америки и бывшего СССР. Еще до появления человечества микроорганизмы эволюционировали, приспосабливаясь к меняющимся условиям. Однако человек, в отличие от других животных, не только подвержен атакам микроорганизмов, но и способен менять свое окружение гораздо сильнее, чем любые животные. Изменения, которые человек вносит в окружающую среду с целью улучшить жизнь определенных групп людей или всего человечества, иногда приводят к непредсказуемым последствиям. Микроорганизмы пользуются этим. Лекарственная устойчивость, этот бич конца XX — начала XXI столетия, имеет ятрогенную природу. Хотя мутации, придающие микроорганизмам лекарственную устойчивость, возникали бы в любом случае, до наступления эры антимикробных средств из-за отсутствия у устойчивых микроорганизмов преимуществ при отборе такие штаммы не распространялись бы. Но открытие и широкое применение с середины 1950-х гг. антимикробных средств, принесшее огромные блага человечеству за счет снижения заболеваемости и смертности, стало также причиной появления микроорганизмов, с которыми в настоящее время почти невозможно бороться.

Лекарственная устойчивость — почти идеальное увеличительное стекло, позволяющее изучить влияние систем здравоохранения на человека, микроорганизмы и их окружение. Распространенность полирезистентного туберкулеза (или вероятная распространенность устойчивых штаммов ВИЧ) во многих странах бывшего СССР служит тому свидетельством. Задачи, стоящие перед общественным здравоохранением в странах с переходной экономикой, требуют решения двух взаимосвязанных проблем. Во-первых, в таких странах возможны изменения в общественном поведении, которые сами по себе ведут к росту заболеваемости и смертности. Одно из последствий таких резких социальных изменений — крупная вспышка ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в странах бывшего СССР. Столь же показателен другой пример, отражающий вторую из упомянутых проблем. Система уголовного судопроизводства в Российской Федерации и соседних с ней странах, лишаящая свободы множество бедных, наиболее уязвимых членов общества, способствует

распространению среди них инфекционных заболеваний, а затем, после освобождения заключенных, распространению этих заболеваний среди населения в целом. Так страны с переходной экономикой сами создают проблемы, связанные с инфекционными заболеваниями. Однако, несмотря на недостатки систем здравоохранения, часто уходящие корнями в прошлое, эти страны стремятся эффективно и гибко реагировать на новые угрозы здоровью населения — как появившиеся недавно (например, ВИЧ/СПИД), так и хорошо известные, но принявшие новый облик (например, полирезистентный туберкулез).

В этой книге термины «страны переходного периода» и «страны с переходной экономикой» применялись как синонимы в отношении стран, претерпевающих существенные изменения в политической, экономической и социальной сфере. Традиционно эти термины использовались применительно к странам бывшего СССР, которые движутся от централизованной плановой экономики к рыночным отношениям. Мы же включаем сюда и страны Латинской Америки, поскольку во многих из них за последние десятилетия произошли значительные политические и экономические изменения. В главе 2 McKee и Falkingham кратко излагают, что мы понимаем под переходной экономикой, и дают характеристику таким странам. Страны бывшего СССР «после 1989 г. ... испытали громадные потрясения: коммунистические режимы посыпались как костяшки домино». Последствия были самые разные. В одних странах расцвела демократия, в других прежний авторитарный режим сменился новым, также авторитарным. Где-то переходный период протекал мирно, где-то сопровождался вооруженными конфликтами. Но во всех случаях результатом стали глубокие социальные и экономические изменения. В Латинской Америке переход совершился более плавно: вступление в новую, переходную фазу не сопровождалось столь резкими потрясениями, как крах коммунистической системы. Нефтяные кризисы 1970-х гг., последовавшая за ними экономическая депрессия 1980-х гг. и дальнейшие экономические кризисы 1990-х гг. привели, как и в бывшем СССР, к периоду выраженных социально-экономических изменений. Неудивительно, что микроорганизмы воспользовались этими переменами, как видно из глав 5 и 6.

В последние десятилетия ситуация с инфекционными заболеваниями в Европейском регионе характеризуется резкими контрастами. Там, где здравоохранение (по разным причинам) не смогло обеспечить коллективный иммунитет, отмечены вспышки таких предупреждаемых вакцинацией заболеваний, как коклюш и корь, причем заболеваемость ими продолжает расти. Подобные провалы в работе здравоохранения свойственны не только странам с переходной экономикой. Эти провалы позволяют легко увидеть уязвимые места: так, уменьшение охвата иммунизацией ниже сравнительно высокого порога охвата населения сильно влияет на динамику передачи инфекций.

Особую проблему в странах с переходной экономикой представляют туберкулез и ВИЧ-инфекция. В последние годы рост заболеваемости туберкулезом отмечен и в некоторых других странах, например в Швеции и в Соединенном Королевстве, однако масштабы роста невелики и отражают влияние определенных факторов, не имеющих отношения к здравоохранению, в частности влияние иммиграции. Широкая распространенность полирезистентного туберкулеза в Восточной Европе и странах бывшего

СССР говорит о глубоких недочетах в системе здравоохранения. Хотя рост заболеваемости туберкулезом сам по себе обусловлен неблагоприятной обстановкой в обществе в целом, лекарственная устойчивость возникла вследствие развала здравоохранения, из-за чего лечение велось беспорядочно, не соответствовало международным стандартам и основывалось не на данных научных исследований, а лишь на суждениях самих врачей.

Эпидемия ВИЧ-инфекции на территории бывшего СССР, хотя и началась сравнительно недавно, угрожает серьезными последствиями. Те, кто уже инфицирован вирусом, становятся старше, их иммунная система слабеет, и со временем эпидемия, как уже очевидно в других регионах мира, начнет влиять на ситуацию с другими инфекционными заболеваниями, из которых особое беспокойство вызывает туберкулез. Наложение этих двух эпидемий друг на друга означает, что в некоторых странах бывшего СССР возникнут крупные проблемы. Программы по борьбе с отдельными заболеваниями в настоящее время организованы строго вертикально. В отношении таких сложных заболеваний, как ВИЧ/СПИД и туберкулез, этим программам грозит полное обособление, и те, кто страдает обоими заболеваниями, попадут в образовавшийся разрыв.

В Латинской Америке ситуация с инфекционными заболеваниями более неоднородна. Во многих случаях на эпидемиологию влияют рост населения, урбанизация, изменения климата и рост социального неравенства. Ситуация с такими тропическими заболеваниями, как лихорадка денге, желтая лихорадка и малярия, остается более или менее неизменной, а холера в основном побеждена. Ситуация с ВИЧ/СПИДом и туберкулезом не столь однозначна. Лишь про три страны, Кубу, Барбадос и Бразилию, можно сказать, что они успешно борются с эпидемией ВИЧ/СПИДа. В других странах она продолжает свирепствовать.

Как должны страны, в том числе страны с переходной экономикой, реагировать на эпидемии? Нужно ли что-то делать, и, если да, то что? В чем, спрашивают Lee и Owen в главе 3, заключается роль правительства? Авторы убедительно показывают, что основная задача, стоящая сегодня перед всеми странами, заключается в том, чтобы «определить и согласовать те главнейшие функции, которые государство обязано взять на себя для максимальной защиты и укрепления здоровья населения». Выдвинув утверждение, что борьба с угрозой всему обществу, которую представляют инфекционные заболевания, означает, что государство обязано предпринимать определенные действия, авторы затем формулируют, какие действия являются обязательными, то есть формулируют известное «известное».

Lee и Owen вводят понятие «жизнестойкость», которое означает, что правительство способно «на всех уровнях системы выявлять, предотвращать и устранять проблемы, приводящие к сбоям, и ликвидировать последствия таких сбоев». Однако в странах с переходной экономикой все это по многим причинам затруднено. У государства может не быть возможности или желания выполнять необходимые функции. Это может быть обусловлено недостатком компетенции или политической воли, скудостью финансов или их нерентабельным использованием, организационной или управленческой слабостью. Картина, складывающаяся при рассмотрении в этой книге стран с переходной экономикой, многогранна. Государство не выполняет свои функции по различным, часто взаимосвязанным причинам. Например, то, что Российская Федерация не отреагировала должным образом на

эпидемию ВИЧ/СПИДа, – результат запоздалого проявления политической заинтересованности, нежелания уделять внимание нуждам групп населения, находящихся на дне общества, недостаточной гибкости здравоохранения, его неспособности опереться на опыт других стран и вовремя учесть чужие уроки, а также тяжело идущего процесса реформ, который по-прежнему контролируется из центра и с большой неохотой включает в свою практику местные инициативы.

Известное «неизвестное»: предвидение грядущих проблем

В начальных главах этой книги рассмотрены эпидемиологические последствия неудач в борьбе систем здравоохранения с инфекционными заболеваниями, причины этих неудач, а также общее окружение, в котором функционируют системы здравоохранения. Чтобы здравоохранение стало эффективным, рентабельным, общедоступным и вовремя реагировало на ожидаемые и непредвиденные проблемы, следует извлечь из неудач уроки, применив их к процессу реформ. Нужно ответить на вопрос не только о том, *дает ли* деятельность здравоохранения результаты, но и о том, *почему* и с помощью *каких* механизмов она их дает. К сожалению, как наглядно показывают в главе 7 Atun и Menabde, наши представления о взаимодействии здравоохранения в целом и программ по борьбе с инфекционными заболеваниями все еще скудны, если не считать посвященных этой теме отдельных исследований (Atun et al. 2004; Atun et al. 2005a; Atun et al. 2005b). В науке существуют методы, позволяющие определить, «сработало» ли воздействие, – например, рандомизированные контролируемые испытания или наблюдательные эпидемиологические исследования, однако традиционный подход предусматривает использование зачастую взаимосвязанных переменных. Для того чтобы результаты оценки можно было применить при разработке политики, методы оценки должны учитывать динамическое взаимодействие индивидуальных, организационных, процессуальных и структурных взаимоотношений в рамках сложного окружения. Вникнуть в суть этой сложной проблемы нелегко, отчасти из-за глубоких гносеологических и онтологических противоречий между исследователями различных дисциплин. Необходима более тщательно разработанная система оценки здравоохранения и программ борьбы с инфекционными заболеваниями, которая была бы эффективной и последовательной и опиралась бы на качественные и количественные методы исследований, взятые из экспериментальной науки, социологии, эпидемиологии, теории управления и политологии (Coker, Atun and McKee 2004). Более сложно организованный подход к оценке того, влияют ли системы здравоохранения на инфекционные заболевания, и если влияют, то как и почему, поможет нам выявить известное «неизвестное», иными словами, определить, в каких важнейших вопросах мы должны разбираться глубже, чтобы повысить эффективность реформ здравоохранения.

Atun и Menabde изучают методы и подходы, применяемые для анализа систем здравоохранения, и описывают новый подход, базирующийся на системном мышлении. Выбирая этот подход, авторы исходили из представления о том, что для изучения динамики организационных изменений в

системах здравоохранения и влияния этих систем на различные программы крайне важно понимать динамику взаимосвязей между организациями, людьми и событиями во времени. Как считают авторы, такой подход должен облегчить прогнозирование будущих событий (а не просто облегчить реакцию на то, что уже произошло) так, что здравоохранение окажется готовым к грядущим проблемам.

Если мы сможем прогнозировать будущие проблемы, то сможем и выявить пробелы в наших знаниях, препятствующие успешному преодолению этих проблем, а значит, сможем определить известное «неизвестное».

Готовиться к будущему: предвидеть неизвестное «неизвестное»

В главе 4 Anthony McMichael напоминает нам, что человечество всегда подвергалось и будет подвергаться новым непредсказуемым атакам со стороны микроорганизмов. Взаимодействие человека с окружающей средой, процессы развития и глобализации означают, что новые заболевания будут, скорее всего, не только чаще появляться, но и быстрее распространяться по земному шару в случае их передачи от человека к человеку. В 1919 г. пандемии гриппа потребовались месяцы, чтобы охватить весь мир, в то время как в 2003 г. атипичная пневмония достигла других континентов в течение считанных недель благодаря развитой системе авиационного сообщения. Следующая пандемия гриппа, возможно, охватит весь мир в течение нескольких дней. Отдельные части земного шара становятся все более взаимосвязанными, а мир — единым. Это означает, что все мы должны быть готовы к борьбе не только с уже известными инфекционными заболеваниями (такими, как туберкулез, корь, ВИЧ-инфекция, коклюш и т. д.), но и с пока не существующими, но ожидаемыми болезнями (такими, как пандемия гриппа), а также с совершенно неизвестными и пока не предсказуемыми опасностями. Кто мог предположить, что изменения в технологии переработки пищевых продуктов поставят под угрозу мясную промышленность Соединенного Королевства, приведя к эпидемии губчатой энцефалопатии крупного рогатого скота, или станут угрозой для здоровья человека в виде нового варианта болезни Крейтцфельда—Якоба? Кто в 1970-х гг. предвидел появление десятилетиями позже эпидемии нового ЗППП, которая охватит весь мир, станет причиной страданий и смерти миллионов и десятилетиями будет оставаться труднейшей проблемой для ученых, политиков и работников общественного здравоохранения? Кто ждал появления в Китае нового коронавируса (возбудителя атипичной пневмонии), который стал тревожным звонком для международного сообщества и генеральной репетицией будущей пандемии гриппа гораздо большего масштаба?

Мы не можем заранее предвидеть неизвестное «неизвестное» в силу самой его природы, но можем надеяться создать такую систему здравоохранения, которая будет эффективно и гибко реагировать на самые разные угрозы, будь то передающиеся половым путем вирусы, передающиеся воздушно-капельным путем бактерии или возбудители новых заболеваний, появившиеся как следствие современного индустриализованного производства продуктов питания. Здравоохранение эффективно справляется с

новыми проблемами. Наглядный пример тому – реакция на эпидемию атипичной пневмонии. Будущее, возможно, не столь уж непредсказуемо, хотя точно сказать, каким оно будет, нельзя. Системы здравоохранения должны быть достаточно работоспособными, гибкими и, прежде всего, бдительными – тогда они будут действовать эффективно. Или, как опять-таки довольно неизящно заявил Дональд Рамсфельд: «Я бы не сказал, что будущее всегда менее предсказуемо, нежели прошлое. Я думаю, что прошлое не было предсказуемым, когда начиналось!»

Литература

Atun, R. A., Lennox-Chhugani, N., Drobniowski, F., Samyshkin, Y. and Coker, R. (2004). A framework and toolkit for capturing the communicable disease programmes within health systems: Tuberculosis control as an illustrative example, *European Journal of Public Health*, 14: 267–273.

Atun, R. A., McKee, M., Drobniowski, F. and Coker, R. (2005a). Analysis of how health system context influences HIV control: case studies from the Russian Federation, *Bulletin of the World Health Organization*, 83(10): 730–738.

Atun, R. A., Samyshkin, Y., Drobniowski, F., et al. (2005b). Health system barriers to sustainable tuberculosis control in the Russian Federation, *Bulletin of the World Health Organization*, 83: 217–223.

Coker, R. J., Atun, R. A. and McKee, M. (2004). Untangling Gordian knots: improving tuberculosis control through the development of programme theories. *International Journal of Health Planning and Management*, 19: 217–226.

Rumsfeld, D. (2002). *Department of Defence Press Briefing, 12 Feb*, Washington, D.C.: Department of Defence.

Предметный указатель

- Абхазия 36
АДС (адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин) 121
АКДС (адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина) 121—122
Адсорбированный столбнячный анатоксин 121
Азербайджан 34—36
Азиатский грипп 67
Албания 27—30
Алма-Атинская декларация 5
Ангилья 42—44
Английская потливая горячка 73
Антигенный дрейф 11, 88
Антигенный шифт 11
Антильские острова 42—44
Антимикробные средства 4, 71
 необоснованное применение 72
 устойчивость 95—96
Антиретровирусная терапия — см. АРТ
«Антонинова чума» 69
Аргентина 39—42
 реформы здравоохранения 224
Армения 34—36
АРТ 119
Атипичная пневмония 6, 9
Афинский мор 3—4
Африка
 лихорадка Западного Нила 95
 смертность от инфекций 6
Багамские острова 42—44
Бацилла Кальметта—Герена — см. БЦЖ
Беджель 73
Бедность 13—14, 24, 34, 93—94, 119
Белиз 36—39
Белоруссия 30—34, 192
Болгария 25—27
Болезнь легионеров 9, 89
Болезнь Чагаса 70, 225
Боливия 22, 39—42
Бонайре 42—44
Борьба с инфекционными заболеваниями 155
 ВИЧ/СПИД 144, 163—180
 международный уровень 55—56
 организация 149—162
 туберкулез 163—180, 181—204, 143, 175, 187
 врачи общей практики 195—198
 постсоветский период 183—184
 советский период 213—214
 тюрьмы 174
Центральная и Восточная Европа 205—222
 ВИЧ/СПИД 207—211
 туберкулез 211—215
Бразилия 22, 39—42
 ВИЧ/СПИД 118, 232—246
 реформы здравоохранения 224—225

- туберкулез 232—246
- Бруцеллез 81—82
- БЦЖ 121
- Бывшая Югославская Республика
Македония 27—30
- ВААРТ 2
- Вакцинация 23, 50, 58, 122. См.
также Иммунизация и отдель-
ные заболевания
- ВВП (валовой внутренний продукт)
24
- ВНП (валовой национальный про-
дукт) 24
- Венгрия 25—27
- Венесуэла 22, 39—42
- Ветряная оспа 74
вакцина 121
- Виргинские острова 42—44
- Вирулентность 73—75
- Вирусы — см. также отдельные за-
болевания
 - Т-лимфотропные вирусы челове-
ка 6, 9, 10
 - арбовирусы 77
 - бешенства 74
 - ветряной оспы 74
 - ВИЧ1, ВИЧ2 83—85
 - гепатита А 85—86
 - гепатита В 10, 86—87
 - гепатита С 9, 10, 87
 - герпесвирус человека типа 8 10
 - гриппа типа А 88—89
 - гриппа типа В 88—89
 - гриппа типа С 88—89
 - гриппа 11
 - типа А 11
 - штамм H1N1 67
 - штамм H2N2 67
 - штамм H3N2 67
 - штамм H5N1 11, 66, 67
 - штамм H5N1 (птичий) 1, 67
 - лихорадки денге 105—108
 - Нипах 9, 71, 76
 - папилломы человека 6
 - парвовирусы 6
 - передача при медицинских про-
цедурах 72
 - простого герпеса 6
 - ротавирусы 9
 - флавивирусы 95
 - Эбола 9
 - Эпштейна—Барр 10
- ВИЧ/СПИД 2, 6, 9, 23, 51, 59, 65,
75, 83—85, 120, 144
- Бразилия 118, 225, 232—246
- страны бывшего СССР 163—180
 - история борьбы 168—169
 - качество данных 165—166
 - международные программы
172—173
 - рост заболеваемости 170—172
 - и туберкулез 94
- Латинская Америка и Карибский
бассейн 117
- роль гражданского общества в
борьбе 241—242
- роль международного сообщест-
ва в борьбе 238—239
- Украина 167
- устойчивость к антиретровирус-
ным препаратам 9
- Центральная и Восточная Евро-
па 205—211
- Эстония 251—259
- Валовой национальный продукт 24
- ВОЗ 5, 54, 132
- Восточная Европа 91—92
- Вооруженные конфликты 15
- Всемирная ассамблея здравоохра-
нения 5, 15, 151
- Высокоактивная антиретровирус-
ная терапия — см. ВААРТ
- Гаити 42—44
- Гайана 39—42
- Гваделупа 42—44
- Генетическая изменчивость мик-
роорганизмов 66—68
- Гепатит А 85—86
- Гепатит В 86—87
- Гепатит С 87
- Глобализация 13—14
- Глобальная сеть информации в об-
ласти общественного здраво-
охранения — см. GHPIN
- Глобальная сеть предупреждения о
вспышка болезней и ответных
действий — см. GOARN
- Глобальный фонд для борьбы со
СПИДом, туберкулезом и ма-
лярией 85, 120, 177, 190, 209
- Гомосексуальные половые кон-
такты
 - заражение ВИЧ 84, 118
 - заражение гепатитом А 86
 - заражение сифилисом 91
- Гондурас 36—39
- Гонконгский грипп 67
- Грипп 11, 88—89. См. также Виру-
сы
азиатский 67

- гонконгский 67
- грипп А 11
- «испанка» (H1N1) 67
- пандемия 11, 67, 88—89, 157, 276
- противогриппозные вакцины 121
- птичий (H5N1) 1, 11, 17—18, 66, 67
- Грузия 34—36, 194, 198
- Губчатая энцефалопатия крупного рогатого скота 6, 9, 15, 71
- Денге лихорадка 2, 23, 105—108
- Детский фонд ООН — см. ЮНИСЕФ
- Децентрализация здравоохранения 224—225, 226, 233
 - Бразилия 236—238
- Дифтерия 32, 58, 82—83
 - Латинская Америка 125
 - бывший СССР 16—17
- Доминиканская Республика 42—44
- Европа — см. также Центральная и Восточная Европа, Юго-Восточная Европа
 - болезнь легионеров 9, 89
 - бруцеллез 81—82
 - ВИЧ/СПИД 83—85
 - гепатит А 85—86
 - гепатит В 86—87
 - гепатит С 87
 - инфекционные заболевания 80—100
 - клещевой энцефалит 92—93
 - корь 90
 - лихорадка Западного Нила 95
 - лямблиоз 87—88
 - малярия 90—91
 - новый вариант болезни Крейтцфельдта—Якоба 9, 94—95
 - смертность от инфекций 6
- Европейский Союз 152
 - новые члены 25—27
 - программы иммунизации 153
 - туберкулез 93—94
 - эпидемиологический надзор 153
- Европейский центр профилактики и контроля заболеваний 151, 155, 156
- Европейское экономическое сообщество 152
- Естественный отбор 65
- Желтая лихорадка 101, 225
 - вакцина 121
 - Латинская Америка и Карибский бассейн 108
- Жизнестойкость систем 51—53, 62
- Заболевания, передающиеся половым путем — см. ЗППП
- Законодательство об общественном здравоохранении 53—56, 60, 62—63
- Западного Нила лихорадка 95
- Заразность 73—75
- Здоровье населения 23, 62, 129—130
- Здравоохранение — см. Системы здравоохранения
- Зоонозы 2, 67, 81—82, 89—90, 93
- ЗППП 91—92
- Иммунизация 4, 97, 121—125. См. также Вакцинация и отдельные заболевания
- АДС 121
- адсорбированный столбнячный анатоксин 121
- АКДС 121
- БЦЖ 121
- вакцина против *Haemophilus influenzae* типа В 121
- вакцина против ветряной оспы 121
- вакцина против желтой лихорадки 121
- вакцины против гепатитов А и В 121
- вакцины против кори, эпидемического паротита и краснухи 121
- вакцины против полиомиелита 121—122
- Европейский Союз 153
- Международная расширенная программа иммунизации 5
- охват населения 5, 50, 122—123, 153, 273
- против гриппа 89
- противогриппозные вакцины 121
- Индекс Джини 24, 25, 34
- Индивидуальные товары 49, 248—251
- Инфекционные заболевания — см. также отдельные заболевания и возбудители
 - борьба на международном уровне 149—162
 - возбудители 66
 - возрождающиеся 1—20, 149
 - Европа 80—100
 - заразность и вирулентность возбудителей 73—75

- изменения климата 16, 77, 97
- изменения экосистем 75—76
- изменчивость микроорганизмов 66—68
- изменяющийся облик 6—11
- история 68—75
- финансирование здравоохранения 247—270
- Карибский бассейн 101—128, 223—231
- коллективный риск 49—55
- Латинская Америка 101—128, 223—231
- международная безопасность 14
- новые 1—20, 71—72, 149, 150
- новые технологии 15, 23
- реформы здравоохранения 223—231
- системы здравоохранения 271—277
- роль государства 48—64
- трудности в борьбе 11—13
- эволюционная борьба между человеком и микроорганизмами 2—5, 21, 65—79, 272
- экономический ущерб 10
- Иньекционные наркотики — см. Наркотики
- «Испанка» 67
- Кавказ 34—36
- Казахстан 34—36
 - борьба с ВИЧ/СПИДом 208
- Кампилобактериоз 82
- Карибский бассейн 22—23, 42—44
- ВИЧ/СПИД 117
- желтая лихорадка 108
- инфекционные заболевания 101—128, 223—231
- малярия 103—105
- общественное здравоохранение 101—102, 116
- реформы здравоохранения 223—231
- тропические болезни 103—108
- туберкулез 110—117
 - полирезистентный 114—116
- холера 108—110
- Клещевой энцефалит 77, 92—93
- Клинико-статистические группы 260
- Коклюш 125
- Колумбия 22, 39—42
 - реформы здравоохранения 225—226
- Комары *Anopheles darlingi* 76
- Коммерческий секс 59, 84, 85
- заражение ВИЧ 118
- «Коровье бешенство» — см. Губчатая энцефалопатия крупного рогатого скота
- Коронавирусы 9
- Коррупция 25, 27, 34, 39, 44
- Корь 70, 90
 - Северная и Южная Америка 123—124
- Коста-Рика 36—39
- Кох Роберт 3
- Краснуха 124
- Крейтцфельдта—Якоба болезнь (новый вариант) 6, 9, 15, 51, 94—95
- Куба 42—44
- Кыргызстан 34
 - борьба с ВИЧ/СПИДом 208
- Лаймская болезнь 6, 9
- Латинская Америка 22
- ВИЧ/СПИД 117
- желтая лихорадка 108
- инфекционные заболевания 101—128, 223—231
- лихорадка денге 105—108
- малярия 103—105
- общественное здравоохранение 101—102, 116
- реформы здравоохранения 223—231
- тропические болезни 103—108
- туберкулез 110—117
 - полирезистентный 114—116
- холера 108—110
- Легионеллез 66. См. также Болезнь легионеров
- Лекарственные средства, доступность 15
- Лептоспироз 89—90
- Лихорадка денге 2, 23, 105—108
 - Бразилия 225
 - геморрагическая форма 105—108
 - комары *Aedes aegypti* 105—108
- Лихорадка желтая 101, 225
- Лихорадка Западного Нила 95
- Лихорадка реки Росс 77
- Лихорадка чикунгунья 97
- Лихорадка Эбола 65
- Лямблиоз 87—88
- Малярия 23, 76, 77, 90—91, 102—105, 225
 - Латинская Америка и Карибский бассейн 103—105
- Мартиника 42—44

- Международное законодательство об общественном здравоохранении 55—56
- Международные медико-санитарные правила 14, 60, 151—152
- Мексика 36—39
реформы здравоохранения 226—227
- Мелиоидоз 66
- Метициллиноустойчивые штаммы *Staphylococcus aureus* 6—9
- Миграция населения 58—59
- Монтсеррат 42—44
- Нагорный Карабах 36
- Наркотики 34, 72, 93
инъекционные 12, 51, 59, 84, 86, 87, 118, 119
распространение 32
- Натуральная оспа 12, 69, 70, 73
- Национальный центр США по борьбе с инфекционными заболеваниями 11
- Неравенство 13—14, 24, 44, 119
- Никарагуа 36—39
- Новый вариант болезни Крейтцфельдта—Якоба 9, 94—95
- Общественное здоровье 6
- Общественное здравоохранение 4, 13, 152, 249, 272—273
законодательство 53—56, 60, 62—63
Латинская Америка и Карибский бассейн 101—102, 116
управление на мировом уровне 55—56
финансирование 62
- Общественные товары 49—55, 61, 248—251
- Основной набор медицинских услуг 198—200
- Панамериканская организация здравоохранения — см. ПАОЗ
- Пандемия гриппа 11, 67, 88—89, 157, 276
- ПАОЗ 105, 111, 121—122, 124
- Парвовирусы 6
- Пастер Луи 3
- Переходная экономика — см. Страны переходного периода
- Переходный период — см. Страны переходного периода
- Перу 39—42
- Пинта 73
- Пневмония атипичная 6, 9
- Поведение человека 12, 50
сексуальное 12, 72
- Полиомиелит 23, 123
вакцины 121—122
- Полирезистентный туберкулез 2, 6, 12, 24, 45, 94, 175, 201, 273.
См. также Туберкулез
- Польша 25—27
- Приднестровье 33
- Приспособляемость микроорганизмов 11
- Программа «Остановить туберкулез» 182
- Программы обмена игл и шприцев 175, 177
- Программы по борьбе с инфекционными заболеваниями 130, 229—230, 249, 275—276
Карибский бассейн 224
Латинская Америка 224
распределение средств и оплата услуг 259—268
туберкулез в странах бывшего СССР 191—193
финансирование 250—259
Эстония 251—259
- Программы снижения вреда 118
- Проказа 13
- Противотуберкулезные службы 185—186
Республика Молдова 266
Российская Федерация 172
страны бывшего СССР 183—184, 188—193, 199
Турция 263—265
- Птичий грипп 1, 11, 17—18, 66, 67
- Пуэрто-Рико 42—44
- Реки Росс лихорадка 77
- Республика Молдова 30—34, 198
туберкулез 265—267
- Ретровирусы 6
- Реформы здравоохранения 132—135
Аргентина 224
Бразилия 224—225
децентрализация 228—229
Карибский бассейн 223—231
Латинская Америка 223—231
Мексика 226—227
Республика Молдова 266
роль государства 228
Турция 263—265
уроки реформ 227—230
участие общественности 228
человеческий капитал 229
эпидемиологический надзор 230

- Российская Федерация 30—34
 борьба с ВИЧ/СПИДом 208
 борьба с туберкулезом 259—263
 лихорадка Западного Нила 95
 туберкулез 93—94, 213
 Румыния 25—27
 Саба 42—44
 Сексуальное поведение 72
 Сен-Мартен 42—44
 Сент-Китс и Невис 42—44
 Сербия 25—27
 Сибирская язва 14
 Синт-Эстатиус 42—44
 Системное мышление 129—148
 Системы 135—140
 Системы здравоохранения 12—13,
 129—148, 275—276
 анализ 140—145
 борьба с инфекционными забо-
 леваниями 18—19
 динамическая сложность 137—
 139
 жизнестойкость 51—53, 62
 инфекционные заболевания
 271—277
 Латинская Америка и Карибский
 бассейн
 меры в отношении
 ВИЧ/СПИДа 120—121
 оценка деятельности 132—135
 определение 131
 принципы Семашко 13, 130
 Республика Молдова 265—267
 реформы 132—135
 Российская Федерация 259—263
 системное мышление 139
 страны бывшего СССР
 борьба с туберкулезом 181—204
 инвестирование 191—193
 основные функции 184—195
 предоставление услуг 193—195
 управление 184—187
 финансирование 187—191
 Турция 263—265
 управление 62, 140—145
 финансирование 57—58, 62,
 247—270
 Центральная и Восточная Европа
 205—222
 предоставление услуг 209—210,
 212—214
 финансирование 209, 214—215
 экспресс-оценка (метод SYSRA)
 141—142
 Эстония 251—259
- Сифилис 73, 91—92
 врожденный 92
 Славония 27—30
 Словакия 25—27
 Словения 25—30
 Смертность в регионах ВОЗ 7—8
 Социальный капитал 23
 СПИД — см. ВИЧ/СПИД
 СССР бывший 21, 30—34
 ВИЧ/СПИД 163—180
 дифтерия 82—83
 малярия 90—91
 смертность от инфекций 6
 туберкулез 93—94, 163—180,
 181—204
 Стафилококки 66
 Столбняк новорожденных, Север-
 ная и Южная Америка 124
 Страны переходного периода 1—2,
 21—47, 80—81, 273
 борьба с инфекциями 48—64
 Бразилия 232—246
 внешняя поддержка 60—63
 Кавказ и Центральная Азия 34—
 36
 Карибский бассейн 22—23, 42—
 44
 Латинская Америка 22
 миграция населения 58—59
 роль государства 56—57
 Российская Федерация и сосед-
 ние страны 30—34
 трудности 56—60
 финансирование здравоохране-
 ния 57—58
 Центральная Америка 36—39
 Центральная и Восточная Евро-
 па 21
 этнические конфликты 58
 Юго-Восточная Европа 27—30
 Южная Америка 39—42
 Стратегия DOTS — см. DOTS
 Стрептококки 66
 Суринам 39—42
 Таджикистан 34—36
 борьба с ВИЧ/СПИДом 208
 Терроризм 14—15, 151
 ТОРС 53, 71, 73, 75, 157—159
 Токсический шок 9
 Трансмиссивные инфекции 70,
 102. См. также отдельные за-
 болевания
 Бразилия 225
 Тринидад и Тобаго 42—44
 Тропические болезни 103—108

- Туберкулез 59, 66, 93—94, 110, 112
DOTS 114—116
Бразилия 232—246
врачи общей практики 195—198
Грузия 194, 198
и ВИЧ/СПИД 94, 116—117
и основной набор медицинских услуг 198—200
Латвия 175, 191
Латинская Америка и Карибский бассейн 110—117
массовые обследования 213
микроскопия мазка мокроты 113, 116, 170, 174, 193
полирезистентный 2, 6, 12, 24, 45, 94, 175, 201, 273
программа «Остановить туберкулез» 182
программы борьбы 116—117, 177
противотуберкулезные службы
Российская Федерация 172
Турция 263—265
Республика Молдова 198, 265—267
Российская Федерация 187, 213, 259—263
стационарное лечение 213
страны бывшего СССР 163—180, 181—204
история борьбы 169—170
качество данных 165—166
международные программы 172—173
рост заболеваемости 170—172
Турция 263—265
флюорография 213
Центральная и Восточная Европа 205—207, 211—215
Эстония 251—259
Туляремия 93
Туркменистан 34—36
борьба с ВИЧ/СПИДом 208
Турция 263—265
Тяжелый острый респираторный синдром — см. ТОРС
Тюремная медицина 174
Узбекистан 34—36
борьба с ВИЧ/СПИДом 208
Украина 30—34
борьба с ВИЧ/СПИДом 208
Устойчивость к антимикробным средствам 6, 23—24, 95—96.
См. также Полирезистентный туберкулез
- Финансирование здравоохранения 57—58, 62
борьба с инфекционными заболеваниями 247—270
Эстония 251—259
Фискальное пространство 250—251
Фрамбезия 73
Французская Гвиана 39—42
Хантавирусы 9
Холера 9, 108—109
Бразилия 225
Латинская Америка и Карибский бассейн 108—110
Хорватия 27—30
Центральная Азия 34—36
борьба с ВИЧ/СПИДом 208—209
бруцеллез 81—82
ВИЧ/СПИД 83—85
гепатит В 86—87
дифтерия 82—83
корь 90
лямблиоз 87—88
малярия 90—91
сифилис 91—92
туберкулез 93—94
Центральная Америка 36—39
Центральная и Восточная Европа 21. См. также СССР бывший
ВИЧ/СПИД 205—211
системы здравоохранения 205—222
туберкулез 205—207, 211—215
Чагаса болезнь 70, 225
Человеческий капитал 24, 129, 229
Черногория 27—30
Чешская Республика 25—27
Чикунгунья лихорадка 97
Чили 22, 39—42
Чума 4, 11, 66, 149
«Антонинова чума» 69
«Юстинианова чума» 69
Эбола лихорадка 9, 65
Эволюционная борьба между человеком и микроорганизмами 2—5, 65—79, 272
этапы 68—75
Эквадор 39—42
Экономический рост 13—14
и здоровье населения 129
Экосистемы 75
Эль-Ниньо 76, 77
Энтеробактерии 66

- Энтерогеморрагические штаммы
 Escherichia coli 9, 73
- Энцефалит Нипах 9, 71, 76
- Эпидемии 69
- Эпидемиологический надзор 50,
 60, 61, 150, 230
- Европа 153—157
- система раннего оповещения
 156
- Центральная и Восточная Европа
 210—211, 215
- Эпштейна—Барр вирус 10
- Эстония 251—259
- Этнические конфликты 58
- Юго-Восточная Европа 27—30
- Югославия бывшая 27—30
- Южная Азия, лямблиоз 87—88
- Южная Америка 39—42
- Южная Осетия 36
- ЮНИСЕФ 5, 121
- «Юстиниановая чума» 69
- Anopheles darlingi* (комары) 76
- Borrelia burgdorferi* 6, 9, 10
- Brucella* spp. 81
- Campylobacter coli* 82
- Campylobacter jejuni* 82
- Corynebacterium diphtheriae* 82
- DOTS 2, 113—116, 205, 211, 257,
 268. См. также Туберкулез
- Грузия 198
- Латвия 175
- Молдова 198
- Российская Федерация 143, 213
- страны бывшего СССР 182,
 185—186, 193—194
- Центральная и Восточная Евро-
 па 211—212
- DOTS-plus 113, 116, 175, 186. См.
 также Туберкулез
- Escherichia coli*, серотип O157 9,
 10, 73
- GHPIN 152
- GOARN 61, 152
- Helicobacter pylori* 6, 9, 10
- Legionella pneumophila* 6, 9
- Legionellae* spp. 89
- Mycobacterium tuberculosis* 6
- Plasmodium* spp. 90, 103
- Proteus* spp. 72
- Pseudomonas* spp. 72
- Treponema pallidum* 91
- Vibrio cholerae* 9
- Yersinia pestis* 66, 69

Системы здравоохранения и проблемы инфекционных болезней Опыт Европы и Латинской Америки

Во всем мире системы здравоохранения постоянно меняются, стремясь соответствовать изменению характера заболеваний. Это особенно справедливо в отношении инфекционных болезней: между человеком и микроорганизмами идет непрерывная эволюционная борьба, в ходе которой микроорганизмы приспосабливаются к новым условиям. Ситуацию усугубляет все более широкое распространение устойчивости к антимикробным средствам.

Именно таким переменам и посвящена эта интереснейшая книга. Основное внимание уделено двум регионам, в которых изменения особенно стремительны, – Европе и Латинской Америке. Системы здравоохранения в этих регионах, сами переживающие период глубоких организационных реформ, вынуждены одновременно приспосабливаться к постоянно меняющемуся окружению.

Прежде чем рассматривать текущую ситуацию с инфекционными заболеваниями, авторы обращаются к прошлому, анализируя этапы эволюционной борьбы человека и микроорганизмов с момента его появления на Земле – борьбы, нередко имевшей серьезные исторические последствия. Затем оценивается готовность современного общества и правительств к грядущим угрозам, анализируется опыт стран Европы и Латинской Америки по борьбе с такими угрозами и их предотвращению.

Книга будет интересна тем, кто участвует в разработке политики здравоохранения в странах со средними и с высокими доходами, а также тем, кто изучает и внедряет политику здравоохранения.

Richard Coker, преподаватель по общественному здравоохранению, руководитель Исследовательской группы по политике в сфере инфекционных заболеваний, кафедра общественного здравоохранения и политики Лондонской школы гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство.

Rifat Atun, специалист по управлению международным здравоохранением, профессор, руководитель Центра управления здравоохранением, возглавляющий группу специалистов разного профиля, Королевский колледж Лондона, Соединенное Королевство.

Martin McKee, специалист по европейскому общественному здравоохранению, профессор Лондонской школы гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство, научный руководитель Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.



9 789289 041843