

**Региональная
стратегия:**



ЕВРОПА

**От Борьбы к
Элиминации
Малярии
в Европейском
Регионе
ВОЗ
2006-2015 гг.**

**Региональная
стратегия:**

**От Борьбы к
Элиминации
Малярии
в Европейском
Регione
ВОЗ
2006-2015 гг.**



ЕВРОПА

Всемирная Организация Здравоохранения
Европейское региональное бюро
г. Копенгаген, 2006

Keywords

MALARIA – prevention and control - transmission
EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE
REGIONAL HEALTH PLANNING
STRATEGIC PLANNING
EUROPE

EUR/06/5061322
E88840R

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

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

Кроме того, запрос на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-овом режиме на веб-сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/pubrequest>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2006 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации 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 пока что еще может не быть полного согласия. Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация 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.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Содержание

Благодарности	iv
Введение	v
Акронимы и аббревиатуры	vii
1. Ликвидация малярии: опыт прошлого	1
2. Недавнее прошлое и современные тенденции	2
3. Необходимость пересмотра региональной стратегии по малярии	9
4. Цели и задачи	11
4.1. Элиминация малярии	11
4.2. Борьба с малярией	13
4.3. Предупреждение возобновления передачи малярии	13
4.4. Сокращение и профилактика смертельных исходов от завозной малярии	14
5. Реализация стратегии	15
5.1. Типы эпидемиологических ситуаций	15
5.2. Стратегические подходы	15
5.3. Ключевые мероприятия	19
5.3.1. Выявление, диагностика и лечение малярии	19
5.3.2. Противокомариные мероприятия	21
5.3.3. Профилактика эпидемий и борьба с ними	23
5.3.4. Эпидемиологический надзор за малярией	27
5.4. Подготовка кадров	29
5.5. Научно-практические исследования	31
5.6. Работа с населением	31
5.7. Пограничное сотрудничество	32
5.8. Финансирование и мобилизация ресурсов	32
6. Мониторинг и оценка	34
7. Сертификация элиминации малярии	37
Литература	39
Приложение 1 Условия, необходимые к выполнению до принятия решения о начале осуществления программы по элиминации малярии	40
Приложение 2 Ташкентская Декларация	42

Благодарности

Глобальная программа по борьбе с малярией Европейского регионального бюро Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) выражает глубокую признательность национальным руководителям здравоохранения и сотрудникам ВОЗ, деятельность которых посвящена борьбе с малярией за их помощь и ценную поддержку, сделавшую возможной публикацию данного документа.

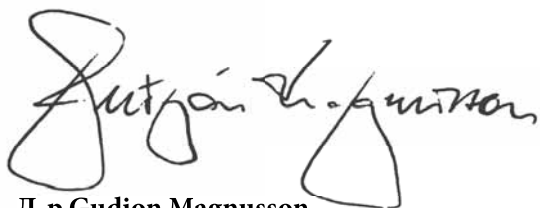
Введение

Новая региональная стратегия под названием “Вперед от борьбы к элиминации малярии” разрабатывается по завершении реализации региональной стратегии «Обратим вспять малярию», позволившей за семь последних лет успешно сдержать эпидемию малярии в Регионе и снизить заболеваемость малярией в пораженных странах до таких уровней, что перерыв передачи может стать выполнимой задачей. В 2002 году, после одобрения всеми государствами-членами региональной резолюции “Усиление противомаларийной деятельности в Европейском регионе ВОЗ”, призвавшей все страны региона, которые столкнулись с возвратом малярии, к дальнейшему сокращению бремени этого заболевания, борьба с малярией была интенсифицирована. К 2005 году были успешно достигнуты следующие цели региональной стратегии: предупреждение смертельных исходов от малярии, сдерживание эпидемий малярии, дальнейшее сокращение заболеваемости малярией, предупреждение возобновления передачи малярии, а также поддержание статуса свободных от малярии стран и территорий там, где это заболевание было ликвидировано в прошлом.

Для достижения этих целей региональная противомаларийная программа сосредоточилась на расширении и усилении взаимодействия партнеров на суб-региональном и страновом уровнях, на укреплении национального потенциала в области принятия решений, на инвестировании в подготовку национальных кадров, на улучшении системы по выявлению, диагностики и лечению малярии, на укреплении системы по сдерживанию и профилактике эпидемий, на пропаганде экономически эффективных профилактических мер, на совершенствовании системы эпиднадзора, на проведении научно-практических исследований, на обеспечении мобилизации населения и, наконец, на поощрении межсекторального сотрудничества. Серьезные политические обязательства по борьбе с малярией на международном и национальном уровнях и высокий уровень пропаганды, направленной на борьбу с данной болезнью привели к более тесному взаимодействию стран, международных агентств, неправительственных организаций и агентств по двустороннему развитию, которое в свою очередь привело к увеличению средств и ресурсов, необходимых для борьбы с малярией в Европейском регионе. На протяжении последних лет все пораженные страны Региона при поддержке ВОЗ и партнеров сделали всё возможное, чтобы сдержать наступление эпидемий малярии. Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ) предоставил гранты Грузии, Кыргызстану, Таджикистану и Узбекистану для поддержки борьбы с малярией на период с 2004 по 2010 гг. В результате, за последние семь лет (1999-2005 гг.) число зарегистрированных случаев малярии в этих странах было сокращено в семь раз.

Каждая веха, достигнутая в деле борьбы с малярией, позволяет устанавливать новые, более серьезные цели и задачи. Возможность элиминации малярии в прошлом, очевидные успехи в настоящее время, серьезные политические обязательства стран по достижению более существенного улучшения ситуации по малярии на национальном уровне, а также наличие эффективных

средств для борьбы с малярией в региональном контексте, создают уникальную возможность для перехода от борьбы к элиминации малярии. Все вышеизложенное в значительной мере подкрепляется опытом стран в других регионах ВОЗ, уже добившихся статуса свободных от малярии. Ташкентская Декларация под девизом “Вперед от борьбы к элиминации малярии”, недавно получила одобрение всех стран Европейского региона ВОЗ, пораженных малярией. В ближайшем будущем бремя малярии предполагается сократить до столь незначительных уровней, что это заболевание больше не сможет представлять угрозу для общественного здравоохранения в Регионе. Конечной целью новой региональной стратегии является перерыв передачи тропической малярии в Центральной Азии к 2010 году и, в конечном счете, элиминация малярии в Европейском регионе в целом к 2015 году.



Д-р Gudjon Magnusson
Директор
Отдел программ здравоохранения

Всемирная Организация Здравоохранения
Европейское региональное бюро
г. Копенгаген, Дания



Д-р Arata Kochi
Директор
Глобальная программа по борьбе с малярией

Всемирная Организация Здравоохранения
Штаб-квартира
г. Женева, Швейцария

Акронимы и аббревиатуры

АВС	Активное выявление случаев
АКТ	Артемизинин-комбинированная терапия
АКТЕД	Агентство по техническому сотрудничеству и развитию
ГЗМ	Годовая заболеваемость малярией
ХЛ	Хлорохин
ДДТ	Дихлородифенилтрихлорэтан
ЕСНО	Бюро гуманитарной помощи Европейской Комиссии
ЕНИ	Итальянская нефтяная компания
ГФСТМ	Глобальный Фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией
ГИС	Географическая информационная система
ИОК	Информация, образование, коммуникация
ОИОД	Обработка помещений инсектицидами остаточного действия
ОИП	Противокомариный полог, обработанный инсектицидом
ЗОП	Знания, отношение, практика
МиО	Мониторинг и оценка
МНПП	Массовое назначение противомаларийных препаратов
МЕРЛИН	Международная организация по оказанию медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях
МХП	Массовая химиопрофилактика примахином
ННГ	Новые Независимые Государства
ПВС	Пассивное выявление случаев
ПЦР	Полимеразная цепная реакция
ПХ	Примахин
ОВМ	«Обратим вспять малярию»
ЭДТ	Экспресс-диагностический тест
С-П	Сульфадоксин-пириметамин
ЮСАИД	Американское Агентство по Международному Развитию
ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения
СМИ	Средства массовой информации

1. Ликвидация малярии: уроки прошлого

Глобальная программа ликвидации малярии, которую с 1957 года координировала и поддерживала Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ), оказалась успешной в большинстве стран умеренного пояса, однако потерпела поражение в регионах с тропическим климатом (1). В 1959 году Европейский региональный комитет ВОЗ призвал государства-члены, в которых местная малярия представляла проблему для общественного здравоохранения, к достижению фазы консолидации за трехлетний период в их национальных программах ликвидации малярии. К 1963 году эта цель была достигнута, и на протяжении примерно десяти последующих лет условия для ликвидации малярии были созданы в большинстве стран Региона. К 1975 году стало очевидно, что Европейский континент освобожден от местной малярии. Впервые в истории эндемическая малярия исчезла из Европы, хотя достижение этой цели потребовало значительно больших усилий, чем это предполагалось двадцать лет назад (2).

Успех ликвидации малярии в Европе продемонстрировал, что широкомасштабное применение мер по борьбе с переносчиком, в частности внутридомовые обработки инсектицидами остаточного действия в сочетании с удовлетворительными охватом и качеством выявления, диагностики и лечения малярии, а также эпиднадзором за данной инфекцией, способны резко сократить передачу малярии и даже полностью прервать ее в районах с относительно низкой интенсивностью передачи.

В Европе осуществление противомаларийных мероприятий вкуче с современными сельскохозяйственными методами позволили снизить маляриогенный потенциал до очень низкого уровня в большинстве стран. Тем не менее, как указывали L.J. Bruce-Chwatt и J. de Zulueta (2) "...любое нарушение организованной работы служб в результате масштабной природной катастрофы или войны могут вернуть в Европу обширный ряд инфекционных заболеваний, не последнее место в котором займет малярия." Это и произошло в начале 1990-х гг., когда некоторые страны Европейского региона ВОЗ столкнулись с возвратом малярии.

2. Недавнее прошлое и современные тенденции

Восприятие стран Европейского региона ВОЗ как свободных от малярии резко изменилось за последние десятилетия. С начала 1980-х гг. и на протяжении последующих лет число пораженных стран Региона увеличилось с 3 до 10. В начале 1990-х, благодаря остаточному резервуару малярийной инфекции вкупе с ухудшением политической и социально-экономической обстановки, массовой миграцией населения, экстенсивными проектами хозяйственного развития и практически полным приостановлением мероприятий по профилактике и борьбе с малярией, вновь возникли благоприятные условия для передачи малярии. Это вызвало широкомасштабные эпидемии, разразившиеся в Центральной Азии и Закавказье, и в 1995 году в Регионе были официально зарегистрировано 90 712 случаев малярии. В Азербайджане, Таджикистане и Турции эпидемии в те годы носили взрывной и широко распространенный характер, тогда как в Армении, Туркменистане и Кыргызстане фиксировались эпидемические вспышки менее крупных масштабов. С 1995 по 2005 гг. число зарегистрированных случаев малярии в Регионе снизилось с 90 712 до 5 072. Несмотря на снижение предполагается однако, что проблема малярии в Регионе более значительна, чем можно судить по приведенной статистике. Согласно оценкам, при общем народонаселении региона в 873 457 500 человек, от 35 до 40 миллионов человек в настоящее время проживают на территориях с различной степенью риска заражения малярией. На сегодняшний день, малярия продолжает представлять угрозу для здоровья населения в восьми из 52 государств-членов Европейского региона ВОЗ, а именно в Армении, Азербайджане, Грузии, Кыргызстане, Таджикистане, Турции, Туркменистане и Узбекистане.

Территориальное распределение видов малярийных паразитов далеко не равномерно; совершенно очевидно, что тропическая малярия господствует в Таджикистане, где имеет очаговый характер и, в основном, поражает отдаленные районы с сельским населением. В 2004 году первый местный случай тропической малярии был зарегистрирован на юге Кыргызстана в районе, пограничном с Узбекистаном. В других странах Центральной Азии, Закавказского суб-региона и в Турции тропическая малярия сохраняет завозной характер. Напротив, трехдневная малярия широко распространена в Центральной Азии, странах Кавказа и в Турции, причем тип её распространения разнится от эндемии в южной части Таджикистана, юго-восточных районах Турции и, по всей вероятности, на юге Азербайджана, до эпидемического типа в юго-западных областях Кыргызстана и восточной части Грузии, и до спорадических случаев на других пораженных ею территориях.

Аутохтонная малярия

В Центральной Азии и Казахстане, где в 1980-х гг. малярия была уже практически забыта, почти 13 миллионов человек, или 30% от общего населения, в настоящее время проживают на территориях, подверженных риску малярии. Ситуация в Центральной

Азии служит иллюстрацией стремительной эволюции проблемы малярии за последние 10 лет. В недавние годы сюда вновь вернулась эндемическая малярия, которая в настоящее время встречается в южной части Таджикистана. В Таджикистане хлорохин (ХЛ) и сульфадоксин-пириметамин (С-П) не применяется из-за широко распространенной устойчивости паразитов тропической малярии к ним. В Кыргызстане была зарегистрирована эпидемическая ситуация с высокой частотой клинических проявлений малярии. Ежегодно случаи местной малярии регистрируются в Узбекистане и Туркменистане, и эти страны остаются весьма уязвимыми к возобновлению передачи малярии, что может привести к возникновению эпидемических вспышек.

В Казахстане, рост числа случаев завозной малярии регистрировался на протяжении 1990–1997 гг., а в 1992 году были отмечены первые случаи малярии, возникшие вследствие местной передачи. С 1999 по 2001 гг. в ряде южных районов страны и, в г. Алматы, было зарегистрировано 10 случаев местной малярии. В последние годы (2002–2005), тем не менее, о местных случаях малярии сообщений не поступало. Экологические и климатические условия в большинстве областей страны могут способствовать возобновлению передачи малярии, при условии её завоза. Различия эколого-климатического характера, ландшафтное разнообразие, неоднородное распределение переносчиков, а также различия в занятости и миграции населения обуславливают неоднородность маляриогенного потенциала страны. Наибольшему риску возобновления передачи малярии подвержены ряд районов Алматы, Джамбул, южные, западные и восточные области Казахстана, а также города Алматы, Астана и Караганда. *An. messeae*, самый распространенный переносчик малярии в Казахстане, присутствует в стране практически повсеместно. Исследования чувствительности к различным инсектицидам показали, что максимальной резистентностью к ДДТ (до 77%) обладали малярийные комары в западной части страны, в то время как на востоке она почти не наблюдалась. Резистентность к малатиону и фенитротину, а также к синтетическим пиретроидам, в том числе к дельтаметрину и цифлутрину, отсутствовала практически во всех опытных районах.

В Кыргызстане, как результат завоза малярии бывшими военнослужащими, возвратившимися из Афганистана, передача местной малярии регистрируется с 1986 года. В 1986–1987 гг. в стране были выявлены 24 случая местной малярии. В 1988 году сообщалось о 21 случае малярии вследствие местной передачи, 11 из которых относились к Баткенскому району, пограничному с Таджикистаном и Узбекистаном. В последующие годы в стране отмечались только завозные случаи. В 1996 году, после длительного перерыва в местной передаче, в Панфиловском районе был зарегистрирован первый случай малярии вследствие местной передачи, и с этого момента число случаев начало возрастать. В 2001 году в стране были зарегистрированы 15 местных случаев малярии. В 2002 году взрывное возобновление передачи привело к эпидемической ситуации, характеризовавшейся значительным уровнем заболеваемости: всего в юго-восточных областях страны, включая Баткенскую, Ошскую и Джалал-Абадскую области, было зарегистрировано 2

267 местных случаев трехдневной малярии. Взрывное возобновление передачи малярии в Кыргызстане было следствием миграции зараженных людей из Таджикистана в Баткенскую область Кыргызстана, где были исключительно благоприятные условия для передачи малярии. В 2004-2005 гг., в результате проведенных противоэпидемических мероприятий, число местных случаев малярии удалось существенно сократить (до 42 в 2005 году). Тем не менее, в 2004 году в Араванском районе в южной части Кыргызстана, пограничной с Узбекистаном, был отмечен первый местный случай тропической малярии, а в 2005 году число местных случаев трехдневной малярии возросло в пригородах города Бишкек. Переносчики малярии в Кыргызстане включают *An. pulcherimus*, *An. superpictus*, *An. hyrcanus*, *An. martinius*, *An. claviger* и *An. messeae*. Исследования резистентности этих переносчиков к различным инсектицидам выявили, что все они чувствительны к ДДТ, фенитротиону, цифлутрину, дельтаметрину, малатиону, лямбда-цихалотрину и пропоксуру.

В Таджикистане заболеваемость малярией достигла своего максимума в 1997 году, когда были зарегистрированы около 30 000 случаев. Ухудшение ситуации в 1990-х гг. было связано с вооруженным конфликтом, и вследствие этого массовым перемещением населения через зоны, где малярия носит эндемический характер (в Афганистане); нарушением работы служб общественного здравоохранения и прекращением мероприятий по борьбе с переносчиками малярии. Значительные изменения в методах ведения сельского хозяйства, в особенности увеличение площадей возделывания риса, привело к увеличению мест выплода переносчиков. С тех пор, несмотря на резкое сокращение зарегистрированных случаев, ситуация по малярии в стране продолжает вызывать серьезные опасения. Особая озабоченность связана с тропической малярией, сохраняющейся в южной части страны. В 2005 году в Таджикистане были зарегистрированы 2 309 случаев малярии. Исследования по изучению распространенности малярии (включая ПЦР-исследования), проведенные в пограничной с Афганистаном южной области Таджикистана, показали, что в Хатлонском регионе, где проживают почти 2.2 миллиона человек, количество источников малярии может оцениваться от 50 000 до 100 000, а доля тропической малярии среди них – не превышает 3%. Тем не менее, доля бессимптомных носителей тропической и трехдневной малярии остается достаточно высокой. В Таджикистане переносчиками малярии являются *An. superpictus*, *An. pulcherimus*, *An. macullipennis*, *An. hyrcanus* и *An. martinius*. Исследования резистентности к инсектицидам выявили, что все вышеперечисленные переносчики чувствительны к ДДТ, фенитротиону, цифлутрину и дельтаметрину.

Несмотря на то, что малярия была ликвидирована в Туркменистане к 1960 году, в стране время от времени отмечались спорадические случаи этого заболевания. Тем не менее, к 1998 году ситуация по малярии резко ухудшилась, и в Гушгинском этрапе Марыйского велоята были выявлены 108 случаев малярии. В целях предупреждения дальнейшего распространения малярии по территории этрапа, сотрудниками противомаларийной

программы были проведены сезонная химиопрофилактика хлорохином и обработка помещений инсектицидами остаточного действия. Эти мероприятия позволили значительно сократить заболеваемость малярией на данной территории. Предположительно, местная передача малярии возникла в результате заноса малярии комарами из приграничных районов Афганистана. Спорадические случаи местной малярии регистрируются в стране ежегодно. Так, в 2000-2003 гг. было зарегистрировано 44 случая, а в 2004-2005 гг. – лишь 4 местных случая трехдневной малярии. Тремя основными переносчиками малярии в Туркменистане являются *An. superpictus*, *An. pulcherimus* и *An. maculipennis*. Мониторинг чувствительности *An. superpictus* к цифлутрину, лямбда-цихалотрину, ДДТ и пропоксуру, проведенный в Лебапском, Марыйском, Ахалском, Дашогузском и Балканском велаятах, подтвердил, что все вышеперечисленные инсектициды высокоэффективны для обработки помещений.

Принимая во внимание неблагоприятную ситуацию по малярии на сопредельных территориях Таджикистана и Афганистана, а также ухудшение обстановки по малярии в Кыргызстане, существует реальная угроза роста заболеваемости малярией в Узбекистане. В связи с этим Министерство Здравоохранения Узбекистана выступило с инициативой и провело ряд мероприятий, направленных на совершенствование эпиднадзора за малярией. В 1994-2000 гг. число завозных случаев малярии возросло с 21 до 80. В 1999 году, в результате устойчивого роста завозной малярии и наличия благоприятных условий для передачи малярии, в стране были зарегистрированы первые семь местных случаев. В 1999-2000 гг. в Узбекистане наблюдалось более чем пятикратное увеличение числа местных случаев малярии. В 2001-2004 гг. были зафиксированы 84 случая, возникших вследствие местной передачи. В 2005 году было сообщено о 64 местных случаях трехдневной малярии. Все случаи относились к Сухандарьинской области, граничащей с Таджикистаном и Афганистаном. В целях интенсификации противомаларийных мероприятий в этих приграничных зонах, местная служба по борьбе с малярией была укреплена, и в настоящее время многие противомаларийные мероприятия финансируются ГФСТМ проектом по борьбе с малярией. На территории Узбекистана регистрируются семь видов *Anopheles*: *An. pulcherimus*, *An. superpictus*, *An. maculipennis*, *An. hyrcanus*, *An. martinius*, *An. claviger* и *An. algeriensis*. Мониторинг чувствительности переносчиков к инсектицидам выявил, что только популяции *An. superpictus* в Фергане были резистентны к малатиону, фенитропиону, бендиокарбу и пропоксуру. Все прочие переносчики остаются чувствительными практически ко всем обычно применяемым инсектицидам.

Широкомасштабные эпидемии трехдневной малярии в странах Закавказья и Турции (имевшие место как в далеком, так и недавнем прошлом) подтверждают факт, что эти страны расположены в пределах зон, подверженных риску эпидемий, где взрывное возобновление передачи малярии может стать результатом ослабления или прекращения противомаларийных и профилактических мероприятий, и/или осуществления широко-

масштабных проектов развития. Несмотря на существенный спад зарегистрированных случаев малярии в этих странах с 1995 по 2005 гг. (с 84 594 в 1995 до 2 435 в 2005), почти 25 миллионов человек, или примерно 30% от общего населения, до сих пор проживают в районах с различной степенью риска малярии. Отмечая значительное сокращение заболеваемости малярией в последние годы, необходимо помнить, что проблема малярии остается до сих пор нерешенной в юго-восточных областях Турции и в Азербайджане. Вышеизложенное, а также значительное число местных случаев малярии, регистрируемых в районах Грузии, пограничных с Азербайджаном, и, наконец, нехватка средств, необходимых для развертывания кампании по элиминации малярии в Армении, являются основными проблемами данного суб-региона.

Ситуация по малярии в Армении оставалась стабильной до 1994 году. В последующие годы ослабление профилактических служб и системы эпиднадзора за малярией привело к стабильному росту числа случаев малярии, достигнув 1 156 к 1998 году. Более 98% случаев были выявлены в Масисском районе Араратской долины, пограничном с Турцией. В последнее время, благодаря противоэпидемическим мероприятиям, число местных случаев продолжает снижаться, и в 2005 году составило всего 3 случая. Несмотря на наблюдающийся с тех пор стабильный спад числа случаев, местная ситуация по малярии требует внимательного мониторинга из-за наличия остающихся благоприятных условий для её передачи. Основным переносчиком малярии в Армении служит *An. maculipennis*. Прочие переносчики малярии включают *An. sacharovi* и *An. claviger*. Появление *An. sacharovi* (основного переносчика малярии в странах Закавказья) в Араратской долине создает более благоприятные условия для передачи малярии. Все популяции *An. maculipennis*, протестированные на резистентность к цифлутрину, оказались чувствительными к этому инсектициду.

Ситуация по малярии в Азербайджане начала стремительно ухудшаться после 1990 года в результате практически полного прекращения профилактических противомаларийных мероприятий, гидротехнической и мелиоративной деятельности и интенсивной миграции населения. В 1996 году число случаев малярии достигло 13 135, причем большинство случаев были зарегистрированы на территории Кура-Араксинской и Ленкоранской низменностей, в прошлом высокоэндемических по малярии. В 1997 году ситуация по малярии еще более усложнилась из-за многочисленных оползней в Кура-Араксинской и Ленкоранской низменностях, что привело к существенному увеличению мест выплода комаров. Максимально высокие показатели заболеваемости малярией были отмечены в ряде районов, граничащих с Ираном, Грузией и Российской Федерацией. На протяжении 1997–2003 гг., благодаря широкомасштабным противоэпидемическим мероприятиям, ситуация по малярии в стране продолжала стабилизироваться, и в 2005 году было зарегистрировано всего 242 случая. Переносчиками малярии в Азербайджане являются *An. maculipennis* (территории Большого и Малого Кавказа), *An. sacharovi* (Кура-Араксинская и Ленкоранская низменности) и *An. melanoon* (Ленкоранская низменность).

Ситуация по малярии в Грузии начала ухудшаться в середине 1990-х гг. в результате резкого сокращения мероприятий, направленных на предупреждение возобновления передачи малярии, а также интенсификации миграции населения. Первые три случая местной передачи малярии были выявлены в 1996 году среди жителей пограничного с Азербайджаном района. В последующие годы число случаев малярии продолжало расти, достигнув к 2002 году 473 случаев. С 1998 по 2002 гг. число зарегистрированных случаев малярии возросло более чем в 30 раз. В тот же период были отмечены первые случаи местной малярии в западной части Грузии. В 2005 году страна сообщила о 154 местных случаях, что было на 40% меньше по сравнению с предыдущим годом. Условия, благоприятные для передачи малярии, присутствуют на территориях, составляющих почти 52% от общей площади страны, где проживают 93% общего населения. В настоящее время наибольший риск возобновления передачи малярии относится к восточным территориям Грузии, граничащим с Азербайджаном и Арменией, Черноморскому побережью и Колхидской низменности в западной части страны, где проживают более 68% населения и сезон передачи может продолжаться более 150 дней. Основными и вторичными переносчиками малярии в этих областях являются *An. maculipennis*, *An. superpictus*, *An. sacharovi*, *An. atroparvus*, *An. hyrcanus*, *An. claviger* и *An. melanoon*. На других территориях страны, где проживает 18% от общего населения, малярийный сезон длится от 90 до 120 дней, и риск возобновления передачи малярии ниже. Переносчиками малярии здесь служат *An. maculipennis*, *An. superpictus*, *An. claviger* и *An. plumbeus*.

В Турции ситуация по малярии продолжает оставаться серьезной. Более 15 миллионов человек, или 23% всего населения Турции проживают в районах, где малярия продолжает носить эндемический характер. Более того, достаточно большая доля населения страны проживает на территориях, где риск взрывного возобновления передачи малярии, способный привести к эпидемической вспышке, остается высоким. Несмотря на то, что в 2005 году были зарегистрированы всего 2 036 местных случаев, реальный размах проблемы малярии в Турции значительно превосходит официальные цифры, в особенности, что касается юго-восточной Анатолии, где фиксируются наиболее высокие показатели заболеваемости малярией. В этой области малярия имеет эндемический характер, а паразитарный индекс превосходит 10%. Принимая во внимание значительный спад заболеваемости малярией в последние годы, ситуация по малярии, как нам известно из опыта, может подвергнуться внезапным и очень негативным изменениям. Учитывая маляриогенный потенциал страны, жизненно важно рассмотреть возможность усиления служб эпиднадзора в периферийных районах, особенно в юго-восточной Анатолии, где ситуация по малярии остается серьезной. В Турции регистрируются 13 видов *Anopheles*. Основными переносчиками малярии являются *An. sacharovi* и *An. superpictus*, в то время как *An. maculipennis*, *An. pulcherimus*, *An. algeriensis*, *An. claviger*, *An. hyrcanus*, *An. marteri*, *An. multicolour*, *An. plumbeus* и *An. sergenti* рассматривают в качестве менее значимых переносчиков.

Возможность возобновления малярии демонстрируют недавняя вспышка в Болгарии и наличие аутохтонных случаев (вторичных от завозных или местных) в Российской Федерации, Республике Молдова, Беларуси, Германии, Греции, Испании и Италии, где малярия была ликвидирована в прошлом.

Завозная малярия

В Европейском регионе ВОЗ большинство случаев малярии завозятся в Западную Европу, особенно в страны Европейского Союза. С начала 1970-х гг. произошло десятикратное увеличение завозных случаев. Наиболее высокие цифры завозных случаев отмечались в континентальной Франции, Соединенном Королевстве, Германии и Италии. Рекордное число завозных случаев (8 056) было зарегистрировано во Франции в 2000 году. В 2003 году примерно 70% от всех завозных случаев в Европе относились к Соединенному Королевству и Франции. В настоящее время в странах ЕС ежегодно регистрируются от 10 000 до 12 000 случаев завозной малярии, хотя предполагается, что эти цифры существенно занижены. Согласно оценкам, за последние 35 лет в Регионе зафиксировано почти 300 000 случаев завозной малярии. За 1971-2003 гг. соотношение между малярией, вызванной *P. falciparum* и малярией, вызванной прочими видами плазмодиев, существенно изменилось. С 1970-х по начало 1980-х гг. доля случаев тропической малярии в среднем составляла менее 30% от общего числа случаев. Тем не менее, к 1984 году доля завозной *P. falciparum* относительно прочих плазмодиев начала увеличиваться, и в настоящее время составляет более 70%. В 1990-2003 гг. в Европейском регионе ВОЗ около 900 человек умерли от завозной тропической малярии. Число летальных исходов вследствие малярии возросло одновременно с резким подъемом числа завозных случаев тропической малярии в начале 1980-х гг.

3. Необходимость пересмотра региональной стратегии по малярии

Европейское региональное бюро ВОЗ приняло на себя обязательства по интенсификации борьбы с малярией в пораженных малярией странах Европейского региона, и к 1999 году разработало региональную стратегию «Обратим вспять малярию». Целью стратегии являлось сокращение негативного воздействия малярии на здоровье населения до возможно более низкого уровня, которого можно было достичь с помощью наличных финансовых и кадровых ресурсов и существующих технологий и средств борьбы с малярией. Конкретными целями стратегии являлись: (1) предупреждение смертности от малярии, (2) сокращение уровня заболеваемости малярией вдвое, (3) сдерживание эпидемий малярии, и (4) поддержание статуса свободных от малярии стран там, где малярия была ликвидирована ранее (3).

В целях сохранения приоритетного положения проблемы борьбы с малярией на повестке дня ВОЗ для всех пораженных малярией стран региона, была разработана региональная резолюция EUR/RC52/R10 «Усилим борьбу с малярией в Европейском регионе ВОЗ», которую все государства-члены ВОЗ Европейского Региона одобрили в 2002 году. Резолюция призвала страны региона, столкнувшиеся с проблемой возобновления передачи малярии, к принятию всех максимально возможных мер для консолидации достигнутых результатов и дальнейшего сокращения бремени малярии (4).

Более чем семикратное сокращение числа случаев малярии за последние 7 лет (1999-2005 гг.) является на сегодняшний день наиболее выдающимся достижением региональной противомаларийной программы. В настоящее время заболеваемость тропической и трехдневной малярией в ряде стран региона снижена до таких уровней, что перерыв ее передачи может стать выполнимой задачей уже в ближайшем будущем.

До принятия решения о начале проведения программы по элиминации малярии необходимо знать, насколько выполнима эта задача, и в состоянии ли страна соответствовать требованиям программы. Условия, которые должны быть удовлетворены до принятия решения о начале осуществления программы по элиминации малярии, изложены в Приложении 1 (5).

Логическое обоснование разработки новой стратегии по малярии, направленной на переход от борьбы к элиминации малярии, базируется на следующих принципах:

- Возможность перерыва передачи малярии и её элиминации в Европе, доказанная в прошлом.

- Очевидные успехи деятельности ОВМ в настоящее время.
- Твердая политическая поддержка, направленная на достижения более весомых результатов в деле борьбы с малярией на национальном уровне.
- Наличие эффективных технологий и средств для борьбы и элиминации малярии в региональном контексте.

Все вышеперечисленное вкупе с очевидно доказанными технической и практической осуществимостью элиминации малярии может облегчить процесс принятия решений о проведении программ по элиминации малярии в пораженных странах Европейского региона.

Все пораженные малярией страны, принявшие участие в Первом совещании по региональной инициативе, направленной на элиминацию малярии в Европейском регионе ВОЗ, состоявшемся в городе Ташкенте, Узбекистан, 18-20 октября 2005 года (6), одобрили Ташкентскую Декларацию “Вперед от борьбы к элиминации малярии“, которая была ратифицирована министрами здравоохранения заинтересованных стран (Приложение 2).

4. Цели и задачи

Конечной целью новой региональной стратегии является перерыв передачи малярии к 2015 году и её элиминация в пораженных странах региона. В странах и на территориях, где малярия уже элиминирована, внимание должно уделяться поддержанию их свободного от малярии статуса. Особый акцент также поставлен на решении актуальной проблемы, связанной с завозной малярией.

Целями новой стратегии являются:

- окончательный перерыв передачи малярии в странах, где её распространение крайне ограничено в пространстве, и существует очевидная политической поддержка и доказательства технической и практической осуществимости кампании по её элиминации,
- дальнейшее сокращение заболеваемости и распространенности малярии в странах, где в настоящее время её элиминация неосуществима,
- предупреждение возобновления передачи малярии в странах и на территориях, где она была ликвидирована ранее, и
- сокращение и профилактика смертности вследствие завозной малярии.

4.1. Элиминация малярии

Принимая во внимание значительные успехи борьбы с аутохтонной тропической малярией, которая в настоящее время сохраняется в южной части Таджикистана, ключевая роль в новой стратегии отведена борьбе с этим видом малярии. При наличии политической поддержки и необходимого финансирования, к 2010 году шансы перерыва передачи тропической малярии в Таджикистане и предупреждения возобновления передачи тропической малярии в соседних странах Центральной Азии (Кыргызстане, Узбекистане и Туркменистане), достаточно высоки.

Достижения Армении и Туркменистана, где передача трехдневной малярии ограничена несколькими мелкими очагами, а количество случаев малярии/риск заражения очень мало/минимален, необходимо консолидировать с целью перерыва передачи трехдневной малярии к 2010 году.

Программными задачами для данного типа территорий являются:

1. Перерыв передачи малярии;
2. Раннее оповещение обо всех подтвержденных и подозрительных случаях;
3. Выявление всех случаев вероятного возобновления передачи малярии;
4. Определение причин остаточной передачи;
5. Обеспечение незамедлительных ответных действий;
6. Профилактика возобновления передачи малярии;
7. Подтверждение того, что малярия элиминирована.

Временные рамки элиминации малярии необходимо установить для тропической и трехдневной видов малярии отдельно, принимая во внимание, что сертификация элиминации обоих видов малярии в той или иной стране будет происходить в одно и то же время.

Предлагается следующий временной график реализации региональной стратегии перехода от борьбы к элиминации малярии:

2006-2007 гг.:

1. Разработка новой региональной стратегии «Вперед от борьбы к элиминации малярии, 2006-2015 гг.» должна быть завершена, а документ опубликован.
2. Разработку стратегических планов действий по элиминации малярии в пилотных странах необходимо завершить и одобрить:
 - Таджикистану необходимо подготовить национальный план действий по элиминации тропической малярии и приступить к проведению соответствующей кампании.
 - Армении и, возможно Туркменистану, следует подготовить национальные планы действий по элиминации трехдневной малярии и приступить к проведению соответствующих кампаний.

2008-2010 гг.:

1. Остальным пораженным малярией странам (Грузии, Азербайджану, Турции, Узбекистану, Кыргызстану и Таджикистану) следует пересмотреть национальные стратегии по борьбе с малярией и подготовить план действий по элиминации трехдневной малярии.

К концу 2010 г.:

1. Передача трехдневной малярии должна быть прервана в Армении и, возможно в Туркменистане.
2. Передача тропической малярии должна быть прервана в Таджикистане.

2011-2014 гг.:

1. Остальным пораженным малярией странам (Грузии, Азербайджану, Турции, Узбекистану, Кыргызстану и Таджикистану) следует приступить к развертыванию кампаний по элиминации трехдневной малярии.
2. Элиминация малярии должна быть сертифицирована в Армении и, возможно в Туркменистане.

К концу 2015 г.:

1. Передача трехдневной малярии должна быть прервана в Грузии, Азербайджане, Турции, Кыргызстане, Узбекистане и Таджикистане.

После 2015 г.:

1. Элиминация малярии должна быть сертифицирована в Грузии, Азербайджане, Турции, Кыргызстане, Узбекистане и Таджикистане.

4.2. Борьба с малярией

В странах, где элиминация в настоящее время неосуществима, борьба с малярией может являться переходной стадией для будущего осуществления программы по элиминации малярии. В условиях Азербайджана, Грузии, Кыргызстана, Турции, Таджикистана, где трехдневная малярия характеризуется наличием множества активных очагов и умеренной/относительно высокой заболеваемостью, существует необходимость продолжения борьбы с малярией в ближайшем будущем. Переход от борьбы к элиминации в этих странах может быть рекомендован лишь тогда, когда эта задача станет выполнимой. Однако там, где программы по элиминации имеют хорошие перспективы, следует решительно приступать к реализации данных программ.

Несмотря на очевидный прогресс в борьбе с малярией во всех пораженных странах, процесс с элиминацией малярии может затянуться и превратиться в более отдаленную задачу, поскольку на скорость ее достижения будут влиять продолжающиеся социально-экономические перемены и нестабильные экологические условия в вышеупомянутых странах.

Для данного типа территорий программные задачи сформулированы следующим образом:

1. Сдерживание и предупреждение вспышек малярии;
2. Дальнейшее снижение заболеваемости и распространенности малярии;
3. Дальнейшее снижение числа активных очагов малярии.

4.3. Предупреждение возобновления передачи малярии

В настоящее время в большинстве свободных от малярии развитых странах Региона, риск устойчивого возобновления передачи малярии минимален в силу двух причин: либо (1) передача была прервана в прошлом и больше не возобновлялась; либо (2) уровень социально-экономического развития страны и её лечебно-профилактических служб настолько высок, что позволяет своевременно выявлять все случаи завозной малярии и своевременно устранять риск возобновления местной передачи. Тем не менее, когда завоз малярии совпадает во времени с социально-экономическим спадом, дезинтеграцией социальных служб и служб здравоохранения, и неконтролируемой миграцией населения, передача малярии может возобновиться.

Для данного типа территорий программные задачи сформулированы следующим образом:

1. Раннее оповещение обо всех подтвержденных и подозрительных случаях;
2. Выявление всех случаев вероятного возобновления передачи малярии;
3. Выявление причин возобновившейся передачи;

4. Принятие незамедлительных мер по лечению и профилактике;
5. Поддержание статуса свободных от малярии стран и территорий, где малярия была ликвидирована ранее.

4.4. Сокращение и профилактика смертельных исходов от завозной малярии

В результате миграции населения и наблюдающегося в настоящее время массового туризма в эндемические по малярии страны, эта болезнь продолжает завозиться в страны и на территории, классифицирующиеся как “свободные от малярии”. Проблема так называемой «туристической» и завозной малярии вызывает растущую озабоченность медицинских работников и служб здравоохранения во многих развитых странах Европы, где в прошлом малярия была успешно ликвидирована. Эта ситуация представляет угрозу и для самих инфицированных лиц, поскольку заболевание может быть неправильно диагностировано или не диагностировано вообще, и как следствие этого - высокие показатели смертности от завозной малярии.

Для данного типа территорий программные задачи сформулированы следующим образом:

1. Улучшение системы по ранней диагностике всех случаев завозной малярии и совершенствование систем оповещения об этих случаях;
2. Своевременное и полноценное лечение всех случаев завозной малярии в рамках общественного и частного секторов здравоохранения, и сокращение смертельных исходов от завозной тропической малярии;
3. Совершенствование профилактических мер среди туристов путем эффективного и основанного на доказательных фактах консультирования туристов до поездки.

5. Реализация стратегии

Чтобы достичь успеха, новая региональная стратегия должна найти отражение в эффективных национальных программах и планах борьбы и элиминации малярии.

5.1. Типы эпидемиологических ситуаций

Малярия - комплексное заболевание, распространение которого в значительной степени зависит от местности к местности, и зависит от взаимодействия факторов относящихся к популяциям переносчиков, паразитов малярии и человека, находящихся в тех или иных географических, экологических и социально-экономических условиях. Опыт прошлого в области борьбы с малярией и ее ликвидации подчеркивает очаговый характер этого заболевания и настоятельную необходимость постоянной корректировки противомаларийных программ в соответствии с эпидемиологическими и экологическими особенностями, способными меняться на протяжении времени, а также с учетом наличных технологий и ресурсов.

Во всех пораженных странах Региона малярия демонстрирует ярко выраженное очаговое распределение и характеризуется смешением вновь возникающих и уже имеющихся ситуаций и проблем, с ними связанных. Выявление эпидемиологических типов малярии в Регионе важно для постановки целей и определения наиболее действенных стратегий и подходов. В настоящее время в пораженных малярией зонах Центральной Азии, Закавказского региона и Турции выявлены пять эпидемиологических типов малярии (см. Таблицы 1 и 2). При стратификации ситуаций по малярии в Регионе в качестве эпидемиологических показателей применялись качественные и количественные характеристики передачи малярии. Несколько стран или определенных районов страны могут принадлежать к одному и тому же эпидемиологическому типу, и, напротив, внутри одной и той же страны могут существовать различные эпидемиологические страты. Достижения проведенных в прошлом кампаний по ликвидации малярии до сих пор поддерживаются на обширных территориях Региона – во всех развитых европейских странах, некоторых странах Новых Независимых Государств (ННГ), и в других странах Региона, где поддерживается статус «свободных от малярии». Тем не менее, широкомасштабное возобновление передачи малярии на некоторых территориях Региона заставило вновь вернуться к проведению программ по борьбе с малярией. Данные программы в настоящее время работают на обширных территориях Таджикистана, Азербайджана, Турции, Кыргызстана и Грузии, в том числе и в районах, где передачу малярии не удавалось никогда прервать.

5.2. Стратегические подходы

В тех пораженных малярией странах Региона, где рекомендовано осуществление программы элиминации малярии, мероприятия, нацеленные на прерывание передачи, должны носить незамедлительный и энергичный характер. Фаза атаки предусматривает мероприятия, направленные на: (1) борьбу с переносчиками малярии, и (2) выявление, диагностику и лечение маля-

Таблица 1: Эпидемиологические типы малярии в Центральной Азии и Казахстане

Эпидемиологические характеристики	Географическая зона
<ul style="list-style-type: none"> ● В настоящее время местная передача малярии отсутствует ● Завоз малярии присутствует 	<ul style="list-style-type: none"> ● Вся территория Казахстана ● Вся территория Кыргызстана за исключением юго-западных областей ● Вся территория Узбекистана за исключением некоторых областей, граничащих с Таджикистаном и Кыргызстаном ● Вся территория Туркменистана за исключением некоторых областей, граничащих с Афганистаном
<ul style="list-style-type: none"> ● Передача трехдневной малярии носит очаговый характер и ограничена в пространстве ● Заболеваемость трехдневной малярией очень низкая (менее 5 случаев на 100 000 населения) ● Риск возникновения вспышек присутствует ● Завоз малярии присутствует 	<ul style="list-style-type: none"> ● Некоторые области Туркменистана, граничащие с Афганистаном ● Некоторые области Узбекистана, граничащие с Таджикистаном и Кыргызстаном
<ul style="list-style-type: none"> ● Передача трехдневной малярии носит более выраженный характер, но остается ограниченным в пространстве ● Заболеваемость трехдневной малярией составляет от 5 до 50 на 100 000 населения ● Вспышечная заболеваемость трехдневной малярией имеет место 	<ul style="list-style-type: none"> ● Большинство районов в центральной, северной и западной областях Таджикистана ● Большинство районов в юго-западной части Кыргызстана
<ul style="list-style-type: none"> ● Передача трехдневной малярии имеет широкое распространение в пространстве ● Заболеваемость трехдневной малярией высокая (более 50 случаев на 100 000 населения) ● Передача тропической малярии носит очаговый характер и ограничена в пространстве ● Заболеваемость тропической малярией очень низка (в среднем, менее 5 случаев на 100 000 населения) ● Вспышечная заболеваемость малярией имеет место ● Малярия носит эндемический характер 	<ul style="list-style-type: none"> ● Большинство районов в южной части Таджикистана, в особенности в районах, граничащих с Афганистаном
<ul style="list-style-type: none"> ● Малярия носит исключительно завозной характер 	<ul style="list-style-type: none"> ● Горные и засушливые территории

рии. Противомаларийные мероприятия в данной фазе включают обработку жилых помещений и помещений для домашнего скота инсектицидами остаточного действия (ОПИОД) при соблюдении строгого охвата всех активных очагов малярии в целях максимально быстрого перерыва передачи малярии на данной территории и предупреждения возобновления передачи малярии.

Таблица 2: Эпидемиологические типы малярии в странах Закавказья и Турции

Эпидемиологические характеристики	Географическая зона
<ul style="list-style-type: none"> ● В настоящее время местная передача малярии отсутствует ● Присутствует завоз малярии 	<ul style="list-style-type: none"> ● Вся территория Армении за исключением некоторых областей, граничащих с Турцией и Азербайджаном ● Вся территория Грузии за исключением некоторых областей, граничащих с Азербайджаном ● Вся территория Турции за исключением юго-восточных областей страны
<ul style="list-style-type: none"> ● Передача трехдневной малярии носит очаговый характер и ограничена в пространстве ● Заболеваемость трехдневной малярией низкая (менее 5 случаев на 100,000 населения) ● Существует риск возникновения вспышечной заболеваемости ● Присутствует завоз малярии 	<ul style="list-style-type: none"> ● Некоторые области Армении, граничащие с Турцией ● Некоторые районы Азербайджана
<ul style="list-style-type: none"> ● Передача трехдневной малярии носит более выраженный характер, но ограничена в пространстве ● Заболеваемость трехдневной малярией от 5 до 50 случаев на 100 000 населения ● Вспышечная заболеваемость трехдневной малярией имеет место 	<ul style="list-style-type: none"> ● Большинство районов восточной части Грузии, пограничных с Азербайджаном ● Большинство районов в Ленкоранской и Кура-Араксинской низменностях и прочие области Азербайджана ● Некоторые районы юго-восточной Турции
<ul style="list-style-type: none"> ● Передача трехдневной малярии широко распространена ● Заболеваемость трехдневной малярией высокая (более 50 случаев на 100 000 населения) ● Вспышечная заболеваемость трехдневной малярией имеет место ● Малярия носит эндемический характер 	<ul style="list-style-type: none"> ● Некоторые районы юго-восточной части Турции
<ul style="list-style-type: none"> ● Малярия носит исключительно завозной характер 	<ul style="list-style-type: none"> ● Горные и засушливые территории

Минимальная продолжительность данной фазы (за исключением отдельных случаев, когда на данной территории в прошлом проводилась интенсивная борьба с переносчиками, или малярия носила гипозндемичный характер), должна составлять не менее трех лет. Планирование мероприятий по ОПИОД и прочих мер по борьбе с переносчиками на протяжении фазы атаки должно базироваться на оценке и анализе местной эпидемиологической ситуации, включая эпидемиологическое расследование и классификацию случаев и очагов малярии. В дополнение к этим мероприятиям можно рекомендовать массовую химиопрофилактику примахином (МПП) всего населения пораженной зоны в целях быстрого истощения резервуара гипнозоитов трехдневной малярии до начала следующего сезона передачи (например, после вспышек в фазе атаки или в остаточных очагах в фазе консолидации). Кроме этого, положительные результаты

может принести противорецидивное лечение всех *P. vivax*-положительных случаев прошлых лет в сочетании с сезонной химиопрофилактикой пораженного населения в течение сезона передачи трехдневной малярии (например, в очагах, где ОПИОД не смогла полностью прервать передачу в течение фазы атаки). Все возможные меры должны быть приняты для максимально раннего выявления случаев малярии и их полноценного лечения в соответствии с национальной политикой и руководством по лечению малярии (см. Таблицу 3).

Предполагается, что элиминация малярии будет включать четыре фазы:

1. Подготовительная фаза (после ратификации плана по элиминации малярии заинтересованными сторонами) – 1 год;
2. Фаза атаки (по окончании подготовительной фазы; она включает наступательные и оценочные мероприятия для выяснения, была ли передача малярии прервана или нет, а также для определения сроков завершения фазы атаки) – 3 года или менее в случаях, когда в данной зоне ранее проводились интенсивные мероприятия по борьбе с малярией;
3. Фаза консолидации (по завершении фазы атаки все усилия направлены на выявление остаточной передачи, выяснение причин ее наличия и их устранение, профилактику возобновления передачи, а также на установление, была ли элиминация малярии достигнута и когда это произошло) – фундаментальными критериями для установления элиминации малярии являются следующие положения: *мероприятия по эпиднадзору не выявили достоверных случаев местной передачи и констатировали отсутствие местных случаев малярии, несмотря на завоз малярии, на протяжении как минимум трех последних лет до подачи заявления на сертификацию элиминации малярии;*
4. Фаза поддержания достигнутых результатов (по достижении сертификации элиминации малярии).

В случаях, когда программа по борьбе с малярией нацелена на снижение заболеваемости малярией до уровня, когда малярия больше не будет представлять существенной угрозы для общественного здравоохранения, стратегия должна быть сфокусирована на усилении национальных возможностей и потенциала в области обеспечения ранней диагностики и полноценного лечения; планировании и внедрении рентабельных и устойчивых профилактических мер; раннем выявлении, сдерживании и предупреждении эпидемий; а также на регулярном проведении повторных оценок ситуации по малярии, в особенности оценок экологических, социальных и экономических факторов, влияющих на малярию (см. Таблицу 3). Такая стратегия, не ограниченная временными рамками, не предлагает единственного пути решения проблемы, но дает возможность использовать разнообразие подходов на пути к достижению общей цели. Выбор подходов заинтересованными странами должен базироваться на структуре их систем здравоохранения, действующих противомаларийных программах, наличии необходимых ресурсов и реалистической оценке потребностей и факторов риска (7,8).

На территориях и в странах, где передача малярии была уже прервана, особое внимание должно уделяться поддержанию достигнутых результатов путем приложения всех возможных усилий для выявления всех случаев продолжающейся или возобновленной передачи малярии, мак-

симально раннего оповещения о подтвержденных и подозрительных случаях и обеспечения быстрых ответных действий в целях предупреждения возобновления передачи (см. Таблицу 3). Предупреждение возобновления передачи малярии представляет собой долговременную политику и требует постоянного инвестирования средств и подготовки кадров.

В странах Региона, в особенности в западной части Европы, где завозная малярия является растущей проблемой здравоохранения и, где она связана с высокими показателями смертности, особое внимание следует уделять системе оповещения о случаях и национальной политике в области ранней диагностики и своевременного лечения завозных случаев, в том числе тяжелых и осложненных случаев тропической малярии. Всем практикующим врачам, проводящим инструктаж для туристов, следует осмотрительно рекомендовать противомаларийные препараты для лечения и профилактики. Врачи, обследующие и назначающие лечение для пациентов с лихорадкой, должны осознавать те сложности, которые стали сегодня обычным явлением при диагностировании и лечении случаев лекарственно-устойчивой малярии. Опасность, связанную с задержкой лечения или назначением неверного лечения, нельзя недооценивать. Туристы должны быть лучше информированы о (1) реальной угрозе заражения малярией в эндемических по этому заболеванию странах; (2) правильных методах профилактики, в том числе защите от нападения комаров, химиопрофилактике и/или «аварийном» лечении в критической обстановке; и о (3) раннем распознавании симптомов малярии, что позволит своевременно начать эффективное лечение, и как результат спасти пациенту жизнь и избежать осложнений.

5.3. Ключевые мероприятия

5.3.1. Выявление, диагностика и лечение малярии

Для выявления случаев малярии, необходимо провести лабораторное исследование крови, взятой от пациентов с наличием лихорадки или подозрительных по клинической картине. Пассивное выявление случаев (ПВС) в рамках медицинского учреждения должно преобладать над активным выявлением случаев (АВС), т.е. скринингом случаев малярии посредством мобильных бригад/лабораторий и/или подворных обходов сотрудниками противомаларийной или прочих служб здравоохранения. Однако особое внимание АВС следует уделять при проведении программ по элиминации малярии (см. Таблицу 3). На более продвинутой фазе консолидации – АВС необходимо проводить в соответствии с принципом полного охвата. АВС должно базироваться скорее на качестве, а не количестве полученных препаратов крови. Подворный обход в такой ситуации означает посещение каждого дома в такое время, когда можно застать большинство жильцов. Необходимо принять все меры для посещения ранее пропущенных или запертых домов. АВС следует интенсифицировать в остаточных активных очагах малярии, проявляющих признаки неподатливости к проводимым мероприятиям. В очагах, демонстрирующих хороший ответ на противомаларийные мероприятия в фазе атаки, нормы проведения АВС могут носить менее строгий характер. Необходимо посещать все без исключения жилые помещения, даже если их население обслуживается ведомственными медицинскими учреждениями, например, медицинскими службами железнодорожного управления, военных баз, заводов и т.д. Особое внимание должно уделяться населению отдаленных районов.

До начала лечения рекомендуется получить паразитологическое подтверждение диагноза малярии. Направление на анализ крови должно основываться на результатах подробного клинико-эпидемиологического расследования каждого подозрительного случая. Особое внимание следует обращать на все случаи лихорадки или сведения в анамнезе о недавнем эпизоде лихорадки при отсутствии симптомов прочих заболеваний. Препараты крови необходимо немедленно отправлять в лабораторию на исследование. Наиболее распространенным и эффективным методом для постановки точного диагноза малярии является микроскопическое исследование мазка крови, окрашенного по Гимзе. Преимущества этого метода по сравнению с экспресс-диагностическими тестами (ЭДТ) включают возможность дифференциации видов, возможность определения уровня паразитемии и возможность различать клинически-важные бесполое формы паразитов и гаметоцитов, которые могут присутствовать в крови, не вызывая симптомов, но которые способны привести к возобновлению передачи малярии. Эти преимущества могут иметь критический характер для правильного ведения больного. Недостатки вышеупомянутого метода связаны с определенными временными затратами (получение мазка, его окраска и исследование) и, кроме того, требуют соответствующего обучения лаборантов и контроля их работы для обеспечения максимальной достоверности результатов исследования. ЭДТ можно использовать в ситуациях, когда отсутствует возможность микроскопического исследования, или в частном секторе. Применение обоих методов должно сопровождаться оценкой их качества.

Задачей лечения малярии в Европейском регионе, где малярия носит нестабильный характер и у населения не формируется сколь-нибудь значительного иммунитета, заключается в достижении купирования клинических проявлений, уничтожения гаметоцитов, предупреждении рецидивов (в случае трехдневной малярии) и предотвращения и подавления осложнений (в случае осложненной тропической малярии). Все паразитологически подтвержденные случаи трехдневной и тропической малярии следует лечить противомаларийными препаратами в соответствии с национальной политикой и рекомендациями по лечению малярии. В случае трехдневной малярии, рекомендуется проведение радикального лечения хлорохином (ХЛ) и примахином (ПХ), причем оба препарата можно назначать одновременно, например, назначать ХЛ в сочетании с ПХ в первые три дня курса, и только примахин - в оставшиеся 11 дней. Однако в ситуациях, когда заболевание достаточно широко распространено среди населения, курс радикального лечения трехдневной малярии примахином, рассчитанный на 14 дней, можно отложить до окончания сезона передачи и проводить под наблюдением медицинского персонала. При отсутствии адекватного наблюдения за больными крайне проблематично гарантировать, что все они пройдут полный курс противорецидивного лечения примахином. В Таджикистане, где эффективность хлорохина для лечения тропической малярии достигла недопустимо низкого уровня, этот препарат больше не рекомендован для лечения неосложненной тропической малярии. Данная рекомендация распространяется и на остальные страны Региона. В настоящее время для лечения неосложненных местных и завозных случаев тропической малярии рекомендуется артемизинин-комбинированная терапия (АКТ). В ситуациях, где риск заражения малярией минимален или отсутствует, больные малярией могут получать лечение в стационарных условиях. В районах с интенсивным распространением малярии предпочтение должно отдаваться лечению малярии в амбулаторных условиях, исключая пациентов, у которых забо-

ление имеет жизне-угрожающий характер и которых необходимо госпитализировать (см. Таблицу 3).

5.3.2. Противокомарные мероприятия

Основной целью борьбы с переносчиками является сокращение (1) продолжительности жизни самок комаров, чтобы она была короче периода, необходимого для развития спорозоитов (путем применения ОИОД), (2) уменьшение численности личинок и куколок комаров (путем применения биологических методов борьбы и использования ларвицидов), и (3) снижения контакта человека с переносчиком (путем использования обработанных инсектицидами противомоскитных пологов). Существующие методы борьбы с переносчиками обычно подразделяются на химические, биологические и методы, направленные на изменение окружающей среды, в зависимости от того, ведется ли борьба с переносчиками с помощью биологических или химических средств, или путем модификации окружающей среды.

ОИОД как эффективный метод борьбы с переносчиками малярии, может применяться в пораженных районах при соблюдении следующих условий:

- Большинство помещений в целевой зоне имеет достаточную площадь поверхностей для обработки и может быть эффективно обработано инсектицидами;
- Переносчики антропофильны и эндофильны;
- Малярийные комары чувствительны к используемым инсектицидам;
- Хорошее восприятие ОИОД населением (которое часто изменяется в худшую сторону, если программы по обработке затягиваются на долгие годы).

В регионах с умеренным климатом первый раунд ОИОД должен быть окончен до начала сезона передачи малярии. Для принятия решения о проведении ОИОД необходима энтомологическая экспертиза. Организация проведения ОИОД требует опытного руководства, надежного оборудования, хорошо обученного персонала и технической поддержки. Поскольку для проведения ОИОД необходимо привлечение значительных ресурсов, программам по борьбе с малярией следует выделить ситуации, когда применение ОИОД оправдано существующими обстоятельствами (например, в зонах, где наблюдается высокая заболеваемость малярией, имеет место вспышечная заболеваемость, а также в районах, где осуществляются проекты развития).

В рамках программ по элиминации малярии особое внимание должно уделяться проведению ОИОД (в фазе атаки) в целях максимально раннего перерыва передачи на всей территории целевой зоны. В дополнение к ОИОД, другие противомаларийные мероприятия могут быть также рекомендованы в фазе атаки. Массовое назначение противомаларийных препаратов (МНПП) означает их применение всем населением целевой зоны. МНПП можно использовать в фазах атаки и консолидации. В зонах с ограниченным сезоном передачи малярии МНПП можно рассматривать в качестве дополнительной меры к ОИОД и прочим противомаларийным мероприятиям в следующих обстоятельствах: (1) когда незначительные очаги малярии остаются после того, как передача малярии была практически везде прервана – в фазе консолидации; (2) когда

во время фазы атаки имеет место эпидемическая вспышка; и (3) когда в фазе атаки применение ОИОД не смогло полностью прервать передачу. Тем не менее, поскольку использование МНПП связано с рядом сложностей, его не следует предпринимать без скрупулезной оценки существующей ситуации по малярии (см. Таблицу 3).

Борьбу с личинками рекомендуется проводить только на ограниченных территориях, где существует множество мест выплода, которые четко локализованы, легко достижимы и не слишком велики по размеру. В городах и пригородных зонах эффективной профилактической мерой может служить применение химических и биологических ларвицидов, которое подразумевает регулярную обработку всех мест выплода под строгим и периодическим наблюдением. Использование личинкоядных рыб рекомендуется в зонах культивации риса. Рыбка гамбузия является активным ларвифагом, и если в места выплода поместить достаточное количество гамбузий, они способны уничтожить огромное количество личинок и куколок комаров. Гамбузии малы по размеру, могут проникать за защитный слой водной растительности, и выживать и в отсутствие личинок как источника пищи. Они быстро размножаются, и не чувствительны к существенным изменениям температурных и качественных характеристик воды.

Методы управления окружающей средой заслуживают более внимательного отношения со стороны населения в целях коллективной защиты от переносчиков; кроме того, их применение необходимо учитывать при планировании проектов развития. Управление окружающей средой в борьбе с переносчиками малярии включает обширный ряд мероприятий и может классифицироваться следующим образом: (1) модификация окружающей среды, то есть любая физическая трансформация земли, воды и растительного покрова в целях профилактики, сокращения численности или элиминации переносчиков, не вызывающая неблагоприятного воздействия на качество окружающей среды человека; и может включать дренаж, засыпку, выравнивание ландшафта и т.д.; (2) изменение окружающей среды, заключающееся в периодическом осуществлении любой ранее запланированной деятельности, направленной на создание временных условий, неблагоприятных для выплода малярийных комаров, в том числе изменение солености воды, промывание водоемов, регулирование уровня воды в резервуарах, осушка или затопление болот, устранение растительности, затенение или экспозиция к солнечному свету, и т.д.; и (3) модификация жизненной среды и поведения человека, т.е. любые меры, позволяющие уменьшить контакт человека и переносчика, в том числе перемещение поселков подальше от мест выплода, зоофилактика, и т.д. Недостатками мероприятий по управлению окружающей средой являются высокие затраты и длительное время, необходимое для их осуществления. Тем не менее, операции ограниченного масштаба эффективны и могут применяться в комбинации с другими мерами по борьбе с переносчиками малярии.

Обработанные инсектицидами материалы, например, противокмаринные пологи и экраны, можно использовать для индивидуальной и коллективной защиты в ситуации, когда их эффективность и полезность были либо доказаны в прошлом, либо прогнозируются в настоящем. Противокмаринные пологи, обработанные синтетическими пиретроидами длительного действия, доказали свою эффективность для индивидуальной защиты и обладают потенциалом для снижения уровня передачи малярии, если применяются в крупных масштабах. На защитные

качества обработанных инсектицидами противокомариных пологов могут влиять поведенческие характеристики задействованного переносчика, например, пищевые предпочтения (преимущественное кровососание в помещении/на открытом воздухе, периоды максимальной активности кровососания) относительно поведенческих привычек людей (сон в помещении/на открытом воздухе); а также антропофилия или зоофилия переносчиков и сезонные вариации использования противокомариных пологов населением.

Логично предположить, что сочетание различных вариантов борьбы с переносчиками компенсирует недостатки отдельно взятых методов. Интегрированный подход к борьбе с переносчиками малярии должен соответствовать местным условиям и гарантировать максимальную экономическую эффективность и пользу. Применение мер по борьбе с переносчиками и комбинаций этих методов должно быть основано на определении их технической осуществимости, практической применимости, экономической эффективности и возможности их проведения в течение необходимого периода времени.

5.3.3. Профилактика эпидемий и борьба с ними

Взрывные эпидемии и эпидемические вспышки в пораженных малярией странах Региона доказали, что в этих странах отсутствовали основные механизмы готовности к эпидемиям и обеспечения быстрых ответных действий, что не позволяло странам своевременно выявлять случаи малярии и быстро отреагировать на чрезвычайные ситуации. Это свидетельствует о подчеркнутой важности создания механизмов прогнозирования, раннего распознавания и быстрого ответа на эпидемии и предупреждения любых нестандартных ситуаций, связанных с малярией. Необходимо четко разграничивать вспышки временного характера (например, в Армении и Туркменистане) и широкомасштабные эпидемии, приводящие к установлению эндемичной малярии или росту уровня эндемии (например, в Турции, Таджикистане и Азербайджане), поскольку эти ситуации требуют применения различных подходов к их решению. Несмотря на то, что на начальной стадии для сдерживания вышеупомянутых эпидемических ситуаций были предприняты одни и те же чрезвычайные меры, возврат эндемичной малярии и рост её уровня требует долговременных обязательств по решению этих проблем.

Использование ОИОД с пиретроидами в комбинации с ранним выявлением и неотложным лечением больных малярией в рамках лечебно – профилактической сети и/или при помощи мобильных бригад (клиник) доказало свою эффективность в сдерживании и предупреждении дальнейшего распространения эпидемий в Регионе. Вышеупомянутые противомалярийные мероприятия могут также проводиться в комбинации с использованием инсектицидов моментального действия (в районах с высокой плотностью населения) и мерами индивидуальной защиты в целях быстрого снижения уровня передачи. При эпидемиях трехдневной малярии можно рекомендовать массовую химиопрофилактику примахином (МХП) после вспышек и проведение зимой или ранней весной противорецидивного лечения полным курсом примахина всех прошлогодних случаев трехдневной малярии. Эффективность мероприятий зависит от стадии развития эпидемии, на которой эти мероприятия были проведены. В соответствии с наиболее вероятными сценариями риска, национальные планы действий при чрезвычайных

Таблица 3: Противомаларийные мероприятия, рекомендуемые для различных эпидемиологических типов малярии в Регионе

Эпидемиологический тип	Выявление, диагностика и лечение	Противокомарные мероприятия
<p>Элиминация малярии – фаза поддержания достигнутых результатов</p> <ul style="list-style-type: none"> ● В настоящее время местная передача малярии отсутствует 	<ul style="list-style-type: none"> ● Пассивное выявление случаев (ПВС) ● Активное выявление случаев (АВС) раз в две недели на протяжении сезона передачи: (1) при появлении местной малярии вследствие завозных случаев, или (2) при массовом завозе малярии мигрантами ● Если возможно, лечение больных малярией в стационарных условиях ● Эпидемиологическое расследование и классификация всех случаев малярии ● Лечение всех паразитологически подтвержденных случаев: ● При трехдневной малярии – противорецидивное лечение примахином проводится одновременно с назначением шизонтоцидного препарата -хлорохина (ХЛ) ● При неосложненной тропической малярии - артемизинин-комбинированная терапия (АКТ) в качестве лечения первой линии 	<ul style="list-style-type: none"> ● Мероприятия по управлению окружающей средой ● Внесение личинкоядных рыб во все места выплода, где в настоящее время размножаются комары рода <i>Anopheles</i> ● Прочие мероприятия по борьбе с личинками – только в тех местах выплода, где эффективность личинкоядных рыб снижена ● ОИОД рекомендуется только в районах с массовым завозом малярии сезонными рабочими или беженцами ● Меры индивидуальной профилактики (обработанные инсектицидами противокомарные полога (ОИП), прочие обработанные инсектицидами материалы, средства индивидуальной защиты)
<p>Элиминация малярии – фаза консолидации</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Присутствует остаточная передача малярии ● Завоз малярии имеет место 	<ul style="list-style-type: none"> ● Пассивное выявление случаев (ПВС) ● Активное выявление случаев (АВС) раз в две недели на протяжении сезона передачи: (1) в остаточных активных очагах, или (2) при массовом завозе малярии мигрантами ● Если возможно, лечение пациентов с малярией в стационарных условиях ● Эпидемиологическое расследование и классификация всех случаев малярии ● Категоризация каждого очага малярии с остаточной передачей малярии ● Лечение всех паразитологически подтвержденных случаев: ● При трехдневной малярии – противорецидивное лечение примахином проводится одновременно с назначением шизонтоцидного препарата -хлорохина (ХЛ) 	<ul style="list-style-type: none"> ● ОИОД: ● Во все остаточных очагах малярии ● В районах с массовым завозом малярии рабочими или беженцами ● Мероприятия по управлению окружающей средой ● Внесение личинкоядных рыб во все существующие или потенциальные места выплода комаров <i>Anopheles</i>, в особенности на рисовые поля ● Прочие мероприятия по борьбе с личинками – только в тех местах выплода, где эффективность личинкоядных рыб снижена ● Меры индивидуальной профилактики (обработанные инсектицидами противокомарные полога (ОИП), прочие обработанные инсектицидами материалы, средства индивидуальной защиты)

Таблица 3 (продолжение)

Продолжение на следующей странице

Эпидемиологический тип	Выявление, диагностика и лечение	Противокомариные мероприятия
	<ul style="list-style-type: none"> ● При неосложненной тропической малярии - артемизинин-комбинированная терапия (АКТ) в качестве лечения первой линии ● Рекомендуется массовая химиофилактика примахином (МХП) в остаточных очагах малярии 	
<p>Элиминация малярии – фаза атаки</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Передача малярии ограничена в пространстве ● Вспышечная заболеваемость малярией может иметь место ● Завоз малярии имеет место 	<ul style="list-style-type: none"> ● Пассивное выявление случаев (ПВС) ● Активное выявление случаев (АВС) раз в неделю на протяжении сезона передачи: (1) в активных очагах, или (2) при массовом завозе малярии мигрантами ● Лечение пациентов с малярией в стационарных условиях (при необходимости), или в амбулаторных условиях ● Эпидемиологическое расследование и классификация всех случаев малярии ● Категоризация каждого очага малярии ● Лечение всех паразитологически подтвержденных случаев: <ul style="list-style-type: none"> ● При трехдневной малярии – противорецидивное лечение примахином проводится одновременно с назначением шизонтоцидного препарата -хлорохина (ХЛ) ● При неосложненной тропической малярии - артемизинин-комбинированная терапия (АКТ) в качестве лечения первой линии ● Рекомендуется массовая химиофилактика примахином (МХП) после вспышек ● Перспективным представляется противорецидивное лечение всех случаев трехдневной малярией предыдущего года и сезонная химиофилактика в очагах трехдневной малярии, где ОИОД не позволило полностью прервать передачу в фазе атаки 	<ul style="list-style-type: none"> ● ОИОД: ● Мероприятия по обработке следует тщательно планировать и осуществлять до начала сезона передачи ● Следует проводить во всех (новых и остаточных) активных очагах тропической и трехдневной малярии ● Циклы повторных обработок в очагах, где продолжительность сезона передачи превосходит 4 месяца ● Мероприятия по управлению окружающей средой ● Помещение личинкоядных рыб во все существующие или потенциальные места выплода комаров <i>Anopheles</i>, в особенности на рисовые поля ● Прочие мероприятия по борьбе с личинками – только в тех местах выплода, где эффективность личинкоядных рыб снижена ● Меры индивидуальной и коллективной профилактики (обработанные инсектицидами противокомариные полога (ОИП), прочие обработанные инсектицидами материалы, средства индивидуальной защиты)

Таблица 3 (продолжение)

Продолжение на следующей странице

Эпидемиологический тип	Выявление, диагностика и лечение	Противокомарные мероприятия
<p>Борьба с малярией</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Передача малярии широко распространена в пространстве ● Присутствует множество очагов малярии ● Вспышечная заболеваемость малярией может иметь место ● Завоз малярии имеет место 	<ul style="list-style-type: none"> ● Пассивное выявление случаев (ПВС) ● Если выполнимо, активное выявление случаев (АВС) раз в две недели на протяжении сезона передачи в активных очагах с высокой заболеваемостью ● Как правило, пациенты с малярией проходят лечение амбулаторно, хотя некоторые случаи могут требовать госпитализации ● Эпидемиологическое расследование и классификация всех случаев тропической малярии, а при необходимости, и прочих случаев малярии ● Лечение всех паразитологически подтвержденных случаев: ● При трехдневной малярии – радикальная терапия шизонтоцидным препаратом - хлорохином (ХЛ); противорецидивное лечение примахином (ПХ) может быть отложено до конца сезона передачи ● При неосложненной тропической малярии рекомендуется артемизинин-комбинированная терапия (АКТ) в качестве лечения первой линии ● Если возможно, противорецидивное лечение всех случаев трехдневной малярии предыдущего года 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Малярия имеет исключительно завозной характер 	<ul style="list-style-type: none"> ● Пассивное выявление случаев (ПВС) ● Лечение пациентов с малярией проводится как в стационарных (при необходимости), так и в амбулаторных условиях ● Эпидемиологическое расследование и классификация всех случаев малярии ● Лечение всех завозных случаев, подтвержденных микроскопическим исследованием или экспресс-диагностическими тестами (ЭДТ): 	<ul style="list-style-type: none"> ● Мероприятия по управлению окружающей средой ● Помещение личинкоядных рыб во все существующие или потенциальные места выплода комаров <i>Anopheles</i>, в особенности на рисовые поля ● Прочие мероприятия по борьбе с личинками – только в тех местах выплода, где эффективность личинкоядных рыб снижена ● ОИОД: ● Мероприятия по обработке следует планировать и осуществлять до начала сезона передачи

Таблица 3 (продолжение)

Эпидемиологический тип	Выявление, диагностика и лечение	Противокомариные мероприятия
	<ul style="list-style-type: none"> ● При трехдневной малярии – противорецидивное лечение примахином проводится одновременно с назначением шизонтоцидного препарата -хлорохина (ХЛ) ● При неосложненной тропической малярии - артемизинин-комбинированная терапия (АКТ) в качестве лечения первой линии ● При тяжелых случаях тропической малярии: (1) производные артемизинина, или (2) дигидрохлорид хинина, в зависимости от национальной политики лечения, но предпочтение должно отдаваться производным артемизинина 	<ul style="list-style-type: none"> ● Проводить во всех активных очагах тропической малярии и, по возможности, в активных очагах трехдневной малярии с высокой заболеваемостью ● Циклы повторных обработок в очагах, где продолжительность сезона передачи превосходит 4 месяца ● Использование инсектицидов моментального действия, в особенности для борьбы с эпидемиями ● Меры индивидуальной и коллективной профилактики (обработанные инсектицидами противокомариные полога (ОИП), прочие обработанные инсектицидами материалы, средства индивидуальной защиты) ● Никаких мер, или меры в рамках проводимых рутинных мероприятий по борьбе с переносчиками

ситуациях должны содержать сведения о каналах, которые могут быть задействованы для доставки недостающего оборудования или материалов, а также идентифицировать ресурсы, которые могут быть быстро мобилизованы. Эффективность профилактических мероприятий в огромной мере зависит от степени подготовленности национальных служб здравоохранения к мобилизации необходимых ресурсов в тот реальный отрезок времени, которым они располагают для осуществления ответных действий с момента выявления надвигающейся угрозы эпидемии.

5.3.4. Эпидемиологический надзор за малярией

Разработка надежной и чувствительной системы эпиднадзора необходима для успеха любой программы общественного здравоохранения. Эпиднадзор за малярией – т.е. систематический сбор, анализ и интерпретация данных по малярии, важных для планирования, реализации и оценки борьбы с малярией или ее элиминации, направлен на обеспечение своевременного распространения соответствующей информации среди лиц, ответственных за принятие решений. Налаживание эффективного эпиднадзора требует продолжительного времени и включает создание механизма для оповещения о случаях, их расследования, а также налаживание соответствующих информационных систем и систем отчетности. Врачи, лабораторные работники и полевой медперсонал, которые наблюдают и сообщают о случаях малярии, должны иметь представление о логической обоснованности эпиднадзора и его основных методах. Ключом к успеху

является мониторинг качества эпиднадзора путем использования стандартных сопоставимых показателей. Отчетность и обратная связь должны быть полными и своевременными, чтобы гарантировать эффективность противомаларийных действий. Контрольные выезды в поле, часто выявляющие проблемы и методы их решения, которые не могут быть установлены на центральном уровне, наряду с периодической оценкой качества работы лабораторной службы, также необходимы.

Во всех странах Региона работает система эпиднадзора за малярией, которая в значительной мере опирается на отчеты врачей и лабораторных служб и ручном анализе данных. Существующие системы информации и отчетности по малярии являются практическими инструментами, используемыми для сбора, анализа и интерпретации данных по малярии и осуществления обратной связи. Все страны используют стандартные определения случаев по малярии, разработанные ВОЗ. Эпидемиологические данные по малярии, в том числе результаты специальных исследований, наряду с оперативной информацией, следует использовать для мониторинга эффективности противомаларийных кампаний и оценке их результатов. Выявленные случаи и очаги малярии необходимо внимательно расследовать и классифицировать. В фазе атаки эпидемиологический надзор может способствовать выяснению причин неуспеха кампаний по ОИОД на отдельных территориях. В фазе консолидации, когда мероприятия по ОИОД уже прекращены, руководство процессом переходит к эпидемиологическим службам, которые стремятся завершить сражение против малярии. В этой фазе эпиднадзор направлен на поиск признаков продолжающейся передачи, определение причин остаточной передачи, элиминацию остаточных очагов и доказательство факта достижения элиминации. В течение этой фазы эпидемиологическое расследование и классификация всех подтвержденных случаев должны проводиться в максимально краткие сроки.

Новая региональная стратегия, важным компонентом которой является подготовленность к эпидемиям, рекомендует усиление информационных систем и систем отчетности в зонах, подверженных эпидемиям. Географические районы и временные периоды наибольшего риска, вероятные факторы риска, а также группы риска среди населения, могут быть определены с помощью клинико-паразитологического, энтомологического, экологического и социально-демографического мониторинга. Эпидемиологическая идентификация зон, подверженных эпидемиям, способна обеспечить более полноценное и своевременное выявление групп населения, подверженных максимальному риску. На территории подверженной эпидемиям можно ввести простую систему по выявлению эпидемических вспышек, позволяющую на недельной или месячной основе оценивать следующие данные: (1) необычно высокое количество паразитологически подтвержденных или клинически подозрительных случаев малярии или лихорадки, выявленные в течение сезона передачи, (2) увеличение завоза малярии в свободные от малярии зоны, в основном сезонными рабочими или перемещенным населением, (3) увеличение мест выплода переносчиков в результате продолжительных осадков, неисправностей дренажных, ирригационных и водопроводных систем, или недостатков ведения сельскохозяйственной деятельности, и (4) возрастание доли людей в соотношении человек/домашний скот в результате внезапного сокращения поголовья скота. Несмотря на то, что катализировать развитие эпидемии в любых условиях может значительное число факторов, большинство этих факторов вза-

имосвязаны. Факторы риска окружающей среды (дающие возможность определить, когда возникли условия, благоприятные для развития эпидемии) и эпидемиологические данные (дающие возможность определить появление реальной эпидемической ситуации) должны постоянно отслеживаться работниками служб здравоохранения и энтомологическими службами, а соответствующую информацию следует максимально быстро передавать лицам, ответственным за принятие решений и проведения комплекса противоэпидемических мероприятий. Своевременный сбор, анализ и передача соответствующей информации позволят распознать эпидемии и факторы их обуславливающие на ранней стадии и обеспечить быстрые ответные действия.

Каждая ситуация по малярии требует адекватного ответа, который должен базироваться на реалистической оценке местных условий. В сущности, без непрерывно действующей (в реальном или почти реальном) и полноценной системы эпидемиологического надзора, противомалярийные программы никогда не смогут добиться заблаговременного оповещения об эпидемиях. Компьютерная версия географической информационной системы (ГИС) может служить общей платформой для объединения самой разнообразной информации из многих секторов, и является мощным, основанным на доказательных фактах, механизмом для лиц, ответственных за принятие решений. ГИС предлагает такие возможности по обработке, отображению и анализу данных, которыми не располагает ни одна система ручной обработки данных. Возможность объединения данных ведет к новым прогностическим возможностям по борьбе и элиминации малярии, а также новым возможностям для мониторинга за малярией. До внедрения ГИС в некоторых странах Региона, национальные руководители здравоохранения, ответственные за борьбу с малярией, не располагали систематическим подходом к отслеживанию географического распределения малярии и достоверными картами, которые могли бы быть использованы для планирования мероприятий по борьбе с малярией. Картографирование на базе ГИС дает возможность отслеживать эволюцию проблемы малярии, определять пораженные районы и категоризировать очаги трехдневной и тропической малярии, и, в конечном счете, рекомендовать те противомалярийные мероприятия, от которых можно ожидать наибольшего результата. ГИС обладает гораздо большими возможностями, чем составление простых цифровых карт, и может служить потенциально мощным практическим инструментом для раннего распознавания и своевременного решения проблем, связанных с малярией, окончательной целью которого является разработка и внедрение полноценной пространственно-временной системы эпиднадзора за малярией, активно функционирующей в режиме реального времени на национальном и суб - национальном уровнях.

5.4. Подготовка кадров

Уже говорилось о том, что глобальная программа ликвидации малярии оказалась не способной ликвидировать малярию, но ликвидировала маляриологов, в результате чего кадровые ресурсы борьбы с малярией были сильно истощены. В середине 1990-х гг. пораженные малярией страны Региона испытывали огромную нехватку в области кадровых ресурсов, что в значительной степени осложнило борьбу с малярией, и являлось одним из ведущих препятствий для эффективного проведения национальных программ по борьбе с малярией. Принимая это во внимание, последние семь лет в Европейском регионе ВОЗ уделяется особое внимание обучению специ-

алистов и технического персонала, деятельность которых посвящена борьбе с малярией. Для удовлетворения будущих потребностей и достижения поставленных целей необходима пропаганда творческого и новаторского подхода к подготовке кадров на региональном, национальном и суб - национальном уровнях.

Национальные программы по обучению должны получать необходимую финансовую и техническую поддержку, быть скоординированными и быть способными:

- Принять решение о числе и категориях специалистов и вспомогательного медперсонала, которым следует пройти обучение или переподготовку.
- Создать группу технической поддержки, в которую войдут прошедшие специальную подготовку профессионалы, обладающие достаточным опытом в области малярии и способные руководить национальными противомаларийными программами в постоянно изменяющихся условиях и новых ситуациях.
- Улучшить знания и навыки специалистов и персонала общей лечебно-профилактической сети в области эпидемиологии малярии, управления программой (планирования, реализации и оценки борьбы с малярией и ее элиминации), диагностики, лечения и профилактики малярии, эпиднадзора за малярией, борьбы с эпидемиями и работы с населением. Обучение может проводиться на местах, хотя некоторым сотрудникам потребуется дополнительное обучение за рубежом, и это касается не только специалистов и технического персонала по борьбе с малярией, но и отдельных представителей руководящего звена служб общественного здравоохранения.
- Обеспечить, чтобы программы обучения и их содержание постоянно адаптировалось и соответствовало потребностям реализуемой стратегии – борьбе с малярией или ее элиминации. Обучение должно быть целевым и направленным на решение проблем, а основная подготовка – дополнена регулярным контролем и курсами повышения квалификации. Важно помнить, что, хотя обучение должно соответствовать будущим функциям слушателя (так, учебную подготовку по элиминации малярии следует четко ориентировать на выполнение стандартных программных задач и операций), оно должно обладать достаточным широким диапазоном, чтобы позволить слушателю адаптироваться к меняющейся ситуации по малярии.
- Обеспечить, чтобы обучение стимулировало слушателей к совершенствованию их навыков и знаний и препятствовало текучке кадров.

Существует настоятельная необходимость укрепления энтомологического компонента всех национальных программ по борьбе с малярией в Регионе. Было бы желательно, чтобы энтомологи принимали более активное участие в принятии решений в деле борьбы с малярией. На протяжении последних лет региональная программа «ОВМ» направляла значительные усилия на разработку, издание и распространение учебных пособий по малярии и борьбе с ней. Необходимо приступить к подготовке и изданию руководств и практических инструкций по элиминации малярии в странах, где предполагается начать осуществление программ по элиминации малярии. Сопредельным странам со сходными потребностями в области обучения следует рассмотреть возможность организации совместного обучения для определенных категорий сотрудников.

5.5. Научно-практические исследования

Всем противомаларийным программам необходимо направить свои усилия на проведение научно-практических исследований, непосредственно связанных с борьбой и элиминацией малярии. Научно-исследовательский потенциал в области малярии является слабым звеном в большинстве пораженных стран Региона. В целях решения этой проблемы, Европейское региональное бюро выступило инициатором региональной программы по научно-практическим исследованиям в области малярии, которая в настоящее время успешно проводится при поддержке научно-исследовательских учреждений и партнерских организаций в пораженных странах Центральной Азии и Закавказского региона.

Цели исследований должны быть тесно увязаны с ситуацией и проблемами, выявленными в той или иной стране или сопредельных странах, а также с осуществляемыми в этих странах противомаларийными программами. Особый интерес для Европейского региона представляют исследования в области биологии переносчиков и борьбы с ними. Неполучавшие должного внимания в прошлом, эти исследования возобновлены в настоящее время в целях повышения эффективности борьбы с переносчиками малярии и достижения желаемых результатов. Особенно перспективными являются следующие направления исследований: видовые комплексы; идентификация видов и их распределение в различных эколого-эпидемиологических условиях; распространенность видов-сублингов и их роль в передаче малярии; выявление новых видов переносчиков; биология переносчиков; резистентность переносчиков к инсектицидам; интегрированная борьба с переносчиками в различных условиях. Исследования также необходимы для разработки надежного, применимого в полевых условиях в режиме реального времени метода ПЦР-диагностики, который может быть использован для дифференциальной диагностики тропической и трехдневной малярии и выявления различий между рецидивами и новыми случаями трехдневной малярии. Секвенирование генома *P. vivax* и совершенствование знаний в области генетического разнообразия популяций *P. vivax* помогут оценить географическую дифференциацию и предоставить важную информацию для эпиднадзора, направленного на выявление происхождения тех или иных выделенных изолятов.

5.6. Работа с населением

Важное значение для борьбы с малярией имеет вовлечение населения в данную работу и установление партнерских отношений с службами здравоохранения. Профилактика малярии должна осуществляться рука об руку с населением. До тех пор, пока члены общин не осознают преимущества профилактики заболевания, любая, даже оптимально разработанная стратегия по профилактике, потерпит поражение. Необходимо понимать, как члены общины воспринимают лихорадочное заболевание, насколько оно для них значимо, и какие поведенческие реакции населения могут дополнить или затруднить проведение профилактических мероприятий. Рекомендуется проведение исследований «Знания, Отношение, Практика» (ЗОП), которые могут помочь найти соответствия между используемыми стратегиями/подходами и привычками, обычаями и убеждениями различных социальных групп и национальных меньшинств. Кроме того, результаты таких исследований полезны для разработки эффективных стратегий по ин-

формации, образованию и коммуникации (ИОК) и соответствующих целевых обучающих материалов. Принятые в семьях и общинах методы профилактики и ухода за больными необходимо совершенствовать путем распространения материалов по ИОК, привлечения средств массовой информации (СМИ) и социальной поддержки.

Опыт показывает, что программы по ОИОД невозможно навязывать населению. Членам общин необходимо наглядно демонстрировать ту выгоду, которую они получают от предохранения самих себя от переносчиков малярии и прочих бытовых насекомых. Санитарное просвещение и привлечение населения могут в значительной мере облегчить работу противомаларийных служб, снизить затраты и гарантировать успех профилактических мероприятий. Стимулировать привлечение населения могут коллективные мероприятия, в процессе которых людям дадут информацию о процедурах и преимуществах программ ОИОД во избежание проблем, связанных с отказом от обработки инсектицидами и негативным отношением населения к подготовке их домов к обработке.

5.7. Взаимодействие сопредельных стран

В последние годы ситуация по малярии ухудшилась на приграничных территориях некоторых стран Региона. Для решения общих для этих стран проблем, связанных с малярией, необходимо предпринять все возможные меры по улучшению координации и усилению взаимодействия сопредельных стран.

Особый акцент должен быть поставлен на анализе текущих ситуаций по малярии и выявление проблем и сдерживающих факторов, на разработке стратегии, направленной на усиление координации борьбы с малярией и практических подходов для регулярного обмена необходимой информацией, и, наконец, разработке и внедрении совместных планов действий в целях синхронизации противомаларийных мероприятий на приграничных территориях. Страны Европейского и Восточно-Средиземноморского регионов ВОЗ достаточно сходны между собой по эколого-эпидемиологическим характеристикам и проблемам, связанными с малярией, в силу чего между этими странами целесообразно наладить более тесное взаимодействие путем обмена технической информацией представляющей взаимный интерес (например, по проблемам элиминации малярии), также извещать о ситуациях по малярии на приграничных территориях, проводить совместные совещания, принимать участие в международных учебных курсах и других мероприятиях, организованных другим регионом.

5.8. Финансирование и мобилизация ресурсов

Успех кампаний по элиминации малярии требует адекватного планирования мероприятий и бюджетных средств; прочими условиями успеха данных кампаний являются достаточный подготовительный период и заблаговременная мобилизация необходимых ресурсов.

Движение ОВМ успешно мобилизовало коллективные усилия международных агентств, учреждений, осуществляющих сотрудничество на двусторонней основе, неправительственных

организаций и т.д., для улучшения осведомленности о малярии и связанных с этим заболеванием проблем и увеличения ресурсов, необходимых для борьбы с малярией в Европейском регионе ВОЗ. Средства, предоставленные ВОЗ, рядом правительств и организаций (ЮСАИД, МЕРЛИН, АКТЕД, Гуманитарным Офисом Европейского Союза, ЕНИ) и Глобальным Фондом по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ), свидетельствовали об увеличении субсидий на борьбу с малярией во всех пораженных малярией странах. Некоторые страны, пораженные малярией также инвестировали свои собственные средства в противомаларийную деятельность, и как правило, эти средства обеспечивали заработную плату и покрывали текущие расходы.

Однако, акции по пропаганде, с энтузиазмом осуществленные Европейским региональным бюро ВОЗ в целях улучшения взаимодействия между партнерами и выделения дополнительных ресурсов для борьбы с малярией, получили положительную ответную реакцию со стороны мирового сообщества только после того, как в Регионе произошла эпидемия малярии, и данная поддержка не продолжалась более 2 - 3 лет. В прочих ситуациях, например, при возникновении вспышек небольшого масштаба, появлении спорадических случаев и наличии высокого риска возобновления передачи малярии, реакция партнеров была традиционно слабой. В настоящее время, несмотря на всеобщее признание достигнутых результатов и очевидную потребность в дополнительных ресурсах для продвижения от борьбы к элиминации малярии, средства для решения проблемы остаточной малярии в Европейском регионе ВОЗ остаются весьма ограниченными, и все пораженные страны постоянно зависят от внешней поддержки для проведения их национальных программ, направленных на борьбу и элиминацию малярии.

Основным препятствием для всех элиминационных программ являются связанные с ними затраты, значительно превышающие средства, находящиеся в наличии. Для привлечения доноров к элиминации малярии необходимо внимательно изучать новые возможности и подходы для мобилизации ресурсов на глобальном, региональном и национальном уровнях. Повышение эффективности работы регионального партнерства и улучшение координации деятельности по элиминации малярии требуют поощрения и пропаганды консолидированного подхода с четким определением ролей и обязательств всех заинтересованных партнеров, регулярным обменом информацией и проведением консультационных совещаний с привлечением представителей ВОЗ, партнерских организаций и национальных программ.

Совершенно очевидно, что успех инициативы, направленной на элиминацию малярии в региональном контексте зависит от совокупности многих факторов, которые включают надежную стратегию, подготовленные кадры и развитую инфраструктуру на национальном и суб - национальном уровнях, стратегическое и техническое руководство со стороны ВОЗ, а также адекватное финансирование. Для консолидации достигнутых результатов и дальнейшего продвижения от борьбы к элиминации малярии, региональной противомаларийной программе потребуется от 7 до 8 миллионов долларов США в период с 2006 по 2012 гг., и от 5 до 6 миллионов долларов США в 2013-2015 гг. Дефицит финансирования может ограничить размах проведения национальных программ по борьбе и элиминации малярии, а также может вызвать задержки в их реализации.

6. Мониторинг и оценка

Надежная система мониторинга и оценки (МиО) критически необходима для успеха любой программы общественного здравоохранения. МиО противомалерийных мероприятий направлены на обеспечение систематического анализа ситуаций, связанных с проведением программ по борьбе или элиминации малярии, и показывают, насколько проводимые мероприятия успешны в достижении поставленных целей и задач.

На протяжении последних лет существенные результаты в области МиО по малярии были достигнуты на региональном уровне. Эффективные системы МиО для оценки результатов выполнения противомалерийных программ функционируют на региональном и национальном уровнях. Ежегодно Европейское региональное бюро ВОЗ обращается к всем странам Региона с просьбой о предоставлении информации о зарегистрированных случаях смертности от малярии, паразитологически подтвержденных случаях малярии с учетом видов возбудителей и их эпидемиологической классификации (аутохтонные: вторичные от завозных, местные и рецидививные случаи, или завозные или прививные случаи), что используется в целях сравнения данных показателей на региональном уровне. Все аутохтонные и завозные случаи классифицируются по половому признаку и возрастным категориям. Кроме того, страны Европейского региона представляют информацию об общем числе завозных случаев малярии по следующим категориям: вид малярийного паразита; континент и страна, где произошло заражение малярией; группа населения – иммигранты, беженцы, работающие на контрактной основе профессионалы или рабочие, студенты, военнослужащие, туристы, а также члены экипажей морского и воздушного флота. Вся полученная информация категоризируется на: (1) аутохтонные случаи малярии, (2) смертельные случаи вследствие малярии, (3) завозные случаи малярии, (4) завозные случаи тропической малярии, и (5) общее количество случаев малярии. Все эти сведения анализируются в региональной Компьютеризованной Системе по Инфекционным Заболеваниям (CISID). Кроме того, данные, отражающие бремя малярии; её эпидемиологические и энтомологические характеристики; факторы риска; проводимую противомалерийную стратегию; подходы по лечению и профилактике малярии; подготовку национальных кадров; наличие кадровых и финансовых ресурсов; и, наконец, финансирование противомалерийных программ, собираются и анализируются на национальном и суб-национальных уровнях для принятия решений руководителями здравоохранения. Несмотря на то, что отчетность по вышеуказанным показателям не полностью стандартизирована в Регионе, эта информация крайне полезна для понимания происходящих изменений в выполнении программы и оценки результатов проведенных противомалерийных мероприятий.

В свете новых обстоятельств, сопровождающих переход от борьбы к элиминации малярии, национальные системы МиО по малярии должны быть надлежащим образом усилены. Данные системы следует изменить таким образом, чтобы они стали в большей степени ориентированными на результат проводимых мероприятий и могли представлять своевременную, необходимую и достоверную информацию. Формирование полноценной системы МиО, рабо-

тающей в условиях элиминации малярии, требует ряда ключевых решений, которые должны включать:

- Подготовку базы исходных данных, включая сбор данных и документирование их источников;
- Отбор основных рабочих показателей для мониторинга результатов;
- Выбор практических целей;
- Выбор методов и частоты сбора данных, а также методов их анализа и отчетности;
- Определение типов, времени проведения и уровней оценки;
- Представление и использование результатов мониторинга и оценки для принятия решений, направленных на улучшение проводимых программ.

В фазах атаки и консолидации, когда число случаев малярии снижается, как это наблюдается в некоторых пораженных малярией странах Региона, использование традиционных маляриометрических показателей, таких, как годовая заболеваемость малярией (ГЗМ), часто становится бессмысленной, и тогда основной вопрос заключается в выяснении, продолжается ли передача малярии на заданной территории. На протяжении этой стадии все случаи должны быть подвергнуты эпидемиологическому расследованию. Эта процедура не обязательна для территорий, где не предусмотрен перерыв передачи малярии. Результат эпидемиологического расследования представляет собой эпидемиологический диагноз каждого случая малярии, т.е. сведения о месте, времени и источнике заражения. Наличие определенных категорий случаев служит основой для классификации очагов малярии. Очаг малярии имеет следующее определение: “ограниченная местность, расположенная на маляриогенной (в настоящее время или в прошлом) территории и характеризующаяся наличием непрерывных или периодически возникающих эпидемиологических факторов, обуславливающих передачу малярии” (9). Это понятие играет ключевую роль для тех противомалерийных программ, целью которых является ограничение или перерыв передачи малярии (все пораженные малярией страны Европейского региона ВОЗ), поскольку очаг как минимальная категория служит объектом противомалерийных действий. Определение и мониторинг функционального статуса очагов малярии являются важным критерием для решения о возможности достижения перерыва передачи малярии или предупреждения ее возобновления. Классификация очагов малярии согласно классификации ВОЗ различает очаги в зависимости от (1) их возраста – остаточные и новые, и (2) присутствия передачи малярии – неактивные, активные и потенциальные. В результате, можно выделить следующие типы очагов:

1. остаточные:

- неактивные (передача прервана; местных случаев нет, но возможно появление рецидивных случаев);
- активные (передача не прервана);

2. новые:

- потенциальные (присутствуют завозные случаи; нет очевидных признаков передачи, но возможно ее возобновление);

- активные (передача возобновлена), которые могут подразделяться на две категории, в которых (а) присутствуют только вторичные от завозных случаи, и (б) присутствуют также местные случаи.

Статус каждого очага необходимо периодически пересматривать и, при необходимости, относить к другой категории.

Менеджеры противомалярийных программ должны возглавлять этот процесс, а также быть уверенными, что деятельность по МиО приносит желаемые результаты в плане достижения поставленных целей и задач; выявления и разрешения возникших проблем; оценки эффективности программы; а также распределения ресурсов.

7. Сертификация элиминации малярии

Сертификация элиминации малярии означает бесспорную констатацию факта, что в заданном месте и к заданному времени местная передача малярии была прервана. Впервые идея о сертификации ликвидации малярии была выдвинута ВОЗ в начале проведения кампании по ликвидации малярии. С 1956 году, когда Комитет экспертов ВОЗ по малярии впервые приступил к рассмотрению вопроса о ликвидации малярии (10), условием для завершения консолидации являлось, что “полноценная система эпидемиологического надзора работала и, насколько можно судить по результатам ее работы, передача малярии была предупреждена на всей территории и местный резервуар инфекции прекратил свое существование”. Таким образом, факт ликвидации малярии можно “было допустить, когда полноценная система эпиднадзора не выявила никаких свидетельств наличия передачи или остаточной эндемичности, несмотря на внимательный поиск на протяжении трех последовательных лет, в отсутствие, по крайней мере на протяжении последних двух лет, любых мер по борьбе с переносчиками малярии.” Это функциональное определение ликвидации малярии было незначительно изменено и расширено на более поздних сессиях Комитета экспертов ВОЗ по малярии (11, 12).

Тем не менее, опыт проведенных в прошлом программ ликвидации малярии показал, что на исходе фазы консолидации и даже позже, в фазе поддержания достигнутых результатов, иногда все-таки выявляются единичные случаи малярии, которые следовало бы отнести к местным, поскольку отсутствуют доказательные факты, которые позволили бы квалифицировать такие случаи как рецидивные, завозные, прививные или вторичные от завозных, хотя доказательные факты, позволяющих предположить наличие местной передачи также отсутствуют. Если исчерпывающее эпидемиологическое расследование подтверждает это предположение, такие случаи следует квалифицировать как «неявные», а их наличие рассматриваться как не противоречащее ликвидации и не служащее препятствием для завершения фазы консолидации. Тем не менее, до принятия решения о завершении этой фазы, следует учесть еще два обстоятельства. Первое – необходимо убедиться, что эпиднадзор был полноценным, т.е. что его качество было и продолжает оставаться высоким, что эпиднадзор базировался на тщательно проводимых АВС и ПВС, и что лабораторная работа была надежной, эффективной и своевременной, а ее результаты – достоверными. Другое обстоятельство заключается в том, что подготовка фазы, направленная на поддержание достигнутых результатов уже закончена.

Когда программа по элиминации будет успешно завершена, правительство может выразить желание официально объявить об элиминации малярии на всей территории страны. Любое правительство может заявить об элиминации малярии на своей территории; однако предполагается, что для официального признания этого заявления на международном уровне, ожидается, что ВОЗ проведет сертификацию путем включения данной страны в официальный список. Чтобы это произошло, правительство страны должно направить ВОЗ просьбу о проведении соответствующей инспекции с целью определения достижений программы. Данная инспекция может быть проведена специализированной сертификационной бригадой, действующей от имени

ВОЗ. По завершении инспекции бригада представит свой отчет и рекомендации Региональному директору, а затем Генеральному директору ВОЗ. Окончательное решение Генерального директора ВОЗ будет передано стране-участнице. В 10-м Отчете Комитета экспертов ВОЗ по малярии (12) подробно изложена процедура подтверждения ликвидации малярии и перечислены все пункты, в соответствии с которыми сертификационная бригада проводит контрольную инспекцию.

Административный порядок и критерии сертификации элиминации малярии нуждаются в уточнении, и в настоящее время находятся в процессе согласования по линии ВОЗ и государств-участников. Сертификация базируется на следующих трех основных принципах:

- (1) Сертификация будет проводиться для страны в целом по всем четырем видам паразитов, вызывающим малярию у человека;
- (2) Инспекция и сертификация будет проведена группой экспертов под эгидой ВОЗ;
- (3) Сообщение о сертификации элиминации малярии в стране будет опубликовано в журнале *Weekly Epidemiological Record*, а страна включена в список государств-членов ВОЗ, достигших элиминацию малярии.

Литература

1. Bruce-Chwatt LJ. Malaria and its control: present situation and future prospects. *Annual Review of Public Health*, 1987, 8: 75-110.
2. Bruce-Chwatt LJ, de Zulueta J. The rise and fall of malaria in Europe: A historico-epidemiological study. Oxford University Press, 1980.
3. World Health Organization. Strategy to Roll Back Malaria in the WHO European Region. Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, 1999.
4. World Health Organization. Draft Resolution "Scaling up the Response to Malaria in the European Region of WHO" EUR/RC52/Conf.Doc./7. Regional Committee for Europe, Fifty-Second Session, Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, 2002.
5. World Health Organization. Expert Committee on Malaria. Fourteenth Report, Technical Report Series, 382, 1968.
6. World Health Organization. Inception Meeting on the Malaria Elimination Initiative in the WHO European Region. Report of the WHO Regional Meeting, Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, 2005.
7. World Health Organization. A global strategy to control malaria. Geneva, Switzerland, 1993.
8. World Health Organization. Implementation of the global malaria control strategy. *WHO Technical Report Series 839*, Geneva, Switzerland, 1993.
9. World Health Organization. Terminology of malaria and malaria eradication. Geneva, 1963.
10. World Health Organization. Expert Committee on Malaria. Sixth Report, Technical Report Series, 123, 1957.
11. World Health Organization. Expert Committee on Malaria. Eighth Report, Technical Report Series, 205, 1961.
12. World Health Organization. Expert Committee on Malaria. Tenth Report, Technical Report Series, 272, 1964.

Приложение 1

Условия, необходимые к выполнению до принятия решения о начале осуществления программы по элиминации малярии

1. Правительство должно быть твердо убеждено в своем намерении осуществить программу по элиминации малярии и поддерживать эту программу с начальной до конечной фазы. До начала внедрения программы, правительству необходимо придать приоритетный статус данной программы в государственном плане развития и запланировать в бюджете выделение адекватных средств на её осуществление.
2. Правительство должно располагать доказательными фактами о технической и практической выполнимости элиминации малярии.
3. Правительству необходимо иметь детальный план развития служб здравоохранения страны.
4. Должна существовать эффективная система государственной администрации на центральном и периферийном уровнях, позволяющая осуществить программу на всей территории страны.
5. Необходимо наличие адекватной транспортной системы, что обеспечит возможность быстрых и беспрепятственных перемещений сотрудников противомаларийных служб и транспортировки грузов и оборудования внутри страны.

Когда основные требования будут удовлетворены, правительство должно взять на себя ряд обязательств, которые необходимо выполнять вплоть до достижения элиминации малярии. Это касается не только необходимых национальных кадров, материально-технического обеспечения и финансовых средств, но также и администрирования, организации и управления программой. Все эти обстоятельства должны найти отражение в четко сформулированном плане работы на весь срок действия программы, который должен быть одобрен всеми заинтересованными сторонами. План должен включать следующие положения:

1. Для обеспечения полноценной базы для планирования, необходимо наличие достаточной исходной информации. Такая информация должна включать эпидемиологические данные для определения маляриогенных зон в стране, информацию о видах переносчиков и их экологии, а также географическую, климатическую, социальную, экономическую и демографическую информацию.
2. Противомаларийные мероприятия в фазе атаки должны быть описаны во всех подробностях, а также представлены доказательные факты о возможности перерыва передачи с помощью предложенных мероприятий. Эти факты могут содержать отчеты о пилотных проектах, осуществленных в данной стране, или соседних странах со сходными эпидемиологическими условиями.
3. Разработка (или наличие) административных или законодательных постановлений, в том числе право сотрудников противомаларийных служб на посещение домов в целях прове-

дения обработки инсектицидами или эпидемиологического расследования, неукоснительное оповещение о случаях малярии и обязательное выполнение пациентом рекомендаций по лечению малярии, назначенного врачом, и т.д являются необходимыми условиями для поведения программы.

4. Полномочия, структура и ответственность противомалерийной службы должны быть четко изложены в соответствующем постановлении, и административная политика должна быть ясно определена. Кроме того, необходимо постановление о предоставлении противомалерийной службе всех полномочий по распоряжению их бюджетными средствами и полномочиями в определении финансовых операций, соответствующих наиболее эффективной работе службы. Кроме того, служба должна быть наделена полномочиями в области определения условий работы своего персонала и осуществлении полноценного административного и дисциплинарного контроля над своими подчиненными.
5. Необходим эффективный механизм, обеспечивающий координированность действий и сотрудничество между соответствующими правительственными и прочими организациями, а также координацию противомалерийной деятельности сопредельных стран, в особенности на тех территориях, где часто наблюдаются беспрепятственное перемещение населения через границы.
6. Для новых сотрудников программы должны быть организованы обучающие курсы, а для постоянного персонала программы – регулярные курсы повышения квалификации.
7. Планирование фазы атаки и мероприятий по эпиднадзору должны иметь детализированный характер.
8. Необходимо соответствующее постановление для организации и проведения санитарно-просветительных мероприятий.
9. План элиминации малярии должен быть рассчитан на полный срок действия программы, показывая достижения каждого года.
10. Оценка достижений должна проводиться во всех фазах программы с учетом соблюдения эпидемиологических стандартов. Рутинным и важным элементом программы должны стать ежегодно проводимые оценки работы программы независимыми экспертами.
11. Бюджет для всех стадий программы должен быть правильно спланированным и реалистичным, а также принимать во внимание дополнительные средства, которые могут быть выделены в случае возникновения проблем в ходе реализации программы. При этом источник/и этих средств следует ясно обозначать.
12. В целях предупреждения возобновления передачи малярии, необходимо выделить достаточные средства для проведения эффективных контрольно-наблюдательных мероприятий.

Приложение 2

Ташкентская Декларация

«Вперед от Борьбы к Элиминации Малярии»

в Европейском регионе ВОЗ

Обязательство к Действию

Мы, Министры Здравоохранения,

Вспоминая резолюции Всемирной Ассамблеи Здравоохранения WHA52.11 и WHA58.2, которые определили «Обратим Вспять Малярию» (ОВМ) как приоритетный проект для Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), и призвали к дальнейшей поддержке мероприятий, направленных на борьбу с малярией с целью достижения задач, согласованных на международном уровне;

Подтверждая наши прежние обязательства, взятые в области малярии, и изложенные в региональной резолюции EUR/RC52/R10 «Усилим противомаларийную деятельность в Европейском регионе ВОЗ», принятой в сентябре 2002 года;

Положительно оценивая возможность, представленную партнерским движением ОВМ в сдерживании широкомасштабных эпидемий малярии в Центральной Азии, Кавказского региона и Турции в середине 90-х годов;

Приветствуя очевидный прогресс, достигнутый в борьбе с малярией в пораженных странах, в особенности в тех из них, где заболеваемость малярией была снижена до такого уровня, что перерыв ее передачи становится возможным;

Подтверждая возможность элиминации малярии в Европейском регионе ВОЗ в недалеком прошлом и подобные успехи, наглядно продемонстрированные в Восточно-Средиземноморском регионе ВОЗ в настоящее время;

Помня о наличии эффективных средств для борьбы и элиминации малярии в региональном контексте в настоящее время;

Подчеркивая представленную уникальную возможность - двигаться вперед от борьбы к элиминации малярии;

Зная, что ресурсы, направленные на выполнение данной региональной инициативы должны соответствовать объему работы, которую предстоит выполнить странам;

Признавая, что элиминация малярии требует дополнительных усилий и увеличения финансовых ресурсов;

1. **Оставляем** полностью за собой обязательства данные региональному движению «ОВМ», которое помогло нашим странам, в рамках эффективного партнерского сотрудничества, осуществить успешное проведение противомаларийных мероприятий и, как результат, сдерживать распространение эпидемий малярии и снизить ущерб от нее;
2. **Признаем** необходимость консолидировать достигнутые результаты и двигаться далее от борьбы к элиминации малярии в странах Европейского региона ВОЗ;
3. **Обязуемся** предпринять все необходимые усилия, которые потребуются для достижения более весомых результатов в деле дальнейшей борьбы с малярией в странах Европейского региона ВОЗ;
4. **Призываем** Европейское Региональное Бюро ВОЗ оказать необходимую помощь нуждающимся странам в их усилиях по претворению в жизнь вышеуказанной декларации;
5. **Призываем** все страны, принадлежащие к Европейскому региону ВОЗ, поддержать Региональное Бюро ВОЗ в его усилиях по выполнению поставленных задач в рамках вышеуказанной инициативы, с целью элиминации малярии в Регионе к 2015 году;
6. **Обязуемся** разработать, в сотрудничестве с ВОЗ, обоснованные национальные стратегии элиминации малярии;
7. **Подчеркиваем** необходимость гарантировать, что пораженные малярией страны будут полностью поддержаны организациями системы Объединенных Наций, агентствами по двустороннему развитию, банками развития, международными и общественными организациями и частным сектором в проведении национальных кампаний по борьбе и элиминации малярии;
8. **Просим** партнеров, поддерживающих программу «ОВМ» увеличить размер финансовой помощи для достижения поставленных задач и целей;
9. **Подчеркиваем** необходимость усиления взаимодействия между странами в решении пограничных проблем, связанных с малярией. В контексте элиминации малярии, особое внимание должно быть уделено ситуациям, где существует риск распространения малярии между странами;
10. **Отмечаем** важность проведения мониторинга для оценки достигнутых результатов в процессе борьбы и элиминации малярии в соответствии с рекомендациями ВОЗ;
11. **Просим** вынести данную декларацию на рассмотрение 56-ого регионального комитета Европейского Регионального Бюро ВОЗ и далее периодически заслушивать доклады о достигнутом прогрессе;
12. **Призываем** Европейское Региональное Бюро ВОЗ развивать сотрудничество и осуществлять координацию в деле элиминации малярии с Восточно-Средиземноморским регионом ВОЗ.



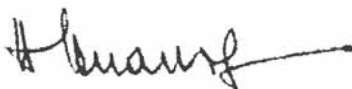
Д-р Норайр Давидян,
Министр Здравоохранения,
Армения



Г-н Октай Ширалиев,
Министр Здравоохранения,
Азербайджан



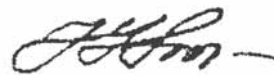
Д-р Владимир Чипашвили,
Министр Здравоохранения,
Грузия



Г-н Ерболат А. Досаев,
Министр Здравоохранения,
Казахстан



Д-р Шайлообек Ниязов,
Министр Здравоохранения,
Кыргызстан



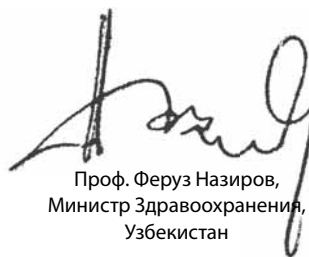
Проф. Нусратулло Файзуллаев,
Министр Здравоохранения,
Таджикистан



Д-р Ресер Акдаг,
Министр Здравоохранения,
Турция



Д-р Г.М. Бердымухамедов,
Министр Здравоохранения,
Туркменистан



Проф. Феруз Назиров,
Министр Здравоохранения,
Узбекистан

Более чем семикратное сокращение числа случаев малярии за последние 7 лет (1999-2005 гг.) является на сегодняшний день наиболее выдающимся достижением региональной противомаларийной программы. В настоящее время заболеваемость тропической и трехдневной малярией в ряде стран региона снижена до таких уровней, что перерыв ее передачи может стать выполнимой задачей уже в ближайшем будущем.

Логическое обоснование разработки новой стратегии по малярии, направленной на переход от борьбы к элиминации малярии, базируется на следующих принципах:

- Возможность перерыва передачи малярии и её элиминации в Европе, доказанная в прошлом.
- Очевидные успехи деятельности ОВМ в настоящее время.
- Твердая политическая поддержка, направленная на достижения более весомых результатов в деле борьбы с малярией на национальном уровне.
- Наличие эффективных технологий и средств для борьбы и элиминации малярии в региональном контексте.

Все вышеперечисленное вкуче с очевидно доказанными технической и практической осуществимостью элиминации малярии может облегчить процесс принятия решений о проведении программ по элиминации малярии в пораженных странах Европейского региона.

Все пораженные малярией страны, принявшие участие в Первом совещании по региональной инициативе, направленной на элиминацию малярии в Европейском регионе ВОЗ, состоявшемся в городе Ташкенте, Узбекистан, 18-20 октября 2005 года, одобрили Ташкентскую Декларацию "Вперед от борьбы к элиминации малярии", которая была ратифицирована министрами здравоохранения заинтересованных стран.

Конечной целью новой региональной стратегии является перерыв передачи малярии к 2015 году и её элиминация в пораженных странах региона. В странах и на территориях, где малярия уже элиминирована, внимание должно уделяться поддержанию их свободного от малярии статуса. Особый акцент также поставлен на решении актуальной проблемы, связанной с завозной малярией.

Новая стратегия направлена на:

- окончательный перерыв передачи малярии в странах, где её распространение крайне ограничено в пространстве, и существует очевидная политической поддержка и доказательства технической и практической осуществимости кампании по её элиминации,
- дальнейшее сокращение заболеваемости и распространенности малярии в странах, где в настоящее время её элиминация неосуществима,
- предупреждение возобновления передачи малярии в странах и на территориях, где она была ликвидирована ранее, и
- сокращение и профилактику смертности вследствие завозной малярии.