



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОНАЛЬНЫЙ КОМИТЕТ, ШЕСТЬДЕСЯТ ШЕСТАЯ СЕССИЯ

Копенгаген, Дания, 12–15 сентября 2016 г.

Отчеты о ходе работы



© WHO



Рабочий документ



Европейский региональный комитет

EUR/RC66/18

Шестьдесят шестая сессия

Копенгаген, Дания, 12–15 сентября 2016 г.

10 августа 2016 г.

160603

Пункт 5(м) предварительной повестки дня

ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

Отчеты о ходе работы

В настоящем документе представлены отчеты о ходе работы в следующих областях:

- A. Реализация Европейского плана действий по ВИЧ/СПИДу на 2012–2015 гг.
- B. Обновленная приверженность достижению к 2015 г. целей элиминации кори и краснухи и профилактики синдрома врожденной краснухи и устойчивое поддержание свободного от полиомиелита статуса в Европейском регионе ВОЗ
- C. Элиминация малярии в Европейском регионе ВОЗ
- D. План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями на 2012–2016 гг.
- E. Европейская декларация ВОЗ и план действий “Здоровье детей и подростков с ограниченными интеллектуальными возможностями и их семей”
- F. Выполнение Стратегии и плана действий в поддержку здорового старения в Европе на 2012–2020 гг.
- G. Связанные со здоровьем Цели тысячелетия в области развития в Европейском регионе ВОЗ
- H. Реализация Европейского стратегического плана действий по проблеме устойчивости к противомикробным препаратам.

Содержание

	Стр.
Категория 1. Инфекционные болезни	4
А. Итоговый отчет о ходе работ по реализации Европейского плана действий по ВИЧ/СПИДу на 2012–2015 гг. (резолюция EUR/RC61/R8)	4
Введение и общие сведения	4
Анализ ситуации	4
Достижения и трудности	6
Дальнейшие шаги	14
В. Отчет о ходе работы в области выполнения обновленных обязательств по достижению к 2015 г. целей элиминации кори и краснухи и профилактики синдрома врожденной краснухи и устойчивого поддержания свободного от полиомиелита статуса в Европейском регионе (резолюция EUR/RC60/R12)	18
Исходные сведения и введение	18
Проделанная работа и достижения на пути к элиминации	19
Анализ ситуации	21
Имеющиеся трудности	22
Дальнейшие шаги	23
Заключение	25
С. Итоговый отчет о ходе работ по элиминации малярии в Европейском регионе ВОЗ (резолюция EUR/RC52/R10)	28
Исходные сведения и введение	28
Действия, предпринятые за период, прошедший после представления последнего отчета Региональному комитету	29
Имеющиеся трудности	32
Дальнейшие шаги	33
Категория 2. Неинфекционные заболевания	38
D. Итоговый отчет о ходе выполнения Плана действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями на 2012–2016 гг. (резолюция EUR/RC61/R3)	38
Введение и общие сведения	38
Основные достижения в отношении политики и стратегий	38
Прогресс и достигнутые успехи	39
Имеющиеся трудности	48
E. Отчет о ходе реализации Европейской декларации и плана действий “Здоровье детей и подростков с ограниченными интеллектуальными возможностями и их семей” (резолюция EUR/RC61/R5)	52
Исходные сведения и введение	52
Достижения, прогресс и вызовы	54
Категория 3: Укрепление здоровья на протяжении всей жизни человека	59
F. Промежуточный отчет о ходе осуществления стратегии и плана действий в поддержку здорового старения в Европе, 2012–2020 гг. (резолюция EUR/RC62/R6)	59
Исходные сведения и введение	59

Стратегические приоритетные направления для действий и приоритетные вмешательства.....	60
Перспективы на 2017–2020 гг.....	65
G. Итоговый отчет о прогрессе на пути к достижению связанных со здоровьем Целей тысячелетия в области развития в Европейском регионе ВОЗ (резолюция EUR/RC57/R2).....	67
Исходные сведения и введение	67
Прогресс и достигнутые успехи	68
Категория 5: Обеспечение готовности, эпиднадзор и меры реагирования	79
H. Отчет о ходе реализации Европейского стратегического плана действий по проблеме устойчивости к антибиотикам (резолюция EUR/RC61/R6).....	79
Исходные сведения и введение	79
Предпринятые действия и достигнутые успехи.....	81

Категория 1. Инфекционные болезни

А. Итоговый отчет о ходе работ по реализации Европейского плана действий по ВИЧ/СПИДу на 2012–2015 гг. (резолюция EUR/RC61/R8)

Введение и общие сведения

1. В 2011 г. на своей шестьдесят первой сессии Региональный комитет в резолюции EUR/R61/R8 принял Европейский план действий по ВИЧ/СПИДу на 2012–2015 гг. (1) и предложил Региональному директору представить отчеты о его реализации на шестьдесят четвертой и шестьдесят шестой сессиях Регионального комитета в 2014 г. и 2016 г. соответственно. В настоящем отчете, который следует рассматривать вместе с Планом действий, представлен прогресс, достигнутый в реализации Плана в период с 2012 по 2016 год, и указаны остающиеся трудности.

Анализ ситуации

2. Хотя глобальные инвестиции в принятие мер в ответ на ВИЧ-инфекцию приносят желаемые результаты, а число новых случаев ВИЧ-инфекции и связанных с ней смертей сокращается во всем мире, в Европейском регионе ВОЗ по-прежнему наблюдается значительный уровень передачи ВИЧ. Увеличение на 23% ежегодного числа новых зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в течение четырех лет, прошедших с момента разработки Европейского плана действий (2010–2014 гг.), подчеркивает то, какую серьезную проблему ВИЧ-инфекция представляет для общественного здравоохранения в Регионе. Это изменение в значительной мере обусловлено высоким и растущим числом новых случаев в Восточной Европе и Центральной Азии, где группы населения, подверженные наибольшему риску инфицирования ВИЧ, зачастую не получают необходимых им комплексных услуг в связи с ВИЧ. В 2014 г. диагноз ВИЧ-инфекции был поставлен более чем 142 000 человек; это самый высокий годовой показатель за все время регистрации: 77% новых случаев было диагностировано на востоке¹ (43,2 случая на 100 000 населения), где только на Российскую

¹ Группы стран соответствуют тем, что используются в совместных ежегодных докладах ВОЗ/Европейского центра профилактики и контроля заболеваний по эпиднадзору за ВИЧ/СПИДом в Европе. Эти группы составлены, исходя из эпидемиологических соображений. К восточной части Региона ("востоку") относятся: Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Украина, Узбекистан и Эстония; к центральной части Региона ("центру") относятся: Албания, Болгария, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Венгрия, Кипр, Польша, Румыния, Сербия, Словакия, Словения, Турция, Хорватия, Черногория и Чешская Республика; к западной части Региона ("западу") относятся: Австрия, Андорра, Бельгия, Германия, Греция, Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Люксембург, Мальта, Монако, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Сан-Марино, Соединенное Королевство, Финляндия, Франция, Швейцария, Швеция.

Федерацию приходится почти 80% случаев; 19% – на западе (6,4 случая на 100 000); 3% – в центре (2,6 случая на 100 000) (2).

3. Эпидемия сконцентрирована в группах населения, подверженных более высокому риску ВИЧ-инфекции, к которым относятся лица, употребляющие инъекционные наркотики, мужчины, практикующие секс с мужчинами, работники коммерческого секса, заключенные и мигранты, а также сексуальные партнеры представителей этих групп, при значительной вариативности эпидемических характеристик и тенденций в Регионе. Инфицирование при гетеросексуальных половых контактах является основным путем передачи ВИЧ на востоке, хотя некоторые новые факты указывают на то, что значительная часть мужчин, сообщивших о гетеросексуальном пути заражения, могут в реальности практиковать секс с мужчинами или употреблять инъекционные наркотики (3). Уровень распространенности передачи путем потребления инъекционных наркотиков остается низким в западной и центральной Европе и сокращается в большинстве стран на востоке Региона. Однако связанная с потреблением инъекционных наркотиков передача ВИЧ-инфекции продолжает оставаться преобладающим путем передачи в Российской Федерации и обуславливает почти половину всех новых диагностированных случаев ВИЧ-инфекции с известным путем передачи вируса на востоке². Преобладающим путем передачи ВИЧ на западе и в центре Европейского региона является секс между мужчинами, и распространенность этого пути передачи растет по всему Региону.

4. Мигранты³ составляли 31% людей в Регионе, кому в 2014 г. был поставлен диагноз ВИЧ-инфекции: 22% – мигранты из неевропейских стран (чья страна происхождения находится за пределами Европы) и 9% – европейские мигранты (из европейской страны происхождения, но иной, чем страна отчетности). За период между 2005–2014 гг. число новых диагностированных случаев сократилось на 41% среди неевропейских мигрантов, но выросло на 48% среди мигрантов из Европы (2).

5. В некоторых странах вплоть до половины людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, не знают о своем диагнозе. Проблемой по-прежнему является и поздняя постановка диагноза. В 2014 г. у 48% впервые диагностированных лиц число клеток CD4 составляло < 350 на мм³ крови при значительных различиях между странами (27–77%) и между путями передачи инфекции, а также без изменения с 2010 г.

6. Число людей, получающих антиретровирусную терапию (АРТ) в Европейском регионе, продолжало расти и достигло приблизительно 1 миллиона человек в 2015 г. – тенденция, которая наблюдалась во всех странах. Наиболее резкое увеличение отмечалось на востоке, где число людей, получающих АРТ, выросло на 187%: с 112 100 в 2010 г. до 321 800 в 2015 г. (4). В западной части Региона наблюдались высокие показатели охвата АРТ⁴ – в среднем на уровне

² Для тех случаев, для которых зарегистрирован предполагаемый путь передачи.

³ Определяются как процент людей, чья страна происхождения не является страной, предоставляющей отчетность.

⁴ Рассчитывается как процент людей, живущих с ВИЧ (диагностированных и недиагностированных и независимо от уровня клеток CD4), получающих АРТ.

75%. При этом на востоке в 2015 г. АРТ получали только 21% людей, живущих с ВИЧ, что намного меньше среднемирового показателя – 46% (5).

7. Отчасти вследствие указанных выше факторов в 2014 г. годовое число диагнозов СПИДа выросло на 49% по сравнению с 2010 г., тогда как расчетное число связанных со СПИДом случаев смерти в восточной части Региона в период с 2010 по 2015 год выросло на 24%.

8. Бремя сочетанных инфекций среди людей, живущих с ВИЧ в Европейском регионе, остается высоким: в 2014 г. 8% зарегистрированных случаев туберкулеза приходилось на ВИЧ-положительных людей, при этом доля таких случаев выше на востоке и ниже на западе (6). За период с 2005 по 2014 год общее число ВИЧ-положительных людей с сопутствующей инфекцией туберкулеза в Регионе выросло на 43%. Хотя в 2014 г. туберкулез оставался наиболее распространенным СПИД-индикаторным заболеванием на востоке Региона (2), число связанных с ним смертей среди людей, живущих с ВИЧ, в период с 2004 по 2013 год сократилось на 34%. По оценочным данным, в мире 2,3 миллиона людей, живущих с ВИЧ, заражены гепатитом С; 27% из них живут в странах Восточной Европы и Центральной Азии. Согласно оценкам, 83% ВИЧ-положительных людей, употребляющих инъекционные наркотики, на востоке и 70% – на западе и в центре, также инфицированы гепатитом С (7).

Достижения и трудности

9. В 2011 г. государства-члены поддержали первый в истории Европейский план действий по ВИЧ/СПИДу на 2012–2015 гг. в качестве срочного призыва к действиям в ответ на проблему, которую ВИЧ-инфекция представляет для общественного здравоохранения в Европейском регионе. План действий на 2012–2015 гг. предусматривал три общие цели для Региона:

- к 2015 г. остановить и обратить вспять распространение ВИЧ-инфекции в Европе;
- к 2015 г. достичь всеобщего доступа к комплексным услугам по профилактике, лечению, помощи и поддержке при ВИЧ-инфекции;
- внести вклад в достижение Цели 6 тысячелетия в области развития и других связанных со здоровьем Целей тысячелетия в области развития. Если третья цель была частично достигнута (8), то две первые пока достичь не удалось.

Стратегическое направление 1: оптимизировать результаты профилактики, лечения и ухода при ВИЧ

10. В течение последних четырех лет Региональное бюро работало с государствами-членами для проведения обзоров, адаптации и утверждения разработанных в соответствии с рекомендациями ВОЗ национальных стратегических и практических мер, в которых особо подчеркивается важность тестирования на ВИЧ, комплексной помощи и лечения (включая скрининг и лечение сочетанных инфекций), услуг по снижению вреда и профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (ПМР).

11. Услуги по тестированию на ВИЧ становятся в Европейском регионе все более широко распространенными, доступными и приемлемыми по цене как в учреждениях здравоохранения, так и в местных сообществах, однако услуги по тестированию на базе местных сообществ и услуги по экспресс-тестированию остаются ограниченными на востоке. Однако качество и этические стандарты тестирования на ВИЧ отличаются от страны к стране, а в некоторых странах не соблюдаются стандарты, касающиеся добровольного информированного согласия, конфиденциальности и/или обеспечения связи тестирования с надлежащим лечением, помощью и поддержкой.

12. Процент представителей ключевых групп населения, подверженных повышенному риску ВИЧ-инфекции, которые прошли тестирование, оставался ниже европейского целевого ориентира (90% к 2015 г.), при этом средние показатели тестирования в 2014 г. колебались в диапазоне 40–60%: самый низкий показатель в целом по Региону отмечался среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, а в Восточной Европе и Центральной Азии – среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, тогда как самый высокий показатель в целом по Региону был зафиксирован среди работников коммерческого секса, а в Западной и Центральной Европе – среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (8). Эта ситуация сохранялась, несмотря на увеличение общего числа людей, проходящих тестирование; это служит подтверждением того, что стратегии тестирования на ВИЧ в недостаточной степени нацелены на ключевые группы населения.

13. Региональное бюро оказывало поддержку государствам-членам в расширении доступа к высококачественным, основанным на научных данных и правах человека услугам по тестированию на ВИЧ путем перевода и распространения Сводного руководства по тестированию на ВИЧ (9), выпуска публикации "Расширение тестирования и консультирования на ВИЧ как обязательный компонент мероприятий по обеспечению всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в Европейском регионе ВОЗ. Основы политики" (10), оказания поддержки в осуществлении нескольких общеевропейских инициатив в области тестирования на ВИЧ и проведении связанных с ними конференций, а также предоставления технической помощи государствам-членам.

14. Определенный в Плане действий региональный целевой ориентир по сокращению на 50% числа новых случаев инфицирования ВИЧ при употреблении инъекционных наркотиков был достигнут в восьми странах (по данным эпиднадзора за случаями в 2010–2014 гг.), тогда как в девяти странах это сокращение составило 40–50%. Еще в 16 странах на протяжении данного четырехлетнего периода регистрировалось ≤ 2 таких случаев в год.

15. Большинство стран Европейского региона внедрили рекомендованные вмешательства по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (11). Несмотря на то, что в некоторых частях Региона это привело к снижению показателей передачи ВИЧ, связанной с потребителями инъекционных наркотиков, охват и доступность некоторых компонентов этих вмешательств носят ограниченный характер либо вообще не

обеспечены в ряде стран: опиоидная заместительная терапия недоступна в пяти странах, а программы обмена игл и шприцев недоступны в четырех странах.

16. В 2014 г. более 745 000 человек получали опиоидную заместительную терапию в 46 странах. И все же, несмотря на высокое бремя потребления наркотиков на востоке, всего 3% получавших ОЗТ были из этой части Региона, что представляет 50-процентный рост по сравнению с 2010 г. Показатель охвата людей, нуждавшихся в этой терапии, в разных странах колебался в диапазоне от менее 1% до 81%, но оставался на уровне ниже 5% во всех странах, за исключением трех на востоке.

17. Региональное бюро в сотрудничестве с ключевыми партнерами оказывало поддержку государствам-членам в предупреждении новых случаев инфицирования среди людей, потребляющих инъекционные наркотики, путем:

- проведения семинаров и публикации руководства по внедрению и расширению программ опиоидной заместительной терапии;
- проведения региональной технической консультации по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в Центральной Азии;
- назначения нового сотрудничающего центра ВОЗ по вопросам снижения вреда⁵ для развития потенциала и предоставления технической поддержки с целью стимулирования внедрения высококачественных, основанных на научных данных подходов к проблеме потребления наркотиков;
- проведения социально-поведенческих исследований, посвященных расширению доступа к услугам по снижению вреда, лечению и помощи для потребителей инъекционных наркотиков, и определения структурных барьеров и средовых факторов риска.

18. Установленный в Плане действий региональный целевой ориентир по сокращению на 50% новых случаев ВИЧ-инфекции, передаваемых половым путем, был достигнут лишь в двух странах, тогда как восемь стран в период с 2010 по 2014 год добились сокращения на 20 и более процентов. В разных ключевых группах населения наблюдались разные уровни использования презервативов: в 2014 г. самые высокие показатели отмечались среди работников коммерческого секса (90%); среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, показатели были ниже (72% на востоке, 60% на западе и в центре); самые низкие показатели были зафиксированы среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики (42% на востоке и 47% на западе и в центре) (8).

19. Региональное бюро оказывало поддержку государствам-членам в предупреждении передачи ВИЧ-инфекции половым путем и других инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), обеспечив перевод и распространение сводного руководства по профилактике, диагностике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией в ключевых группах населения (12), кратких аналитических справок по доконтактной профилактике ВИЧ-инфекции, руководства ВОЗ по

⁵ Институт общественного здравоохранения, факультет медицины, Вильнюсский университет, Литва.

профилактике и лечению ВИЧ-инфекции и других ИППП среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, и трансгендерных лиц (13), руководства по лабораторной диагностике ИППП, а также предоставив государствам-членам техническую помощь.

20. Значительный прогресс был достигнут и закреплён в предупреждении передачи ВИЧ от матери ребёнку. Двойная элиминация ПМР ВИЧ-инфекции и врожденного сифилиса остается региональным приоритетом, и несколько стран в настоящий момент готовятся пройти официальную процедуру валидации элиминации в соответствии с критериями ВОЗ, принятыми на глобальном уровне (14).

21. В Европейском регионе поддерживался высокий охват беременных женщин, живущих с ВИЧ (92%), антиретровирусными препаратами для профилактики ПМР (76–95%), а также охват ранней диагностикой новорожденных (70% в 2014 г.) и тестированием на ВИЧ и консультированием беременных женщин (75% в 2013 г.). Большинство стран на востоке перешли к использованию рекомендованного "варианта В+"⁶ для профилактики ПМР. Несмотря на достигнутый прогресс, все еще сохраняются проблемы в области элиминации ПМР ВИЧ-инфекции и врожденного сифилиса в некоторых ключевых группах населения.

22. Региональное бюро оказывало поддержку государствам-членам в элиминации ПМР ВИЧ-инфекции и врожденного сифилиса:

- стимулируя использование рекомендаций ВОЗ и содействуя интеграции профилактики ВИЧ-инфекции и сифилиса в услуги по охране здоровья матери и ребенка;
- организовав две региональные консультации с целью обзора достигнутого прогресса и содействия развитию потенциала в области валидации двойной элиминации ПМР ВИЧ-инфекции и врожденного сифилиса, а также проводя в сотрудничестве с партнерами миссии в ряде стран⁷.

23. Государства-члены добились прогресса в обеспечении лечения и помощи людям, живущим с ВИЧ. Все большее число людей начинают АРТ и не прекращают режим лечения. Однако глобальное и региональное расширение программ лечения распределено неравномерно – лишь 21% людей, живущих с ВИЧ на востоке Региона, получают АРТ.

24. Государства-члены работают над осуществлением разработанного ВОЗ "Сводного руководства по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции" (15): семь стран в центре и на востоке

⁶ Вариант В+ является подходом, при котором все беременные и кормящие грудью женщины, живущие с ВИЧ, получают АРТ независимо от количества клеток CD4 или клинической стадии, как для поддержания их собственного здоровья, так и для профилактики вертикальной передачи ВИЧ и для дополнительной пользы в ВИЧ-профилактике.

⁷ ЮНЭЙДС, Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), Фонд народонаселения ООН, Европейский центр профилактики и контроля заболеваний, Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, Центры по контролю и профилактике заболеваний США, сотрудничающие центры ВОЗ, гражданское общество, академические круги и другие.

Региона либо уже изменили свои национальные критерии начала АРТ на "предоставлять лечение всем" независимо от стадии заболевания, либо планируют сделать это в 2016 г., а семь стран ввели у себя критерий начала лечения < 500 клеток CD4 на мм³. Большинство людей, получающих АРТ на востоке, получали рекомендованную ВОЗ схему лечения препаратами первого ряда; широко применялись комбинированные антиретровирусные препараты с фиксированной дозой; было доступно тестирование на вирусную нагрузку и уровень клеток CD4, хотя некоторые страны сталкивались с трудностями в обеспечении мониторинга вирусной нагрузки для всех пациентов.

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

- осуществления перевода и распространения руководств и рекомендаций ВОЗ и проведения региональных технических консультаций для поддержки внедрения этих руководств;
- назначения нового сотрудничающего центра ВОЗ по ВИЧ-инфекции и вирусным гепатитам⁸ для поддержки Регионального бюро в предоставлении технической помощи странам;
- предоставления технической помощи странам, которые соответствуют критериям для получения финансирования от Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (Глобальный фонд), в подготовке концептуальных записок, оценке национальных программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией и решении конкретных вопросов, связанных с оптимизацией схем АРТ, разработкой планов по расширению программ АРТ, адаптацией национальных стратегий с целью включения в них новых рекомендаций ВОЗ, а также обновлением нормативных руководств.

26. Хотя в 2014 г. лишь 0,2% новых случаев ВИЧ-инфекции были следствием заражения в учреждениях здравоохранения, число новых случаев инфицирования ВИЧ, связанных с получением медицинской помощи, выросло в восточной части Региона. Несмотря на то, что государства-члены проводят качественный скрининг всей донорской крови на ВИЧ, необходимо применять более эффективные меры по профилактике и контролю вспышек ВИЧ-инфекции, связанных с оказанием медицинской помощи.

Стратегическое направление 2: улучшать общие показатели здоровья благодаря ответным мерам в связи с ВИЧ

27. Был достигнут определенный прогресс в интеграции предоставления услуг здравоохранения в связи с ВИЧ-инфекцией, туберкулезом, гепатитом, ИППП, наркотической зависимостью и другими патологическими состояниями. К примеру, в 2014 г. показатель тестирования на ВИЧ среди зарегистрированных пациентов с туберкулезом достиг 89%, а 59% ВИЧ-положительных пациентов с туберкулезом получали АРТ. Ряд стран на востоке также интегрировали

⁸ Центр научных исследований по охране здоровья и инфекционным болезням, Отделение инфекционных болезней, Университет Копенгагена, Дания.

опиоидную заместительную терапию в местах предоставления АРТ, а также в клиниках по лечению туберкулеза. Все страны с высоким бременем ВИЧ-инфекции и туберкулеза реализовывали состоящий из 12 пунктов стратегический пакет по совместным действиям в отношении ВИЧ-инфекции и туберкулеза.

28. Однако все еще необходимы значительные улучшения для обеспечения комплексной помощи, ориентированной на нужды людей, и сокращения числа пациентов, которых не удалось удержать в программах лечения. Хотя скрининг на вирусный гепатит рекомендуется проводить как часть комплексной помощи при ВИЧ-инфекции, в 2014 г. только около трети людей, получающих помощь при ВИЧ-инфекции, в восточной части Региона прошли скрининг на гепатиты В и С; эта ситуация не меняется с 2010 г.

29. Региональное бюро поддерживало совместные мероприятия и интеграцию программ путем:

- содействия оказанию интегрированных услуг по борьбе с туберкулезом лицам, употребляющим наркотики, благодаря публикации в сотрудничестве с Евразийской сетью снижения вреда и Европейской комиссией соответствующего методического руководства;
- содействия использованию двойного тестирования на ВИЧ-инфекцию и гепатит, в том числе в рамках инициативы "Европейская неделя тестирования на ВИЧ и гепатит", а также путем интеграции услуг по борьбе с ВИЧ-инфекцией и гепатитом через разработку взаимосвязанных планов действий по ответным мерам сектора здравоохранения в связи с ВИЧ-инфекцией и вирусным гепатитом;
- публикации статей и документов, посвященных факторам, препятствующим и способствующим лечению ВИЧ-инфекции, гепатита С и туберкулеза, и укрепления связей между здравоохранением в тюрьмах и службами общественного здравоохранения.

Стратегическое направление 3: создание надежных и устойчивых систем

30. Государства-члены добились различной степени прогресса в построении надежных и устойчивых систем здравоохранения. Значительное большинство стран сообщили о наличии многосекторальной стратегии по ответным действиям в связи с ВИЧ-инфекцией, а в большинстве стран в центре и на востоке Региона имеется официально признанный национальный многосекторальный координационный орган по борьбе со СПИДом.

31. Ряд стран открыли новые точки по предоставлению АРТ в отдаленных районах или децентрализовали свои службы для охвата ключевых групп населения, в том числе мигрантов, используя мобильные клиники.

32. Зависимость от донорской помощи и нехватка устойчивого национального финансирования для осуществления ответных мер в связи с ВИЧ-инфекцией остаются проблемой на востоке, где многие страны получали поддержку Глобального фонда. Однако правительства стран демонстрируют более активную лидерскую позицию: шесть стран в период с 2009 по 2014 год удвоили местные

государственные расходы на борьбу с ВИЧ-инфекцией (8), а четыре страны в настоящее время полностью финансируют свои программы по АРТ. Финансирование программ профилактики, нацеленных на ключевые группы населения, включая программы по снижению вреда, по-прежнему в значительной степени зависело от ресурсов, предоставляемых Глобальным фондом.

33. Израсходование запасов антиретровирусных препаратов по-прежнему было предметом беспокойства на востоке, хотя число учреждений, в которых отмечались случаи дефицита лекарственных препаратов, было небольшим и продолжало снижаться: пять случаев израсходования запасов как минимум одного необходимого АРВ-препарата были зарегистрированы в 2012 г. и два – в 2014 г.

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

- стимулируя децентрализацию услуг по лечению и помощи в связи с ВИЧ-инфекцией и предоставляя соответствующую техническую помощь;
- поддерживая (совместно с Федеральным центром Германии по образованию в области здравоохранения и организацией AIDS Action Europe) инициативу по улучшению качества профилактики ВИЧ-инфекции в Европе;
- укрепляя кадровый потенциал при помощи разработки онлайн-учебного курса по клиническому ведению случаев ВИЧ-инфекции (на английском и русском языках) совместно с сотрудничающим центром ВОЗ по ВИЧ-инфекции и вирусным гепатитам и Европейским клиническим обществом по борьбе со СПИДом.

35. Региональное бюро продолжало укреплять системы стратегической информации для эпиднадзора, мониторинга и оценки в отношении ВИЧ-инфекции в Европе:

- координируя региональный эпиднадзор совместно с Европейским центром профилактики и контроля заболеваний, с ежегодным сбором данных и публикацией отчетов об эпиднадзоре в качестве основных результатов: в 2014 г. данные представили 50 государств-членов (94%);
- совместно с Европейским центром профилактики и контроля заболеваний организуя каждые два года совещания сети эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией для всех государств-членов Европейского региона ВОЗ;
- участвуя в проведении ежегодной Глобальной отчетности по прогрессу ответных действий в связи со СПИДом путем осуществления совместного межучрежденческого процесса⁹ с гармонизированными индикаторами, а также внося вклад в публикацию регулярных отчетов о прогрессе ответных действий сектора здравоохранения в связи с ВИЧ-инфекцией;
- осуществив перевод и распространение Сводного руководства по стратегической информации в секторе здравоохранения в связи с ВИЧ-

⁹ В сотрудничестве с ЮНЭЙДС, ЮНИСЕФ и Европейским центром профилактики и контроля заболеваний.

инфекцией (16) в поддержку приоритетного сбора и анализа стратегической информации по ВИЧ, призванной направлять ответные действия сектора здравоохранения в связи с ВИЧ-инфекцией¹⁰;

- поддерживая проведение национальных оценок в отношении ВИЧ-инфекции, проводя семинары совместно с ЮНЭЙДС и в сотрудничестве с Европейским центром профилактики и контроля заболеваний;
- предоставляя техническую помощь и содействуя развитию потенциала систем эпиднадзора за ВИЧ, а также систем мониторинга и оценки, в том числе силами сотрудничающего центра ВОЗ по стратегической информации по вопросам ВИЧ-инфекции в Загребе, Хорватия.

Стратегическое направление 4: снижение уязвимости и устранение структурных препятствий при доступе к услугам

36. Большинство государств-членов достигли прогресса в сокращении уязвимости, в частности недвусмысленно и четко защищая и отражая права человека в национальных мерах политики или стратегиях по борьбе с ВИЧ-инфекцией, реализуя программы по сокращению связанных с ВИЧ стигмы и дискриминации и вовлекая гражданское общество в формулирование национальных стратегий. Однако достигнутый разными странами Региона прогресс был неоднородным; при этом наличие прогресса в восточной части Региона было наименее очевидным.

37. Треть стран сообщили о том, что ряд их законов или мер политики создают препятствия на пути обеспечения эффективной профилактики, лечения, ухода и поддержки при ВИЧ для групп наибольшего риска и других уязвимых слоев населения.

38. Региональное бюро поддерживало работу ряда региональных сетей гражданского общества¹¹, предоставляя техническую и финансовую поддержку, обеспечивая обмен информацией и привлекая их к участию в региональных и национальных процессах и технических консультациях.

39. Организации гражданского общества во все большей мере вовлечены в предоставление профилактических услуг, проведение экспресс-тестирования на ВИЧ на базе местных сообществ и обеспечение связи такого тестирования с лечением ВИЧ-инфекции, однако они могли бы предоставлять гораздо большую поддержку в этих областях, работая в самых различных условиях. В странах Региона расходы на мероприятия, осуществляемые гражданским обществом, в рамках национальных бюджетов на борьбу с ВИЧ находятся на разном уровне,

¹⁰ Целевые ориентиры 90-90-90 предполагают, что к 2020 г. 90% людей, живущих с ВИЧ, будут знать о своем статусе; 90% людей, которым был поставлен диагноз ВИЧ-инфекции, будут получать АРТ; 90% людей, получающих АРТ, достигнут вирусной супрессии. На их основе был установлен целевой ориентир – 81% людей, живущих с ВИЧ, получают АРТ.

¹¹ К примеру таких, как Евразийская сеть снижения вреда, Евразийская коалиция по охране здоровья мужчин, Международная коалиция готовности к лечению в Восточной Европе и Центральной Азии, Форум гражданского общества Европейского союза, Европейская группа по лечению СПИДа, Организация AIDS Action Europe и Союз людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, Восточной Европы и Центральной Азии.

при этом самый высокий уровень расходов отмечается на западе, менее высокий – в центре, и самый низкий – на востоке.

40. Региональное бюро предоставляло поддержку странам в сокращении уязвимости и устранении структурных барьеров:

- выступая против законов, политики и практики, которые представляют собой барьеры для профилактики и лечения и которые маргинализируют и криминализируют ключевые группы населения;
- оказывая помощь в разработке и реализации мер политики и практических подходов, которые стимулируют оказание социальной поддержки уязвимым группам, чтобы повысить показатели удержания пациентов в программах АРТ и свести к минимуму случаи отрыва пациентов от лечения на протяжении всего цикла оказания преемственной помощи при ВИЧ;
- внося вклад в проведение систематического обзора, направленного на определение и синтез оценок распространенности ВИЧ-инфекции и факторов риска среди людей, употребляющих инъекционные наркотики; в результате этого обзора был сделан вывод о том, что вмешательство правоохранительных органов и контакт с правоприменительной средой содействуют повышению риска инфицирования ВИЧ;
- предоставляя технические рекомендации и осуществляя информационно-разъяснительную работу в поддержку расширения тестирования на ВИЧ, осуществляемого на базе местных сообществ, и использования экспресс-тестирования, а также выступая против принудительного тестирования на ВИЧ.

Дальнейшие шаги

41. Глобальное видение, предполагающее, что к 2030 г. эпидемии СПИДа как угрозе общественному здоровью будет положен конец, было поддержано всеми государствами-членами в рамках принятия Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. и многосекторальной стратегии ЮНЭЙДС на 2016–2021 гг. (17), в которой подчеркивается важность закрепления достигнутого прогресса путем принятия мер по активизации работы в период до 2021 г.

42. К наиболее значительным трудностям в процессе достижения целевых ориентиров 90-90-90 относятся: решение проблемы отсутствия диагноза или поздней диагностики ВИЧ-инфекции у большого числа людей, живущих с ВИЧ; низкий охват АРТ; неадекватный мониторинг результатов лечения на востоке.

43. Важнейшее значение имеет расширение масштабов оказания комплексных услуг по профилактике и тестированию на ВИЧ, приведенных в соответствие с рекомендациями ВОЗ и направленных на ключевые группы населения, подвергающиеся повышенному риску инфицирования ВИЧ, в частности на людей, употребляющих инъекционные наркотики, и мужчин, практикующих секс с мужчинами. Охват опиоидной заместительной терапией и программами по обмену шприцев и игл должен расширяться и далее, в особенности на востоке. Неинфицированным лицам, подвергающимся значительному риску, следует

предлагать оральную доконтактную профилактику для предотвращения ВИЧ-инфицирования.

44. Решающее значение имеет преодоление социальной и правовой стигмы и дискриминации в отношении мужчин, практикующих секс с мужчинами, людей, употребляющих инъекционные наркотики, и работников коммерческого секса, поскольку эти явления продолжают затруднять работу по профилактике и лечению во многих ситуациях, в особенности на востоке Региона.

45. Структурные барьеры для доступа к интегрированным услугам по лечению ВИЧ-инфекции и сочетанных заболеваний (туберкулеза, гепатита, наркотической зависимости и ИППП) должны быть устранены, а масштабы услуг на базе местных сообществ, охватывающих ключевые группы населения, – расширены.

46. Решительное стратегическое руководство, политическое лидерство и партнерства между гражданским обществом, государственными структурами и частным сектором имеют важнейшее значение для эффективных ответных действий, основой которых является стабильное внутреннее финансирование национальных программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией.

47. При формировании подходов к работе над прекращением эпидемии СПИДа к 2030 г. необходимо принимать во внимание различные экономические, политические, организационные, социальные и другие трудности, отрицательно сказывающиеся на реализации мероприятий по борьбе с ВИЧ-инфекцией во многих странах.

48. Инновационные ответные меры имеют решающее значение для сокращения частоты новых случаев инфицирования, увеличения числа людей, проходящих лечение ВИЧ-инфекции и достигающих вирусной супрессии, а также для сокращения числа смертей, связанных со СПИДом. Эпидемия ВИЧ-инфекции в Европейском регионе в настоящий момент развивается более быстрыми темпами, чем программы, предназначенные для борьбы с ней. Для того чтобы достичь региональных и глобальных целевых ориентиров, необходимы изменения.

План действий сектора здравоохранения по борьбе с ВИЧ-инфекцией в Европейском регионе ВОЗ

49. В мае 2016 г., приняв резолюцию WHA69.22, участники Шестидесяти девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения утвердили новую глобальную стратегию сектора здравоохранения по ВИЧ на 2016–2021 гг. (5), которая была согласована с более широкими стратегическими механизмами, такими как Цели в области устойчивого развития и Стратегия ЮНЭЙДС на 2016–2021 гг. (17).

50. Новый План действий сектора здравоохранения по борьбе с ВИЧ-инфекцией в Европейском регионе ВОЗ был разработан с целью адаптации предложенных на международном уровне ответных действий к специфике эпидемиологических, социальных и политических условий, характерных для Европейского региона.

51. План действий призывает государства-члены предпринять незамедлительные действия в ответ на растущую эпидемию ВИЧ-инфекции в

Европейском регионе. Документ выносится на рассмотрение Европейского регионального комитета на его шестьдесят шестой сессии в сентябре 2016 г.

Библиография¹²

1. Европейский план действий по ВИЧ/СПИДу на 2012–2015 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 г. (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/european-action-plan-for-hivaids-20122015>).
2. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2014. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hivaids/publications/2015/ecdc-who-report-hivaids-surveillance-in-europe-2014>).
3. Čakalo JI, Božičević I, Vitek CR, Mandel JS, Salyuk TO, Rutherford GW. Misclassification of men with reported HIV infection in Ukraine. *AIDS Behav.* 2015;19(10):1938–40 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26070886>).
4. Global AIDS update 2016. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2016 (<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/Global-AIDS-update-2016>).
5. Глобальная стратегия сектора здравоохранения по ВИЧ, 2016–2021 гг. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (A69/31; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_31-ru.pdf?ua=1&ua=1).
6. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2016. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2015 (http://ecdc.europa.eu/en/publications/_layouts/forms/Publication_DispForm.aspx?List=4f55ad51-4aed-4d32-b960-af70113dbb90&ID=1452).
7. Platt L, Easterbrook P, Gower E, McDonald B, Sabin K, McGowan C et al. Prevalence and burden of HCV co-infection in people living with HIV: a global systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2016; 2016 Feb 24: pii: S1473-3099(15)00485-5. doi:10.1016/S1473-3099(15)00485-5 [E-pub ahead of print].
8. How AIDS changed everything. MDG6: 15 years, 15 lessons of hope from the AIDS response. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2015 (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/MDG6_15years-15lessonsfromtheAIDSresponse).
9. Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>).

¹² Все ссылки даны по состоянию на 25 июля 2016 г.

10. Расширение тестирования и консультирования на ВИЧ как обязательный компонент мероприятий по обеспечению всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в Европейском регионе ВОЗ Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2010 (http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv_testing_counseling/ru/).
11. Техническое руководство ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков: Обновление 2012 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77969/7/9789244504376_rus.pdf?ua=1).
12. Профилактика, диагностика, лечение и уход при ВИЧ-инфекции для ключевых групп населения. Аналитическая справка. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 (<http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/keypopulations/ru/>).
13. Профилактика и лечение ВИЧ-инфекции и инфекций, передаваемых половым путем, среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, и трансгендерных лиц. Рекомендации с позиций общественного здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2012 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/msm_guidelines2011/ru/).
14. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/hiv/pub/emtct-validation-guidance/en/>).
15. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/>).
16. Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-information-guidelines/en/>).
17. UNAIDS 2016–2021 strategy: on the fast-track to end AIDS. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2015 (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/UNAIDS_PCB37_15-18).

В. Отчет о ходе работы в области выполнения обновленных обязательств по достижению к 2015 г. целей элиминации кори и краснухи и профилактики синдрома врожденной краснухи и устойчивого поддержания свободного от полиомиелита статуса в Европейском регионе (резолюция EUR/RC60/R12)

Исходные сведения и введение

1. В настоящем отчете кратко представлен прогресс в области достижения цели элиминации кори и краснухи и конкретного целевого ориентира, согласно которому эта цель в Европейском регионе ВОЗ должна быть достигнута к 2015 г. (резолюция EUR/RC60/R12). За последние пять лет был достигнут значительный прогресс на пути к этой региональной цели. В ряде стран передача кори и краснухи была прервана при помощи действенных программ плановой иммунизации детей с использованием двух доз комбинированной вакцины против кори и краснухи. Однако несмотря на эти усилия, Европейская региональная комиссия по верификации элиминации кори и краснухи на своем последнем совещании, которое состоялось в октябре 2015 г., сделала вывод о том, что региональная цель в отношении элиминации кори и краснухи к 2015 г. достигнута не была.
2. В 2005 г. на своей пятьдесят пятой сессии Европейский региональный комитет ВОЗ принял резолюцию EUR/RC55/R7 "Укрепление национальных систем иммунизации через ликвидацию кори и краснухи и профилактику врожденной краснушной инфекции в Европейском регионе ВОЗ" (1), с контрольным сроком выполнения – 2010 г.
3. В 2008 г. в своем докладе о последующей деятельности по итогам реализации стратегий по охране здоровья детей и подростков (включая иммунизацию), представленном на пятьдесят восьмой сессии Европейского регионального комитета, Европейское региональное бюро ВОЗ отчиталось о достигнутом прогрессе на пути к элиминации кори и краснухи в Европейском регионе (2).
4. В 2010 г. на шестидесятой сессии Европейского регионального комитета была принята резолюция EUR/RC60/R12 (3), которой был утвержден перенос контрольного срока для элиминации кори и краснухи с 2010 г. на 2015 г., и государствам-членам было настоятельно предложено обновить свою приверженность этой цели и обеспечить предоставление всех необходимых ресурсов для наращивания усилий, направленных на элиминацию кори и краснухи и профилактику синдрома врожденной краснухи, наряду с продолжением работы по сохранению Европейским регионом статуса территории, свободной от полиомиелита.
5. Европейское региональное бюро подтвердило свою приверженность реализации возобновленных мер, разработав Комплекс мер по активизации работы в области элиминации кори и краснухи в Регионе на 2013–2015 гг. (4),

позволивший модернизировать и усовершенствовать поддержку, оказываемую ВОЗ странам для достижения ими этих целей. Комплекс мер по активизации работы был разработан в рамках консультативного и инклюзивного процесса, ориентиром для которого служил Глобальный план действий в отношении вакцин на 2011–2020 гг. (5) для Десятилетия вакцин, который был принят на Шестьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2012 г.

6. В январе 2012 г. Европейское региональное бюро учредило Европейскую региональную комиссию по верификации элиминации кори и краснухи (РКВ). РКВ – это независимый экспертный орган, задача которого – проводить верификацию элиминации кори и краснухи в Европейском регионе. Первое совещание РКВ состоялось в 2012 г., и с тех пор Комиссия провела еще три совещания с целью определения статуса элиминации кори и краснухи в Регионе. РКВ опубликовала отчеты о статусе элиминации в 2010–2012 гг. (6), 2013 г. (7) и 2014 г. (8). Статус элиминации в отдельно взятой стране устанавливается на основании отчетов и дополнительных документов, подготавливаемых и представляемых национальным комитетом по верификации. В эти отчеты входит информация об эпидемиологической ситуации по кори и краснухе, охвате населения вакцинацией, программах иммунизации, эффективности работы системы эпиднадзора, а также молекулярно-эпидемиологические данные, наряду с дополнительной информацией, подкрепляющей заявление национального комитета по верификации о статусе элиминации кори и краснухи в течение определенного периода времени. Региональное бюро выполняет функции секретариата РКВ.

7. В 2014 г. в рамках широких консультаций со странами и партнерами был подготовлен Европейский план действий в отношении вакцин, для того чтобы дополнить, переосмыслить с учетом региональных особенностей и соответствующим образом адаптировать Глобальный план действий в отношении вакцин на 2011–2020 гг. (ГПДВ) в полном соответствии с положениями политики Здоровье-2020 и другими ключевыми региональными стратегическими и программными документами в области здравоохранения. Европейский план действий в отношении вакцин на 2015–2020 гг. (ЕПДВ) (9) был единогласно принят государствами-членами на шестьдесят четвертой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в сентябре 2014 г. Поддержав ЕПДВ, страны вновь подтвердили свою решимость добиться элиминации кори и краснухи (Цель 2 ЕПДВ), выполнив связанные с этим стратегические задачи и действия, а также заявили о своей политической приверженности достижению этой цели.

Проданная работа и достижения на пути к элиминации

8. Элиминация определяется как прерывание эндемичной заболеваемости в пределах определенной географической территории и сохранение этого статуса на протяжении ≥ 12 месяцев при наличии эффективно работающей системы эпиднадзора благодаря обеспечению высокого уровня популяционного иммунитета при помощи стабильного проведения высококачественных плановых и дополнительных мероприятий по иммунизации. Верификация элиминации проводится после документально подтвержденного прерывания эндемичной передачи вирусов кори и краснухи, поддерживаемого на протяжении 36 месяцев.

9. Европейское региональное бюро активизировало свою работу по оказанию поддержки странам в достижении цели элиминации. Кроме разработки Комплекса мер по активизации работы в области элиминации кори и краснухи, Региональное бюро проводит регулярный мониторинг ситуации по данным заболеваниям и определяет очередность оказания поддержки странам. Бюро предоставляет прямую техническую поддержку ряду стран в рамках специальных миссий и уже предоставило странам помощь в реализации и адаптации программ иммунизации и в разработке информационных материалов, а также в проведении дополнительных мероприятий по иммунизации.

10. В 2014 г. Европейское региональное бюро подготовило документ "Основы процесса верификации в Европейском регионе ВОЗ" (10), подробно излагающий шаги, которые необходимо предпринять для документирования и верификации факта элиминации кори и краснухи, чтобы помочь государствам-членам в достижении статуса элиминации. Ежегодные отчеты о статусе, подаваемые национальными комитетами по верификации, рассматриваются РКВ с целью оценки статуса элиминации.

11. На своем последнем совещании в октябре 2015 г. РКВ рекомендовала национальным органам общественного здравоохранения и национальным комитетам по верификации в странах, где имеет место эндемичная передача кори и/или краснухи, вновь подтвердить свою приверженность региональной цели и достижению элиминации в кратчайшие сроки. РКВ также настоятельно рекомендовала, чтобы все национальные комитеты по верификации выполнили рекомендации, подготовленные РКВ с учетом сложившейся в странах ситуации, а также чтобы органы здравоохранения трех стран (Албания, Монако и Сан-Марино), которые не подавали ежегодных отчетов о статусе, учредили у себя национальные комитеты по верификации и представили свои отчеты.

12. В январе 2015 г. в Копенгагене (Дания) состоялось внеочередное совещание Европейской технической консультативной группы экспертов по иммунизации (ETAGE), посвященное элиминации кори и краснухи. Техническая консультативная группа экспертов поддержала предложение РКВ о внесении изменений в процесс верификации. К предложенным изменениям процесса верификации относятся: распределение стран по группам в соответствии со степенью достигнутого ими прогресса на пути к элиминации и верификация элиминации на страновом уровне. Эти изменения, включая выдачу сертификатов об элиминации странам, прервавшим местную передачу кори и краснухи и поддерживающим этот статус в течение более чем 36 месяцев, обеспечивают следующие преимущества.

- Они позволяют сосредотачивать программную поддержку в тех направлениях, где она более всего необходима.
- Использование формата "светофора" для оценки уровня достигнутого прогресса выводит на первый план имеющиеся риски.
- Данный формат позволяет отправлять государствам-членам и партнерам простые сигналы, демонстрирующие, какой прогресс был достигнут на пути к поставленной цели, какие страны работают более эффективно, а также в каких сферах более всего необходимо предоставлять поддержку.

- (а) Такого рода классификация стимулирует государства-члены к тому, чтобы поддерживать или улучшать достигнутый ими статус.
- (б) Верификация элиминации на страновом уровне будет способствовать успехам на национальном уровне и привлекать к ним внимание общественности.

Анализ ситуации

13. Число зарегистрированных случаев кори в 2015 г. выросло до 30 762 по сравнению с предыдущим годом, когда было зарегистрировано 16 156 случаев. Это стало следствием вспышек, которые начались в нескольких странах в 2014 г. и продолжились в 2015 г., при этом в других странах передача вируса кори активизировалась (11,12).

14. Имеются данные о возрасте 10 630 заболевших: из них 43% – это взрослые в возрасте 20 лет и старше; следовательно, возрастная структура заболеваемости аналогична той, которая наблюдается в последние годы.

15. Среди общего числа случаев, зарегистрированных в 2015 г., 88% случаев (n=27 085) были зарегистрированы в четырех странах: Кыргызстан (17 779; 58%), Босния и Герцеговина (4583; 15%), Германия (2383; 8%) и Казахстан (2340; 8%). В Кыргызстане также отмечается самый высокий коэффициент заболеваемости (2993.1 на миллион жителей страны) в Регионе.

16. Случаи краснухи по-прежнему регистрируются в меньшем числе стран, чем случаи кори. Число зарегистрированных случаев в Регионе за 2015 г. (n=2368) на 64% меньше аналогичного показателя за 2014 г. (n=6607). Это связывают со снижением числа зарегистрированных случаев краснухи в Польше на 66% – с 5899 в 2014 г. до 2029 случаев в 2015 г. Хотя большинство случаев имели место среди детей, заболеваемость также регистрировалась среди подростков и молодых людей, что главным образом объясняется относительно недавним введением всеобщей вакцинации против краснухи в программу иммунизации.

17. Начиная с 2013 г. дополнительные мероприятия по иммунизации в ответ на широкомасштабные вспышки кори проводились в таких странах, как Азербайджан, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Соединенное Королевство и Турция.

18. РКВ провела оценку статуса элиминации кори и краснухи в 50 странах на протяжении периода 2010–2014 гг. и пришла к следующим выводам.

- (а) Что касается ситуации по кори, то 21 страна добилась элиминации данного заболевания, в двух странах передача вируса прервана и отсутствует уже ≥ 24 месяцев, а в девяти странах передача прервана и отсутствует уже ≥ 12 месяцев. Восемнадцать стран остаются эндемичными в отношении кори.
- (б) Что касается ситуации по краснухе, то 20 стран добились элиминации данного заболевания, в трех странах передача вируса прервана и отсутствует уже ≥ 24 месяца, а в девяти странах передача прервана и отсутствует уже

≥ 12 месяцев. Восемнадцать стран остаются эндемичными в отношении краснухи.

- (в) Комиссия не смогла прийти к заключению относительно ситуации в трех государствах-членах ввиду отсутствия ежегодно обновляемых сведений о статусе элиминации в этих странах.

19. Все референс-лаборатории ВОЗ по кори и краснухе в Европейском регионе, за исключением одной, (71 из 72) прошли аккредитацию. Государства-члены включили лабораторные данные, поступающие из государственных, частных и коммерческих лабораторий, которые не входят в лабораторную сеть ВОЗ, в свои эпиднадзорные и другие соответствующие отчеты, в том числе в отчеты национальных комиссий по верификации. Несмотря на наличие данных, подтверждающих квалификацию многих из этих лабораторий, отсутствие информации об этих лабораториях в ряде стран продолжает вызывать серьезную озабоченность.

20. Все страны, за немногими исключениями, теперь подают информацию о геномных последовательностях выявляемых вирусов кори в базу данных эпиднадзора за корью на основе определения нуклеотидной последовательности (MeaNS) (13). По данным за 2014 г., среди преобладающих генотипов присутствовали несколько линий D8, считающегося преобладающим генотипом в Европейском регионе, линии генотипа B3, зачастую связываемого с завозом инфекции из стран Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана, а также относительно редко встречающиеся изоляты генотипа D4. В противоположность этому, только небольшое число стран подают информацию о геномных последовательностях выявляемых вирусов краснухи в онлайн-базу данных эпиднадзора за краснухой на основе определения нуклеотидной последовательности (RubeNS) (14). Среди генотипов краснухи, данные о которых подавались в отчетах за 2014 г., присутствовали генотипы 2В и 1Е.

Имеющиеся трудности

21. Некоторые страны не желают проводить кампании, направленные на восполнение пробелов в иммунитете населения, из-за плохого отношения к массовой иммунизации со стороны органов здравоохранения и широкой общественности, а также из-за отсутствия специально выделенных для этих целей финансовых ресурсов, политической приверженности и гарантированных поставок вакцин.

22. Выявление и устранение значительных пробелов в иммунитете населения при одновременном поддержании высокого уровня охвата услугами плановой вакцинации является трудной задачей для многих стран. Страны, в которых вспышки в основном затрагивают старшие возрастные группы, сталкиваются с дополнительными трудностями ввиду отсутствия нормативных положений и технических возможностей для систематического удовлетворения потребностей в иммунизации, имеющих у взрослого населения.

23. Эпидемиологические и лабораторные компоненты эпиднадзора во многих странах не функционируют оптимальным образом. Кроме того, продолжают

иметь место задержки с предоставлением отчетности и получение неполных данных на региональном уровне. Это препятствует проведению надлежащей оценки статуса элиминации кори и краснухи в Европейском регионе и своевременному распознаванию вспышек, для купирования которых странам может понадобиться поддержка.

24. Не все страны принимают адекватные меры в ответ на вспышки, в связи с чем в некоторых случаях передача вируса на их территории может продолжаться более одного года. Кроме того, необходимо усовершенствовать систему активного выявления случаев и отслеживания лиц, находившихся в контакте с больными. Обеспечение принятия своевременных и адекватных мер в ответ на вспышки играет решающую роль в ограничении периода времени, в течение которого будет продолжаться передача этих болезней.

25. Хотя большинство родителей и медицинских работников демонстрируют положительное отношение к вакцинам, растет число людей, пребывающих в состоянии самоуспокоенности. Последние часто откладывают вакцинацию своих детей или не чувствуют необходимости вакцинировать их от заболеваний, которые, по их мнению, не представляют угрозы детскому здоровью в их странах. Эта ситуация – парадоксальное последствие эффективной работы программ иммунизации в разных странах Европейского региона, которая позволила радикальным образом сократить распространенность болезней, предупреждаемых с помощью вакцин. Следовательно, существует постоянная потребность в предоставлении медицинским работникам и широкой общественности высококачественной и научно обоснованной информации о вакцинации для улучшения понимания ими связанных с ней выгод и рисков. Надежные научные источники и мнения экспертов, подкрепленные высказываниями хорошо информированных и обученных общественных лидеров и активных сторонников иммунизации, являются необходимым условием формирования положительного отношения к вакцинации при помощи проведения информационно-разъяснительной работы и распространения информационных посланий.

Дальнейшие шаги

26. Элиминация кори и краснухи – одна из основных целей ЕПДВ и важный инструмент в контексте глобальных усилий по улучшению показателей здоровья и сокращения неравенств (Цели устойчивого развития 3 и 10, соответственно). Элиминация будет во многом зависеть от обеспечения политической приверженности, достижения высокого охвата вакцинацией и устранения пробелов в иммунитете населения, а также от организации высококачественного эпиднадзора за случаями заболевания.

27. Актуальной и заслуживающей внимания задачей продолжает оставаться реализация странами следующих стратегий, которые были приняты ими в 2010 г.:

- (а) достижение и поддержание высокого охвата ($\geq 95\%$) двумя дозами коревой вакцины и по крайней мере одной дозой краснушной вакцины, благодаря предоставлению высококачественных услуг по плановой иммунизации;

- (б) предоставление возможностей вакцинации против кори и краснухи, включая дополнительные мероприятия по иммунизации, всем группам населения, подверженным риску заболевания или восприимчивым к кори и/или краснухе;
- (в) укрепление систем эпиднадзора путем тщательного расследования случаев и лабораторного подтверждения предполагаемых спорадических случаев или вспышек; в частности, сюда относятся своевременное выявление и расследование вспышек и принятие комплексных мер по их ликвидации, а также улучшение эпиднадзора за краснухой и синдромом врожденной краснухи, наряду с повышением уровня представления данных о генетических последовательностях вируса краснухи;
- (г) улучшение доступности высококачественной и научно обоснованной информации для специалистов здравоохранения и населения о выгодах и рисках, связываемых с иммунизацией против кори и краснухи.

28. Оценивая статус элиминации и классифицируя государства-члены в соответствии с достигнутым ими прогрессом, Европейское региональное бюро и его партнеры могут совершенствовать и соответствующим образом адаптировать поддержку для стран, которые более всего в ней нуждаются. За период с января 2015 г. Европейское региональное бюро разработало ежегодные планы мобилизации, в которых изложены специальные мероприятия и приоритеты на уровне стран, а также четко определены контрольные этапы, при помощи которых будет оцениваться прогресс, достигнутый на страновом уровне.

29. Национальные органы должны вкладывать средства в совершенствование своих механизмов информирования общественности по вопросам, связанным с иммунизацией, и отстаивать необходимость укрепления программ иммунизации. Сюда относятся мероприятия и инициативы по:

- (а) повышению спроса на услуги плановой и дополнительной иммунизации;
- (б) адекватному реагированию на имеющиеся у людей опасения и кризисные ситуации, связанные с вопросами безопасности вакцин;
- (в) укреплению потенциала системы здравоохранения в области информирования общественности при возникновении вспышек инфекционных заболеваний;
- (г) развитию информационно-разъяснительной работы, осуществляемой в рамках платформ, действующих на базе как традиционных, так и социальных СМИ.

30. Барьеры для формирования спроса на вакцины носят комплексный характер и зависят от специфики сложившихся условий. К таким барьерам относятся социальные, культурные и другие поведенческие детерминанты. Следовательно, в рамках программ иммунизации следует более регулярно проводить мониторинг и оценку установок, знаний и поведения широкой общественности и различных подгрупп населения с целью учета полученных результатов в процессе разработки и адаптации программных механизмов предоставления услуг и принятия ответных мер. Успех усилий, направленных на противодействие

негативному отношению к вакцинации и повышение уверенности населения в безопасности вакцин, будет зависеть от преодоления этих барьеров.

31. Следует продолжать работу, направленную на популяризацию на региональном и национальном уровнях Европейской недели иммунизации и сопутствующих платформ, включая онлайн-форум "Иммунизировать Европу" (15), который начал свою работу в апреле 2015 г. Европейская неделя иммунизации продолжает успешно способствовать увеличению охвата населения вакцинацией путем информирования родителей и опекунов, специалистов здравоохранения, лиц, ответственных за формирование политики и принятие решений, и представителей СМИ о важности иммунизации.

Заключение

32. Процесс верификации четко продемонстрировал, что многие страны в Европейском регионе уже достигли элиминации кори и краснухи, другие в известной степени прервали их передачу, тогда как некоторые страны все еще остаются эндемичными в отношении этих заболеваний.

33. С 2013 г. заболеваемость корью и краснухой в Европейском регионе снизилась, и на данный момент большее число стран, чем когда-либо ранее, прервали местную передачу инфекции. Кроме того, можно с удовлетворением отметить тот факт, что в 2014 и 2015 гг. осознание неотложной необходимости достижения элиминации обоих заболеваний было подкреплено принятием конкретных мер по ликвидации вспышек, по обеспечению большей устойчивости и готовности стран к осуществлению необходимых мероприятий, а также по активному устранению пробелов в иммунитете населения.

34. Элиминация как кори, так и краснухи является вполне достижимой целью. Наличие усовершенствованного процесса верификации, способствующего достижению элиминации на страновом уровне, в сочетании с более интенсивными усилиями, предпринимаемыми органами и учреждениями здравоохранения и партнерами, уполномоченными оказывать им поддержку, дает Европейскому региону совершенно реальную возможность добиться элиминации кори и краснухи.

Библиография¹

1. Резолюция EUR/RC55/R7. Укрепление национальных систем иммунизации через ликвидацию кори и краснухи и профилактику врожденной краснушной инфекции в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2005 (EUR/RC55/R7; <http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/fifty-fifth-session/resolutions/eurrc55r7>).
2. Отчет о пятьдесят восьмой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2008

¹ Все ссылки даны по состоянию на 7 июля 2016 г.

(EUR/RC58/REC/1; <http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/fifty-eighth-session/documentation/report-of-the-fifty-ninth-session>).

3. Резолюция EUR/RC60/R12. Обновленная приверженность достижению к 2015 г. целей элиминации кори и краснухи и профилактики синдрома врожденной краснухи и устойчивое поддержание свободного от полиомиелита статуса в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2010 (EUR/RC60/R12; <http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixtieth-session/resolutions/eurrc60r12>).
4. Комплекс мер по активизации работы в области элиминации кори и краснухи к 2015 г.: 2013–2015 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/communicable-diseases/measles-and-rubella/publications/2013/measles-and-rubella-elimination-2015.-package-for-accelerated-action-2013-2015>).
5. Глобальный план действий в отношении вакцин, 2011–2020 гг. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/ru/).
6. Второе совещание Европейской региональной комиссии по верификации элиминации кори и краснухи: сводный отчет. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/measles-and-rubella/publications/2014/second-meeting-of-the-european-regional-verification-commission-for-measles-and-rubella-elimination>).
7. Третье совещание Европейской региональной комиссии по верификации элиминации кори и краснухи. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/2015/third-meeting-of-the-european-regional-verification-commission-for-measles-and-rubella-elimination-rvc>).
8. Fourth meeting of the European Regional Verification Commission for measles and rubella elimination: summary report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/measles-and-rubella/publications/2016/4th-meeting-of-the-european-regional-verification-commission-for-measles-and-rubella-elimination-rvc-2016>).
9. Европейский план действий в отношении вакцин, 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/257993/WHO_EVAP_RUS_v23_WEBx.pdf?ua=1).
10. Элиминация кори и краснухи – основы процесса верификации в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable->

diseases/measles-and-rubella/publications/2014/eliminating-measles-and-rubella.-
framework-for-the-verification-process-in-the-who-european-region).

11. Эпидемиологическая справка ВОЗ, No. 1/2015. Эпидемиологическая оценка отдельных заболеваний, предотвращаемых вакцинацией. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/poliomyelitis/publications/who-epibrief-and-who-epidata/latest-who-epibrief>).
12. WHO EpiBrief No. 1/2016. A report on the epidemiology of selected vaccine-preventable diseases in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/312429/EpiBrief-1-2016.pdf).
13. MeaNs: Measles Nucleotide Surveillance [website]. Geneva: World Health Organization; 2016 (www.who-measles.org).
14. RubeNS: Rubella Nucleotide Surveillance [website]. Geneva: World Health Organization; 2016 (www.who-rubella.org).
15. Immunize Europe Forum: a new online resource for the immunization community [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.immunize-europe.org>).

С. Итоговый отчет о ходе работ по элиминации малярии в Европейском регионе ВОЗ (резолюция EUR/RC52/R10)

Исходные сведения и введение

1. В течение последних десятилетий представление о том, что Европейский регион ВОЗ свободен от малярии, стремительно изменялось. В начале 1990-х годов наличие остаточных резервуаров малярийной инфекции в сочетании с политическими и социально-экономическими трудностями, массовой миграцией населения, масштабными проектами в области развития, а также практически сведенными на нет усилиями по профилактике малярии и борьбе с ней создали благоприятные условия для передачи болезни. Вследствие этого масштабные эпидемии малярии вспыхнули в Центральной Азии, странах Кавказа и в Турции; в 1995 г. в Европейском регионе было официально зарегистрировано 90 712 случаев малярии. В этот период Азербайджан, Таджикистан и Турцию поразили стремительные, крупные эпидемии малярии, тогда как Армения, Кыргызстан и Туркменистан пострадали от эпидемий несколько меньшего масштаба.

2. Европейское региональное бюро ВОЗ взяло на себя обязательства по осуществлению интенсивных усилий по снижению бремени малярии и в 1999 г. разработало региональную стратегию "Обратим вспять малярию" (1) для работы в пострадавших странах Европейского региона. Ее целью было сокращение воздействия заболевания на здоровье населения до минимального уровня, достижимого при имевшихся финансовых и человеческих ресурсах и существовавших тогда технологиях и инструментах. Конкретные задачи заключались в следующем:

- (а) предупреждение смертности от малярии;
- (б) сокращение вдвое заболеваемости малярией;
- (в) сдерживание эпидемий малярии;
- (г) поддержание статуса свободных от малярии стран там, где малярия была искоренена.

3. В 2002 г. на своей пятьдесят второй сессии Европейский региональный комитет ВОЗ одобрил резолюцию EUR/RC52/R10 об усилении деятельности по борьбе с малярией в Европейском регионе ВОЗ (2). В ней государствам-членам Региона, в которых наблюдалось возвращение малярии, было настоятельно рекомендовано предпринять все возможные меры, нацеленные на консолидацию достигнутых результатов и дальнейшее сокращение бремени малярии.

4. К 2005 г. возвращение малярии было сдержано, а число новых случаев сокращено до такого уровня, что цель перерыва передачи малярии стала достижимой в масштабах всего Региона. Для оказания поддержки новым усилиям по элиминации малярии все пострадавшие от малярии страны Европейского региона ВОЗ одобрили Ташкентскую декларацию, озаглавленную "Вперед от борьбы к элиминации малярии" (3).

5. Ташкентская декларация обеспечила политическую основу, благодаря которой Региональное бюро ввело в действие новую региональную стратегию "От борьбы к элиминации малярии в Европейском регионе ВОЗ, 2006–2015 г.", целью которой было к 2010 г. прекратить передачу малярии, вызываемой *Plasmodium falciparum*, в Центральной Азии, а к 2015 г. осуществить окончательную элиминацию этого заболевания в Европейском регионе ВОЗ (4).
6. В 2006 г. в документе "Действия, предпринятые в областях, обсужденных на предыдущих сессиях Европейского регионального комитета ВОЗ" (EUR/RC56/12) (5) Региональное бюро отчиталось о прогрессе в выполнении резолюции EUR/RC52/R10 и проинформировало Региональный комитет о Ташкентской декларации и новой региональной стратегии по малярии.
7. В 2012 г. Европейский региональный комитет одобрил политику Здоровье-2020, базирующуюся на ценностях и фактических данных политики в поддержку здоровья и благополучия всех жителей Европейского региона ВОЗ (резолюция EUR/RC62/R4) (6). Элиминация малярии в Регионе к 2015 г. определена в этом документе в качестве ключевой задачи (7).
8. В 2014 г. с учетом успешной реализации региональной стратегии "От борьбы к элиминации малярии в Европейском регионе ВОЗ, 2006–2015 гг." и в ответ на нужды стран, ставших свободными от малярии, Региональное бюро разработало Региональную рамочную программу по предупреждению восстановления малярии и сертификации элиминации малярии на 2014–2020 гг. (8) для оказания поддержки лицам, формирующим политику, и руководителям программ по борьбе против малярии в планировании, организации и реализации мер, направленных на предупреждение возвращения и сертификацию элиминации малярии.
9. Процесс сертификации был завершен в Туркменистане и в Армении, которые были объявлены странами, свободными от малярии в 2010 г. (9) и 2011 г. (10), соответственно. В 2014 г. процесс сертификации элиминации малярии был инициирован в Кыргызстане. В 2016 г. Узбекистан официально обратился в Региональное бюро с запросом на предоставление технической помощи в подготовке сертификации элиминации малярии.
10. В 2015 г. Европейский регион достиг прекращения местной передачи малярии – число местных случаев малярии снизилось с 90 712 в 1995 г. до нуля в 2015 г.

Действия, предпринятые за период, прошедший после представления последнего отчета Региональному комитету

11. За последнее десятилетие Региональное бюро предоставило техническую помощь всем пораженным странам в разработке и пересмотре национальных стратегий по борьбе с малярией и ее элиминации, а также национальных руководств по эпиднадзору, борьбе с переносчиками, диагностике и лечению малярии, готовности к эпидемиям и оперативным научным исследованиям.

12. Регулярные посещения стран сотрудниками и консультантами ВОЗ сыграли значимую роль в оценке и мониторинге ситуации. Предоставленные рекомендации помогли при необходимости переориентировать национальные программы.

13. Для обеспечения обмена опытом по элиминации малярии между странами и регионами (Европейским регионом ВОЗ и регионом Восточного Средиземноморья) были проведены региональные совещания руководителей противомаларийных программ в Ашхабаде, Туркменистан, (2007 г.) (11) и в Душанбе, Таджикистан (2015 г.).

14. Региональное бюро разработало и опубликовало ряд руководств для содействия работникам здравоохранения в пораженных малярией странах Региона по вопросам планирования, организации, реализации и оценки национальных программ по элиминации, а также подготовки к сертификации элиминации малярии. В частности были опубликованы: Практические рекомендации по эпиднадзору за малярией в странах Европейского региона, столкнувшихся с проблемой возвращения малярии (2006 г.), Рекомендации по мерам борьбы с переносчиками (2006, 2007, 2008 гг.), Практические рекомендации по элиминации малярии в странах Европейского региона ВОЗ (2010 г.), Оперативное руководство по комплексной борьбе с переносчиками трансмиссивных болезней (2012 г.), Учебный модуль для врачей-энтомологов по переносчикам малярии и методам борьбы с ними (2012 г.).

15. Региональное бюро уделяло особое внимание укреплению потенциала персонала национальных программ по борьбе с малярией. В последние годы в странах был проведен ряд тренингов, посвященных различным аспектам борьбы с малярией и ее элиминации: по эпиднадзору за малярией – Москва, Российская Федерация (2012, 2013, 2014 гг.); по борьбе с переносчиками – Алматы, Казахстан (2012 г.), Душанбе, Таджикистан (2014 г.); по элиминации малярии – Баку, Азербайджан (2013 г.); по предупреждению возвращения малярии – Ашхабад, Туркменистан (2013 г.), Батуми, Грузия (2015 г.).

16. В контексте элиминации малярии особое внимание уделяется ситуациям, в которых имеется риск распространения малярии между странами и регионами. Основными целями трансграничного сотрудничества являются:

- (а) создание оперативных механизмов для регулярного обмена информацией по малярии, особенно в приграничных районах;
- (б) синхронизация планов действий для координированного осуществления мероприятий по элиминации малярии в приграничных районах;
- (в) обеспечение раннего оповещения о любых изменениях эпидемиологической ситуации, связанных с малярией, в приграничных районах;
- (г) координация мобилизации дополнительных ресурсов в поддержку усилий стран по элиминации малярии;
- (д) осуществление мер, направленных на повышение уровня осведомленности об успехах программ элиминации малярии.

17. Для достижения элиминации малярии в приграничных районах Региональное бюро инициировало и поддерживало трансграничное сотрудничество как внутри Региона, так и на межрегиональном уровне, в частности с Регионом для стран Восточного Средиземноморья. Был проведен ряд совещаний по этому вопросу в Душанбе, Таджикистан (2006 г.), Анталии, Турция (2009 г.), Баку, Азербайджан (2009 г.) и Бишкеке, Кыргызстан (2010 г.).

18. Совместные заявления о трансграничном сотрудничестве были подписаны между Азербайджаном и Грузией (2009 г.) (12); Туркменистаном и Афганистаном (2009 г.) (13); Таджикистаном и Афганистаном (2010 г.) (14); а также Казахстаном, Кыргызстаном, Таджикистаном и Узбекистаном (2010 г.) (15). Во время оперативных совещаний участвовавших стран обсуждались и разрабатывались практические механизмы и совместные планы по элиминации и профилактике возвращения малярии в пограничных районах.

19. Достижения и результаты трансграничного сотрудничества между Азербайджаном и Грузией в области элиминации малярии были представлены в качестве истории успеха в рамках Всемирного доклада о малярии 2010 г. (16).

20. Чтобы обсудить и согласовать стратегии и механизмы реализации в целях укрепления координации элиминации/предупреждения возвращения малярии и борьбы с лейшманиозом в Афганистане и Таджикистане с особым вниманием к приграничным районам, 24–25 мая 2016 г. в Душанбе, Таджикистан, было проведено межстрановое координационное совещание. В совещании приняли участие руководители национальных программ и руководители программ из всех приграничных районов обеих стран. По итогам интенсивных дискуссий был разработан и согласован совместный план трансграничного сотрудничества между Афганистаном и Таджикистаном.

21. В 2010 г. Глобальным экологическим фондом, Программой ООН по окружающей среде, организацией "Международный зеленый крест", Европейским региональным бюро ВОЗ, организацией Milieucontact International и национальными правительствами было начато финансирование и реализация проекта "Демонстрация и расширение масштабов использования устойчивых альтернатив ДДТ¹ для борьбы с трансмиссивными болезнями в странах южного Кавказа (Грузия) и Центральной Азии (Кыргызстан и Таджикистан), 2010–2014 гг.". Обоснованием для этого проекта была необходимость сократить зависимость стран от устойчивых инсектицидов в секторе общественного здравоохранения и потребность в интегрированном внедрении надлежащих альтернатив по борьбе с переносчиками с целью поддержания статуса территорий, свободных от малярии, и предупреждения возвращения малярии и других трансмиссивных болезней. На основе результатов пилотных полевых исследований были разработаны следующие ключевые тезисы, касающиеся использования различных опций по борьбе с переносчиками:

- Сочетание нехимических альтернатив ДДТ и других устойчивых инсектицидов для борьбы с переносчиками, применяемое комплексным образом, имеет практически тот же энтомологический эффект, что и

¹ ДДТ – это синтетический инсектицид дихлордифенилтрихлорэтан.

обработка помещений инсектицидами остаточного действия, и может подходить к местным экологическим и эпидемиологическим условиям, может быть экологически здоровым и обеспечить максимальную затратную эффективность и устойчивость при одновременном избегании возможности создания устойчивости к инсектицидам.

- Полученные результаты представили прочную доказательную базу в поддержку преимуществ нехимических альтернатив борьбы с переносчиками, применяемых комплексным образом. Эти фактические данные могут способствовать процессу принятия решений и обеспечить поддержку и приоритизацию при выделении ресурсов для обеспечения таких мер.

22. Региональное бюро предоставило техническую помощь государствам-членам в разработке предложений для представления в Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, ТБ и малярией и их дальнейшей реализации. Азербайджан, Грузия, Кыргызстан, Таджикистан и Узбекистан получили и успешно реализовали гранты Глобального фонда для борьбы с малярией.

23. Для того чтобы усовершенствовать и модернизировать научные знания по малярии, Европейское региональное бюро ВОЗ инициировало региональную программу оперативных научных исследований по вопросам энтомологии малярии и борьбы с переносчиками, которая была успешно осуществлена при содействии научно-исследовательских учреждений и партнеров в пострадавших странах Центральной Азии и южного Кавказа. Цели исследований тесно связаны с конкретной ситуацией и проблемами, определенными для отдельной страны или группы соседних стран. Распознавание и географическое распределение комаров *Anopheles*, распространенность родственных видов и их роль в передаче малярии, систематика, биология и экология переносчиков малярии представляют собой вопросы особой важности в Регионе.

24. Для того чтобы оказать помощь лицам, ответственным за формирование политики, и руководителям программ по борьбе с малярией в планировании, организации и реализации мер, нацеленных на сертификацию элиминации малярии и предупреждение ее возвращения, была разработана и представлена государствам-членам Региональная рамочная основа для сертификации элиминации малярии и предупреждения ее возвращения, 2014–2020 гг. В данном документе определены ключевые вопросы, связанные с возможным возвращением малярии после ее элиминации, цели и задачи противомаларийной программы, а также ключевые подходы и мероприятия по предупреждению возвращения малярии. В документе также представлены научные, функциональные, организационные и методологические аспекты процесса сертификации искоренения малярии в странах.

Имеющиеся трудности

25. Хотя в Европейском регионе ВОЗ удалось прервать местную передачу малярии, это достижение по-прежнему остается хрупким. Уроки, извлеченные в прошлом, демонстрируют, что страны Региона пока находятся под постоянной угрозой возвращения малярии.

26. Ярким примером этого является недавнее неожиданное возвращение малярии в Греции в 2010 г., напрямую связанное с притоком мигрантов. Передача была прервана к концу 2013 г. после усиленной работы по контролю, и в 2014 г. в Греции не было зарегистрировано ни одного случая местной передачи. Кроме того, ряд стран Европейского региона, в частности Таджикистан и Турция, подвержены большему риску возвращения малярии из-за значительного числа мигрантов и перемещения населения из таких стран, как Афганистан и Сирийская Арабская Республика.

27. Этот постоянный риск подчеркивает необходимость сохранения политической приверженности, поддержания высокого уровня бдительности и дальнейших инвестиций в укрепление систем здравоохранения, с тем чтобы обеспечить возможность оперативного сдерживания любых случаев возвращения этого заболевания.

Дальнейшие шаги

28. Европейское региональное бюро ВОЗ продолжит оказывать поддержку государствам-членам в предупреждении возвращения малярии и поддержании статуса стран, свободных от малярии, а также в сертификации элиминации малярии.

29. С целью подтверждения приверженности поддержанию статуса Региона, свободного от малярии, и недопущения повторного укоренения этого заболевания 21–22 июля 2016 г. в Ашхабаде, Туркменистан, была проведена консультация высокого уровня по предупреждению повторного укоренения малярии в Европейском регионе ВОЗ.

Библиография²

1. Strategy to roll back malaria in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1999 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/vector-borne-and-parasitic-diseases/publications/pre-2009/strategy-to-roll-back-malaria-in-the-who-european-region>).
2. Резолюция EUR/RC52/R10. Усиление деятельности по борьбе с малярией в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2002 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/fifty-second-session/resolutions/eurrc52r10>).
3. Ташкентская декларация: вперед от борьбы к элиминации малярии в Европейском регионе ВОЗ – обязательство к действию. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2005 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/vector-borne-and-parasitic-diseases/publications/pre-2009/tashkent-declaration-the-move-from-malaria-control-to-elimination>).

² Все ссылки даны по состоянию на 16 июня 2016 г.

4. Региональная стратегия: от борьбы к элиминации малярии в Европейском регионе ВОЗ, 2006–2015 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2006 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/vector-borne-and-parasitic-diseases/publications/pre-2009/regional-strategy-from-malaria-control-to-elimination-in-the-who-european-region-2006-2015>).
5. Действия, предпринятые в областях, обсужденных на предыдущих сессиях Европейского регионального комитета ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2006 (EUR/RC56/12; <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/fifty-sixth-session/documentation/eurrc5612>).
6. Резолюция EUR/RC62/R4. Здоровье-2020 – основы Европейской политики улучшения здоровья и благополучия. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-second-session/documentation/resolutions-and-decisions/eurrc62r4-health-2020-the-european-policy-framework-for-health-and-well-being>).
7. Здоровье-2020: основы Европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 (EUR/RC62/9; <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-second-session/documentation/working-documents/eurrc629-health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being>).
8. Ejov M, Davidyants V, Zvantsov A. Regional framework for prevention of malaria reintroduction and certification of malaria elimination 2014–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/regional-framework-for-prevention-of-malaria-reintroduction-and-certification-of-malaria-elimination-20142020-2014>).
9. Приобретение Туркменистаном статуса страны, свободной от малярии [e-news]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 27 октября 2010 г. (<http://www.euro.who.int/en/countries/turkmenistan/news/news/2010/10/turkmenistan-free-of-malaria>).
10. Армения свободная от малярии [e-news]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 14 октября 2011 г. (<http://www.euro.who.int/ru/countries/armenia/news/news/2011/10/armenia-free-of-malaria>).
11. WHO meeting on progress achieved with malaria elimination in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/vector-borne-and-parasitic-diseases/publications/pre-2009/who-meeting-on-progress-achieved->

with-malaria-elimination-in-the-who-european-region-turkmenistan,-november-2007).

12. Joint statement on cooperation between the Ministry of Health of the Republic of Azerbaijan and the Ministry of Labour, Health and Social Affairs of Georgia on malaria elimination. Baku: 19 March 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/163531/AZE_GEO_Joint-Statement-ENG.pdf?ua=1).
13. Joint statement on cross-border cooperation on malaria in Turkmenistan and Afghanistan. Ashgabat: 20 November 2009 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/vector-borne-and-parasitic-diseases/activities/turkmenistan-and-afghanistan-reaffirm-cooperation-on-malaria/joint-statement-on-cross-border-cooperation-on-malaria-in-turkmenistan-and-afghanistan>).
14. Joint statement on cross-border cooperation on malaria in Tajikistan and Afghanistan. Kurgan-Tube: 13 October 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/163523/11-13-October-2010_Joint-statement-ENG.pdf?ua=1).
15. Совместное заявление о трансграничном сотрудничестве в области элиминации малярии между Казахстаном, Кыргызстаном, Таджикистаном и Узбекистаном. Бишкек: 2 ноября 2010 г. (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/vector-borne-and-parasitic-diseases/activities/cross-border-meeting-on-malaria-elimination-between-kyrgyzstan,-kazakhstan,-tajikistan-and-uzbekistan/joint-statement-on-cross-border-cooperation-on-malaria-in-kazakhstan,-kyrgyzstan,-tajikistan-and-uzbekistan>).
16. World malaria report 2010. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2010/en/).

Приложение С1. Определения терминов для использования в рамках программ по элиминации малярии

1. Элиминация малярии – это перерыв местной передачи малярии комарами. Она не требует элиминации переносчиков заболевания или полного отсутствия зарегистрированных случаев малярии в стране. Завозные случаи будут по-прежнему регистрироваться из-за международных поездок. Они могут приводить к возникновению случаев, которые являются вторичными от завозных, при которых инфекция является первым поколением местной передачи от завозного случая (1).

2. На стадии элиминации имеют значение все случаи инфицирования малярией, так как они могут привести к дальнейшей передаче. Следовательно, все случаи выявленной паразитемии (включая просто гаметоцитемию) рассматриваются как "случаи малярии" независимо от наличия или отсутствия клинических симптомов (2).

3. Определения случаев малярии для использования программами по элиминации (2):

Аутохтонный: случай местного инфицирования от укуса комара, т. е. местный или вторичный от завозного случая (также называется "местной передачей")

Завозной: случай, происхождение которого может быть отнесено к известной малярийной зоне за пределами той страны, в которой данный случай был диагностирован.

Местный: любой случай местного заражения (т.е. внутри национальных границ), в отношении которого отсутствуют убедительные данные о его прямой связи с завозным случаем. К таким случаям также относятся и поздние первые проявления малярии вследствие местного заражения паразитами *P. vivax* с длительным инкубационным периодом.

Прививной: случай, происхождение которого связано с переливанием крови или другой формой парентеральной инокуляции, а не с обычной передачей через укусы комаров.

Вторичный от завозного: случай местного заражения, в отношении которого имеются убедительные эпидемиологические данные, связывающие его напрямую с завозным случаем (первое поколение по отношению к завозному случаю, т.е. комар был инфицирован от случая, классифицированного как завозной).

4. Страны, где случаи местной передачи не регистрировались в течение трех лет подряд и где имеются системы эпиднадзора, позволяющие доказать это, могут подать заявление на сертификацию элиминации малярии. Сертификация включает проведение обзора национальной документации и посещение мест, где находятся очаги недавней передачи малярии для определения надежности данных об ее отсутствии, определение того, что национальная система эпиднадзора

сможет выявить случаи местной передачи, если такое случится, а также наличие финансируемой программы по предупреждению возвращения заболевания (2).

5. Бдительность – это функция службы общественного здравоохранения во время реализации программы по предупреждению возвращения передачи. Она заключается в высокой настороженности в отношении любого проявления малярии в местности, где она не существовала или в которой она была ликвидирована, и в применении необходимых мер против ее появления. На стадии предупреждения возвращения масштабы деятельности по эпиднадзору, которые требуются на стадии элиминации передачи, будут сокращены и заменены бдительностью и контролем (2).

6. Восстановление передачи – это возобновление постоянной измеряемой заболеваемости малярией и ее передачи через укусы комаров в определенной области в течение ряда лет. Признаками возможного восстановления передачи может быть появление трех или более завозных и/или местных случаев малярийной инфекции в одном и том же географическом очаге в течение двух лет подряд для *P. falciparum* и трех лет подряд для *P. vivax* (2).

Ссылки к Приложению С1¹

1. Malaria elimination: A field manual for low and moderate endemic countries. Geneva: World Health Organization; 2007 (<http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241596084/en/>).
2. Disease surveillance for malaria elimination: an operational manual. Geneva: World Health Organization; 2012 (<http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241503334/en/>).

¹ Все ссылки даны по состоянию на 26 июля 2016 г.

Категория 2. Неинфекционные заболевания

D. Итоговый отчет о ходе выполнения Плана действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями на 2012–2016 гг. (резолюция EUR/RC61/R3)

Введение и общие сведения

1. В 2006 г. государства-члены в Европейском регионе ВОЗ подготовили и приняли Европейскую стратегию профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями. В 2011 г. Европейское региональное бюро ВОЗ разработало План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями на 2012–2016 гг., который был утвержден резолюцией EUR/RC61/R3, принятой на шестьдесят первой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ. Цель Плана заключалась в том, чтобы стимулировать более активные действия государств-членов для выполнения глобальных и региональных целей по сокращению преждевременной смертности, связанной с основными неинфекционными заболеваниями (НИЗ).
2. В документе приводится обзор прогресса в выполнении Плана действий и достижения в Европейском регионе глобальных и региональных целей в отношении профилактики и борьбы с НИЗ в период с 2012 по 2016 гг.

Основные достижения в отношении политики и стратегий

3. Неинфекционные заболевания (НИЗ) во всем мире признаны одной из крупнейших угроз для общественного здоровья. В 2013 г. НИЗ стали причиной 86% смертей в Европейском регионе ВОЗ. В число основных НИЗ входят сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), рак, хронические респираторные заболевания (ХРЗ) и диабет, и именно на них в настоящее время ориентированы интенсивные вмешательства. Эти НИЗ самым серьезным образом сказываются на общих показателях здоровья и человеческого развития, будучи ведущими причинами преждевременной смертности среди людей в наиболее активном возрасте (30–69 лет); так, на них приходится 67% от всех смертей в данной возрастной группе. Актуальность и заметность НИЗ повысилась еще и потому, что проблему неинфекционных заболеваний теперь начали включать, в качестве важного определяющего фактора, в национальные повестки развития и здравоохранения
4. В этом контексте, и принимая во внимание новые сведения о детерминантах и фактические данные в пользу эффективных вмешательств, Региональное бюро подготовило Европейскую стратегию профилактики и борьбы с НИЗ (1), которая была утверждена резолюцией EUR/RC56/R2 на пятьдесят шестой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в 2006 г. В 2011 г. в поддержку этих усилий был подготовлен План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с НИЗ на 2012–2016 гг. (2), который был утвержден на шестьдесят первой сессии Регионального комитета.

5. В 2011 г. представители стран всего мира встретились под эгидой ООН и приняли Политическую декларацию по борьбе с НИЗ (3). По итогам этой встречи ВОЗ было поручено подготовить Глобальный план действий по профилактике и борьбе с НИЗ на 2013–2020 гг. (4) и разработать для него глобальный механизм мониторинга (ГММ) (5). ГММ установил 9 глобальных целей, которые должны быть достигнуты к 2025 г., с описанием последствий для здоровья, факторов риска и ответных мер систем здравоохранения, и 25 показателей для мониторинга прогресса.

6. В 2014 г. под эгидой ООН состоялось совещание высокого уровня, на котором вновь была подтверждена готовность государств-членов стремиться к выполнению целей ГММ. Были утверждены четыре обязательства с четкими временными рамками, соответствующие Европейскому плану действий: они касаются активизации работы в области стратегического руководства, эпиднадзора и мониторинга, действий в отношении факторов риска и детерминант и укрепления систем здравоохранения для повышения качества медицинской помощи и комплексного ведения болезней (6).

7. В 2010 г. Региональное бюро подготовило новую европейскую политику здравоохранения – Здоровье-2020. Ее целевые ориентиры предусматривают снижение преждевременной смертности, сокращение неравенств в здоровье и улучшение показателей здоровья и благополучия, а также укрепление систем здравоохранения для обеспечения всеобщего доступа к медицинской помощи. Благодаря тому, что в число целевых ориентиров политики Здоровье-2020 вошли задачи в отношении НИЗ, она стала катализатором для усилий по профилактике и борьбе с НИЗ во всем Регионе (7).

8. В 2015 г. ООН приняла Повестку дня в области устойчивого развития на период до 2030 г., с 17 Целями в области устойчивого развития. Эти цели предусматривают, в частности, обеспечение здоровой жизни и содействие благополучию людей всех возрастов, и ряд задач, которые, как предполагается, сделают еще более интенсивными действия по профилактике и борьбе с НИЗ (8).

Прогресс и достигнутые успехи

9. Главная цель Плана действий состояла в сокращении преждевременной смертности и предотвратимого бремени НИЗ. Он предусматривает две задачи: оказывать комплексное воздействие на факторы риска и их детерминанты по всем секторам и укреплять системы здравоохранения в целях совершенствования профилактики и борьбы с НИЗ. План действий разделен на четыре приоритетных направления действий, пять приоритетных вмешательств и два поддерживающих вмешательства.

Тенденции в отношении преждевременной смертности и бремени болезней

10. Цель 1 ГММ предусматривает относительное сокращение на 25% преждевременной смертности от основных НИЗ среди людей в возрасте 30–69 лет к 2025 г. В период с 1995 по 2010 гг. этот показатель сократился в Европейском регионе на 24,6% (т.е. практически на 1,5% в год). Прогнозируется, что при

сохранении такой тенденции к 2025 г. общее снижение может составить 40,4%. Более того, имеющиеся данные свидетельствуют об общих тенденциях к сближению стран в плане улучшения показателей: так, наиболее высокие темпы улучшения наблюдаются в странах с самой высокой смертностью, и среди мужчин, и среди женщин.

11. Несмотря на эти успехи, между странами все еще наблюдаются существенные различия в вероятности смерти от НИЗ: наиболее высокие (27%) и наиболее низкие (9%) показатели различаются в три раза. Существуют и значительные гендерные различия, о чем свидетельствует двукратный разрыв между показателями для мужчин (23%) и женщин (12%). Хотя женщины в Европейском регионе в среднем живут на 8 лет больше мужчин, при этом у них продолжительнее тот период, который они проживают в состоянии нездоровья, причем во многом – вследствие НИЗ. В связи с этим предлагается лучше корректировать вмешательства в соответствии с местной ситуацией, делая особый упор на уязвимые группы.

12. Та важность, которую имеют причины НИЗ, во многом определяет приоритетные направления для действий. Сегодня главной причиной преждевременной и предотвратимой смертности в Регионе являются ССЗ (50% смертей), за которыми следуют рак (43%), ХРЗ (6%) и диабет (6%). В направлении "с востока на запад Региона" отмечается градиент повышения смертности от ССЗ, в верхней точке которого она почти достигает смертности от рака. Это может свидетельствовать о том, что различия в причинах смертности в некоторых странах открывают возможности для быстрого улучшения ситуации в условиях кризиса, а также создают возможные трудности после достижения более низких показателей смертности от ССЗ.

13. Показатели смертности от рака, как и смертности от ССЗ, варьируются в зависимости от типа рака и его факторов риска. Так, рак легких остается ведущей причиной смерти у мужчин, но при этом в большинстве стран смертность от него постепенно снижается, что коррелирует с сокращением распространенности курения; среди женщин, напротив, наблюдается обратная ситуация. Аналогичным образом, смертность от рака молочной железы, наиболее распространенного онкологического заболевания среди женщин, снижается более быстрыми темпами в странах, где ее распространенность в целом достаточно высока. Это свидетельствует о возрастающих показателях выживаемости и о том, что ранняя диагностика и интенсивное лечение и ведение болезни позволяют добиваться ощутимых результатов в отношении некоторых видов рака на разных уровнях систем медицинского обслуживания.

Стратегическое руководство в отношении НИЗ: меры политики, планирование и контроль

14. Одна из трудностей в борьбе с НИЗ заключается в том, что их социально-экономические детерминанты выходят за пределы сферы здравоохранения. Помимо этого, в прошлом, в силу особенностей организации программ здравоохранения, каждая болезнь рассматривалась по отдельности, и общая природа ключевых факторов риска НИЗ стала признаваться лишь в последнее время.

15. В 2015 г. о наличии комплексных национальных планов действий по профилактике и борьбе с НИЗ сообщили 45 стран Региона, по сравнению с 34 странами в 2010 г. Помимо этого, 17 государств-членов в настоящее время вместе с Региональным бюро занимаются обновлением своих планов по НИЗ или подготовкой соответствующих планов реализации. Выполняя свои обязательства под эгидой ООН, 24 страны разработали собственные целевые ориентиры, однако в этой сфере требуется дополнительная работа.

16. Государства-члены признают наличие связи между НИЗ и развитием, и обязуются включить борьбу с НИЗ в число приоритетов для своих многосекторальных планов развития. С 2014 г. все страны, располагающие рамочными программами ООН по оказанию помощи в целях развития на период до 2019/2020 г., включили в эти рамочные соглашения вопросы НИЗ.

Укрепление эпиднадзора за НИЗ

17. Проведение целенаправленных действий, измерение прогресса и обеспечение подотчетности в различных секторах невозможны без эпиднадзора и мониторинга.

18. По данным проведенного ВОЗ в 2015 г. глобального опросного исследования странового потенциала по борьбе с НИЗ, в 41 стране Региона существуют системы демографической статистики, позволяющие вести наблюдение за преждевременной смертностью от НИЗ и несправедливыми различиями в разбивке по возрасту и полу; при этом возможности для мониторинга неравенств по другим критериям в большей степени ограничены. Показатели охвата системами регистрации смерти достаточно высоки (>80%), и здесь дополнительные меры требуются лишь в нескольких странах. Сегодня приоритетное значение имеет повышение надежности и своевременности предоставления данных.

19. Помимо этого, 49 стран в Регионе сообщили о наличии у них реестров онкологических заболеваний ("канцер-регистров"), которые имеют огромное значение для мониторинга заболеваемости, но при этом лишь 29 регистров действуют на популяционном уровне, и в целом их функциональность варьируется от простой регистрации случаев с ограниченными сведениями о гистологических оценках стадии болезни до полномасштабного мониторинга. Региональное бюро оказывает техническую поддержку для совершенствования регистров и информационных систем и наращивания кадрового потенциала.

20. В ответ на возникновение потребности в эпиднадзоре в Европейском регионе внедряются новые инструменты, которые затрагивают разные группы населения (напр., Европейская инициатива ВОЗ по надзору за ожирением в детском возрасте (COSI), Обследования поведения детей школьного возраста в отношении здоровья (HBSC) и интегрированные обследования факторов риска ВОЗ (STEPS), факторы риска (Глобальное обследование употребления табака среди взрослых (GATS), Европейская информационная система по алкоголю и здоровью (EISAH), база данных "Питание, ожирение и физическая активность" (NOPA), а также STEPS), и ответные меры систем здравоохранения (STEPS, Комплексный обзор доступности услуг (SARA) и "Улучшение результатов

профилактики и борьбы с НИЗ: стоящие перед системами здравоохранения вызовы и возможности"). STEPS и другие аналогичные обследования, в которые интегрированы факторы риска НИЗ, проводятся в большинстве стран, что повышает эффективность эпиднадзора.

21. В настоящее время ведется поиск менее традиционных, но столь же перспективных форматов, работающих по принципу "большие данные" (электронные медицинские карточки, социальные сети, "цифровые следы" и мобильные технологии и устройства), которые смогут дополнить собой различные аспекты эпиднадзора (такие как осуществление политики и степень ее принятия, биометрические данные и другие показатели), где сбор данных недостаточно широк или не ведется в режиме практически реального времени.

Приоритетные вмешательства: содействие потребителю выбору в интересах здоровья для сокращения факторов риска на популяционном уровне

22. В действиях по реализации Плана особое внимание направлено на ограничение влияния на население основных факторов риска НИЗ, в первую очередь – вредного употребления алкоголя, употребления табака, нездорового питания и ожирения (9).

Вредное употребление алкоголя

23. По оценкам ВОЗ, на счет употребления алкоголя в Европейском регионе можно отнести 13,3% всех смертей, и показатели конкретных стран варьируются от 2 до 35%. Цель 2 ГММ предусматривает относительное сокращение вредного употребления алкоголя как минимум на 10% к 2025 г.

24. В 2014 г. потребление алкоголя на душу взрослого населения в странах Региона было оценено в 10,68 литров чистого алкоголя, что на 3,9% меньше, чем в 2010 г., а распространенность пьянства (т.е. потребления >60 г алкоголя) составляла 11,0%, причем между мужчинами и женщинами здесь наблюдаются двукратные различия (15,8% и 6,3%, соответственно). Обеспокоенность вызывает и рост употребления алкоголя среди подростков: так, обследование HBSC 2013/2014 гг. (10) показало, что от 3 до 32% мальчиков и от 2 до 29% девочек в возрасте 15 лет употребляют алкоголь по меньшей мере один раз в неделю. По оценкам ВОЗ по состоянию на 2010 г., 30% подростков в возрасте от 15 до 19 лет употребляли алкоголь в объемах, соответствующих определению пьянства (11). Все эти данные указывают на необходимость более интенсивных мер по снижению столь высоких показателей потребления алкоголя в Регионе (12,13).

25. В Европейском плане действий по сокращению вредного употребления алкоголя на 2012–2020 гг. (14) предлагаются различные варианты политики по выполнению этой цели ГММ. В соответствии с Планом, уже сейчас во многих странах появляются более строгие регуляторные меры по снижению доступности алкоголя. Выросло число государств-членов, установивших предельно допустимое содержание алкоголя в крови водителей на уровне 0,5 г/л и ниже, а выборочное проведение дыхательных проб на алкоголь практикуется в 46 государствах-членах, по сравнению с 27 в 2010 г. Во многих странах

законодательно увеличен возрастной лимит для приобретения алкогольных напитков вне питейных заведений, а также введено более строгое законодательство по борьбе с нелегальным производством алкогольных напитков.

26. Увеличилось (с 42 до 47) и число стран, располагающих маркетинговой политикой, направленной на сокращение потребления или снижение доступности алкоголя, и законодательством, ограничивающим рекламу алкоголя; увеличилось и число стран, где в рекламе алкоголя обязательно должны присутствовать предупреждения о его вреде для здоровья. Больше стран стали корректировать ставку налога на алкогольные напитки в соответствии с инфляцией, а также проводить на центральном уровне информационно-разъяснительные мероприятия.

27. Имеющиеся сведения, таким образом, указывают на необходимость продолжения активных усилий по сокращению вредного употребления алкоголя с помощью подтвержденных фактическими данными стратегий в масштабе всего населения.

Сокращение употребления табака

28. Европа занимает среди всех регионов ВОЗ первое место по распространенности курения среди взрослых (28%) и находится в числе первых по употреблению табака подростками. Цель 5 ГММ заключается в относительном снижении нынешнего уровня распространенности употребления табака лицами в возрасте 15 лет и старше на 30% к 2025 г.

29. По оценкам ВОЗ, в 2013 г. в Европейском регионе табачные изделия употребляли 38% мужчин и 19% женщин старше 15 лет, и во многих странах сокращается гендерный разрыв в отношении распространенности курения. По прогнозам, к 2025 г. распространенность курения составит 31% у мужчин и 16% у женщин, то есть относительное сокращение составит, соответственно, 22 и 25%. Таким образом, Региону следует активизировать усилия по борьбе против табака.

30. Растет и употребление табака подростками, и в некоторых странах его показатели соответствуют таковым среди взрослого населения. Данные обследования HBSC 2013/2014 гг. (10) свидетельствуют о том, что распространенность еженедельного курения снизилась среди мальчиков в возрасте 15 лет и остается примерно на том же уровне среди девочек: так, половина девочек начинают курить в возрасте 13 лет и младше. Эти тенденции повторяют соответствующие гендерные различия среди взрослых и отражают потребность в мерах, направленных на сокращение ныне растущих показателей курения у женщин.

31. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака и ее Протокол по ликвидации незаконной торговли табачными изделиями (15) – мощные правовые инструменты и ключевые механизмы для противодействия табачной эпидемии. Сторонами Конвенции, с принятием ее руководящих принципов осуществления, вариантов политики и решений, стали 50 стран в Европейском регионе. Вместе с тем, показатели реализации РКБТ остаются неудовлетворительными: так, например, только 25 стран ввели налоги, ограничивающие доступность табачных

изделий, 9 стран запретили курение в общественных местах, и лишь 7 стран реализуют программы помощи в отказе от курения. В 2015 г. министры здравоохранения стран Европейского региона приняли, подкрепляя свои обязательства, Дорожную карту действий, которая призвана активизировать усилия по искоренению употребления табака (16).

Борьба с ожирением

32. Примерно 35% случаев ишемической болезни сердца, 55% случаев гипертензии и около 80% случаев диабета 2 типа среди взрослых (от 18 лет) обусловлены избыточной массой тела.

33. Распространенность избыточной массы тела и ожирения среди населения Европейского региона увеличивается с каждым годом, что ставит под угрозу выполнение цели 7 ГММ – прекратить рост числа случаев диабета и ожирения. По оценкам ВОЗ, в 2014 г. избыточная масса тела наблюдалась у 59% взрослого населения Европейского региона, что на 3,5% больше, чем в 2010 г. В целом, среди мужчин избыточная масса тела распространена несколько выше, чем среди женщин (соответственно, 62,6 и 54,9%), однако женщины чаще страдают ожирением. По существующим прогнозам, к 2030 г. в большинстве стран распространенность избыточной массы тела превысит 50%, что приведет к росту заболеваемости и инвалидности, а также к увеличению нагрузки на системы здравоохранения и на общество.

34. По данным COSI, избыточная масса тела или ожирение присутствуют у трети детей в возрасте 6–9 лет. Помимо этого, избыточная масса тела или ожирение были отмечены у 15–39% 11-летних мальчиков и у 9–32% девочек, принявших участие в обследовании HBSC 2013/2014 гг.

35. Признавая, что в основе этих тенденций лежит множество факторов, и они формируются на различных этапах жизненного пути человека, правительства вновь заявили о своей готовности вести борьбу с ожирением, приняв резолюцию EUR/RC64/R7 об утверждении Европейского плана действий в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 гг. (17) и резолюцию EUR/RC65/R3 об утверждении Стратегии в области физической активности для Европейского региона ВОЗ на 2016–2025 гг. (18) на шестьдесят четвертой и шестьдесят пятой сессиях Регионального комитета в 2014 и 2015 гг., соответственно.

36. Страны внедряют у себя меры политики, рекомендованные Планом действий в области пищевых продуктов и питания. Так, 27 стран разработали стратегии в области маркетинга пищевых продуктов, в том числе предусматривающие более строгие ограничения ориентированного на детей маркетинга продуктов с высоким содержанием насыщенных жиров, свободных сахаров и соли. Более того, 26 стран приняли меры политики по ограничению содержания в пищевых продуктах жира посредством изменения рецептуры. В ряде стран также продвигается четкая и понятная маркировка лицевой части упаковки пищевых продуктов, а также внедряются жесткие стандарты в отношении пищевой ценности продуктов, которые предлагаются в школах.

Приоритетные вмешательства: оценка и сокращение кардиометаболического риска и ранее выявление рака

Меры политики, руководящие принципы и протоколы в отношении диагностики и комплексного ведения НИЗ

37. Страны Европейского региона прилагают немало усилий по выработке и активизации мер политики, планов и стратегий в отношении НИЗ, а также их обновлению и практическому осуществлению. Таким образом, число стран с интегрированными мерами политики в отношении НИЗ увеличилось с 34 в 2010 г. до 45 в 2015 г., однако не все страны, разработавшие стратегии, в полной мере внедряют их на практике. Также страны сообщают о выработке политики в отношении конкретных болезней: так, в 46 странах есть политика в отношении рака, в 38 странах – в отношении диабета, в 33 – в отношении ССЗ, а 17 стран располагают стратегиями в отношении ХРЗ.

38. Тридцать четыре государства-члена сообщили о наличии основанных на фактических данных руководств и протоколов по НИЗ для оценки риска и для осуществления вмешательств в отношении поведения и медикаментозного лечения. Такие инструменты очень важны для повышения экономической эффективности медико-санитарной помощи, но в трети стран они пока находятся на стадии утверждения. Помимо этого, в 43 странах имеются подобные механизмы в отношении рака, в 38 странах – в отношении ССЗ, и в 24 странах – в отношении диабета.

Оценка и сокращение факторов кардиометаболического риска

39. Оценка и сокращение факторов кардиометаболического риска и их раннее доклиническое выявление имеют крайне важное значение для снижения риска ССЗ, диабета или рака и для предотвращения летального исхода, инвалидности и перехода этих болезней в тяжелые стадии. В Европейском регионе принимаются меры в поддержку раннего выявления болезней, комплексных оценок риска и лечения и комплексного ведения болезней, с особым вниманием к подходам на базе первичного звена.

40. Цель 6 ГММ предусматривает относительное сокращение на 25% – или сдерживание – распространенности повышенного кровяного давления к 2025 г. Оценочные данные о распространенности повышенного кровяного давления в Европейском регионе говорят о ее снижении на 7%, с 25,1% в 2010 г. до 23,3% в 2014 г., а также о наличии двукратных различий между странами (от 15,2 до 31,7%), а также между мужчинами и женщинами. По данным последних обследований STEPS, в настоящее время от 22 до 80% людей с повышенным кровяным давлением не получают необходимого медикаментозного лечения.

41. Повышенный уровень сахара в крови – фактор риска диабета и ССЗ, и этот показатель, наряду с показателем ожирения, позволяет вести мониторинг достижения цели 7 ГММ. В 2008 г. оценочная распространенность повышенного уровня сахара в крови составляла в Европейском регионе 9,4%, что в целом соответствует среднемировым показателям. Определенные различия наблюдаются между странами Региона, варьируясь от 5,1 до 12,2%.

Распространенность среди мужчин составляла 10,2%, а у женщин – 8,7%, и аналогичные показатели наблюдаются и на уровне стран.

42. Одновременное присутствие указанных биологических и иных факторов комплексно повышает риск развития ССЗ. Эти данные стали стимулом для создания и применения систем балльной оценки повышенного риска ССЗ, с учетом региональных или национальных особенностей воздействия факторов риска и культурных и социально-экономических условий. ВОЗ активно поддерживает создание схем для балльной оценки, адаптированных к конкретным странам, с последующим внедрением их в государствах-членах.

43. Цель 8 ГММ предполагает, что как минимум 50% пациентов, имеющих соответствующие показания, будут охвачены медикаментозным лечением и консультациями для профилактики инфарктов и инсультов. По данным обследований STEPS, высокий риск угрожает каждому пятому человеку в возрасте 40–64 лет. Вместе с тем, медикаментозное лечение и консультации получают 50 и более процентов таких лиц, что свидетельствует о ценности балльной оценки риска и осуществления целевых вмешательств согласно потребностям.

44. В целях дальнейшей активизации мер по борьбе с факторами риска ССЗ и комплексного ведения ССЗ в различных условиях ВОЗ разработала пакет основных вмешательств в области НИЗ (PEN), который в первую очередь акцентирован на ведение НИЗ, включая соответствующие мониторинг и оценку. В настоящее время в нескольких странах Региона осуществляются меры, направленные на повышение доступности диагностики и лечения в первичном звене медико-санитарной помощи, с упором на обеспечение эффективности в организации такой помощи. Первым шагом для таких мер стало проведение ситуационного анализа и выявление существующих проблем и приоритетов для действий.

45. Смертность от онкологических заболеваний в Европейском регионе снижается медленнее, чем смертность от ССЗ. В то же время, новые случаи рака во многих странах зачастую выявляются уже на поздней стадии, что говорит о низкой эффективности раннего выявления. В 2015 г. обследование ССС показало, что меры политики в отношении ранней диагностики, лечения и ухода при раковых заболеваниях существуют в 40 странах; столько же стран сообщили о предоставлении жизненно важных лекарств (например, морфина для перорального приема) в первичном звене медико-санитарной помощи, а в 34 странах действуют системы помощи людям с поздними стадиями рака по месту жительства. Также 47 стран сообщили о наличии у них программ скрининга на предмет рака шейки матки и молочной железы, а 37 стран – на предмет рака толстой кишки, но при этом на популяционном уровне проводятся не более двух третей таких программ.

46. Цель 9 ГММ призвана обеспечить доступность, на уровне 80%, приемлемых по цене основных технологий и лекарственных средств, в том числе препаратов-генериков, необходимых для лечения основных НИЗ. В дополнение к скринингу на предмет рака в Регионе широко распространена иммунизация против гепатита В для предупреждения рака печени, и в большинстве стран ее охват среди детей в

возрасте 1 года составляет более 85%. Тридцать стран располагают программами иммунизации против вируса папилломы человека в целях профилактики рака шейки матки.

Укрепление систем здравоохранения для борьбы с НИЗ

47. Укрепление систем здравоохранения для целей борьбы с НИЗ и воздействия на лежащие в их основе детерминанты посредством ориентированной на нужды людей первичной медико-санитарной помощи и всеобщего охвата услугами здравоохранения на всех этапах жизни – важное условие для выполнения целей ГММ и обязательств, данных под эгидой ООН.

48. Для того чтобы далее двигаться в направлении всеобщего охвата услугами здравоохранения и повышать эффективность систем здравоохранения, необходимо выявлять соответствующие возможности и, напротив, препятствия, и находить варианты для реализации мер по их преодолению. ВОЗ положила начало процессу оценки стран, в том числе и с разработкой схем для балльной оценки, которые помогают выявлять основные препятствия и определять, согласно конкретному контексту, приоритеты и рекомендации для улучшений. На данный момент такие оценки были проведены в 14 странах из разных частей Европейского региона, и в настоящее время там осуществляются различные инновационные меры политики.

Поддерживающие вмешательства

Улучшение окружающей среды и других условий

49. Значительная доля НИЗ связана с экологическими и профессиональными факторами риска. Внимание к социально-экономическим условиям, в которых человек растет, работает, отдыхает и стареет, может внести дальнейший вклад в развитие общих подходов к минимизации основных факторов риска НИЗ и влиянию на их детерминанты.

50. Цель 3 ГММ заключается в относительном сокращении по меньшей мере на 10% распространенности недостаточной физической активности к 2025 г. По имеющимся оценкам, распространенность недостаточной физической активности среди взрослого населения Европейского региона в 2010 г. составляла от 10,1% до 38,6% у мужчин и от 11,7% до 47,2% у женщин. Уровень физической активности снижается также среди детей и подростков от 11 до 17 лет: здесь показатели недостаточной физической активности варьируются от 65,6% до 91,0% у мужского пола и от 79,6% до 91,2% у женского.

51. Надлежащая реконструкция физической среды обитания позволяет сделать физическую активность частью повседневной жизни, благодаря содействию активным способам передвижения (таким как велосипед и ходьба пешком) и физически активным формам досуга. На положение дел с физической активностью также влияет политика в области обустройства городской среды и транспорта, которые могут способствовать популяризации езды на велосипеде и ходьбы пешком посредством развития безопасной инфраструктуры, а также могут обеспечивать наличие удобно расположенных зеленых зон для физически

активных форм досуга и изменения стереотипов поведения в пользу здоровья. Приоритеты для политики в этой сфере перечислены в Стратегии в области физической активности для Европейского региона ВОЗ на 2016–2025 гг.

Имеющиеся трудности

52. Ниже приводится (в произвольном порядке) перечень сохраняющихся и новых проблем и задач:

- Дополнительного внимания и интенсивных мер требует сохраняющийся несправедливый разрыв между странами в отношении преждевременной смертности, основных факторов риска и детерминант, особенно в том, что касается ССЗ у мужчин. Решение этой проблемы в состоянии помочь странам выполнить цели в отношении НИЗ.
- Менее существенное снижение смертности от рака, в том числе относительно основных предотвратимых причин, изменение гендерной структуры, а также недостаточные показатели раннего выявления говорят о потребности в дальнейшем развитии канцер-регистров, содержащих богатую и разностороннюю информацию, и оптимизации ранней диагностики и лечения.
- Во многих странах несколько важных факторов риска по-прежнему остаются на высоком уровне, практически не меняясь, несмотря на признание остроты этих проблем. Требуются конкретные меры политики для поддержки скорейшего внедрения наиболее выгодных мероприятий (высокоэффективных и рациональных с точки зрения затрат и результатов) для профилактики и борьбы с НИЗ.
- Необходимо продолжить такое успешное направление действий, начатое при участии целого ряда технических программ ВОЗ, как совершенствование функций систем здравоохранения, включая раннюю диагностику, лечение и мониторинг качественных показателей.
- Для оценки прогресса в конкретных областях глобальных и европейских стратегий по профилактике и борьбе с НИЗ потребуется далее развивать мониторинг и эпиднадзор в этой области, а также соответствующие индикаторы для систем здравоохранения. Особое внимание в настоящее время направлено на снижение преждевременной смертности, но в будущем можно использовать также и такие целевые показатели для оценки прогресса, как снижение уровня инвалидности, продолжительность здоровой жизни и повышение благосостояния.
- Известно, что качество воздуха и изменение климата тесно связаны с НИЗ, особенно с ССЗ и ХРЗ, и в целом оказывают немалое влияние на население. Загрязнение воздуха затрагивает все большую часть городского населения, а также людей, проживающих вблизи от крупных автомагистралей. В связи с этим потребуется мониторинг плотности транспортной сети и качества воздуха, а также их влияния на здоровье. Одновременно с этим в Европейском регионе необходимо повышать точность и достоверность измерения показателей ХРЗ среди населения, а также провести оценку и оптимизацию систем управления медико-санитарной помощью.

53. Учитывая наличие нерешенных проблем, связанных с НИЗ, и потребность в оптимизации и наращивании усилий, новый предлагаемый План действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ на 2016–2025 гг. может стать подходящим инструментом для решения этих и других задач.

Библиография¹

1. Курс на оздоровление. Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями. 2006 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/gaining-health.-the-european-strategy-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases>).
2. План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями (2012–2016 гг.). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/publications/2012/action-plan-for-implementation-of-the-european-strategy-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-20122016>).
3. Политическая декларация совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2011 (http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/ru/).
4. Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/ru/>).
5. Проект комплексной глобальной системы мониторинга и целей по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (A66/8; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-ru.pdf).
6. Резолюция A/RES/68/300 Генеральной Ассамблеи ООН. Итоговый документ совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по всеобъемлющему обзору и оценке прогресса, достигнутого в профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2014 (A/RES/68/300; 2014 (http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/68/300&referer=http://www.un.org/depts/dhl/resguide/r68_resolutions_table_en.htm&Lang=R)).
7. Прогресс в выполнении целевых ориентиров политики Здоровье-2020. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2015 г.: целевые ориентиры и более широкая перспектива – новые рубежи в работе с фактическими данными. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015

¹ Все ссылки даны по состоянию на 25 июля 2016 г.

- (<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2015>).
8. Health in 2015: from MDGs to SDGs. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/#>).
 9. Noncommunicable diseases progress monitor 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-progress-monitor-2015/en/>).
 10. Неравенства в период взросления: гендерные и социально-экономические различия в показателях здоровья и благополучия детей и подростков. Исследование "Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья" (HBSC): международный отчет по результатам обследования, проведенного в 2013–2014 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/growing-up-unequal-gender-and-socioeconomic-differences-in-young-peoples-health-and-well-being.-health-behaviour-in-school-aged-children-hbcs-study-international-report-from-the-20132014-survey>).
 11. Социальные детерминанты здоровья и благополучия подростков. Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья (HBSC): международный отчет по результатам опроса, проведенного в 2009/2010 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.-health-behaviour-in-school-aged-children-hbcs-study>).
 12. Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/).
 13. Poznyak V, Fleischmann A, Rekke D, Rylett M, Rehm J, Gmel G. The World Health Organization's global monitoring system on alcohol and health. Alcohol Res Health. 2013; 35:244–9 (<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arcr352/244-249.htm>).
 14. Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2012/european-action-plan-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol-20122021>).
 15. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2003 (http://www.who.int/fctc/text_download/ru/).
 16. Резолюция EUR/RC65/R4. Дорожная карта действий с целью усиления мер по осуществлению Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака в Европейском регионе на 2015–2025 гг. Копенгаген: Европейское

региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/65th-session/documentation/resolutions-and-decisions/eurrc65r4-roadmap-of-actions-to-strengthen-the-implementation-of-the-who-framework-convention-on-tobacco-control-in-the-european-region-20152025>).

17. Резолюция EUR/RC64/R7. Европейский план действий в области пищевых продуктов и питания, 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/64th-session/documentation/resolutions/eurrc64r7-european-food-and-nutrition-action-plan-20152020>).
18. Резолюция EUR/RC65/R3. Стратегия в области физической активности для Европейского региона ВОЗ, 2016–2025 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 г. (<http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/65th-session/documentation/resolutions-and-decisions/eurrc65r3-physical-activity-strategy-for-the-who-european-region-20162025>).

Е. Отчет о ходе реализации Европейской декларации и плана действий “Здоровье детей и подростков с ограниченными интеллектуальными возможностями и их семей” (резолюция EUR/RC61/R5)

Исходные сведения и введение

1. Европейская декларация ВОЗ о здоровье детей и подростков с ограниченными интеллектуальными возможностями и их семей¹ была принята на Конференции высокого уровня “Улучшать здоровье, повышать качество жизни: дети и подростки с ограниченными интеллектуальными возможностями и их семьи” в Бухаресте (Румыния) в ноябре 2010 г. Декларация, в которую входит и план действий, была принята на шестьдесят первой сессии Регионального комитета в сентябре 2011 г. (резолюция EUR/RC61/R5). В настоящем отчете рассказывается о прогрессе, достигнутом Европейским региональным бюро в ходе выполнения целей Декларации с помощью действий в пяти направлениях, сформулированных в резолюции EUR/RC61/R5.

2. Распространенность ограниченных интеллектуальных возможностей среди детей составляет 1–3%. В Европейском регионе в изолированных учреждениях длительного пребывания по-прежнему находятся по меньшей мере 300 000 детей. Дать точную оценку числу детей с ограниченными интеллектуальными возможностями, находящихся в таких учреждениях, достаточно трудно, поскольку в этих же учреждениях могут находиться и дети с иного рода нарушениями (физическими и/или сенсорными), дети, от которых отказались родители, а также дети, помещенные в учреждения по причинам социального характера. В то же время имеющиеся данные свидетельствуют о том, что не менее чем у 80% детей, помещенных в специализированные учреждения, наблюдаются определенные задержки в развитии или ограниченные интеллектуальные возможности. Длительное нахождение в таком учреждении может приводить к усугублению нарушений интеллекта или к серьезным задержкам в развитии у детей, у которых до этого ограниченных интеллектуальных возможностей не наблюдалось.

3. Целью проведения Конференции высокого уровня было повышение осведомленности о том, что в специализированных учреждениях находится большое число детей с ограниченными интеллектуальными возможностями, и вынесение на утверждение странами ряда задач и мер, которые позволят этим детям стать более самостоятельными, активнее участвовать в жизни общества и в целом получить больше возможностей, в соответствии с принципами Конвенции ООН о правах инвалидов и Конвенции ООН о правах ребенка.

¹ Документ EUR/51298/17/6.

4. В Декларации названы 10 приоритетных направлений, работа по которым призвана дать возможность детям и подросткам с ограниченными интеллектуальными возможностями и их семьям жить здоровой и полноценной жизнью. Эти направления указаны и в резолюции EUR/RC61/R5:

- защищать детей и подростков с ограниченными интеллектуальными возможностями от причинения им вреда и жестокого обращения с ними;
- создавать оптимальные возможности для детей и подростков расти в семейном окружении;
- переводить услуги по уходу из специализированных учреждений на уровень местных сообществ;
- определять потребности каждого ребенка и подростка;
- обеспечивать бесперебойное оказание комплексных высококачественных услуг по охране психического и соматического здоровья;
- защищать здоровье и благополучие семей, заботящихся о детях и подростках;
- расширять участие детей и подростков с ограниченными интеллектуальными возможностями в принятии решений, касающихся их жизни;
- наращивать кадровый потенциал и укреплять профессиональную приверженность;
- собирать необходимую информацию об имеющихся потребностях и фактически предоставляемых услугах и обеспечивать высокое качество услуг;
- инвестировать ресурсы в целях обеспечения равных возможностей и достижения оптимальных конечных результатов.

5. Резолюция EUR/RC61/R5 предлагает директору Европейского регионального бюро ВОЗ обеспечить, в соответствии с мандатом ВОЗ, адекватную приоритетность и выделение необходимых ресурсов для проведения мероприятий и программ, направленных на выполнение требований, изложенных в Декларации и Плане действий, сосредоточивая усилия на следующих направлениях деятельности:

- (a) направляющее руководство в развитии роли и функций систем здравоохранения в соответствии со всеми надлежащими европейскими и глобальными стандартами и стратегиями в целях удовлетворения потребностей детей и подростков с ограниченными интеллектуальными возможностями и их семей;
- (b) предоставление технической поддержки государствам-членам в целях повышения качества предоставляемых услуг и создания устойчивого потенциала;
- (c) оказание поддержки в проведении научных исследований в целях использования их результатов при формировании политики и в

практической деятельности на основе фактических данных и при соблюдении принципов этики;

- (d) мониторинг состояния здоровья детей и подростков с ограниченными интеллектуальными возможностями и их семей и оценка хода выполнения положений Декларации и Плана действий;
- (e) развитие партнерств с ЮНИСЕФ, Европейской комиссией, Советом Европы и другими межправительственными и неправительственными организациями в тех областях, где совместные действия могут способствовать решению поставленных задач...”.

6. В настоящем отчете рассказывается о прогрессе, достигнутом Региональным бюро в ходе выполнения указанных пяти целей к 2020 г.

Достижения, прогресс и вызовы

Осуществление направляющего руководства в развитии роли и функций систем здравоохранения в соответствии со всеми надлежащими европейскими и глобальными стандартами и стратегиями в целях удовлетворения потребностей детей и подростков с ограниченными интеллектуальными возможностями и их семей

7. В контексте Конвенции о правах инвалидов и политики Здоровье-2020 вопросы здоровья детей с ограниченными интеллектуальными возможностями связаны с проблемой неравенств; это межотраслевое явление, которое формируется под воздействием широкого ряда секторов государственной политики. Европейское региональное бюро осуществляет направляющее руководство в отношении роли и функций систем здравоохранения применительно к потребностям детей и подростков с ограниченными интеллектуальными возможностями и их семей, посредством интеграции программ, которые способствуют выполнению этой задачи.

8. В сентябре 2014 г. Региональный комитет на своей шестьдесят четвертой сессии утвердил документ "Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков на 2015–2020 гг." ² (резолюция EUR/RC64/R6). В эту стратегию включены вопросы психических расстройств и ограниченных возможностей у подростков. Принципы стратегии, предполагающие подход с учетом всех этапов жизни человека, на основании фактических данных и с соблюдением прав, создание крепких партнерств и межсекторальное сотрудничество, имеют прямое отношение к выработке такой политики, которая позволит детям и подросткам в Европейском регионе в полной мере реализовать свой потенциал в отношении здоровья, развития и благополучия.

9. Столь же актуальным в отношении потребностей детей и подростков с ограниченными интеллектуальными возможностями представляется и документ

² Документ EUR/RC64/12.

"Инвестируя в будущее детей: Европейский план действий по предупреждению жестокого обращения с детьми, 2015–2020 гг."³, который был утвержден резолюцией EUR/RC64/R6. Из данного Плана, который тесно согласован с Европейской стратегией охраны здоровья детей и подростков, следует, что дети с ограниченными возможностями или поведенческими проблемами, а также дети, живущие в специальных учреждениях, таких как детские дома, подвергаются повышенному риску плохого обращения. Задачи Плана действий дополняют собой приоритеты инициативы "Улучшать здоровье, повышать качество жизни", и в настоящее время прилагаются совместные усилия по осуществлению Стратегии и Плана действий, включая укрепление соответствующего мониторинга.

10. В мае 2014 г. Всемирная ассамблея здравоохранения приняла резолюцию WHA67.8, согласно которой государства-члены должны надлежащим образом признавать особые потребности людей с расстройствами аутистического спектра и другими нарушениями развития, а ВОЗ должна взаимодействовать с государствами-членами и партнерскими организациями для оказания необходимой поддержки. Аутизм отнесен к ограниченным интеллектуальным возможностям, согласно определению, данному в Декларации, поскольку ограниченные интеллектуальные возможности наблюдаются у 75% людей с аутизмом, и многие такие лица находятся в одних и тех же учреждениях. На следующем этапе реализации ВОЗ акцентирует внимание на неотложном проведении оценок потребностей и осуществлении специализированных вмешательств на доказательной основе.

Предоставление технической поддержки государствам-членам в целях повышения качества предоставляемых услуг и создания устойчивого потенциала

11. Европейское региональное бюро поддерживает выработку стратегий здравоохранения и внедрение необходимых услуг, анализируя для этого эффективность национальных систем охраны психического здоровья. Большая часть таких мер осуществляется в контексте двухгодичных соглашений о сотрудничестве (ДСС) с государствами-членами, а некоторые меры реализуются по специальным запросам министерств. В 2012–2013 гг. реализация национальных программ по охране психического здоровья предусматривалась ДСС с 24 странами, а в 2014–2015 гг. (равно как и в 2016–2017 гг.) – с 26 странами, причем большинство ДСС предусматривают поддержку для проведения деинституционализации и развития услуг, предоставляемых по месту жительства. Несколько стран (Албания, Армения, Болгария, Венгрия, Грузия, Кыргызстан, Республика Молдова, Румыния, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Украина и Чешская Республика) обратились к Региональному бюро за помощью в проведении оценок и выработке рекомендаций, в том числе относительно состояния учреждений.

12. Некоторые страны демонстрируют определенный прогресс. В Болгарии, Республике Молдова и Румынии было значительно сокращено число койко-мест в

³ Документ EUR/RC64/13.

специализированных учреждениях. Все страны, обратившиеся за поддержкой, осуществляют реформы. Был сформулирован перечень общих проблем. Так, сокращение коечного фонда означает перенос ответственности с центральных на местные органы управления, которые не всегда в состоянии надлежащим образом решать задачи, связанные с бюджетом. В большинстве стран отмечается недостаточная эффективность услуг по месту жительства и низкий уровень подготовки кадровых ресурсов. Стигматизация и дискриминация по-прежнему препятствуют полноценной интеграции в общество.

13. В Турции Региональному бюро было предложено принять участие в реализации крупного проекта по поддержке для людей с ограниченными возможностями. Проект акцентирован на помощи людям с ограниченными психическими возможностями, которые определяются как лица с ограниченными интеллектуальными возможностями и лица с длительными психическими расстройствами. Проект, финансируемый при содействии Европейской комиссии, был начат в 2011 г., и первый его этап был завершен в 2014 г. Помимо прочего, проект затрагивал и подростков. Региональное бюро обеспечивало координацию в сфере развития услуг для людей с ограниченными возможностями посредством эффективного сотрудничества с министерствами, специализированными учреждениями, местными органами власти, университетами, организациями в системе ООН, неправительственными организациями, гражданским обществом, местными лидерами общественного мнения и частным сектором. Благодаря проекту государственные органы Турции смогли снизить численность учреждений, а также открыть в стране около 75 центров для оказания услуг по месту жительства и более 40 "домов надежды" (небольших интернатов для людей с ограниченными возможностями).

Оказание поддержки в проведении научных исследований в целях использования их результатов при формировании политики и в практической деятельности на основе фактических данных и при соблюдении принципов этики

14. В партнерстве с ВОЗ было реализовано несколько научных проектов. Так, в 2014 г. Фонд "Люмос" завершил проект "От слов – к действиям". Этот пилотный проект, финансируемый Европейской комиссией, был направлен на поиск путей для реализации положений Европейской декларации о здоровье детей и подростков с ограниченными интеллектуальными возможностями и их семей. Европейская комиссия полностью поддержала Декларацию и ее приоритеты, а также признала требующими особого внимания вопросы деинституционализации и обеспечения прав детей и подростков с ограниченными интеллектуальными возможностями. Проект охватывал детей и подростков с ограниченными интеллектуальными возможностями, их родителей, а также лиц, формирующих политику, и работников здравоохранения и образования. Проект осуществлялся в Болгарии, Сербии и Чешской Республике. Выбор стран-участниц проекта был обусловлен существующими в них проблемами, связанными с числом детей, находящихся в специальных учреждениях, немалыми трудностями, связанными с культурными особенностями и экономическим развитием, а также тем фактом, что до начала проекта ни в одной из трех стран не было структур для реальной интеграции интересов детей с ограниченными интеллектуальными возможностями в процессы выработки политики.

15. В результате проекта был сделан вывод о необходимости включения интересов детей с ограниченными интеллектуальными возможностями в имеющие отношение к ним меры политики и направления для деятельности, а также об огромном значении готовности всех заинтересованных сторон понимать потребности и потенциал таких детей и соответствующим образом корректировать свои действия. Для того чтобы придать процессам коллективного принятия решений устойчивый характер и закрепить такие процессы в обществе, требуется благоприятная среда, традиции инклюзивности и твердая политическая приверженность.

Мониторинг состояния здоровья детей и подростков с ограниченными интеллектуальными возможностями и их семей и оценка хода выполнения положений Декларации и Плана действий

16. В 2016–2017 гг. ВОЗ планирует новую оценку положения дел детей и подростков с ограниченными интеллектуальными возможностями и их семей, которая пройдет в контексте обследования специализированных учреждений для взрослых с ограниченными интеллектуальными возможностями в Европейском регионе, начатого в 2015 г. В первую очередь, проект затрагивает вопросы численности учреждений для взрослых с ограниченными интеллектуальными возможностями и хроническими психическими расстройствами и качества их услуг, но также в его рамках была создана сеть, способная предоставлять информацию относительно пребывания в таких учреждениях подростков, в соответствии с положениями резолюции EUR/RC61/R5. Региональное бюро будет предоставлять ресурсы, необходимые для реализации этого проекта.

Развитие партнерств с ЮНИСЕФ, Европейской комиссией, Советом Европы и другими межправительственными и неправительственными организациями в тех областях, где совместные действия могут способствовать решению поставленных задач

17. Тесное партнерство с ЮНИСЕФ продолжается в течение всего времени, прошедшего с момента проведения Конференции высокого уровня в Бухаресте в 2010 г. Обе организации регулярно проводят совещания с представителями Европейской комиссии и обсуждают между собой ход деинституционализации. Региональное бюро консультирует Европейскую комиссию относительно положения дел в странах ЕС, а также помогает государствам-членам в подготовке обращений за получением ресурсов от ЕС.

18. Также ВОЗ поддерживает постоянную связь с представителем Комитета ООН по правам человека в Европе, обсуждая вопросы прав и институционализации. Региональное бюро принимает участие в совещаниях Совета Европы по проблеме ограниченных возможностей.

19. Продолжают работу и партнерства с НПО и экспертными организациями в данной сфере, такими как Фонд "Люмос". "Фонд психического здоровья" и Институт Пикера (Соединенное Королевство) поддерживают проведение оценок качества и обучение персонала. Свой вклад в проведение оценок учреждений вносят и сотрудничающие центры ВОЗ, в т.ч. в Вероне и в Триесте (Италия),

Лондонский университет им. королевы Марии (Соединенное Королевство), Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. Сербского в Москве и Научно-исследовательский психоневрологический институт им. Бехтерева в Санкт-Петербурге (Российская Федерация). Прогресс в сокращении числа специализированных учреждений и усилении потенциала для оказания услуг по месту жительства обсуждался на совещаниях Сети здравоохранения Юго-Восточной Европы.

20. Также Региональное бюро провело совещание действующих в этой области европейских профессиональных ассоциаций и согласовало заявление о намерениях, затрагивающее общие вызовы в области оказания услуг и развития кадрового потенциала. Было достигнуто согласие относительно проведения в Европейском регионе обследования кадровых ресурсов, координировать которое будет Региональное бюро.

Категория 3: Укрепление здоровья на протяжении всей жизни человека

Г. Промежуточный отчет о ходе осуществления стратегии и плана действий в поддержку здорового старения в Европе, 2012–2020 гг. (резолюция EUR/RC62/R6)

Исходные сведения и введение

1. В сентябре 2012 г. Европейский региональный комитет ВОЗ на своей шестьдесят второй сессии принял Стратегию и план действий в поддержку здорового старения в Европе на 2012–2020 гг. (документ EUR/RC62/10 Rev.1). Стратегия и план действий предполагают четыре стратегических приоритетных направления для действий, пять приоритетных и три вспомогательных вмешательства для поддержки здорового старения – приобретающего всю большую актуальность аспекта здоровья и благополучия – в условиях стремительного старения населения в Европейском регионе ВОЗ. В промежуточном отчете, который согласно резолюции EUR/RC62/R6 будет вынесен на рассмотрение шестьдесят шестой сессии Европейского регионального комитета, рассказывается о достигнутом прогрессе в осуществлении Стратегии и плана действий.
2. Поддержка здорового старения – программа, участие в реализации которой принимают сразу несколько отделов и ряд других программ в Европейском региональном бюро ВОЗ. На уровне стран стратегические инициативы в поддержку здорового старения часто носят межсекторальный характер, и для их реализации требуется сотрудничество между различными государственными ведомствами, с укреплением партнерств и строительством коалиций с широким кругом заинтересованных сторон. В таком контексте действия в области старения и здоровья в Европейском регионе напрямую связаны с ключевыми принципами политики Здоровье-2020.
3. В условиях ускорившегося старения населения во всех частях Европейского региона тема активной старости и здорового старения по-прежнему занимает важное место в повестке дня государств-членов. После принятия Стратегии и плана действий в большинстве стран появились собственные меры в поддержку здоровой и активной старости, как в виде отдельных программ, так и в контексте других национальных стратегий и планов действий, которые более широко затрагивают тему старения. Появились инициативы по созданию новых или совершенствованию существующих мер политик. Еще больше стран (в настоящее время – восемь) обратились к Региональному бюро за поддержкой в планировании и реализации политики в поддержку здорового старения в рамках двухгодичных соглашений о сотрудничестве.
4. Начиная с 2012 г. Европейское региональное бюро ВОЗ оказывало государствам-членам поддержку:

- осуществляя оценку ситуации в стране (например, в бывшей югославской Республике Македония);
- разрабатывая комплексные национальные планы действий в поддержку активной и здоровой старости (Словения);
- помогая разработке специализированных стратегий в рамках общих программных реформ; здесь следует особо отметить внедрение или реформирование систем оказания длительной помощи (Республика Молдова, Словакия, Словения, Турция и Чешская Республика) и улучшение координации и интеграции услуг, ориентированных на лиц старшего возраста (Сербия).

5. Региональное бюро уделяет немалое внимание совершенствованию и развитию рамочной основы и инструментария ВОЗ по созданию средовых условий, благоприятных для всех возрастов. В настоящее время государства-члены широко применяют эти механизмы на разных уровнях государственного управления.

Стратегические приоритетные направления для действий и приоритетные вмешательства

6. Обеспечение здорового старения путем заботы о здоровье на протяжении всей жизни – одно из неперемных условий для выполнения целевых ориентиров политики Здоровье-2020, поскольку дальнейшее увеличение ожидаемой продолжительности жизни в государствах-членах Европейского региона все в большей степени зависит от улучшения здоровья и снижения смертности в старших возрастных группах, что подтверждает, в частности, база данных исследования "Глобальное бремя болезней" (1). Стратегии и меры политики в области здорового старения путем заботы о здоровье на протяжении всей жизни стали важной частью повестки Европейской министерской конференции ВОЗ "Охват всех этапов жизни в контексте политики Здоровье-2020", которая прошла в октябре 2015 г. в Минске (Беларусь).

7. Инвестиции в заботу о здоровье на протяжении всей жизни и поддержку здорового старения также необходимы для решения проблемы значительных и все еще растущих неравенств в отношении здоровья и благополучия людей старшего возраста, как между странами, так и внутри отдельных стран. Об этих неравенствах подробно говорится в двух публикациях.

- краткая аналитическая справка "Борьба с неравенствами в отношении здоровья среди лиц старшего возраста в Европейском регионе ВОЗ", была составлена на основании документа "Обзор социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ: заключительный доклад" (2) и продолжающейся работы Регионального бюро в отношении средовых условий, благоприятных для всех возрастов;
- отчет о здоровье и качестве жизни людей старшего возраста, живущих в регионе Помурье (преимущественно сельский район Словении), и фактические данные для него были получены в рамках исследования неравенств в здоровье среди пожилых людей, живущих в этой местности.

8. Внимание уделяется и гендерным аспектам здорового старения, таким как расширение поддержки для людей, которые осуществляют длительный уход за своими родственниками, а также расширение охвата и повышение качества помощи для людей старшего возраста с функциональными ограничениями. В обеих этих группах преобладают женщины. Эти и другие вопросы затронуты в опубликованном Региональным бюро в 2016 г. докладе "От высокой продолжительности жизни к общему улучшению здоровья женщин в Европе" (3).

9. Под заголовком "Старение и сексуальное здоровье" вышел 77-й выпуск Европейского журнала по сексуальному и репродуктивному здоровью "Entre Nous" (4). В его статьях обсуждается широкий спектр вопросов старения и сексуального здоровья, от конкретных патологий до более широких социальных тенденций признания сексуальности и сексуального здоровья неотъемлемой частью здоровья и благополучия в старшем возрасте. В нескольких его статьях рассматривались возможности для того, чтобы добиться, наряду с увеличением продолжительности жизни, повышения показателей здоровья и благополучия в старших возрастных группах, в том числе и сексуального здоровья; таким образом, затрагивались наиболее личные, интимные аспекты здорового старения.

10. С 2012 г. ряд ключевых аспектов общественного здравоохранения, связанных с приоритетными и вспомогательными вмешательствами Стратегии и плана действий в поддержку здорового старения, были отражены в планах действий, подготовленных на региональном уровне, таких как Европейский план действий по охране психического здоровья на 2013–2020 гг. (документ EUR/RC63/11), Европейский план действий в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 гг. (документ EUR/RC64/14), Стратегия в области физической активности для Европейского региона ВОЗ на 2016–2025 гг. (документ EUR/RC65/9) и Европейский план действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями (документ EUR/RC66/11), который будет вынесен на рассмотрение шестьдесят шестой сессии Регионального комитета.

11. В Европейском регионе все чаще отмечается, что определенные группы потенциально уязвимых людей старшего возраста нуждаются в дополнительном внимании. В Печской декларации о здоровом старении в сообществах народности рома, принятой по итогам двухдневного семинара в г. Печ (Венгрия) в 2014 г., приводятся стратегические рекомендации по вопросам здорового старения в данной группе населения. Участники этого семинара пришли к выводу о том, что неравенства в отношении здоровья между народностью рома и другими группами населения более всего проявляются в старшем возрасте, и поэтому вопросы здорового старения для народности рома требуют дополнительного внимания в научных исследованиях и в мерах политики, в том числе направленных на преодоление проблем, связанных с получением пожилыми людьми народности рома необходимых услуг здравоохранения и социальной помощи, соответствующих их возрасту.

12. В одной из глав документа "Здоровье заключенных" (5), опубликованного Региональным бюро в 2014 г., приводятся фактические данные в поддержку мер политики по улучшению положения людей старшего возраста, содержащихся под стражей, которые постепенно становятся особо уязвимой категорией; в частности,

люди, страдающие деменцией, подвергаются повышенному риску неполучения необходимой помощи в связи с их особыми потребностями.

13. Предупреждение падений стало частью большинства планов действий в странах, и для решения этой проблемы ведется планирование доступных городских пространств и адаптация стандартов в отношении жилья. Вместе с тем, падения остаются актуальной проблемой не только с точки зрения создания благоприятных для здорового старения средовых условий, но и с точки зрения повышения качества помощи в учреждениях здравоохранения и социального обслуживания. В Литве состоялся диалог по вопросам политики в отношении комплексного подхода к предупреждению падений, в поддержку реализации национальной стратегии в области здорового старения.

14. В ряде стран определенный прогресс отмечается в отношении стандартов качества длительной помощи; здесь можно отметить и инициативы местных органов власти, такие как создание благоприятных для здоровья домов престарелых. В то же время факты говорят о том, что для решения проблемы может быть сделано намного больше – например, это касается предупреждения падений в специализированных учреждениях и полноценной адаптации антропогенной среды.

15. Работа по повышению качества длительной помощи на уровне Регионального бюро ведется в рамках сотрудничества между Отделом неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни и Отделом систем здравоохранения и охраны общественного здоровья, в соответствии с документом "Укрепление систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей, в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения" (документ EUR/RC66/15), в контексте усилий Регионального бюро в отношении ориентированных на нужды людей систем здравоохранения и длительного ухода.

16. В частности, благодаря таким усилиям в Сербии в ноябре 2015 г. был разработан алгоритм помощи пациентам с деменцией, позволяющий повысить качество и улучшить координацию помощи и, в конечном итоге, повысить общее качество жизни людей старшего возраста. Такие алгоритмы позволяют пациентам получать важную информацию и указания в отношении профилактики, контроля и комплексного ведения болезней, а также от "траекторий" поддержки в секторе здравоохранения и в сотрудничестве с другими секторами.

17. В Чешской Республике было проведено исследование, посвященное будущему длительной помощи, в рамках которого анализировались условия оказания помощи в настоящее время, с учетом экономических аспектов финансирования и предоставления длительной помощи. Данные, полученные в ходе исследования, были использованы при проведении в стране диалога по вопросам политики в отношении будущей реформы длительной помощи. Вводные обзоры ситуации для последующего проведения аналогичных диалогов, а также обсуждения реформ, проводятся в Словении и Турции.

18. Европейский план действий в отношении вакцин на 2015–2020 гг. (документ EUR/RC64/15) предполагает применение принципа охвата всех этапов жизни человека в контексте вакцинации. Так, в зимнем сезоне 2015 г. проводилась информационно-просветительская кампания по вакцинации против гриппа для лиц старшего возраста. Для того чтобы обратить вспять проявившуюся в последние годы тенденцию к снижению охвата вакцинацией (которая наблюдается там, где имеются соответствующие данные), необходимо повышать осведомленность о пользе вакцинации для людей старшего возраста.

19. В Докладе о положении дел в мире в сфере профилактики насилия (2014 г) (6), опубликованном ВОЗ, Программой развития ООН и Управлением ООН по наркотикам и преступности, и в документе с профилями стран говорится о росте осведомленности о проблеме жестокого обращения с пожилыми людьми и о политической приверженности ее решению в Европейском регионе. Данные отчета основаны на результатах глобального обследования по вопросам профилактики насилия и травматизма, которое само по себе представляет инструмент для дальнейшего мониторинга прогресса в этой сфере в Регионе.

20. По-прежнему растут городов и местных сообществ, которые строят свои планы действий по созданию благоприятных для здорового старения средовых условий на базе созданной ВОЗ сети городов и сообществ с условиями, благоприятными для всех возрастов. С 2012 г. в ряде стран (напр., в Ирландии, Соединенном Королевстве, Финляндии и Франции) эти инициативы получают больше прямой государственной поддержки на более высоком, в том числе и центральном, уровне. Отмечается, что действия на местном уровне имеют ключевое значение для поощрения физической активности и решения проблемы одиночества и социальной изоляции людей старшего возраста

21. В ходе фазы V (2009–2013 гг.) работы Европейской сети "Здоровые города" (ЕНСН) выработка политики с учетом интересов людей всех возрастов стала одним из наиболее обсуждаемых вопросов на муниципальном уровне. Она по-прежнему остается приоритетным направлением – так, города высказали заинтересованность в сохранении этого направления для взаимодействия с Региональным бюро в течение фазы VI (2014–2018 гг.). Двенадцать городов вошли в состав Целевой группы по здоровому старению, занимаясь вопросами обмена знаниями и, вместе с Региональным бюро, разрабатывая инструменты по созданию благоприятных для всех возрастных групп средовых условий, которые могли бы использовать и другие города и сообщества.

22. Вопросы здорового старения регулярно обсуждаются в ходе ежегодных совещаний Сети. При этом затрагивается широкий круг тем – от участия в жизни общества, физической активности и благоприятной для всех возрастных групп антропогенной среды до многоуровневого стратегического руководства, мониторинга, индикаторов и оперативных оценок хода реализации тех или иных мер.

23. По итогам взаимодействия Регионального бюро и европейских городов и сообществ в составе ЕНСН и Глобальной сети городов и сообществ с благоприятными условиями для различных возрастов была выпущена публикация "Средовые условия, благоприятные для всех возрастных групп населения в

Европейском регионе" (7), ставшая результатом совместного проекта Регионального бюро и Директората по занятости, социальным вопросам и социальному приобщению Европейской комиссии. В рамках этого проекта (2013–2016 гг.) Региональное бюро и другие партнеры тесно взаимодействовали с Европейской комиссией, в соответствии с данным Региональным бюро обязательством по сотрудничеству в составе Европейского партнерства в поддержку инноваций в области активного и здорового старения.

24. В июне 2013 г. под эгидой председательства Ирландии в Совете Европейского союза (ЕС) в Дублине прошел Саммит ЕС по активной старости и здоровому старению, где обсуждалась дальнейшая реализация мер политики в поддержку средовых условий, благоприятных для всех возрастов, через международное движение городов и муниципалитетов, на основании руководящих принципов, взятых из публикаций сети ВОЗ "Здоровые города". Итогом совещания стало подписание представителями городов и региональных органов власти Дублинской декларации о благоприятных для людей всех возрастов городах и местных сообществах (2013 г.), в которой признается роль Европейского регионального бюро и его основных механизмов политики для дальнейшего развития в Европе движения в поддержку благоприятных условий окружающей среды.

25. Поддержка в выработке политики на уровне стран акцентирована на вопросы, связанные с реформой длительной помощи, паллиативной помощью, надлежащим и равноправным доступом к услугам здравоохранения, в т.ч. длительной помощи, и комплексным предоставлением медицинских услуг; все эти вопросы имеют непосредственное отношение к стратегическому приоритетному направлению 3 – "ориентированные на нужды людей системы здравоохранения и длительного ухода, приспособленные к потребностям стареющего населения" – Стратегии и плана действий в поддержку здорового старения. Эта деятельность осуществлялась во взаимодействии с Отделом неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни и Отделом систем здравоохранения и охраны общественного здоровья.

26. В Словении Региональное бюро с самого начала принимало участие в дискуссиях о создании новой комплексной стратегии в поддержку активной старости и здорового старения. Этот проект финансируется Генеральным директоратом Европейской комиссии по занятости, социальным вопросам и социальному приобщению, Министерством труда, семьи, социальных дел и равных возможностей и Министерством здравоохранения.

27. В последние годы в странах Европейского региона возросли инвестиции в оказание длительной помощи, как в рамках специализированных стратегий длительной помощи, так и в составе общих средств, выделяемых на здравоохранение и социальную сферу. Расходы на длительную помощь представляют собой одну из наиболее быстро растущих сфер расходов на здравоохранение, и в период после финансового кризиса 2008 г. они пострадали меньше, чем общие расходы на здравоохранение.

28. Растет и число инициатив, которые предусматривают отдельное планирование или так или иначе ориентированы на повышение качества помощи

и улучшение интеграции для людей, живущих с деменцией. Об активном участии Европейского региона в этой сфере политики свидетельствуют, в частности, выступление представителей Региона на Первой конференции ВОЗ на уровне министров по глобальным действиям против деменции, организованной ВОЗ при поддержке Министерства здравоохранения Соединенного Королевства и Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР). Региональное бюро примет участие в Инициативе Европейской комиссии по совместным действиям по борьбе с деменцией.

29. Рамочная основа "Средовые условия, благоприятные для всех возрастных групп населения в Европейском регионе", созданная Региональным бюро для мониторинга и оценки таких условий окружающей среды, является важным инструментом для помощи местным органам власти в укреплении базы фактических данных и проведении научных исследований, посвященных здоровому старению. В ней суммируются богатые данные исследований и примеры из практического опыта быстро развивающегося сообщества городов и общин, благоприятных для людей любого возраста. В то же время, как подчеркивается во Всемирном докладе о здоровье и старении (8), по-прежнему сохраняются крупные пробелы в знаниях о тенденциях и глубинных механизмах здорового старения и самостоятельной жизни. Устранение этих разрывов отвечает интересам дальнейшей выработки политики и требует тесного сотрудничества с партнерами, в т.ч. с Европейской комиссией, Европейской экономической комиссией ООН (ЕЭК ООН), ОЭСР и Всемирным банком.

Перспективы на 2017–2020 гг.

30. В течение ближайших четырех лет особое внимание будет направлено на проблему кадровых ресурсов здравоохранения в контексте старения населения и на дальнейшее развитие сотрудничества в поддержку здорового старения с международными структурами (такими как Европейская комиссия, ОЭСР, ЕЭК ООН, ЮНФПА и Всемирный банк), в том числе в отношении соответствующих индикаторов, а также между тремя уровнями ВОЗ. В частности, это касается сотрудничества относительно "Индекса активной старости" ЕЭК ООН и Европейской комиссии, а также проводимого ЕЭК ООН мониторинга Региональной стратегии осуществления Мадридского международного плана действий по проблемам старения и соответствующего раунда отчетности в 2017 г.

31. Значительно повысить слаженность, равно как и общую актуальность взаимодействия с государствами-членами в вопросах здорового старения поможет публикация Всемирного доклада о здоровье и старении (8) и подготовленной с участием Регионального бюро новой Глобальной стратегии и плана действий ВОЗ в отношении здорового старения (9).

32. Наконец, дальнейшее совершенствование в 2016 г. целевых ориентиров и индикаторов на глобальном и региональном уровнях будет способствовать мониторингу выполнения Стратегии и плана действий в поддержку здорового старения в Европе с 2017 по 2020 гг. Присутствующий в Глобальной стратегии и плане действий акцент на потребность в создании во всех странах систем длительной помощи также полностью соответствует дальнейшим планам

Регионального бюро по наращиванию, во взаимодействии с государствами-членами, работы в этом направлении.

Библиография¹

1. Global Burden of Disease (GBD) [online database] Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/gbd/en/).
2. Обзор социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ: заключительный доклад. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report>).
3. От высокой продолжительности жизни к общему улучшению здоровья женщин в Европе. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/publications/2015/beyond-the-mortality-advantage.-investigating-womens-health-in-europe>).
4. Ageing and sexual health. *Entre Nous*. 2013;77;1–31. (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/publications/entre-nous/entre-nous/ageing-and-sexual-health.-entre-nous-no.-77,-2013>).
5. Prisons and health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/2014/prisons-and-health>).
6. Доклад о положении дел в мире в сфере профилактики насилия за 2014 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 (совместная публикация ВОЗ, Управления ООН по наркотикам и преступности и Программы развития ООН (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/report/report/en/)).
7. Окружающая среда в Европе, благоприятная для всех возрастных групп (AFEEE) [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/activities/age-friendly-environments-in-europe-afee>).
8. Всемирный доклад о старении и здоровье. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 (<http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>).
9. Глобальная стратегия и план действий по старению (проект). Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 (документ А69/17, <http://www.who.int/ageing/global-strategy/en/>).

¹ Все ссылки даны по состоянию на 28 июля 2016 г.

Г. Итоговый отчет о прогрессе на пути к достижению связанных со здоровьем Целей тысячелетия в области развития в Европейском регионе ВОЗ (резолюция EUR/RC57/R2)

Исходные сведения и введение

1. Принятие Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций (резолюция Генеральной Ассамблеи A/RES/55/2) в сентябре 2000 г. и ее официальное оформление в Цели тысячелетия в области развития (ЦТР) представляло собой значительное достижение, обеспечившее механизм для содействия развитию с учетом принципа инклюзивности. Процесс реализации этого механизма оказался сложным и комплексным. Извлеченные при этом уроки дали информацию для подготовки и обсуждения повестки дня в области развития на период после 2015 г., а также для составления окончательного проекта итогового документа "Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 г."
2. С момента принятия ЦТР в Европейском регионе ВОЗ наблюдались значительные улучшения показателей здоровья, являющегося важнейшей составляющей благополучия людей. Вместе с тем, эти улучшения происходили не везде и не для всех. Неравенства в здоровье сохраняются как внутри стран, так и между странами. Стремительный рост распространенности неинфекционных заболеваний (НИЗ), инвалидности и психических заболеваний, экологические риски для здоровья и финансовая неопределенность создают новые трудности для систем здравоохранения и социальной защиты. Доказательством этого являются сложности, с которыми сталкиваются многие страны в восточной части Региона в достижении ЦТР, связанных со здоровьем.
3. Для сохранения достигнутых на настоящий момент успехов и для обеспечения наивысшего достижимого уровня здоровья в качестве одного из фундаментальных прав всех людей, живущих во всех странах и относящихся ко всем группам населения, необходимо сделать еще очень многое.
4. Это требует решения нерешенных задач, связанных с ЦТР, а также ответа на вызовы, связанные с НИЗ, проблемами психического здоровья, сексуального и репродуктивного здоровья, а также обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения. Политика Здоровье-2020 и принятая недавно Повестка дня в области развития на период до 2030 г. предоставляют прекрасную концептуальную основу для улучшения в Регионе показателей здоровья, сокращения неравенств по показателям здоровья и укрепления лидерства и коллективного стратегического руководства в интересах здоровья.
5. В настоящем отчете кратко представлен прогресс в достижении в Европейском регионе ВОЗ связанных со здоровьем ЦТР и в выполнении соответствующих задач (резолюция EUR/RC57/R2).

Прогресс и достигнутые успехи

Цель 4. Сокращение детской смертности

6. Хороший старт в самом начале жизни облегчает защиту и укрепление здоровья на более поздних этапах жизни. Улучшение здоровья матери и ребенка, таким образом, является крайне важным направлением работы Европейского регионального бюро ВОЗ, что еще раз подтверждается в принятой недавно стратегии "Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг." (документ EUR/RC64/12), утвержденной на шестьдесят четвертой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ резолюцией EUR/RC64/R6 в сентябре 2014 г.
7. Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков на 2015–2020 гг. предполагает организацию сбора данных в отношении детей старшего возраста и подростков, а также изучение влияния окружающей среды на здоровье детей всех возрастов, в том числе еще до их появления на свет. Она следует стратегическому видению, в соответствии с которым дети должны быть всегда окружены вниманием и заботой, никогда не испытывать бедности, иметь близкий эмоциональный контакт с заботящимися о них родителями, в первые месяцы жизни вскармливаться исключительно грудным молоком и получать воспитание и образование, которые помогут им стать полноценными членами общества.
8. Хотя в Европейском регионе был достигнут значительный прогресс в сокращении младенческой и детской (среди детей до пяти лет) смертности, несправедливые различия все еще сохраняются. Средний показатель смертности среди детей младше 5 лет сократился с 32 на 1000 живорождений в 1990 г. до расчетного (смоделированного) показателя в 11 на 1000 живорождений в 2015 г., с годовым уровнем сокращения в 4,2% (1). Это соответствует сокращению почти на две трети, что демонстрирует выполнение задачи на 2015 г. Средний региональный показатель младенческой смертности уменьшился с 26 на 1000 живорождений в 1990 г. до 10 на 1000 живорождений в 2015 г. (смоделированный показатель). В 2015 г. задачу 4А ЦТР (сократить на две трети за период с 1990 по 2015 гг. смертность среди детей в возрасте до пяти лет) выполнили 26 стран Региона.
9. Недоношенность, низкая масса тела при рождении, врожденные аномалии, асфиксия новорожденных, родовые травмы и инфекции у новорожденных относятся к ведущим причинам неонатальной смертности; острые респираторные инфекции, диарейные болезни, неинфекционные заболевания и травматизм относятся к ведущим причинам постнеонатальной смертности в Европейском регионе.
10. Региональное бюро оказывает поддержку для повышения квалификации медицинского персонала, ключевых лиц, ответственных за выработку политики, и администраторов, с целью повышения качества оказываемой помощи. Обоснованные фактическими данными методологические инструменты, разработанные ВОЗ совместно с партнерами, адаптируются к национальным условиям и используются для проведения оценок и повышения качества услуг для детей в больницах и в учреждениях первичной медико-санитарной помощи.

Также предоставляется поддержка в области пересмотра учебных программ для работников здравоохранения. Помимо этого, вместе с другими партнерами и учреждениями системы ООН ВОЗ разрабатывает инструменты для повышения организационно-кадрового потенциала в целях сокращения несправедливых различий в достижении целей 4 и 5, с особым акцентом на представителей народности рома.

11. Иммунизация в течение последних десятилетий способствовала значительному сокращению детской смертности в Европейском регионе. Она является приоритетом, которому придается особое значение в рамках политики Здоровье-2020 и Европейского плана действий в отношении вакцин на 2015–2020 гг.

12. Значительный прогресс был достигнут благодаря разработке и внедрению новых вакцин, а также путем расширения охвата программами иммунизации, направленными на снижение смертности и заболеваемости. В настоящее время вакцинацию получают больше людей, чем когда-либо ранее. Расширяется доступ и применение вакцин во всех возрастных группах. В течение последнего десятилетия благодаря поддержке ВОЗ стали доступными новые и все более совершенные вакцины, в том числе конъюгированная пневмококковая вакцина (34 страны), вакцины против ротавирусной инфекции (15 стран) и вируса папилломы человека (42 страны). Это демонстрирует значительный прогресс в достижении цели 4.

13. Несмотря на то, что национальные программы иммунизации в целом прочны, а охват услугами плановой иммунизации высок, в течение последних четырех лет в Регионе возникали вспышки болезней, предупреждаемых с помощью вакцин. С наступлением 2016 г. целевая дата для элиминации кори и краснухи (т.е. 2015 г.) в Регионе была пропущена, однако все же имеются признаки активизации работы в этом направлении, на что указывает обновленная приверженность и прекращение местной передачи обоих вирусов в большинстве стран.

Цель 5. Улучшение охраны материнства

14. Средний уровень материнской смертности в Регионе упал с 44 случаев на 100 000 живорождений в 1990 г. до 16 на 100 000 живорождений в 2015 г. (2). Несмотря на достигнутый прогресс, среднее сокращение показателя на 4% все же не позволяет выполнить задачу 5А ЦТГ (снижение коэффициента материнской смертности на три четверти за период 1990–2015 гг.), установленную на уровне 5,5%. В странах Центральной Азии и Кавказа это сокращение в годовом исчислении было еще меньшим (3%). Средний показатель материнской смертности в странах Европейского союза остается низким, но анализ данных о разных социальных группах внутри стран демонстрирует различия в значениях этого показателя, в связи с чем был разработан ряд адресных вмешательств.

15. Во многих странах отсутствуют надежные и сопоставимые данные о распространенности использования контрацептивных средств, неудовлетворенных потребностях в услугах по планированию семьи и о показателях рождения детей девочками-подростками (показатели задачи ЦТГ 5В).

Вызывают тревогу и весьма низкие показатели использования современных и эффективных методов контрацепции во многих странах Восточной Европы и Центральной Азии. Низкий уровень использования контрацептивных средств в Восточной Европе, а также широкое распространение методов со сравнительно низкой эффективностью обуславливают стабильно высокие уровни аборт, наблюдаемые после периода резкого сокращения в конце 1990-х – начале 2000-х годов. В некоторых странах препятствия для доступа к услугам безопасного прерывания беременности приводят к использованию небезопасных методов, что становится причиной материнской заболеваемости и даже смертности.

16. Европейское региональное бюро ВОЗ поддерживает включение вопросов охраны репродуктивного здоровья и здоровья матери и ребенка в меры национальной политики, реализуемые в рамках систем здравоохранения, и акцентирует внимание на необходимости обеспечения социально справедливого доступа к качественным услугам. На рассмотрение шестьдесят шестой сессии Регионального комитета выносятся "Стратегия в поддержку здоровья и благополучия женщин в Европейском регионе ВОЗ" (документ EUR/RC66/14) и "План действий по охране сексуального и репродуктивного здоровья в поддержку выполнения Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. в Европе – никого не оставить без внимания" (документ EUR/RC66/13).

17. Помимо этого, вместе с другими партнерами и учреждениями системы ООН ВОЗ разрабатывает инструменты для повышения организационно-кадрового потенциала в целях сокращения несправедливых различий в достижении целей 4 и 5, с особым акцентом на представителей народности рома.

Цель 6. Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями

ВИЧ/СПИД

18. В 2014 г. в Европейском регионе было зарегистрировано более 142 000 новых случаев ВИЧ-инфекции, и коэффициент заболеваемости составлял 16,4 на 100 000 населения, а суммарное число случаев ВИЧ-инфекции, диагностированных с момента начала регистрации – по меньшей мере 1,8 миллиона человек. Это означает 76-процентное увеличение числа новых случаев ВИЧ-инфекции по сравнению с 2005 г., когда была диагностирована почти 81 000 новых случаев. Эта тенденция в основном обусловлена ростом заболеваемости в Восточной Европе и Центральной Азии, где число новых диагнозов за последнее десятилетие возросло на 115%. Это представляет собой значительное отличие от других регионов, где число новых случаев ВИЧ-инфекции в целом снижается. Из 142 000 новых случаев, диагностированных в 2014 г., 77% были сконцентрированы в Восточной Европе и Центральной Азии.

19. В 2014 г. было зарегистрировано в общей сложности 16 037 новых случаев СПИДа, что составляет 2,3 новых случая на 100 000 населения, при этом число случаев в Восточной Европе и Центральной Азии (11 890) значительно превышало аналогичный показатель в Западной и Центральной Европе (4147 случаев). Большинство стран Восточной Европы и Центральной Азии сообщали о стойком увеличении числа диагностированных случаев СПИДа; в 2014 г. это число

выросло на 141% по сравнению с 2005 г. В Западной Европе число людей, которым был поставлен диагноз "СПИД", сократилось на 63%.

20. Тестирование на ВИЧ, проводимое на базе местных сообществ, получает все большее применение и распространение в западной части Региона, но до сих пор остается проблемным направлением в странах, расположенных в его восточной части. Общее увеличение числа людей, прошедших тестирование в Европейском регионе, не свидетельствует об улучшении охвата тестированием наиболее нуждающихся в нем лиц, поскольку в среднем показатели охвата у людей, употребляющих инъекционные наркотики, работников коммерческого секса и мужчин, практикующих секс с мужчинами, составляют от 40% до 60%, что значительно ниже европейского целевого показателя, который в 2015 г. должен был составить 90%. Кроме того, сохраняется и проблема позднего выявления: так, доля случаев ВИЧ-инфекции, диагностированных на поздних стадиях¹, в 2014 г. составляла 48%, что негативно сказывается на эффективности лечения, заболеваемости СПИДом и смертности и способствует дальнейшему распространению инфекции.

21. Страны в Европейском регионе добились значительного прогресса в обеспечении лечения и помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией. Антиретровирусная терапия (АРТ) широко доступна в западной части Региона (в конце 2015 г. охват составил в среднем 75%), а также становится доступнее в Восточной Европе и Центральной Азии: в 2015 г. АРТ получали на 210 000 больше людей, чем в 2010 г., то есть рост составил 187% (от 112 100 до 321 800) всего за пять лет. По сравнению с показателями 2005 г. (когда лечение получали всего 15 600 человек), число охваченных АРТ людей увеличилось в 20 раз. Тем не менее, по сравнению с примерно 1,5 млн человек, живущими с ВИЧ (как диагностированными, так и недиагностированными) в Восточной Европе и Центральной Азии, по состоянию на конец 2015 г. только 21% получали АРТ.

22. Сокращение показателей передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку – один из самых успешных примеров борьбы с ВИЧ/СПИДом в Европе. В 2014 г. на этот путь передачи приходилось менее 1% новых случаев; число детей, инфицированных таким путем, сократилось за период с 2005 по 2014 г. на 11%; 74% всех случаев передачи от матери ребенку в 2014 г. было зарегистрировано в восточной части Региона. В странах Европейского региона по-прежнему сохраняется самый высокий в мире охват АРТ беременных женщин, инфицированных ВИЧ (примерно 92% (76→95%) в странах с низким и средним уровнем дохода по состоянию на конец 2014 г.).

23. Весьма существенные успехи были также достигнуты на пути к элиминации передачи от матери ребенку ВИЧ-инфекции и врожденного сифилиса ("двойной элиминации"). Три страны – Армения, Беларусь и Республика Молдова – подтвердили факт элиминации ПМР ВИЧ-инфекции и/или врожденного сифилиса, и еще несколько стран в настоящее время готовятся к валидации по глобальным критериям ВОЗ. Две региональные технические консультации, проведенные в 2015 г. в сотрудничестве с ключевыми агентствами ООН и

¹ Число клеток CD4 < 350 на мл крови при установлении диагноза.

другими важнейшими партнерами в Астане (Казахстан), а также несколько миссий по оценке готовности к валидации, проведенные в 2015 г., стали стимулом для достижения и подтверждения элиминации передачи от матери ребенку ВИЧ-инфекции и врожденного сифилиса.

24. Многое еще необходимо сделать для того, чтобы остановить и повернуть вспять распространение ВИЧ/СПИДа, и работа продолжится в рамках региональных усилий по достижению Цели в области устойчивого развития 3 (здоровье и благополучие) недавно утвержденной Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. Региональное бюро продолжит оказывать поддержку и техническую помощь государствам-членам для принятия разработанных с учетом фактических данных стратегий по лечению и профилактике ВИЧ-инфекции, в особенности среди ключевых групп населения, а также для реализации мер по снижению вреда и программ по профилактике передачи ВИЧ-инфекции половым путем в рамках национальных планов борьбы с ВИЧ-инфекцией. В сотрудничестве с государствами-членами и партнерами Региональное бюро разрабатывает новый региональный план действий по профилактике и борьбе с ВИЧ-инфекцией, который будет представлен на рассмотрение шестьдесят шестой сессии Регионального комитета в сентябре 2016 г. План действий призван обратить вспять эпидемию ВИЧ-инфекции в Регионе, путем преобразования ответных мер сектора здравоохранения. В нем настойчиво предлагается обеспечить приоритизацию высокоэффективных и ускоренных вмешательств, основанных на фактических данных, для скорейшей активизации мер по борьбе с ВИЧ-инфекцией. Огромное значение для успешного осуществления плана действий имеет политическая приверженность со стороны государств-членов.

Малярия

25. Ташкентская декларация 2005 г. "Вперед от борьбы к элиминации малярии" (2005 г.) (3), поддержанная десятью затронутыми малярией странами Региона, стала поворотным моментом в процессе освобождения Европейского региона от малярии. Ташкентская декларация проложила путь к разработке новой региональной стратегии на 2006–2015 гг., которая способствовала тому, что затронутые малярией страны Региона свели к нулю число местных случаев заболевания.

26. Европейский регион первым в мире добился прекращения местной передачи малярии. Число эндемичных случаев малярии снизилось с 90 712 в 1995 г. до нуля в 2015 г., в соответствии с поставленной в Ташкентской декларации целью по элиминации малярии в Регионе к 2015 г. В 2010 г. статус страны, свободной от малярии, был присвоен Туркменистану, в 2011 г. – Армении, а в 2012 г. – Казахстану. Процесс сертификации элиминации малярии в Кыргызстане ожидается завершить к концу 2016 г. Эндемичная передача малярии также была прервана в Азербайджане, Грузии, Таджикистане, Турции и Узбекистане.

27. Это стало возможным благодаря сочетанию следующих важнейших факторов: прочной политической приверженности, улучшения выявления случаев и эпиднадзора за случаями малярии, интегрированных стратегий по борьбе с комарами при участии местных сообществ, трансграничного сотрудничества и

коммуникации, адресованной группам риска. Усилия по элиминации малярии в странах Европейского региона в значительной мере финансировались ключевыми партнерами.

28. Была разработана и опубликована Региональная рамочная основа для сертификации элиминации малярии и предупреждения ее возвращения на 2014–2020 гг. (4). В этом региональном документе определены ключевые меры по предупреждению возвращения малярии в странах, искоренивших это заболевание, и методологические аспекты процесса сертификации стран, свободных от малярии.

29. Хотя в 2015 г. не было зарегистрировано ни одного случая, все еще существует возможность, что в 2016 г. будут выявлены случаи с длительным инкубационным периодом.

30. Это достижение все еще является непрочным. Полученный опыт подчеркивает постоянный риск возвращения малярии и указывает на необходимость сохранения политической приверженности и бдительности и дальнейших инвестиций в укрепление систем здравоохранения, с тем чтобы обеспечить возможность оперативного сдерживания новых случаев при возвращении заболевания.

Туберкулез

31. Задача остановить распространение туберкулеза (ТБ) и связанной с ним смертности и обратить вспять тенденции заболеваемости выполнена в Регионе лишь частично. В 2014 г. уровни заболеваемости и распространенности ТБ, согласно оценкам, составляли 37 и 48 случаев на 100 000 населения, соответственно (5). Заболеваемость туберкулезом снижалась со средней скоростью в 5,2% в год с 2005 г., что является самым быстрым темпом снижения в мире. Распространенность ТБ была сокращена на 28,4% по сравнению с запланированными 50% от исходного уровня 1990 г., однако все же с 2000 г. она сократилась более чем наполовину. Смертность от ТБ составила примерно 3,7 смертей на 100 000 населения, что на 20% меньше, чем в 1990 г., и более чем на 50% меньше, чем в 2000 г.

32. В течение последних пяти лет получили лечение более одного миллиона больных ТБ, включая 53 000 пациентов с ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ); удалось предотвратить около 200 000 случаев МЛУ-ТБ и спасти свыше 2,6 млн жизней (6). Тем не менее, несмотря на постоянное снижение бремени ТБ и значительные успехи согласованных региональных инициатив, Регион еще не полностью выполнил задачи в рамках ЦТР 6.

33. Показатели бремени ТБ в Европейском регионе варьируются в широком диапазоне как внутри стран, так и между ними, и составляют от двух до более 150 случаев на 100 000 населения. Даже внутри стран может наблюдаться значительный разброс показателей: например, в некоторых районах и столицах западноевропейских стран распространенность ТБ может превышать 100 случаев на 100 000 населения. Основное бремя заболеваемости лежит на 18 приоритетных

странах, на которые приходится 83% новых случаев ТБ, 92% смертей от ТБ, 88% случаев ВИЧ-инфекции в сочетании с ТБ и 99% всех случаев МЛУ-ТБ.

34. В 2014 г. было выявлено около половины от расчетных 73 000 случаев МЛУ-ТБ. Распространенность МЛУ-ТБ среди новых случаев ТБ в Регионе составляла 18,4%, в то время как распространенность среди ранее леченных случаев ТБ равнялась 46,2%. Хотя сочетанная инфекция ТБ и ВИЧ в Европейском регионе распространена меньше, чем в ряде других регионов ВОЗ, лишь в Европе наблюдается рост распространенности ВИЧ-инфекции среди больных ТБ: в процентном отношении этот показатель вырос с 2,8% в 2007 г. до 8,0% в 2014 г.

35. В 2013 г. Европейский регион достиг всеобщего охвата противотуберкулезной терапией с использованием препаратов первого и второго ряда. Вместе с тем, показатели успешности лечения новых и рецидивных случаев ТБ за последнее десятилетие оставались стабильно низкими. В 2014 г. этот показатель составил 76%, что значительно ниже целевого ориентира в 85%. Показатели успешности лечения среди пациентов с МЛУ-ТБ также падали, но в 2014 г. впервые этот показатель улучшился, увеличившись с 46% в 2013 г. до 49%.

36. Региональное бюро продолжает оказывать странам техническую помощь в области мониторинга и оценки вмешательств и повышения эффективности управления лекарственным обеспечением, инфекционного контроля, взаимодействия в рамках лабораторных сетей, лечения сочетанной инфекции ТБ-ВИЧ, информационно-разъяснительной работы и коммуникации, клинического ведения больных, системы учета и отчетности, межсекторального взаимодействия, работы с социальными детерминантами ТБ и внедрения подходов, ориентированных на нужды людей, чтобы тем самым обеспечить всеобщий доступ к лечению ТБ в соответствии с положениями политики Здоровье-2020.

37. В 2015 г. закончилась реализация Комплексного плана действий по профилактике и борьбе с туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в Европейском регионе ВОЗ. Для того чтобы обеспечить дальнейший прогресс и решение сложных задач в области профилактики и лечения ТБ и М/ШЛУ-ТБ, Европейское региональное бюро ВОЗ подготовило новый План действий по борьбе с туберкулезом для Европейского региона ВОЗ на 2016–2020 гг. Новый План действий, получивший поддержку всех государств-членов на шестьдесят пятой сессии Регионального комитета в сентябре 2015 г., построен на уроках, извлеченных при реализации мероприятий в семи областях вмешательств Комплексного плана действий по М/ШЛУ-ТБ на 2011–2020 гг. в соответствии с глобальной стратегией "Положить конец ТБ" и европейской политикой в поддержку здоровья и благополучия – Здоровье-2020 (7).

Забывтые тропические болезни

38. Работа ЕРБ ВОЗ в этой области в основном касается новых и возвращающихся трансмиссивных болезней, таких, как болезнь, вызываемая вирусом Зика, денге и чикунгунья, а также лейшманиоз и передающиеся через почву гельминтозы.

39. Комары *Aedes albopictus*, переносчик лихорадки денге, быстро распространились уже более чем в 25 странах Региона. Таким образом, в Европу вернулась, после 55-летнего перерыва, угроза вспышек денге. Поступали сведения о случаях местной передачи вируса в Хорватии и Франции в 2010 г. и о выявлении завозных случаев в еще нескольких европейских странах. Результатом вспышки денге на острове Мадейра (Португалия) в 2012 г. стали более чем 2200 случаев заболевания и завоз инфекции в 17 других стран Европейского региона. Региональная рамочная программа по эпиднадзору и борьбе с инвазивными видами комаров-переносчиков и возвращающимися трансмиссивными болезнями, утвержденная резолюцией EUR/RC63/R6 Регионального комитета, используется в качестве рамочной основы для принятия мер в помощь государствам-членам.

40. В настоящее время в Европейском регионе не отмечалось случаев распространения вируса Зика комарами. Региональное бюро провело предварительную оценку риска вируса Зика для Европейского региона, согласно которой общая вероятность местной передачи вируса с риском последующей масштабной вспышки для Региона в целом невысока, но на уровне отдельных стран степень риска варьируется. В нескольких странах в средиземноморском бассейне существует умеренная вероятность местной передачи вируса Зика в связи с наличием укоренившейся популяции комаров *Aedes albopictus*. Более того, в Регионе есть три географических района с укоренившимися популяциями комаров *Aedes aegypti* – остров Мадейра, черноморское побережье в Грузии и черноморское побережье в Российской Федерации – для которых существует повышенная вероятность местной передачи вируса Зика.

41. Лейшманиоз – практически забытое заболевание с далеко не полной регистрацией случаев, бремя которого в большинстве стран Региона недооценено или просто неизвестно. По последним оценкам ВОЗ, заболеваемость лейшманиозом в висцеральной и кожной форме в Регионе составляет менее 2% от глобального бремени. В 2014 г. была разработана и опубликована Стратегическая рамочная программа по борьбе с лейшманиозом в Европейском регионе ВОЗ на 2014–2020 гг. В ней определена региональная цель и задачи, которые должны быть выполнены к 2020 г., а также рекомендованы стратегические подходы и приоритетные вмешательства с особым вниманием к таким вопросам, как управление программами, выявление и ведение случаев, эпиднадзор за заболеванием, контроль за резервуарами (хозяевами), интегрированная борьба с переносчиками, экологический контроль и персональная защита, эпидемическая готовность и ответные меры, оперативные исследования, развитие потенциала, участие местных сообществ и просвещение в вопросах здоровья, трансграничное сотрудничество, межсекторальное взаимодействие, партнерства, мониторинг и оценка.

42. Передающиеся через почву гельминты, обычно называемые кишечными глистами, являются одной из наиболее распространенных паразитарных инфекций в мире, от которых страдают наиболее неблагополучные сообщества и группы населения. Передающиеся через почву гельминтозы сопровождаются широким спектром симптомов, которые могут негативно влиять на способность людей работать и учиться, а также тормозить их физический и интеллектуальный рост и развитие. По оценкам ВОЗ, более 4 млн детей в Европейском регионе

нуждаются в профилактической химиотерапии (1% от глобального бремени). Проект Региональной рамочной основы по профилактике и борьбе с передающимися через почвы гельминтами в Европейском регионе ВОЗ был разработан с перспективным видением защитить всех детей в Регионе от передающихся через почву гельминтозов. Документ планируется окончательно доработать и опубликовать в июле 2016 г.

Задача 7С: к 2015 г. сократить вдвое долю населения, не имеющего постоянного доступа к безопасной питьевой воде и базовым санитарным удобствам

43. По состоянию на 2015 г., большинство людей в Регионе имело доступ к базовым источникам питьевой воды (98,5%) и санитарным удобствам (93,1%), в соответствии с требованием Совместной программы ВОЗ/ЮНИСЕФ по мониторингу в области водоснабжения и санитарии (8). Эти цифры, в то же время, маскируют серьезные пробелы и различия внутри Региона, внутри стран и между ними, а также между городским и сельским населением и между социальными группами с высоким и низким уровнем доходов.

44. В Европейском регионе не удалось выполнить задачу в отношении санитарных условий. Более 62 млн человек все еще не имеют доступа к функционирующим туалетам и средствам безопасной утилизации человеческих фекалий. Почти 1,7 млн человек в 11 странах практикуют открытую дефекацию – их фекалии утилизируются в полях, лесах, кустах, поверхностных источниках воды, на пляжах или в других открытых пространствах, или же утилизируются вместе с твердыми отходами. Люди, не имеющие доступа к надлежащим санитарным условиям, лишены возможности жить в здоровой среде, а также права человека на надлежащие санитарные условия.

45. Регион выполнил задачу по обеспечению питьевой водой, однако около 14 млн человек все еще не имеют доступа к базовым источникам питьевой воды, а 62 млн все еще не имеют водопровода в своих жилищах. Более 4 млн человек все еще используют в качестве основного источника воды поверхностные воды рек, запруд, каналов, ручьев, озер, прудов или ирригационных каналов, что порождает серьезные риски для здоровья.

46. Значительные неравенства существуют в отношении доступа к питьевой воде и услугам санитарии, и в самых неблагоприятных условиях находятся жители сельской местности и малоимущие слои населения. Так, семь из десяти человек, не имеющих доступа к базовым источникам питьевой воды, живут в сельских районах. Например, на Кавказе и в Центральной Азии 19% сельского населения живет в домах без доступа к базовым источникам питьевой воды, по сравнению с лишь 2% городских жителей. Еще более значимо то, что свыше 62% сельского населения этих регионов живет в домах, не подключенных к водопроводной системе, тогда как в городах в подобных неблагоприятных условиях находится лишь 10% населения.

47. Высокие показатели доступности услуг, таких как водоснабжение и санитария, маскируют реальное состояние их качества, количества, функциональности, надежности, бесперебойности и финансовой доступности. По

некоторым оценкам, в странах Европейского региона с низким и средним уровнем доходов 10 смертей от диареи в день обусловлены ненадлежащими водоснабжением, санитарией и гигиеной (9). Следовательно, необходимо уделять больше внимания повышению безопасности и обеспечению непрерывности и бесперебойности услуг. Значительные улучшения в показателях здоровья ожидаются благодаря переходу от "базовых" к "систематически управляемым" источникам воды и санитарным удобствам. Региональное бюро оказывает государствам-членам поддержку в расширении масштабов использования в политике и практике таких систематических подходов к управлению рисками, как планы по обеспечению безопасности воды и санитарии.

48. Протокол по проблемам воды и здоровья, который упоминается в Пармской декларации по окружающей среде и охране здоровья 2010 г. в качестве основного многостороннего инструмента для разработки интегрированных мер политики в отношении воды, санитарии и здоровья в Европейском регионе, на данный момент ратифицирован 26 странами Региона, в которых проживает 60% его населения. Согласно Протоколу, Региональное бюро и партнеры оказывают государствам-членам поддержку в установлении национальных стратегических целевых ориентиров для политики в области сокращения распространенности болезней, связанных с водой, укрепления систем безопасного водоснабжения и санитарного обслуживания, создания затратоэффективных систем надзора за качеством воды и решения проблемы неравного доступа к водоснабжению и санитарным удобствам. Положения и принципы Протокола полностью соответствуют целям Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. в отношении водоснабжения, санитарии и здоровья, и они играют центральную роль в переводе и трансформации глобальных обязательств в рамках Повестки-2030 г., в частности Целей 3 и 6, в национальные целевые ориентиры.

Библиография²

1. Levels & trends in child mortality: report 2015. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York: United Nations Children's Fund; 2015 (<http://childmortality.org/index.php?r=site/index>).
2. Тенденции в области материнской смертности: 1990–2015 гг. Оценки ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, Группы Всемирного банка и Отдела народонаселения Организации Объединенных Наций. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 (<http://who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>).
3. Ташкентская декларация: вперед от борьбы к элиминации малярии в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2005 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/vector-borne-and-parasitic-diseases/publications/pre-2009/tashkent-declaration-the-move-from-malaria-control-to-elimination>).
4. Regional framework for prevention of malaria reintroduction and certification of malaria elimination 2014–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe;

² Все ссылки даны по состоянию на 25 июля 2016 г.

2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/vector-borne-and-parasitic-diseases/publications/2014/regional-framework-for-prevention-of-malaria-reintroduction-and-certification-of-malaria-elimination-20142020-2014>).

5. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2016. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, European Centre for Disease Prevention and Control; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/publications/2016/tuberculosis-surveillance-and-monitoring-in-europe-2016>).
6. На пути к ликвидации туберкулеза в Европейском регионе ВОЗ: медицинская помощь, ориентированная на нужды людей. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/publications/2015/towards-the-end-of-tuberculosis-in-the-who-european-region-2015>).
7. Основные моменты четвертого дня: РК принимает новый план действий по борьбе с туберкулезом и завершает свою работу. [e-news]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 17 сентября 2015 г. (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/news/news/2015/09/day-4-highlights-rc65-adopts-new-tuberculosis-action-plan-and-closes>).
8. United Nations Children's Fund and the World Health Organization. Progress on sanitation and drinking water – 2015 update and MDG assessment. New York: United Nations Children's Fund; 2015 (http://www.unicef.org/publications/index_82419.html).
9. Preventing diarrhoea through better water, sanitation and hygiene: exposures and impacts in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/preventing-diarrhoea/en/).

Категория 5: Обеспечение готовности, эпиднадзор и меры реагирования

Н. Отчет о ходе реализации Европейского стратегического плана действий по проблеме устойчивости к антибиотикам (резолюция EUR/RC61/R6)

Исходные сведения и введение

Европейский стратегический план действий по проблеме устойчивости к антибиотикам

1. На шестьдесят первой сессии Европейского регионального комитета в сентябре 2011 г. 53 государства-члена в Европейском регионе приняли резолюцию EUR/RC61/R6 и Европейский стратегический план действий по проблеме устойчивости к антибиотикам (документ EUR/RC61/14), который содержит семь стратегических задач, призванных в полном объеме охватить комплексные факторы, связанные с бактериальной устойчивостью:

- (а) укрепление на национальном уровне многосекторальной координации действий по сдерживанию устойчивости к антибиотикам;
- (б) укрепление эпиднадзора за устойчивостью к антибиотикам;
- (в) содействие разработке и реализации стратегий по рациональному использованию антибиотиков и укрепление надзора за реальной практикой их применения;
- (г) укрепление инфекционного контроля и мониторинга устойчивости к антибиотикам в условиях лечебно-профилактических учреждений;
- (д) предупреждение возникновения и распространения устойчивости к антибиотикам, применяемым в ветеринарии и сельском хозяйстве;
- (е) поддержка инноваций и научных исследований по разработке новых препаратов и технологий;
- (ж) повышение информированности, улучшение безопасности пациентов и развитие партнерских отношений.

2. Чтобы содействовать реализации Европейского стратегического плана действий по проблеме устойчивости к антибиотикам, резолюция EUR/RC61/R6 призывает государства-члены:

- (а) обеспечить политическую поддержку и ресурсы, необходимые для осуществления стратегического плана действий;
- (б) проводить анализ национальной ситуации в отношении устойчивости к противомикробным препаратам и использования антибиотиков, применяя всеобъемлющий подход с охватом сообществ, учреждений лечебной сети, а также сферы производства пищевых продуктов и животноводства;

- (в) оказать поддержку развитию национальных систем эпиднадзора и мониторинга антибиотикоустойчивости и потребления антибиотиков;
- (г) создать и должным образом оформить на национальном уровне межсекторальные всеобъемлющие механизмы координации;
- (д) рассмотреть и обеспечить соблюдение национальных рекомендаций в отношении инфекционного контроля в учреждениях лечебной сети;
- (е) развивать сотрудничество с фармацевтической промышленностью, научными кругами и другими соответствующими секторами с целью решения проблем научных исследований и разработки новых антибиотиков и диагностических инструментов для сдерживания устойчивости к антибиотикам;
- (ж) поддерживать проведение национальных кампаний с целью повышения информированности населения о причинах развития устойчивости к антибиотикам.

3. В резолюции EUR/RC61/R6 Региональному директору поручено продолжать обеспечивать лидерство и предоставлять государствам-членам методологические инструменты, методическое руководство и техническую поддержку в проведении оценки сложившейся у них ситуации в сфере антибиотикоустойчивости и потребления антибиотиков, а также оценки их потенциала в области разработки и реализации национальных планов действий.

Глобальные меры по борьбе с устойчивостью к антибиотикам

4. В мае 2014 г. на Шестьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения была принята резолюция WHA67.25 по проблеме устойчивости к противомикробным препаратам (УПП), в которой Генеральному директору было предложено разработать проект глобального плана действий по борьбе с УПП, включая антибиотикоустойчивость, и вынести этот проект на рассмотрение Шестьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения через Исполнительный комитет.

5. В ходе подготовки проекта глобального плана действий Секретариат проводил интенсивные и широкие консультации с членами Стратегической и технической консультативной группы по проблеме устойчивости к противомикробным препаратам (STAG-AMR), международными организациями, такими как Продовольственная и сельскохозяйственная организация ООН (ФАО) и Всемирная организация охраны здоровья животных (МЭБ), государствами-членами и другими соответствующими заинтересованными сторонами. Кроме того, работе Секретариата способствовали технические и политические конференции высокого уровня, проводившиеся Нидерландами, Норвегией и Швецией; данные мероприятия были посвящены следующим вопросам:

- (а) важное значение концепции "Единое здравоохранение" (Гаага, Нидерланды, 25–26 июня 2014 г.);
- (б) ответственное использование антибиотиков (Осло, Норвегия, 13–14 ноября 2014 г.);
- (в) укрепление глобального потенциала, систем и стандартов в сфере эпиднадзора (Стокгольм, Швеция, 2–3 декабря 2014 г.).

6. Благодаря работе Секретариата в сфере УПП, которая охватывает все три уровня Организации, были опубликованы два важных доклада: "Устойчивость к противомикробным препаратам: глобальный доклад по итогам эпиднадзора за 2014 г." (апрель 2014 г.) и "Всемирный анализ ситуации в странах: реагирование на проблему устойчивости к противомикробным препаратам" (апрель 2015 г.). В этих докладах представлен обзор данных о нынешнем уровне глобального потенциала в области реагирования на угрозу УПП и имеющихся потребностях, которые должны быть удовлетворены в рамках Глобального плана действий.

7. На своей Шестьдесят восьмой сессии в мае 2015 г. Всемирная ассамблея здравоохранения в резолюции WHA68.7 утвердила Глобальный план действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам (документ A68/20). В Глобальном плане действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам (в том числе с антибиотикоустойчивостью – тенденцией в области развития лекарственной устойчивости, требующей первоочередного внимания) изложены пять стратегических задач:

- (а) повышать всеобщую информированность об УПП и углублять понимание этой проблемы;
- (б) повышать уровень имеющихся знаний путем проведения эпиднадзора и научных исследований;
- (в) сокращать частоту возникновения инфекций;
- (г) оптимизировать использование противомикробных средств;
- (д) обеспечить стабильное вложение средств в борьбу с УПП.

8. В Глобальном плане действий государствам-членам настоятельно предлагается к моменту проведения Семидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2017 г. подготовить и ввести в действие комплексные национальные планы действий в отношении УПП, согласованные с Глобальным планом действий. Эти национальные планы действий должны отражать следующие принципы:

- (а) участие всего общества, в том числе подход "Единое здравоохранение";
- (б) профилактика прежде всего;
- (в) доступность;
- (г) устойчивость;
- (д) нарастающие целевые ориентиры для реализации деятельности.

Предпринятые действия и достигнутые успехи

Реализация Европейского стратегического плана действий по проблеме устойчивости к противомикробным препаратам

9. Хотя Европейский стратегический план действий по проблеме устойчивости к противомикробным препаратам был принят в 2011 г. (за четыре года до утверждения Глобального плана действий), его задачи полностью соответствуют задачам Глобального плана. Соответственно, продолжающаяся реализация

Европейского стратегического плана действий закладывает основу для реализации Глобального плана действий государствами-членами в Регионе. Усилия Европейского регионального бюро и его партнеров служили ориентиром и источником вдохновения для осуществления глобальных мероприятий и инициатив в поддержку разработки и реализации Глобального плана действий.

10. В Региональном бюро реализация Европейского стратегического плана действий осуществляется в рамках координируемых действий нескольких технических программ и созданных ими сетевых объединений технических партнеров, чтобы добиться прогресса в выполнении всех семи стратегических задач Плана. Проводятся совместные миссии и семинары, чтобы обеспечить предоставление комплексной поддержки государствам-членам.

11. В период с 24 по 27 февраля 2015 г. Региональное бюро организовало проведение многостранового семинара по вопросам УПП с упором на обмен опытом и методологиями в области рационального использования антибиотиков и стратегического управления процессом применения противомикробных препаратов в условиях стационаров, проведения эпиднадзора за устойчивостью к антибиотикам и надзора за их использованием, а также повышения всеобщей информированности о проблеме УПП. В семинаре приняли участие 75 представителей из 17 стран (Албания, Азербайджан, Армения, Беларусь, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Сербия, Таджикистан, Турция, Узбекистан, Украина и Черногория), 29 преподавателей, представляющих 17 организаций из 10 стран, а также сотрудники и консультанты ВОЗ. Данный семинар стал продолжением работы, начатой на семинарах в Билтховене (Нидерланды) (2013 г.) и в Тбилиси (Грузия) (2014 г.).

12. С целью удовлетворения растущего среди государств-членов спроса на техническую поддержку в сферах координации действий в отношении УПП, проведения эпиднадзора и лабораторной диагностики УПП на национальном уровне, в июне и сентябре 2015 г. Европейское региональное бюро совместно с партнерами организовало проведение курсов для обучения преподавателей, с тем чтобы обеспечить подготовку технических экспертов, которые смогут выполнять связанные с УПП задания в данных сферах. Эта деятельность повысила способность Регионального бюро предоставлять государствам-членам адаптированную с учетом их потребностей помощь в реализации Европейского стратегического плана действий по проблеме устойчивости к антибиотикам и обеспечивать при этом следование общепринятым методам и стандартам.

13. В настоящем отчете представлена последняя информация о деятельности и достижениях Регионального бюро и его партнеров в области выполнения семи стратегических задач Европейского стратегического плана действий по проблеме устойчивости к антибиотикам, а также о поддержке, которую Региональное бюро оказывало в процессе разработки и реализации Глобального плана действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам.

Стратегическая задача 1: укреплять многосекторальную координацию на национальном уровне с целью сдерживания антибиотикоустойчивости

14. Региональное бюро предприняло ряд усилий с целью оценки текущей ситуации в государствах-членах в плане преодоления ими трудностей, возникающих в связи с УПП, с акцентом на все сферы, указанные в Европейском стратегическом плане действий по проблеме устойчивости к антибиотикам. В этой связи группа специалистов в составе сотрудников ВОЗ и внешних экспертов из Национального института общественного здравоохранения и окружающей среды Нидерландов (RIVM) и Европейского общества клинической микробиологии и инфекционных болезней (ESCMID) посетила государства-члены, чтобы обсудить нынешнее положение дел в области реагирования на проблему УПП с назначенными национальными координаторами и другими соответствующими заинтересованными сторонами на национальном уровне, представляющими секторы медицины и ветеринарии; специалисты также посетили ряд лабораторий и медицинских учреждений.

15. В период между 2013 и 2016 гг. был проведен анализ ситуации в следующих странах: Албания, Азербайджан, Армения, Беларусь, Босния и Герцеговина, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан и Украина.

16. Совещания заинтересованных сторон, проводившиеся в ходе последующих миссий в страны, использовались для того, чтобы представить концепцию межсекторальной координации действий по проблеме УПП, а также собрать вместе соответствующие заинтересованные группы, сделав особый акцент на принятии ими концепции "Единое здравоохранение", чтобы содействовать созданию межсекторального координационного механизма, национальных сетевых объединений и подготовке национальных планов действий по проблеме УПП. Для того чтобы помочь этому процессу, штаб-квартира ВОЗ в тесном сотрудничестве с региональными бюро разработала комплект вспомогательных инструментов и типовых форм, которые были переданы семи государствам-членам (Албания, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Таджикистан и Узбекистан) на региональном семинаре по разработке и реализации национальных планов действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам, который был совместно организован и проведен ФАО и МЭБ в Стамбуле (Турция) 15–17 марта 2016 г.

17. На сегодняшний день 15 государств-членов и Косово¹ разработали свои национальные планы действий по проблеме УПП. Со времени принятия Европейского стратегического плана действий в 2011 г. еще несколько стран, включая Албанию, Армению, Беларусь, бывшую югославскую Республику Македония, Грузию, Кыргызстан, Республику Молдова, Российскую Федерацию, Таджикистан, Туркменистан, Турцию, Узбекистан и Черногорию, либо уже утвердили механизмы межсекторальной координации и национальные планы действий, либо в настоящее время работают над приданием официального статуса таким механизмам и подготовкой своих планов действий. Секретариат

¹ Косово (в соответствии с резолюцией 1244 Совета безопасности (1999)).

предоставляет техническую поддержку и доступ к помощи со стороны экспертов в процессе разработки и совершенствования национальных планов и создания соответствующих структур стратегического руководства.

Стратегическая задача 2: укреплять эпиднадзор за устойчивостью к антибиотикам

18. Эпиднадзор за устойчивостью к антибиотикам считается основополагающим элементом как Европейского стратегического плана действий, так и Глобального плана действий. Многие страны в Регионе, которые не являются членами Европейского союза, не проводят систематического сбора данных об антибиотикоустойчивости и не обмениваются ими на регулярной основе. В связи с этим в 2012 г. Региональное бюро совместно с RIVM и ESCMID учредило Сеть по эпиднадзору за устойчивостью к противомикробным препаратам в странах Центральной Азии и Восточной Европы (CAESAR), чтобы помогать странам в создании и/или укреплении национальных систем эпиднадзора за УПП. Эти усилия также будут способствовать деятельности недавно созданной Глобальной системы ВОЗ по эпиднадзору за устойчивостью к противомикробным препаратам, которая начала свою работу в октябре 2015 г. в Копенгагене (Дания), для того чтобы поддерживать стандартизированный подход к сбору, анализу и обмену данными об УПП на глобальном уровне.

19. Сеть CAESAR работает в первую очередь с теми странами, которые не входят в Европейскую сеть по надзору за устойчивостью к противомикробным препаратам (EARS-Net), функционирующую на базе Европейского центра профилактики и контроля заболеваний (ECDC). Работая в тесном сотрудничестве с ECDC и используя совместимую методологию, сеть CAESAR дополняет данные эпиднадзора, проводимого в странах Европейского союза, чтобы сформировать полное представление о ситуации в Регионе. В настоящее время в работе сети CAESAR на разных уровнях и с разной степенью интенсивности участвуют Албания, Азербайджан, Армения, Беларусь, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Сербия, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан, Украина, Черногория и Швейцария, а также Косово.¹

20. Начиная с 2013 г. Секретариат совместно с партнерами ежегодно проводит совещание сети CAESAR в рамках организуемой ESCMID Европейской конференции по клинической микробиологии и инфекционным болезням, на которую приглашаются все национальные координаторы по УПП из стран-участниц сети CAESAR, для обсуждения тенденций в развитии УПП, успехов, достигнутых сетью, результатов работы программ внешнего обеспечения качества, а также конкретных проблем и трудностей, связанных с эпиднадзором за УПП. В 2015 г. Секретариат предоставил гранты Беларуси, Боснии и Герцеговине, бывшей югославской Республике Македония, Сербии, Турции и Черногории для проведения национальных совещаний по эпиднадзору за УПП с целью создания или укрепления их национальных систем по эпиднадзору за УПП.

21. По случаю проведения первой Всемирной недели правильного использования антибиотиков (ВНПИА) в ноябре 2015 г. Секретариат опубликовал первый ежегодный доклад сети CAESAR, в который вошли данные из Беларуси,

бывшей югославской Республики Македония, Сербии, Турции и Швейцарии. С тех пор свои данные об УПП в базу сети CAESAR также представили Российская Федерация и Косово.¹ К моменту проведения следующей ВНПИА в ноябре 2016 г. будет опубликован второй ежегодный доклад сети CAESAR, куда войдут данные об УПП за три года и обзор прогресса, достигнутого странами в области создания своих национальных систем эпиднадзора за УПП.

22. Работа сети CAESAR по улучшению качества лабораторных исследований включает проведение ежегодных внешних оценок качества (начиная с 2013 г.), публикацию пособия сети CAESAR по эпиднадзору (2015 г.), проведение учебных курсов по управлению качеством лабораторных исследований, а также организацию национальных семинаров и совещаний с целью создания и укрепления потенциала референс-лабораторий по УПП для выполнения стоящих перед ними задач.

23. В 2015 г. в общей сложности 250 лабораторий из 13 стран/территорий приняли участие в реализуемой сетью CAESAR программе внешней оценки качества исследований чувствительности микроорганизмов к противомикробным препаратам. В сентябре 2015 г. Секретариат провел учебный курс по управлению качеством лабораторных исследований, участниками которого стали сотрудники национальных референс-лабораторий по УПП из Армении, Грузии, Республики Молдова, Российской Федерации, Таджикистана и Турции, наряду с будущими наставниками, которые должны будут оказывать им дальнейшую поддержку.

24. Секретариат организовал проведение национальных семинаров и совещаний в Албании, Армении, Беларуси, Грузии, Республике Молдова, Таджикистане, Узбекистане и Черногории с целью создания и укрепления потенциала референс-лабораторий по УПП для выполнения стоящих перед ними задач, включая реализацию положений международных руководств по проведению исследований чувствительности микроорганизмов к противомикробным препаратам и контролю качества в лабораториях.

25. В апреле 2015 г. в Грузии началась реализация пилотного проекта "Контрольно-проверочное исследование целесообразности проведения плановой диагностики устойчивости к противомикробным препаратам". Контрольно-проверочное исследование было разработано для внедрения в странах рациональной практики планового забора проб с целью повышения качества лечения пациентов (стратегическое управление процессом применения антибиотиков) и создания возможностей для проведения национального эпиднадзора за УПП. В ноябре 2015 г. Секретариат совместно с партнерами организовал проведение многостранового совещания, чтобы представить странам принципы проведения контрольно-проверочного исследования и подготовиться к началу его проведения.

26. Региональное бюро и его партнеры продолжают всячески способствовать присоединению к этой деятельности всех остальных стран, поскольку согласованная и скоординированная работа эпиднадзорной сети во всех странах Европейского региона имеет решающее значение для защиты здоровья населения от новых трансграничных угроз, которые несет с собой появление УПП.

Стратегическая задача 3: содействовать применению стратегий рационального использования антибиотиков и усиливать надзор за потреблением антибиотиков

27. Продолжилась работа над консолидацией процесса сбора данных о потреблении антибиотиков в государствах-членах в Европейском регионе. Данные за 2012, 2013 и 2014 гг. представили 18 стран, не входящих в Европейский союз (Албания, Азербайджан, Армения, Беларусь, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Сербия, Таджикистан, Турция, Узбекистан, Украина, Черногория и Швейцария), а также Косово.¹ В настоящее время Секретариат проводит анализ этих данных.

28. Секретариат предпринимает усилия с целью оказания поддержки сети по мониторингу потребления противомикробных препаратов (ППП) путем проведения регулярных совещаний на уровне стран, а также в ходе проведения совещаний всех стран-участниц сети, одно из которых прошло в Копенгагене (Дания) в ноябре 2015 г.; проведение следующего совещания сети по мониторингу ППП намечено на сентябрь 2016 г. Обсуждения посвящены специфическим для каждой страны факторам, которыми можно было бы объяснить наблюдаемые тенденции и характеристики использования противомикробных препаратов. Секретариат оказывает поддержку странам в переходе от использования расчетных показателей потребления противомикробных средств к более подробному анализу данных, детализированных по классу и типу лекарственных средств, а также, где возможно, по условиям, в которых они используются.

29. С целью обеспечения стабильной работы сети по мониторингу ППП в долгосрочной перспективе была сформирована руководящая группа, в состав которой вошли сотрудники Регионального бюро, внешние эксперты, а также представители стран-участниц, работающие на основе принципа ротации; задача группы – задавать направление процессам осуществления деятельности и планирования программ сети. Обеспечение информационной поддержки деятельности сети имеет решающее значение для ее стабильной работы и более активного использования собираемых данных на страновом уровне. Секретариат поддерживает публикацию результатов анализа данных о потреблении противомикробных препаратов в коллегиально рецензируемых журналах. Кроме того, Секретариат совместно со странами проводит внутристрановые информационные семинары с целью распространения данных о потреблении противомикробных препаратов среди ответственных должностных лиц и заинтересованных сторон.

30. Сбор данных о потреблении противомикробных препаратов является одним из основных обязательств, принятых в рамках Глобального плана действий по борьбе с УПП. Результаты работы Европейской региональной сети по мониторингу ППП используются в процессе создания моделей сбора данных на глобальном уровне. Секретариат принимал участие в совещаниях, проводимых штаб-квартирой ВОЗ с целью обсуждения инструментов сбора данных, представления результатов деятельности сети по мониторингу ППП и обмена

опытом с другими региональными бюро ВОЗ в области создания устойчивых региональных сетей.

31. Расчетные количественные показатели потребления противомикробных препаратов имеют важное значение. Однако результат интерпретации этих данных зависит от учета специфической для каждой конкретной страны информации о ситуации на фармацевтическом рынке и доступности лекарственных средств. Кроме того, необходимо проводить качественные исследования, чтобы выяснить, почему медицинские специалисты рекомендуют пациентам те или иные противомикробные препараты и как потребители и пациенты понимают роль этих лекарственных средств в решении имеющихся у них проблем со здоровьем. Секретариат способствует взаимодействию между исследователями из Копенгагенского университета и рядом национальных координаторов сети по мониторингу ППП, которые проводят исследования методом интервью, чтобы лучше понять особенности использования противомикробных препаратов врачами, фармацевтами и пациентами. Предполагается, что эта работа будет расширена на другие страны, участвующие в работе сети по мониторингу ППП.

32. Секретариат продолжает поддерживать страны в их деятельности по обеспечению ответственного использования противомикробных препаратов. Фактические данные, собранные благодаря деятельности сети по мониторингу ППП и проведению ряда других исследований, служат основой для разработки мероприятий, призванных обеспечить более ответственное использование этих средств.

Стратегическая задача 4: укрепление механизмов инфекционного контроля и надзора за устойчивостью к антибиотикам в лечебно-профилактических учреждениях

33. Один из руководящих принципов Глобального плана действий – это "профилактика прежде всего". Противомикробные препараты зачастую используются для того, чтобы замаскировать неудовлетворительные результаты профилактики и контроля инфекций. Анализ ситуации в странах Европейского региона выявил необходимость внедрения принципов профилактики и контроля инфекций в лечебно-профилактических учреждениях, что не может не вызывать тревогу. Содействуя подготовке национальных планов действий по УПП, Секретариат активно поддерживает включение в них мер по профилактике и контролю инфекций; к таким мерам относятся проведение информационно-разъяснительной работы в отношении вакцин, предоставление конкретных рекомендаций, а также участие в осуществлении дальнейших мероприятий, которые могут носить как многострановой характер, так и быть специально адаптированными для условий конкретных стран.

34. Региональное бюро предоставляет финансовую и техническую помощь для организации учебных семинаров с целью повышения потенциала в области проведения клинико-микробиологических исследований и стратегического управления процессом применения антибиотиков, с участием специалистов по инфекционным болезням, интенсивной терапии и другим актуальным отраслям медицины. На региональных семинарах, которые проводились в Тбилиси (Грузия)

в июле 2014 г., в Копенгагене (Дания) в феврале 2015 г. и в Стамбуле (Турция) в октябре 2015 г., участникам также предлагалось пройти вводные учебные модули по вопросам стратегического управления процессом применения антибиотиков и надлежащей клинической практики для специалистов клинического профиля.

35. Секретариат оказал поддержку 50 специалистам клинического профиля из бывшей югославской Республики Македония в получении зачетного балла непрерывного медицинского образования для прохождения открытого онлайн-курса (разработанного Стэнфордским университетом, Соединенные Штаты Америки) по оптимизации практики использования антибиотиков. После завершения курса было организовано совещание на базе Медицинского университета в Скопье, на котором сотрудникам Секретариата и сопровождавшему их внешнему эксперту по вопросам стратегического управления процессом применения антибиотиков были представлены результаты онлайн-курса. В настоящее время результаты данного курса тщательно анализируются с целью разработки адресных учебных материалов, которые будут использоваться для обучения специалистов из еще нескольких государств-членов в 2016 г.

36. В ответ на просьбу Национального совета по здравоохранению Эстонии об укреплении потенциала стационарных медицинских учреждений в области реагирования на высококонтагиозные инфекции, в том числе вызываемые бактериями с множественной лекарственной устойчивостью, в апреле 2016 г. Секретариат организовал проведение кабинетного имитационного учения. Это мероприятие помогло изучить существующую практику и определить передовые методы работы и возможности для улучшения существующей практики; полученная в ходе этого процесса информация будет учтена при разработке стратегий для стран и отдельных стационарных учреждений, направленных на сокращение числа инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, и показателей распространенности УПП.

37. Ввиду отсутствия специализированной программы профилактики и контроля инфекций в Региональном бюро, значительный объем необходимой в этой сфере поддержки предоставляется в тесном сотрудничестве со штаб-квартирой ВОЗ и экспертами Глобальной сети по вопросам профилактики инфекций и инфекционного контроля. Однако, принимая во внимание большой спрос на техническую поддержку в этой области среди государств-членов, необходимо укреплять потенциал Регионального бюро для удовлетворения имеющихся у стран потребностей.

Стратегическая задача 5: обеспечить профилактику и контроль развития антибиотикоустойчивости в ветеринарии и сельском хозяйстве

38. Секретариат продолжает выступать за то, чтобы борьба с УПП велась с позиций "Единого здравоохранения", в том числе с учетом актуальности этой концепции для вопросов безопасности пищевых продуктов, и проводит соответствующие мероприятия как на региональном, так и на страновом уровне.

39. В июле 2015 г. в Албании был проведен пятидневный учебный курс по вопросам лабораторного обнаружения бактерий рода *Salmonella* и *Campylobacter* и определения наличия у них УПП. Участие в данном курсе, проведение которого финансировалось Консультативной группой ВОЗ по интегрированному надзору за устойчивостью к антибиотикам (AGISAR), приняли должностные лица, представляющие секторы общественного здравоохранения, ветеринарии и сельского хозяйства.

40. В Узбекистане в ноябре 2015 г. был проведен пятидневный практический учебный курс по лабораторным и эпидемиологическим вопросам с целью наращивания потенциала в республиках Центральной Азии для осуществления подхода к УПП с позиций безопасности пищевых продуктов; основное внимание в рамках курса было уделено проведению координируемого эпиднадзора за развитием УПП у передающихся через пищу патогенных микроорганизмов – *Salmonella* и *Campylobacter*. Был сделан акцент на межсекторальном сотрудничестве и обмене информацией в соответствии с европейской политикой в интересах здоровья и благополучия – Здоровье-2020. В учебном курсе приняли участие приблизительно 40 национальных специалистов – микробиологов и эпидемиологов из Казахстана, Кыргызстана, Таджикистана, Туркменистана и Узбекистана, работающих в секторах общественного здравоохранения, безопасности пищевых продуктов и ветеринарии.

41. Исследования по вопросам частоты обнаружения бактерий рода *Salmonella* и *Campylobacter* у людей и домашней птицы, а также наличия у выявленных бактерий УПП были проведены в Узбекистане (январь–май 2015 г.) и Албании (октябрь 2015 г. – февраль 2016 г.). Результаты этих исследований согласуются с данными из стран Европейского союза и подтверждают значимую роль домашней птицы как звена продовольственной цепи в передаче человеку устойчивых штаммов бактерий *Salmonella* и *Campylobacter* в Албании и Узбекистане, а также влияние применения антибиотиков в птицеводстве на характеристики лекарственной устойчивости.

42. Результаты описанных выше исследований в Албании и Узбекистане были представлены и рассмотрены на межсекторальных учебных семинарах, посвященных вопросам безопасности пищевых продуктов/ концепции "Единое здравоохранение". В мае 2015 г. при поддержке ВОЗ и ФАО был проведен национальный учебный семинар в Ташкенте. Семинар для Албании и Косово¹ был проведен в апреле 2016 г. в Тиране. В открытии обоих семинаров принимали участие высокопоставленные представители министерства здравоохранения и министерства сельского хозяйства соответствующих стран; на семинарах были обучены около 40 национальных специалистов, работающих в секторах общественного здравоохранения, ветеринарии и сельского хозяйства.

43. В мае 2015 г. в Анкаре (Турция) и в октябре 2015 г. в Киеве (Украина) были проведены двухдневные межсекторальные семинары по вопросам безопасности пищевых продуктов, в программу которых были включены занятия, посвященные рассмотрению проблемы УПП с позиций "единого здравоохранения". В этих семинарах, давших стимул дискуссиям и активной работе, приняли участие 50–100 национальных специалистов, представляющих секторы общественного здравоохранения, ветеринарии и сельского хозяйства. Семинар в Турции был

проведен совместно с ФАО, и в его открытии приняли участие высокопоставленные представители Министерства здравоохранения и Министерства продовольствия, сельского хозяйства и животноводства Турции, а также Университета Хаджеттепе. Свой вклад в проведение этого мероприятия также внесли Комиссия "Кодекс Алиментариус", ECDC и Европейское управление по безопасности пищевых продуктов. Семинар в Киеве был официально открыт министром здравоохранения Украины.

44. Секретариат внимательно следит за работой проекта Европейской комиссии "Европейский надзор за потреблением антибиотиков в ветеринарном секторе", который осуществляется в странах Европейского союза под руководством Европейского агентства по лекарственным средствам (ЕМА). Региональное бюро планирует оказывать поддержку ЕМА в проведении аналогичных исследований в ряде стран, не входящих в Европейский союз.

Стратегическая задача 6: содействовать научным исследованиям и инновациям в области разработки новых лекарственных средств и технологий

45. Секретариат является членом консультативного совета заинтересованных сторон в рамках Инициативы по совместной реализации программ борьбы с устойчивостью к противомикробным препаратам; программа стратегических научных исследований данной инициативы была официально представлена в апреле 2014 г.

46. Секретариат постоянно следит за разработкой и появлением новых диагностических методов и исследованиями новых лекарственных средств. Директор Европейского регионального бюро входит в состав жюри номинации "За более эффективное использование антибиотиков" премии "Горизонт" (Horizon Prizes); премия в этой номинации будет вручена за разработку экспресс-теста, позволяющего выявлять у пациентов инфекции верхних дыхательных путей, которые можно безопасно лечить без применения антибиотиков (диагностика в момент оказания помощи).

47. Секретариат продолжает сотрудничать с другими неправительственными организациями и сетями, такими как ReAct и Antibiotic Action, в задачи которых входит содействие инновациям и разработка новых моделей ведения деятельности, стимулирующих проведение научных исследований и препятствующих агрессивному маркетингу новых антибиотиков.

Стратегическая задача 7: повышать информированность общественности и безопасность пациентов, а также развивать партнерства

48. Начиная с 2012 г. Региональное бюро в сотрудничестве с ECDC и Европейской комиссией отмечает Европейский день знаний об антибиотиках (ЕДЗА). Секретариат повысил число стран, участвующих в этой инициативе, благодаря активной работе по популяризации ЕДЗА, а также подготовке и распространению информационно-разъяснительных материалов. В 2014 г. общее число стран, отмечающих ЕДЗА в Европейском регионе, достигло 44.

49. В ноябре 2015 г. была впервые проведена ВНПИА. Возглавляемая ВОЗ кампания имела большой резонанс во всем мире, и ее мероприятиями были охвачены миллионы людей. При проведении ВНПИА в Европейском регионе ВОЗ опиралась на успех ЕДЗА и многолетнее сотрудничество между ECDC и Региональным бюро. Еще большее число европейских стран приняли участие в проведении ВНПИА/ЕДЗА в 2015 г., а Региональное бюро смогло оказать финансовую поддержку в проведении кампаний в Армении, Болгарии, бывшей югославской Республике Македония, Грузии, Казахстане, Литве, Польше, Российской Федерации, Сербии, Словакии, Таджикистане, Туркменистане, Турции, Узбекистане, Черногории, Чешской Республике и Эстонии.

50. При подготовке к проведению ВНПИА было проведено глобальное опросное исследование, участниками которого от Европейского региона стали Российская Федерация и Сербия. Опросное исследование продемонстрировало основные пробелы в понимании населением проблемы УПП и существующие ложные представления о том, как и когда следует использовать антибиотики; результаты исследования подчеркивают, что нам необходимо продолжать проведение информационно-просветительской работы среди населения, специалистов, производителей и политиков.

51. Общеизвестно, что одних только знаний недостаточно для того, чтобы изменить поведение. После успеха публикации "Руководство по адаптации программ иммунизации"² Секретариат в сотрудничестве с RIVM готовит новый документ – "Руководство по адаптации программ по проблеме УПП", в котором государствам-членам будут предложены методологические инструменты для определения целевых аудиторий, вносящих свой вклад в формирование связанных с УПП проблем, и для разработки адресных стратегий, содействующих изменению поведения, таких как осмотрительное использование антибиотиков и эффективная профилактика и контроль инфекций. Секретариат в сотрудничестве с Соединенным Королевством и Швецией работает над апробацией этой методологии и планирует опубликовать данное руководство в конце 2016 г.

= = =

² Руководство по адаптации программ иммунизации (АПИ). Повышение уровня охвата вакцинацией детей в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-determinants/roma-health/publications/2013/guide-to-tailoring-immunization-programmes>).