



Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро

## ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОНАЛЬНЫЙ КОМИТЕТ ШЕСТЬДЕСЯТ ТРЕТЬЯ СЕССИЯ

Чешме, Измир, Турция, 16–19 сентября 2013 г.



# Отчеты о ходе работы





**Европейский региональный комитет**  
Шестьдесят третья сессия

EUR/RC63/18

**Чешме, Измир, Турция, 16–19 сентября 2013 г.**

23 июля 2013 г.

131412

Пункт 5(к) предварительной повестки дня

ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

## **Отчеты о ходе работы**

Настоящий сводный документ содержит следующие отчеты:

- (a) Отчет о ходе работ по реализации Комплексного плана действий по профилактике туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в Европейском регионе ВОЗ, 2011–2015 гг.
- (b) Отчет о достигнутом прогрессе в борьбе против табака в Европейском регионе ВОЗ
- (c) Отчет о достигнутом прогрессе в работе по проблемам питания, физической активности и ожирения в Европейском регионе ВОЗ
- (d) Отчет о ходе выполнения Плана действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг.
- (e) Прогресс Европейского региона в достижении Целей развития тысячелетия, относящихся к здоровью, обновление 2013 г.
- (f) Отчет о ходе работы по осуществлению Международных медико-санитарных правил (2005 г.)
- (g) Отчет о ходе реализации Европейского стратегического плана действий по борьбе с устойчивостью к антибиотикам

## Содержание

	стр.
Отчет о ходе работ по реализации Комплексного плана действий по профилактике туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в Европейском регионе ВОЗ, 2011–2015 гг. ....	1
Введение .....	1
Исходные сведения .....	2
Анализ ситуации .....	2
Эпидемиологические тенденции .....	2
Финансирование вмешательств по борьбе с ТБ и МЛУ-ТБ .....	3
Достижения и трудности .....	3
Область вмешательства 1: Предотвращение развития случаев М/ШЛУ-ТБ .....	3
Область вмешательства 2: Расширение доступа к услугам тестирования устойчивости к противотуберкулезным препаратам первого и второго ряда и тестирования на ВИЧ среди больных ТБ .....	4
Область вмешательства 3: Расширение доступа к эффективному лечению всех форм лекарственно-устойчивого ТБ .....	4
Область вмешательства 4: Совершенствование инфекционного контроля в отношении ТБ .....	4
Область вмешательства 5: Усиление эпиднадзора, включая учет и отчетность по данным о лекарственно-устойчивом ТБ, а также мониторинг результатов лечения .....	5
Область вмешательства 6: Расширение возможностей стран для наращивания масштабов лечения лекарственно-устойчивого ТБ, включая проведение адвокации, развитие партнерств и предоставление рекомендаций по вопросам политики .....	5
Область вмешательства 7: Учет потребностей особых групп населения .....	6
Последующие шаги .....	7
Отчет о достигнутом прогрессе в борьбе против табака в Европейском регионе ВОЗ .....	8
Введение и исходные сведения .....	8
Анализ ситуации .....	8
Современные тенденции и имеющиеся пробелы .....	9
Достижения и трудности в каждом из стратегических направлений .....	9
Политическая приверженность .....	9
Реализация РКБТ ВОЗ .....	9
Борьба против табака в Плане действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг. ....	10
Последующие шаги .....	12
Что означает достижение намеченного глобального целевого показателя – относительного снижения к 2025 г. на 30% нынешнего уровня потребления табака взрослыми в возрасте от 15 лет и старше .....	12
Какие области являются приоритетными для достижения намеченного глобального целевого показателя? .....	12
Отчет о достигнутом прогрессе в работе по проблемам питания, физической активности и ожирения в Европейском регионе ВОЗ .....	14
Введение и исходные сведения .....	14
Анализ ситуации .....	15
Достижения и трудности .....	16
Путь вперед .....	17

Отчет о ходе выполнения Плана действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг. ....	19
Глобальный и региональный контексты.....	19
Информация об этом отчете .....	19
Меры по борьбе с НИЗ в соответствии с принципом "Единая ВОЗ" .....	20
Эпиднадзор.....	20
Многосекторальные действия .....	20
Профилактика и борьба с НИЗ .....	20
Достижения в Регионе .....	21
Эпиднадзор.....	21
Многосекторальные действия .....	21
Профилактика и борьба с НИЗ .....	22
Наращивание институционально-кадрового потенциала .....	23
Укрепление систем здравоохранения .....	23
Достижения отдельных стран.....	24
Прогресс Европейского региона ВОЗ в достижении Целей развития тысячелетия, относящихся к здоровью, обновление 2013 г. ....	25
Введение .....	25
ЦРТ-4. Сокращение детской смертности .....	25
Анализ ситуации .....	25
Стратегии и практические действия ВОЗ.....	26
Путь вперед .....	26
ЦРТ-5. Улучшение охраны материнства .....	27
Анализ ситуации .....	27
Стратегии и практические действия ВОЗ.....	28
Путь вперед .....	29
ЦРТ-6. Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими болезнями .....	29
ВИЧ/СПИД.....	29
Малярия .....	32
Туберкулез.....	32
Связь с ЦРТ-3 .....	34
Связь с ЦРТ-7 .....	35
Повестка дня в области развития на период после 2015 г. ....	36
Глобальная тематическая консультация по вопросам здравоохранения.....	36
На пути к созданию рамочной основы для новых целей в области здравоохранения .....	37
Реализация повестки дня после 2015 г. ....	38
Библиография .....	39
Отчет о ходе работы по осуществлению Международных медико-санитарных правил (2005 г.).....	42
Введение и исходные сведения .....	42
Анализ ситуации .....	42
Предпринятые действия и достигнутые успехи.....	43
Область деятельности 1. Оценка, укрепление и мониторинг основных национальных возможностей по ММСП.....	43
Область деятельности 2. Всемерное развитие сопричастности к процессу осуществления ММСП на высоком политическом уровне .....	44
Область деятельности 3. Обновление правовых и регламентирующих механизмов .....	44

Область деятельности 4. Предоставление необходимых прав и возможностей национальным координаторам по ММСП .....	44
Область деятельности 5. Повышение уровня осведомленности и информационно-разъяснительная работа за пределами сектора здравоохранения .....	45
Область деятельности 6. Обучение национальных кадров по вопросам создания, управления и поддержания возможностей, необходимых для полного соблюдения требований ММСП в стране.....	45
Область деятельности 7. Укрепление возможностей по ММСП в пунктах въезда.....	45
Последующие шаги .....	45
Сотрудничество и координация с партнерами в Европейском регионе.....	46
Критерии для продления в 2014 г. ....	46
Выводы .....	46
Отчет о ходе реализации Европейского стратегического плана действий по борьбе с устойчивостью к антибиотикам.....	48
Введение и исходные сведения .....	48
Анализ ситуации .....	48
Предпринятые действия и достигнутые успехи.....	49
Стратегическая цель 1: Укреплять на национальном уровне многосекторальную координацию действий по сдерживанию устойчивости к антибиотикам .....	49
Стратегическая цель 2: Укреплять эпиднадзор за устойчивостью к антибиотикам .....	49
Стратегическая цель 3: Всемерно содействовать разработке и реализации стратегий по рациональному использованию антибиотиков и укреплять надзор за реальной практикой их применения .....	51
Стратегическая цель 4: Укреплять инфекционный контроль и эпиднадзор за устойчивостью к антибиотикам в лечебно-профилактических учреждениях .....	52
Стратегическая цель 5: Предотвращать и сдерживать распространение устойчивости к антибиотикам, применяемым в ветеринарии и сельском хозяйстве.....	52
Стратегическая цель 6: Содействовать инновациям и научным исследованиям, направленным на создание новых лекарственных средств и технологий.....	53
Стратегическая цель 7: Улучшать информированность, повышать безопасность пациентов и развивать партнерства.....	54
Путь вперед .....	54
Выводы .....	55

## **Отчет о ходе работ по реализации Комплексного плана действий по профилактике туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в Европейском регионе ВОЗ, 2011–2015 гг.**

### **Введение**

1. После одобрения Комплексного плана действий по профилактике и борьбе с туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью (М/ШЛУ-ТБ) в Европейском регионе ВОЗ на 2011–2015 гг. и принятия соответствующей резолюции EUR/RC61/R7 Европейским региональным комитетом ВОЗ на его шестьдесят первой сессии (РК-61) в сентябре 2011 г. большая часть установленных в Комплексном плане действий промежуточных этапов были достигнуты. Среди важнейших достижений Секретариата: учреждение Комитета Зеленого света (КЗС), предоставление государствам-членам самой современной технической поддержки в борьбе с ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) и введение в действие Европейской лабораторной инициативы по ТБ (ЕЛИ) для расширения масштабов качественной диагностики. Под эгидой специального проекта Регионального директора по профилактике и борьбе с М/ШЛУ-ТБ был учрежден ряд целевых групп по совершенствованию мер профилактики и борьбы с детским ТБ, изучению роли оперативных вмешательств при ТБ, разработке консенсусного документа о трансграничном контроле и лечении ТБ, оценке систем здравоохранения, также оценке и воздействию на социальные детерминанты в связи с ТБ в соответствии с положениями политики Здоровье-2020.

2. Региональный директор посетила ряд государств-членов для обсуждения на высоком уровне мер по совершенствованию систем здравоохранения и борьбе с ТБ и М/ШЛУ-ТБ. В октябре 2012 г. Региональный директор и Европейский комиссар по здравоохранению и делам потребителей встретились с премьер-министром и министром здравоохранения Румынии. Секретариат и партнеры предоставили техническую поддержку по введению в действие новейшего теста по молекулярной диагностике ТБ. Охват лечением пациентов с МЛУ-ТБ вырос с 63% от расчетного числа пациентов в 2011 г. до 96% в 2013 г., хотя показатели успешности лечения ниже (48,5%) целевого ориентира в 75%, что обусловлено нехваткой эффективных медикаментов, неудовлетворительной эффективностью программ, недостаточным использованием подходов, ориентированных на нужды пациентов, а также отсутствием механизма трансграничной помощи при ТБ. Девять из 15 стран с высоким бременем МЛУ-ТБ достигли к январю 2013 г. всеобщего доступа к лечению и помощи при ТБ. Шесть других государств-членов постепенно продвигаются к цели предоставления лечения всем пациентам. Тем не менее, в некоторых государствах-членах продолжают наблюдаться пробелы в этой области, например, пациенты вынуждены вставать на лист ожидания для получения лечения.

3. Страны Балтии, несмотря на сравнительно высокую распространенность там ТБ и МЛУ-ТБ, успешно приостановили дальнейший рост уровней МЛУ-ТБ. Воздействие экономического кризиса на ТБ как на социальное заболевание пока изучено не было. В большинстве государств-членов вопросам ведения пациентов, пересекающих границы, пока еще не было уделено надлежащего внимания.

4. При отсутствии эффективного лечения устойчивые штаммы ТБ будут распространяться в медицинских учреждениях и в сообществах. Это окажет серьезное негативное воздействие на финансовые и кадровые ресурсы систем здравоохранения.

## **Исходные сведения**

5. Бремя ТБ в странах Европейского региона ВОЗ очень различно: от менее одного случая ТБ на 100 000 населения в некоторых государствах-членах до 200 случаев ТБ на 100 000 населения – в других. Даже внутри стран существуют значительные различия в заболеваемости ТБ; в некоторых районах и столицах стран Западной Европы нередкими являются уровни ТБ, составляющие 100 случаев на 100 000 населения.

6. В резолюции Регионального комитета EUR/R61/R7 Региональному директору предлагается проводить каждые два года начиная с 2013 г. оценку прогресса в деле профилактики и борьбы с М/ШЛУ-ТБ на региональном уровне, представляя соответствующие отчеты Региональному комитету. Комплексный план действий, который был разработан в рамках широкой консультации с государствами-членами, организациями гражданского общества, техническими и двусторонними агентствами и сообществами с целью обуздания этой эпидемии, ставит амбициозные цели: диагностирование более 85% от расчетной численности пациентов с МЛУ-ТБ и проведение успешного лечения не менее чем в 75% случаев.

## **Анализ ситуации**

### **Эпидемиологические тенденции**

7. В 2011 г.<sup>1</sup> из расчетных 380 000 в Европейском регионе было зарегистрировано 295 968 новых случаев ТБ. Начиная с 2007 г. наблюдается снижение показателей регистрации случаев ТБ в Регионе в среднем на 5% в год. В 2011 г. более 44 000 случаев смерти были связаны с ТБ.

8. Среди вновь зарегистрированных случаев число МЛУ-ТБ неуклонно росло: с 4% в 2005 г. до 14% в 2011 г., что подтверждает продолжающуюся передачу. Из расчетных 78 000 случаев МЛУ-ТБ около 30 000 (38%) были выявлены в 2011 г., 98% из них были зарегистрированы в 18 странах высокого приоритета по ТБ<sup>2</sup>. Распространенность МЛУ-ТБ среди ранее леченных пациентов в 2011 г. составляла 47,22%: небольшое снижение по сравнению с 48,2% в 2010 г. Несмотря на то, что за период, прошедший после одобрения Комплексного плана действий, охват тестированием на устойчивость к препаратам второго ряда увеличился в три раза, он все еще составляет лишь 9%, что доказывает, что до 2% всех случаев МЛУ-ТБ являются ТБ с широкой лекарственной устойчивостью.

9. Хотя сочетанная инфекция ТБ/ВИЧ не так распространена в Европейском регионе, как в других регионах ВОЗ, наблюдается повышение распространенности ВИЧ-инфекции среди пациентов с ТБ (с 2,8% в 2007 г. до 6,4% в 2011 г.).

---

<sup>1</sup> Просьба обратить внимание на то, что данные эпиднадзора за ТБ собираются в течение года, а затем анализируются в следующем за ним году. Другими словами, данные, использованные в этом отчете о ходе работ (январь 2013 г.), относятся к случаям, зарегистрированным в 2011 г. Это делается для того, чтобы страны могли проверить точность своих данных и определить, какими были исходы лечения для вновь или ранее леченных больных.

<sup>2</sup> Азербайджан, Армения, Беларусь, Болгария, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация, Румыния, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан, Украина, Эстония.



## **Финансирование вмешательств по борьбе с ТБ и МЛУ-ТБ**

10. Ряд государств-членов запросили и получают помощь от Регионального бюро в пересмотре механизмов финансирования, а также поддержку в составлении бюджета для вмешательств в области профилактики и борьбы с ТБ с целью улучшения эффективности соответствующих программ.

11. Региональное бюро оказывает помощь в составлении заявок на получение поддержки Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (а также других доноров) отвечающим критериям странам. Однако с отменой 11 раунда подачи заявок в Глобальный фонд и в связи с задержкой объявления нового механизма финансирования для его замены масштаб реализации вмешательств по борьбе с МЛУ-ТБ и укреплению систем здравоохранения в некоторых странах не был расширен, как ожидалось.

12. Всесторонний обзор программ по борьбе с ТБ, проведенный совместно Региональным бюро и Европейским центром профилактики и контроля заболеваний (ECDC) в некоторых странах Европейского региона, продемонстрировал, что в результате кризиса и сокращения бюджетного финансирования некоторые из ранее достигнутых результатов могут оказаться под угрозой.

## ***Достижения и трудности***

### **Область вмешательства 1: Предотвращение развития случаев М/ШЛУ-ТБ**

13. Региональное бюро и партнеры в сотрудничестве с государствами-членами провели оценку причин прекращения пациентами лечения в различных условиях. В систему эпиднадзора за лекарственной устойчивостью были включены социальные детерминанты. Инструмент оценки результатов деятельности систем здравоохранения в отношении ТБ/МЛУ-ТБ был разработан и внедрен в ряде государств-членов для определения ключевых трудностей в отношении шести составляющих систем здравоохранения и предоставления рекомендаций по мерам, направленным как на предупреждение возникновения лекарственно-устойчивого ТБ, так и на расширение масштабов лечения. В ряде государств-членов, включая страны Балтии, уровни МЛУ-ТБ стабилизировались.

14. Однако в ряде государств-членов, включая некоторые страны, являющиеся членами Европейского союза, все еще наблюдается возникновение и распространение лекарственно-устойчивых форм заболевания, связанное с ненадлежащим лечением и недостатком механизмов поддержки пациентов. В некоторых государствах-членах без необходимости госпитализируют пациентов, что при отсутствии надлежащего контроля в отношении инфекций, передающихся воздушно-капельным путем, может приводить к внутрибольничному заражению лекарственно-устойчивыми формами ТБ. В некоторых государствах-членах в полной мере не функционируют амбулаторные службы и другие модели помощи, включая лечение на дому.

15. Имеется дефицит фактических данных в отношении профилактического лечения лиц, контактировавших с пациентами с М/ШЛУ-ТБ.

## **Область вмешательства 2: Расширение доступа к услугам тестирования устойчивости к противотуберкулезным препаратам первого и второго ряда и тестирования на ВИЧ среди больных ТБ**

16. Региональное бюро учредило Европейскую лабораторную инициативу (ЕЛИ) по ТБ, а также предоставляло техническую поддержку государствам-членам в расширении диагностического потенциала и введению в действие экспресс-теста по молекулярной диагностике ТБ и МЛУ-ТБ. Региональное бюро и другие партнеры также предоставляли техническую поддержку совместным мероприятиям по борьбе с ТБ/ВИЧ.

17. В связи с обусловленным экономическим кризисом сокращением финансирования государства-члены сталкиваются с трудностями при расширении потенциала в области диагностики и совершенствовании биобезопасности.

## **Область вмешательства 3: Расширение доступа к эффективному лечению всех форм лекарственно-устойчивого ТБ**

18. Региональное бюро оказало поддержку государствам-членам в приведении их национальных планов действий по борьбе с МЛУ-ТБ и ТБ в соответствие с Комплексным планом действий.

19. Государства-члены расширили доступ к противотуберкулезным препаратам второго ряда для лечения пациентов с М/ШЛУ-ТБ (охват лечением составляет 96%).

20. Региональное бюро учредило КЗС и предоставляло техническую помощь странам с высоким бременем МЛУ-ТБ в области клинического и программного ведения случаев лекарственно-устойчивого туберкулеза как в рамках визитов в страны, так и предоставляя рекомендации с использованием различных средств коммуникации. Региональное бюро и Европейское респираторное общество (ЕРО) ввели в действие электронный консилиум на английском и русском языках (<https://www.tbconsilium.org/>) по клиническому ведению пациентов со сложными случаями для предоставления консультаций практическим врачам.

21. За рамками проектов, которые получили международную поддержку со стороны ВОЗ или КЗС, показатель успешности лечения пациентов с МЛУ-ТБ был исключительно низким (в некоторых местах – 28%). Причиной этого в основном является незаконченный курс лечения, а также недостаток полного доступа ко всем необходимым противотуберкулезным препаратам второго ряда. В некоторых странах Западной Европы клинические процедуры не соответствуют принятым стандартам: там наблюдаются длительные задержки в постановке диагноза из-за недостатка знаний и опыта, низкое качество ведения пациентов и ненадлежащее последующее наблюдение.

## **Область вмешательства 4: Совершенствование инфекционного контроля в отношении ТБ**

22. Региональное бюро и другие партнеры предоставили государствам-членам техническую поддержку по окончательной доработке их национальных планов действий по противотуберкулезному инфекционному контролю, которые должны быть интегрированы либо в их национальные планы по борьбе с ТБ, либо в их национальные стратегии здравоохранения. Региональное бюро разработало набор ключевых спецификаций для закупок оборудования для проведения противотуберкулезного инфекционного контроля.

23. Секретариат оказывал поддержку государствам-членам в совершенствовании инфекционного контроля, осуществляемого в отношении инфекций, передающихся

воздушным путем, в медицинских учреждениях и местах большого скопления людей. В некоторых государствах-членах масштаб этих мероприятий пока не был расширен, причиной этого является недостаток мер административного и экологического контроля, а также мер по индивидуальной респираторной защите. Поэтому в учреждениях здравоохранения и местах скопления людей продолжается дальнейшее распространение ТБ и лекарственно-устойчивого ТБ. Некоторые государства-члены депортируют мигрантов с ТБ без учета связанных с этим вопросов прав человека и общественного здравоохранения или не принимая надлежащие меры инфекционного контроля.

#### **Область вмешательства 5: Усиление эпиднадзора, включая учет и отчетность по данным о лекарственно-устойчивом ТБ, а также мониторинг результатов лечения**

24. Региональное бюро в консультации с партнерами подготовило механизм мониторинга выполнения Берлинской декларации по туберкулезу и предоставило обучение, практическую подготовку и техническую поддержку государствам-членам для улучшения мониторинга, оценки и использования данных в целях совершенствования работы программ борьбы с ТБ.

25. Региональное бюро оказало поддержку ряду государств-членов в проведении общенациональных обзоров лекарственной устойчивости.

26. Для координации эпиднадзора Региональное бюро и ECDC провели ежегодное совещание для национальных координаторов по эпиднадзору за туберкулезом.

27. Во многих государствах-членах данные по тестированию на устойчивость к препаратам второго ряда все еще ограничены, также недостаточно используются методы электронного управления данными – это представляет дополнительные трудности при анализе результатов деятельности программы. Некоторые государства-члены в Западной Европе не сообщают данные об исходах лечения, что не позволяет определить эффективность проводимых там вмешательств по борьбе с ТБ.

#### **Область вмешательства 6: Расширение возможностей стран для наращивания масштабов лечения лекарственно-устойчивого ТБ, включая проведение адвокации, развитие партнерств и предоставление рекомендаций по вопросам политики**

28. Региональное бюро оказало поддержку государствам-членам высокого приоритета по ТБ в обновлении и окончательной доработке их национальных планов ответных действий в связи с МЛУ-ТБ, а также организовало региональный семинар по содействию в подготовке национальных стратегических планов по борьбе с ТБ, которые включали бы МЛУ-ТБ. Региональное бюро также разработало инструмент оценки стратегического руководства в области борьбы с ТБ и оказало помощь ряду стран в улучшении структуры их национальных программ.

29. Региональное бюро в сотрудничестве с ECDC и Фондом по борьбе с туберкулезом KNCV организовало в мае 2013 г. в Гааге, Нидерланды, совещание руководителей национальных программ по борьбе с ТБ для обсуждения прогресса, достигнутого в реализации национальных и региональных планов действий, включая Комплексный план действий по профилактике и борьбе с туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в Европейском регионе ВОЗ, 2011–2015 гг.

30. На основе запросов, полученных от государств-членов, Региональное бюро и партнеры организовали внешнюю оценку программ в Азербайджане, Армении, Беларуси, Венгрии, Казахстане, Норвегии, Словакии и Украине.

31. Региональное бюро учредило в декабре 2012 г. региональный комитет по межучрежденческому сотрудничеству в борьбе с ТБ (RICC-ТБ) для совершенствования партнерств и укрепления координации между партнерами.

32. Региональное бюро предоставило рекомендации государствам-членам, которые проводят пересмотр принятых там норм этики и прав человека в связи с ТБ.

33. Секретариат привлекал представителей гражданского общества к участию во всех региональных совещаниях и всесторонних обзорах программ. Региональное бюро оказывало поддержку работе Европейской коалиции по ТБ и других организаций гражданского общества, привлекая их к планированию и реализации вмешательств. Лишь в немногих государствах-членах организации гражданского общества вовлечены в борьбу с ТБ. Более того, во многих государствах-членах паллиативная помощь для пациентов с ТБ не доступна.

34. Представители Регионального бюро присутствовали и делали презентации на ряде слушаний в Европейском парламенте, посвященных ТБ и МЛУ-ТБ. 20 марта 2013 г. Региональное бюро организовало в Европейском парламенте фотовыставку "Лица туберкулеза".

### **Область вмешательства 7: Учет потребностей особых групп населения**

35. Региональное бюро и другие партнеры предоставили поддержку государствам-членам в проведении обзора их национальных стратегий в области ТБ/ВИЧ для обеспечения потребностей особых групп населения, а также в обновлении их руководств и инструкций по охране здоровья в местах лишения свободы для включения в них методических рекомендаций по борьбе с ТБ в пенитенциарных учреждениях. В большинстве стран, однако, отсутствует функционирующий механизм координации лечения ТБ и ВИЧ-инфекции, который необходим для содействия предоставлению интегрированной помощи при ТБ и ВИЧ-инфекции (и наркологической помощи/лечения наркозависимости).

36. Секретариат предоставил техническую помощь государствам-членам в совершенствовании координации между тюремными и гражданскими службами здравоохранения. Методические рекомендации и стратегические документы были разработаны и распространены среди государств-членов через сеть "Здоровье в тюрьмах". Несмотря на эти усилия, до сих пор имеются пробелы в координации между гражданскими и пенитенциарными службами.

37. Региональное бюро учредило целевую группу по борьбе с детским ТБ для определения и учета существующих практик в отношении профилактики и лечения ТБ у детей, а также для адаптации международных рекомендаций к условиям Европейского региона. В большинстве государств-членов наблюдается нехватка кадровых ресурсов, квалифицированных в области профилактики и борьбы с ТБ у детей.

38. Региональное бюро завершило разработку и опубликовало документ "Минимальный пакет вмешательств для трансграничного контроля и помощи при ТБ в Европейском регионе ВОЗ: Волфхезское консенсусное заявление"<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Dara M et al. Minimum package for cross-border TB control and care in the WHO European Region: a Wolfheze consensus statement. *European Respiratory Journal*, 2012, 40(5):1081–1090.

39. Существует срочная необходимость проведения исследований и разработок для создания новых препаратов и вакцин для борьбы с ТБ и М/ШЛУ-ТБ. Региональное бюро оказывает поддержку государствам-членам во внедрении бедаквилина в качестве нового противотуберкулезного препарата при определенных условиях и с уделением особого внимания фармакологическому надзору. Выпуск еще одного нового препарата ожидается в 2014 г. Также проводятся испытания вакцин в других регионах.

### ***Последующие шаги***

40. Региональное бюро будет продолжать оказывать поддержку государствам-членам в реализации ими Комплексного плана действий в рамках специального проекта Регионального директора. Региональное бюро продолжит работать с членами Европейского парламента, ECDC, Европейской комиссией и другими ключевыми партнерами по повышению осведомленности о профилактике и борьбе с ТБ и МЛУ-ТБ.

41. Будет подготовлено краткое изложение методов наилучшей практики в отношении моделей вмешательств в рамках системы здравоохранения по профилактике и лечению МЛУ-ТБ. Также в 2013 г. будет организован семинар для стран Европейского региона ВОЗ по обмену опытом в расширении масштабов ориентированного на нужды пациента амбулаторного лечения.

42. Региональное бюро и наднациональные референс-лаборатории по ТБ в сотрудничестве с национальными референс-лабораториями по ТБ к концу 2013 г. разработают трехлетний план развития ТБ-лабораторий для 18 стран высокого приоритета по ТБ.

43. По итогам обзора лекарственной устойчивости и в рамках обновления национальных систем эпиднадзора Региональное бюро окажет поддержку государствам-членам и другим партнерам в проведении к концу 2013 г. достоверных оценок распространенности МЛУ-ТБ.

44. Региональное бюро предоставит техническую поддержку государствам-членам для улучшения деятельности и повышения эффективности программ по борьбе с ТБ, а также начнет работу по представлению, введению в действие и обеспечению рационального использования новых противотуберкулезных препаратов. В 2013 г. будет организована всесторонняя оценка программ по борьбе с ТБ в Республике Молдова, Нидерландах, и Таджикистане.

45. Региональное бюро будет оказывать помощь в составлении заявок на получение поддержки Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией странам, отвечающим критериям на получение помощи.

46. В сотрудничестве с ECDC и ЕРО Региональное бюро проведет оценку вмешательств, направленных на достижение элиминации ТБ в странах с низким уровнем заболеваемости. В 2013 г. Региональное бюро завершит разработку консенсусного документа, посвященного роли оперативных вмешательств в лечении ТБ и М/ШЛУ-ТБ.

## **Отчет о достигнутом прогрессе в борьбе против табака в Европейском регионе ВОЗ**

### ***Введение и исходные сведения***

47. Европейская стратегия борьбы против табака (ЕСБТ) отражает усилившуюся политическую приверженность делу борьбы против табака в Европейском регионе ВОЗ и связанные с этой борьбой ожидания в отношении общественного здоровья. Стратегия была принята Европейским региональным комитетом ВОЗ на его пятьдесят второй сессии в сентябре 2002 г. (резолюция EUR/RC52/R12). При разработке стратегии были учтены уроки и выводы из оценки реализации трех последовательных европейских планов действий по борьбе против табака<sup>4</sup>, руководящие принципы, изложенные в Варшавской декларации "За Европу без табака" (2002 г.), и фактические данные, которыми обосновывается политика борьбы против табака на уровне отдельных стран, регионов и на международном уровне.

48. ЕСБТ появилась раньше, чем была принята Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ), и должна регулярно пересматриваться и соответствующим образом адаптироваться к новым стратегическим задачам.

### ***Анализ ситуации***

49. В настоящее время уровень употребления табака среди взрослых в Европейском регионе самый высокий среди всех регионов ВОЗ. Хотя распространенность употребления табака среди мужчин в регионе Западной части Тихого океана выше, чем в Европейском регионе, женщин, употребляющих табак, в Европейском регионе намного больше, чем в других регионах. Практически во всех странах Европейского региона распространенность табакокурения среди женщин по-прежнему ниже, чем среди мужчин. Тем не менее, есть несколько стран, где этот разрыв очень мал, а в нескольких странах среди тех, кто ежедневно курит табак, женщин даже больше, чем мужчин.

50. Табачная промышленность рекламирует бездымный табак как более мягкую, менее вредную альтернативу сигаретам и другим табачным изделиям, предназначенным для курения. Необходимо внимательно наблюдать за новыми формами бездымного табака, имеющимися на рынке. В Европейском регионе чуть больше четверти (15 из 53) государств-членов в настоящее время собирают данные об употреблении бездымного табака. Кроме того, в нескольких странах замечен рост употребления бездымного табака, хотя говорить о тенденциях на основании ограниченных данных пока рано.

51. В Европейском регионе один из самых высоких уровней употребления табака среди молодежи. В отличие от коэффициента соотношения мужчин и женщин среди курящих взрослых, коэффициент соотношения мальчиков и девочек среди курящих

---

<sup>4</sup> План действий по борьбе против табака (документ EUR/RC37/7, 1987); План действий "За Европу без табака" (документ EUR/RC42/9, 1992); Третий план действий "За Европу без табака" на период 1997–2001 гг." (документ EUR/ICP/LVNG 01 04 01, 1997).



подростков намного меньше. Как и в случае со взрослыми, в некоторых странах распространенность употребления табака среди девочек выше, чем среди мальчиков.

### **Современные тенденции и имеющиеся пробелы**

52. С момента принятия РКБТ ВОЗ в 2003 г. и ее вступления в силу в 2005 г. в Европейском регионе наблюдается тенденция к снижению уровней употребления табака среди лиц мужского пола (кроме четырех стран) и к стабилизации или снижению среди лиц женского пола (кроме девяти стран). Если в стратегиях борьбы против табака не будут учитываться гендерные аспекты, уровень потребления табака лицами женского пола будет продолжать расти и в конечном итоге вызовет рост смертности, относимой на счет табака.

53. В некоторых странах растет уровень потребления табака среди подростков; в некоторых странах этот уровень почти такой же, как среди взрослых.

54. Данных о динамике изменений в употреблении бездымного табака недостаточно. Тем не менее, можно ожидать, что его употребление будет расти, особенно по мере того, как все больше стран ужесточают свою политику создания общественных мест и зон, полностью свободных от табачного дыма.

### **Достижения и трудности в каждом из стратегических направлений**

55. Роль РКБТ ВОЗ в борьбе с табачной эпидемией состоит в обеспечении согласованных ответных действий в международных масштабах. Успех Конвенции можно измерять по уровню политической приверженности ее духу и букве, степени ее реализации и положительному эффекту предусмотренных ею мер.

### **Политическая приверженность**

56. На февраль 2013 г. Сторонами Конвенции являются 49 из 53 европейских государств-членов ВОЗ, а также Европейское сообщество. Присоединение к Конвенции подразумевает юридическое обязательство выполнять ее положения, но одновременно дает Сторонам законное право продвигать принятие строгих и всеобъемлющих мер борьбы против табака.

### **Реализация РКБТ ВОЗ**

57. В целом, со времени принятия РКБТ ВОЗ Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2003 г. в Европейском регионе достигнут неплохой прогресс в реализации ее положений, хотя все еще остается несколько областей, в которых необходимы улучшения.

58. Важно отметить, что для предупреждения и искоренения употребления табака нужны жесткие, всеобъемлющие меры борьбы. Подобный всеобъемлющий подход к применению РКБТ ВОЗ приняли в Регионе несколько стран, в том числе Венгрия, Ирландия, Испания, Мальта, Соединенное Королевство, Турция и Украина. Регион является мировым лидером в реализации Статьи 6 (Ценовые и налоговые меры по сокращению спроса на табак) и Статьи 14 (Меры по сокращению спроса, касающиеся табачной зависимости и прекращения употребления табака) Конвенции. В период с 2008 по 2010 г. в общей сложности 17 государств-членов существенно подняли налоги на табачные изделия. В 42 государствах-членах в розничной цене табачных изделий налог составляет 50% и более. В двух из каждых трех стран Региона предлагаются

никотинзаместительная терапия и некоторые услуги, помогающие людям бросить курить, из которых по крайней мере одна предоставляется бесплатно. В 62% стран организована телефонная служба для того, чтобы позвонившие могли в живой беседе обсудить вопросы прекращения курения.

59. Однако хуже обстоит дело в Европейском регионе с реализацией Статьи 5 (Общие обязательства), Статьи 8 (Защита от воздействия табачного дыма), Статьи 11 (Упаковка и маркировка табачных изделий), Статьи 12 (Просвещение, передача информации, подготовка и информирование населения) и Статьи 13 (Реклама, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий). В своих докладах Стороны Конвенции, принадлежащие к Европейскому региону ВОЗ, указали на целый ряд трудностей в реализации всеобъемлющих мер политики по борьбе с табаком, в том числе: на нехватку финансовых и/или кадровых ресурсов, вмешательство табачной индустрии, недостаток политической воли, необходимость укрепления межсекторального сотрудничества и координации.

### **Борьба против табака в Плане действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг.**

60. В Плане действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг., однозначно подчеркивается важность борьбы против табака и особо выделяются налогово-бюджетная политика и стратегии в отношении маркетинга.

#### *Стратегическое руководство*

61. Региональное бюро вместе с Секретариатом Конвенции поддерживает тесное сотрудничество с правительствами стран и с государствами-членами с целью содействия в реализации РКБТ ВОЗ путем оказания поддержки в разработке и претворении в жизнь национального законодательства, политики и планов действий. В 2012 г. были разработаны национальные планы действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Болгарии, Литве и Украине. Кроме того, Региональное бюро предоставляет государствам-членам техническую поддержку по укреплению прав и возможностей местных сообществ путем проведения общенациональных просветительских кампаний с целью информирования населения о борьбе против табака. В качестве одного из примеров можно назвать кампанию, проводимую в настоящее время в Республике Молдова.

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

62. В 2012 г. был введен переработанный протокол Глобального обследования употребления табака среди молодежи (GYTS), ставший результатом экспертных оценок и выработанных экспертами рекомендаций, которые имели целью приведение методики эпиднадзора и мониторинга употребления табака молодыми людьми в соответствие с положениями РКБТ ВОЗ. Были расширены масштабы Глобального обследования употребления табака среди взрослых (GATS), которое ранее охватывало только Польшу, Российскую Федерацию, Румынию, Турцию и Украину, а в 2013–2014 гг. будет проведено в Греции и Казахстане. Одновременно повторное обследование пройдет в Турции. Интерес к GATS проявили еще несколько стран, и в настоящее время идут дискуссии о включении основных вопросов GATS в существующие национальные обследования здоровья населения.



63. База данных Регионального бюро по борьбе против табака была введена в действие в ноябре 2012 г. и первоначально содержала информацию по реализации Статьи 13 Конвенции. Эта база данных уникальна тем, что открывает доступ к соответствующим положениям национальных законов, переведенных на английский язык, и позволяет проводить сравнения между странами.

64. Завершены работы по сбору и подтверждению данных по всем 53 государствам-членам Европейского региона для самого последнего из серии ежегодных докладов ВОЗ о глобальной табачной эпидемии. В этом докладе, который выходит в свет летом 2013 г., описана реализация положений РКБТ ВОЗ. В нем использованы самые различные источники, в том числе, не в последнюю очередь, доклады Сторон Конвенции.

#### *Укрепление потенциала для противодействия вмешательству табачной индустрии*

65. Подготовлена серия информационно-пропагандистских материалов и кратких сводок фактических данных, которая выйдет в свет в 2013 г. и будет содержать подборку данных из стран Европейского региона, осуществивших решительные меры по борьбе против табака. Эта серия публикаций показывает действенность таких мер и опровергает стандартные ложные утверждения, распространяемые табачной промышленностью.

66. По случаю Всемирного дня без табака в 2012 г. была опубликована брошюра под названием *Tobacco industry interference in the WHO European Region* [Вмешательство табачной промышленности в Европейском регионе]. В этой брошюре показано, как промышленность вмешивается в борьбу против табака и как на это отвечают страны. Кроме того, Региональное бюро разработало специальные стратегии, направленные на расширение прав и возможностей женщин, демографической группы, в которой наблюдается рост уровней употребления табака.

#### *Содействие укреплению здоровья с помощью налогово-бюджетной политики и стратегий в отношении маркетинга*

67. Региональное бюро оказывает поддержку государствам-членам в превращении защиты здоровья населения в приоритетное направление. Для этого оно оказывает помощь в принятии и реализации важных законодательных мер, в том числе касающихся повышения налогов на табачные изделия и запрета стимулирования их продажи.

68. В настоящее время Региональное бюро готовит сборник ситуационных исследований, в которых демонстрируется "искусство возможного". В этих ситуационных исследованиях, которые будут опубликованы в 2013 г., показано, чего можно добиться при реализации страной РКБТ ВОЗ, если есть решимость, готовность действовать и добрая воля. Два ситуационных исследования касаются налогово-бюджетной политики (пример Украины) и стратегий в отношении маркетинга (пример Франции).

69. В ноябре 2012 г. Региональное бюро совместно со штаб-квартирой ВОЗ организовало совещание по налогообложению табачной продукции, на котором собрались должностные лица высокого уровня, ответственные за вопросы финансов, таможенной службы и здравоохранения, из Беларуси, Казахстана, Российской Федерации и Украины. Целью совещания было проложить путь к созданию межведомственной технической рабочей группы с участием представителей нескольких стран Региона, которая будет заниматься вопросами повышения налогов на табачные изделия и для этого изучать и разрабатывать модели налогообложения. Заинтересованность в участии в этой рабочей группе выразили еще несколько государств-членов, в том числе Латвия, Литва, Республика Молдова и Эстония.

### *Содействие укреплению здоровья различных условиях социальной среды*

70. Одно из ситуационных исследований, упомянутых в пункте 22, посвящено опыту Турции, которая применяет комплексный подход и является в Регионе одним из лидеров в борьбе против табака, занимая передовые позиции по объявлению общественных мест местами, свободными от табачного дыма. Один из информационно-пропагандистских материалов, упомянутых в пункте 19, посвящен условиям социальной среды, свободным от табачного дыма. В нем содержится подборка фактических данных об эффективности этой меры в других осуществивших ее странах Региона.

### **Последующие шаги**

#### **Что означает достижение намеченного глобального целевого показателя – относительного снижения к 2025 г. на 30% нынешнего уровня потребления табака взрослыми в возрасте от 15 лет и старше**

71. В настоящее время распространенность употребления табака в большинстве стран Европейского региона находится в пределах 21–30%, следующий диапазон распространенности – 31–40%. Если допустить, что в каждой стране произойдет относительное сокращение на 30%, в 2025 г. более 50% стран Региона будут находиться в диапазоне распространенности 10–20%, а немногим более одной четверти стран в диапазоне 21–30%. Только в одной стране распространенность будет в пределах 31–40%, и ни в одной стране этот уровень не будет выше.

72. Исходя из предварительных прогнозов на 2025 год, можно предвидеть разные характеры этой тенденции: во многих странах будет наблюдаться либо снижение, либо стабилизация распространенности, однако в трех странах прогнозируется рост распространенности употребления табака. Если относительного снижения распространенности на 30% не произойдет, 30% стран в Регионе будут находиться в диапазоне распространенности 10–20%, 22,5% стран – в диапазоне 21–30% и 22,5% стран – в диапазоне 31–40%. Для 17,5% стран диапазон составит 41–50%, а в 7,5% стран распространенность превысит 51%. Примерно в 10% стран распространенность будет в диапазоне от 0 до 9%.

#### **Какие области являются приоритетными для достижения намеченного глобального целевого показателя?**

73. Неизменно отмечается существенный прогресс в реализации РКБТ ВОЗ и ее рекомендаций. Существуют убедительные данные, указывающие на то, что РКБТ ВОЗ благодаря юридическим обязательствам, принимаемым на себя Сторонами, подвигает правительства предпринимать активные меры против табака. Присоединение к Конвенции подразумевает обязательство выполнять ее положения, но одновременно дает Сторонам законное право и налагает обязанность продвигать принятие жестких мер борьбы против табака.

74. В 2014–2015 гг. Региональное бюро в качестве первоочередных будет предпринимать следующие действия:

- продолжать оказывать содействие четырем остающимся странам Региона в ратификации РКБТ ВОЗ;
- продолжать оказывать поддержку в комплексной реализации РКБТ ВОЗ, уделяя особое внимание расширению масштабов реализации в тех областях, где в данный момент имеются пробелы, в частности, это касается положений Статьи 5 (Общие обязательства), Статьи 8 (Защита от воздействия табачного дыма), Статьи 11

(Упаковка и маркировка табачных изделий) и Статьи 13 (Реклама, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий) и соответствующих рекомендаций;

- способствовать в тесном сотрудничестве с Секретариатом Конвенции подписанию и ратификации Протокола о ликвидации незаконной торговли табачными изделиями, который, являясь новым юридическим инструментом, дополняющим РКБТ ВОЗ, требует особого внимания со стороны правительств;
- оказывать поддержку в ведении мониторинга более раннего начала употребления табака среди женщин и девочек-подростков и наблюдаемого роста употребления бездымного табака и электронных сигарет и принятии стратегий, направленных на противодействие этим тенденциям;
- распространять опыт стран, которые предпринимают активные политические меры (например, в отношении стандартной упаковки), поскольку такие лидеры могут стимулировать дальнейшее расширение активности борьбы с табаком в Регионе;
- в соответствии с основами Европейской политики в поддержку здоровья и благополучия Здоровье-2020, устанавливать и укреплять связи между действиями, направленными непосредственно против употребления табака, и действиями, которые различные действующие субъекты направляют на улучшение окружающей среды (например, общественные места, свободные от табачного дыма), охрану материнства и детства (например, прекращение курения среди беременных женщин) и борьбу с туберкулезом.

## **Отчет о достигнутом прогрессе в работе по проблемам питания, физической активности и ожирения в Европейском регионе ВОЗ**

### ***Введение и исходные сведения***

75. Неправильное питание, избыточная масса тела и ожирение входят в число важнейших факторов риска многих неинфекционных заболеваний (НИЗ), в том числе сердечно-сосудистых заболеваний и рака, которые являются двумя главными причинами преждевременной смерти в Европейском регионе ВОЗ. В большинстве стран Региона в ходе общенациональных обследований выявляются избыточное потребление жиров, низкий уровень потребления фруктов и овощей и рост распространенности ожирения, и все эти факторы не только сокращают ожидаемую продолжительность жизни людей, но и снижают ее качество. По имеющимся оценкам, вследствие ожирения (индекс массы тела от 30 и выше) в 20 западноевропейских странах каждый год умирают около 320 000 человек. В некоторых странах Восточной Европы распространенность ожирения в настоящее время также достаточно высока – с 1980 г. ее уровень повысился более чем втрое. С периода после грудного возраста неправильное питание, недостаточная физическая активность и ожирение часто связаны друг с другом, а также с комплексом других факторов риска, которым люди в группах с низким уровнем доходов подвержены намного чаще, чем в более обеспеченных слоях населения. Например, в странах Европейского союза семьи с низким уровнем доходов потребляют меньше всего фруктов и овощей. Особенно высока вероятность потребления недостаточного количества фруктов и овощей среди женщин с низким социально-экономическим статусом, живущих в Восточной Европе. Для распространенности избыточной массы тела и ожирения характерны гендерные различия: начиная с детского возраста, у лиц мужского пола эти проблемы наблюдаются заметно чаще. Из ответов детей, сообщивших в ходе опросного исследования, что их семьи имеют более низкий социально-экономический статус, следует, что они чаще других питаются готовыми закусками, то есть употребляют продукты с высоким содержанием жира и добавленного сахара и низким содержанием других пищевых веществ.

76. К сожалению, положение дел в большинстве стран Региона не улучшается. Напротив, данные показывают, что примерно в трети всех государств-членов Европейского региона ВОЗ распространенность избыточной массы тела составляет от 25% до 70%, а ожирением страдает от 5% до 30% взрослого населения. Что касается детей, то из данных по странам следует, что показатель распространенности избыточной массы тела и ожирения среди детей в возрасте 6–9 лет в среднем равен 24%, с разбросом от 18% до 45%.

77. Немалый вред здоровью населения Европы причиняет недостаточность физической активности. В Европейском регионе с недостаточной физической активностью связан примерно один миллион случаев смерти в год. По имеющимся данным, четверо из десяти взрослых в течение обычной недели ни в какой форме не получают физической нагрузки умеренной интенсивности. Не имеют достаточного уровня физической нагрузки более восьми из десяти девочек-подростков.

78. Стимулом для принятия активных мер по проблемам питания, физической активности и ожирения в Европе можно считать Европейскую хартию по борьбе с ожирением, единогласно принятую государствами-членами Европейского региона в 2006 г. В этой Хартии страны наметили ряд возможных мер и приняли обязательство

осуществлять их, с тем чтобы остановить рост или снизить уровень распространенности ожирения среди населения в целом и среди детей в частности. Четкие рекомендации, которые послужили руководством для действий Секретариата Регионального бюро, содержались и в других программных заявлениях и резолюциях Всемирной ассамблеи здравоохранения и Европейского регионального комитета ВОЗ, включая следующие документы:

- Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью (2004 г.);
- План действий в области пищевых продуктов и питания для Европейского региона ВОЗ на 2007–2012 гг. (2007 г.);
- План действий по реализации Глобальной стратегии профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними на 2008–2013 гг. (2008 г.);
- набор рекомендаций в отношении маркетинга пищевых продуктов и безалкогольных напитков, ориентированного на детей (2010 г.);
- резолюция о питании детей грудного и раннего возраста (резолюция WHA63.23) (2010 г.);
- Политическая декларация Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи [Организации Объединенных Наций] по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (2011 г.);
- План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями на 2012–2016 гг. (2012 г.).

79. В целях обеспечения реализации Плана действий в области пищевых продуктов и питания для Европейского региона ВОЗ на 2007–2012 гг. Региональное бюро осуществляет взаимодействие с созданными им шестью сетями, которые состоят из стран, выразивших готовность проводить конкретную работу в области снижения потребления соли, школьного питания, питания в больницах и регулирования маркетинга пищевых продуктов, ориентированного на детей. Деятельностью этих сетей руководят сами страны.

80. Программа Регионального бюро по питанию, физической активности и ожирению, осуществляемая Отделом неинфекционных заболеваний, направлена на то, чтобы помочь государствам-членам:

- разрабатывать и осуществлять планы действий по профилактике ожирения и борьбе с ним, с особым вниманием к важности здорового питания и физической активности на основе принципов Европейской хартии по борьбе с ожирением;
- разрабатывать, осуществлять и оценивать национальные планы и стратегии по пропаганде правильного питания в соответствии с принципами Плана действий в области пищевых продуктов и питания для Европейского региона ВОЗ на 2007–2012 гг., в первую очередь уделяя внимание эпиднадзору за статусом питания и мониторингу питания населения, в особенности детей.

### **Анализ ситуации**

81. Большинство государств-членов, выполняя рекомендации, содержащиеся в Европейской хартии по борьбе с ожирением и Плана действий в области пищевых продуктов и питания для Европейского региона ВОЗ на 2007–2012 гг., создали собственные механизмы для пропаганды здорового питания и физической активности и профилактики ожирения. Несмотря на это, для реализации принятых стратегий предстоит сделать еще очень много. В XXI веке проблема избыточной массы тела стала одним из

самых серьезных вызовов для общественного здравоохранения: в той или иной степени она затрагивает все страны, в первую очередь поражая группы населения с низким социально-экономическим статусом.

82. Для ряда стран и для некоторых групп меньшинств во многих странах актуальной остается проблема недостаточного питания. В некоторых странах распространенность отставания в росте среди детей достигает 30%. Региональное бюро стремится принимать все необходимые меры для того, чтобы как можно скорее искоренить проблему недостаточного питания в Регионе.

83. В своей деятельности в сфере питания Региональное бюро уделяет большое внимание мониторингу и эпиднадзору. В 2011 г. Региональное бюро создало Европейскую базу данных ВОЗ по питанию, ожирению и физической активности (НОРА). Будучи созданной в сотрудничестве с министерствами здравоохранения государств-членов и при поддержке Европейской комиссии, НОРА включает в себя подробную информацию о более чем 300 стратегиях национального и субнационального уровня, реализуемых в Европейском регионе. Европейская инициатива по эпиднадзору за детским ожирением (COSI) была учреждена как стандартизированная европейская система эпиднадзора, а впоследствии была расширена, и в 2012 г. в ней участвовали 19 стран. На сегодняшний день эта система является одним из наиболее мощных механизмов эпидемиологического надзора за ожирением на глобальном уровне.

84. Несколько государств-членов усилили или начали осуществлять решительные меры по борьбе с нездоровыми пищевыми привычками, которые увеличивают вероятность развития у людей ожирения, диабета, сердечно-сосудистых заболеваний и рака. К таким мерам относится снижение потребления соли (38 стран) и исключение из рациона трансжирных кислот (5 стран).

85. Кроме того, государства-члены участвуют в инициативах ВОЗ по составлению профилей пищевых веществ, осуществляемых с целью проверки различных моделей, предназначенных, например, для использования при закупке пищевых продуктов для школ и больниц. В 21 стране в национальные стратегии впервые включены ограничения на маркетинг пищевых продуктов, ориентированный на детей. Наконец, несколько стран для защиты здоровья населения обратились к политике ценообразования, начав повышать налоги на “нездоровые” пищевые продукты и планировать введение субсидий на здоровую пищу, такую как фрукты и овощи.

## ***Достижения и трудности***

86. В рамках выполнения Плана действий в области пищевых продуктов и питания для Европейского региона ВОЗ на 2007–2012 гг. Региональное бюро разработало, осуществило и провело оценку эффективности ряда мер, направленных на содействие и популяризацию здорового питания среди населения Региона. Основной задачей плана было разработать и принять цели в области здравоохранения, питания, безопасности пищевых продуктов и продовольственной безопасности и комплекс последовательных и взаимосвязанных мер для осуществления во всех сферах государственного управления и в частном секторе. В результате государствам-членам была предоставлена техническая поддержка для создания моделей стратегического руководства через разработку и реализацию национальных планов действий и стратегий, напрямую касающихся вопросов профилактики и контроля НИЗ. В июле 2013 г. Региональное бюро провело в Вене (Австрия) Европейскую министерскую конференцию ВОЗ по вопросам питания и неинфекционных заболеваний в контексте положений политики Здоровье-2020. На конференции различные варианты стратегий в области питания были рассмотрены через призму положений и принципов политики Здоровье-2020.



87. Региональное бюро продолжает оказывать странам поддержку в рамках двухгодичных соглашений о сотрудничестве (ДСС), предусматривающих, в частности, меры по исключению из рациона трансжирных кислот. Австрия, Дания, Исландия, Швейцария и Швеция намереваются исключить из продуктов трансжирные кислоты на уровне производства, а в Таджикистане в 2013 г. будет начат отбор проб пищевых продуктов для анализа на предмет содержания в них трансжиров. Структуры индустрии питания, например в Нидерландах и Соединенном Королевстве, также вносят вклад в сокращение содержания трансжиров. Отдельные государства-члены, такие как Финляндия, осуществляют успешные программы по сокращению содержания насыщенных жиров в рационе, другие впервые включают этот вопрос в качестве одной из четких целей своих стратегий.

88. Также уделялось значительное внимание проблеме избыточного потребления соли: эта тема была включена в качестве одного из основных вопросов в повестку дня Всемирного дня здоровья в 2013 г., в рамках которого были представлены новые или обновленные стратегии по снижению потребления соли и состоялась презентация документа, посвященного уже существующим в Европейском регионе программам в этой области. Региональное бюро продолжает поддерживать реализацию мероприятий в рамках ДСС на уровне стран в области совершенствования мониторинга потребления соли (применяя метод суточного отбора проб), методики отбора проб и дизайна исследований, благодаря чему повышается надежность результатов. В ряде стран, в том числе в Албании, Португалии и Эстонии, были предприняты усилия, в сотрудничестве с заинтересованными сторонами, по сокращению содержания соли в готовых продуктах. Там же была проведена работа по повышению информированности путем распространения целенаправленных сообщений для населения. На последней стадии подготовки находятся три кратких аналитических обзора, один из которых посвящен проблеме ожирения и малоподвижного образа жизни. Кроме того, ведется работа по укреплению связей с Европейской сетью содействия оздоровительной физической активности (НЕРА Europe), чтобы поддержать разработку методических указаний по физической активности в Португалии и Турции. Ведется работа по пропаганде здорового питания в школьной среде – так, например, в настоящее время готовится сборник документов, посвященных школьному питанию в странах Европейского региона.

## **Путь вперед**

89. В условиях сложившихся тенденций и новых вызовов Региональное бюро должно в своей работе акцентировать внимание на следующих аспектах:

- эпиднадзор и мониторинг статуса питания, уровня физической активности населения, пищевых привычек и последних изменений в области политики;
- разработка инструментов и программ для пропаганды физической активности в государствах-членах;
- повторное рассмотрение и реализация в контексте политики Здоровье–2020 принципов Европейской хартии по борьбе с ожирением и Плана действий в области пищевых продуктов и питания для Европейского региона ВОЗ на 2007–2012 гг., с учетом следующих документов:
  - План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями на 2012–2016 гг.;
  - Глобальный механизм мониторинга ВОЗ и целевые ориентиры в области профилактики и борьбы с НИЗ;
  - План действий по реализации Глобальной стратегии профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними на 2008–2013 гг.;

- планы по осуществлению Глобальной стратегии ВОЗ по вскармливанию детей грудного и раннего возраста.

90. В качестве первоочередных должны быть осуществлены следующие меры:

- координация следующих мер на региональном и национальном уровне:
  - осуществление стратегий по снижению потребления соли;
  - разработка и применение инструментов и программ по содействию физической активности;
  - исключение из рациона трансжирных кислот и сокращение потребления насыщенных жиров и добавленного сахара;
  - развитие и популяризация физически активных видов передвижения;
- оказание поддержки государствам-членам в подведении итогов реализации Плана действий ВОЗ в области пищевых продуктов и питания для Европейского региона ВОЗ на 2007–2012 гг., с особым вниманием к сокращению социальных неравенств;
- внедрение механизмов по профилактике и борьбе с ожирением, основанных на положениях Европейской хартии по борьбе с ожирением и Венской декларации по питанию и неинфекционным заболеваниям в контексте политики Здоровье-2020.



## **Отчет о ходе выполнения Плана действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг.**

### ***Глобальный и региональный контексты***

91. В последние два года в глобальной повестке дня в области общественного здравоохранения проблеме неинфекционных заболеваний (НИЗ) стало уделяться заметно больше внимания. В апреле 2011 г. в Москве, по приглашению Российской Федерации, состоялась Первая всемирная министерская конференция по вопросам здорового образа жизни и борьбы с НИЗ, итогом которой стало принятие Московской декларации, впоследствии утвержденной Всемирной ассамблеей здравоохранения (резолюция WHA64.11). На своей шестьдесят первой сессии в сентябре 2011 г. Европейский региональный комитет ВОЗ одобрил План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями на 2012–2016 гг. (Европейский план действий по НИЗ, 2012–2016 гг.). Недели позже мировые лидеры собрались в Нью-Йорке на Совещании высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН, основным итогом которого стало принятие документа “Политическая декларация Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними” (Политическая декларация ООН).

92. На шестьдесят второй сессии Регионального комитета были утверждены основы новой европейской политики здравоохранения Здоровье-2020, призванные поддержать действия правительств и всего общества в интересах здоровья и благополучия. В политике Здоровье-2020 сформулирован целый ряд действенных и комплексных стратегий и вмешательств, направленных на решение главных проблем здравоохранения в Регионе, включая проблему НИЗ. Эффективность этих вмешательств на уровне систем общественного здравоохранения и медико-санитарной помощи строится на соблюдении принципа справедливости, учете социальных детерминант здоровья, расширении прав и возможностей заинтересованных сторон и создании благоприятных средовых условий.

### ***Информация об этом отчете***

93. Всемирная ассамблея здравоохранения своей резолюцией WHA66.10 одобрила глобальный план действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг. и приняла комплексную глобальную систему мониторинга, включающую 9 добровольных глобальных целевых ориентиров и 25 индикаторов.

94. Предлагаемый отчет следует рассматривать как промежуточный: его должен заменить полный доклад (Европейский доклад по борьбе с неинфекционными заболеваниями, 2013 г.), который будет представлен на Европейском министерском совещании по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (Ашхабад, Туркменистан, декабрь 2013 г.). В полном докладе будут описаны тенденции, рассмотрен достигнутый прогресс и определен исходный уровень для будущих оценок.

95. Настоящий отчет подлежит рассмотрению совместно с отчетами о достигнутом в Европейском регионе ВОЗ прогрессе в борьбе против табака и в области питания, физической активности и ожирения.

## **Меры по борьбе с НИЗ в соответствии с принципом "Единая ВОЗ"**

96. Европейский регион ВОЗ активно участвовал в создании целого ряда документов, некоторые из них были приняты Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2013 г., а другие – представлены на рассмотрение Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций.

### **Эпиднадзор**

97. После того, как Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций приняла Политическую декларацию ООН, ВОЗ разработала глобальную систему мониторинга для отслеживания прогресса в области профилактики и борьбы с основными НИЗ и относящимися к ним факторами риска. Система мониторинга, которая была принята государствами-членами на сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2013 г., включает 9 принимаемых на добровольной основе целевых ориентиров и 25 индикаторов. Предусмотренные в политике Здоровье–2020 индикаторы и целевые ориентиры по НИЗ согласованы с этой глобальной системой мониторинга, но с частными поправками, учитывающими тот факт, что в Европейском регионе контрольным сроком для целевых ориентиров является 2020 г., тогда как для достижения глобальных целей установлен срок 2025 г.

### **Многосекторальные действия**

98. В качестве еще одного шага во исполнение положений Политической декларации ООН, под эгидой Генерального директора ВОЗ был подготовлен доклад о возможных направлениях работы по активизации и содействию в реализации многосекторальных действий в области профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними на основе формирования эффективных партнерских связей (текст доклада приведен в документе Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций A/67/373). В данном докладе анализируются существующие партнерские связи в указанной области, уроки и выводы и успешные подходы, а также предлагаются модели глобальных партнерств по профилактике и борьбе с НИЗ. Представленные в нем возможные направления работы находятся в полном соответствии с элементами европейской политики Здоровье–2020, касающимися стратегического руководства и общегосударственного подхода.

### **Профилактика и борьба с НИЗ**

99. В мае 2013 г. государства-члены ВОЗ приняли новый глобальный план действий по профилактике НИЗ и борьбе с ними на 2013–2020 гг. Его основная цель – осуществить на практике обязательства, содержащиеся в Политической декларации ООН. Он содержит перечень вмешательств и возможных вариантов политики по профилактике НИЗ и борьбе с ними, эффективных в сопоставлении с затратами и предполагающих развитие уже достигнутых успехов. Структура глобального плана действий с поставленными в нем шестью задачами в точности совпадает с приоритетами и действиями, предусмотренными Европейским планом действий по реализации стратегии профилактики и борьбы с НИЗ, 2012–2016 гг.

## **Достижения в Регионе**

### **Эпиднадзор**

100. Для того чтобы обеспечить максимальный вклад европейских государств-членов в разработку глобальной системы мониторинга, Европейское региональное бюро ВОЗ по приглашению Правительства Норвегии провело 9–10 февраля 2012 г. региональное техническое консультативное совещание по вопросам эпиднадзора, мониторинга и оценки в области НИЗ. На этом совещании были высказаны актуальные для Региона замечания и предложения в отношении возможности реализации и значения разрабатываемой системы мониторинга.

101. Кроме того, в соответствии с поручением майской 2012 г. сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, в августе 2012 г. была организована региональная онлайн-консультация по проекту глобальной системы мониторинга НИЗ. Результаты консультации были представлены на РК-62, и было принято решение о глобальной системе мониторинга НИЗ (EUR/RC62(1)). В этом решении выражается одобрение глобальной цели, принятой Всемирной ассамблеей здравоохранения – добиться к 2025 г. относительного сокращения преждевременной смертности от НИЗ на 25%. Кроме того, в нем содержится ссылка на результаты онлайн-консультации и подчеркивается необходимость при отборе показателей принимать во внимание имеющийся в государствах-членах потенциал для проведения мониторинга, чтобы не увеличивать без особой необходимости нагрузку на государства, связанную с представлением отчетности.

102. Откликаясь на последние изменения в сфере политики и стратегий в области эпиднадзора на уровне Европейского союза и на глобальном уровне, Европейское региональное бюро ВОЗ планирует организовать в Эстонии 9–11 сентября 2013 г. совещание с целью выработки более глубокого понимания потребностей в данных и вопросов качества данных для комплексного эпиднадзора за НИЗ в Европе, а также обсуждения первоочередных шагов по решению остающихся проблем, связанных с данными. В настоящее время осуществляется совместный проект Европейского регионального бюро ВОЗ и Европейской комиссии по приведению национальных информационных систем здравоохранения в соответствие с глобальной системой мониторинга, и эти же организации тесно сотрудничают в разработке новой Европейской стратегии в области информации здравоохранения.

### **Многосекторальные действия**

103. Одна из целей Плана действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с НИЗ, 2012–2016 гг., заключается в том, чтобы "в полной мере использовать налоговую политику и меры маркетингового контроля для осуществления влияния на спрос на табак, алкоголь и пищевые продукты с высоким содержанием насыщенных жиров, трансжиров, соли и сахара".

104. Влияние цены на потребление табака и алкоголя общеизвестно, и в Европейском регионе ВОЗ в этих вопросах накоплен большой опыт. В последние два года было проведено много исследований с целью изучения воздействия ценовой политики (в том числе налогообложения и субсидирования) на предложение пищевых продуктов. В Дании был введен (а затем отменен) налог на насыщенные жиры. Венгрия ввела налог на целый ряд пищевых продуктов, отнесенных законом к категории нездоровых. Франция ввела налог на некоторые пищевые продукты, содержащие много сахара. В тех случаях, когда имелись фактические данные, было показано, что эти налоги изменяют поведение потребителей, что может благоприятно влиять на здоровье населения. Исследования в странах продолжаются.

105. Европейским региональным бюро ВОЗ разработан комплект вспомогательных документов, касающихся налогово-бюджетной политики<sup>5</sup>, которые были использованы во время учебного семинара, проведенного 24–26 сентября 2012 г. в Литве. Руководителям здравоохранения из Албании, Болгарии, Венгрии, Литвы, Польши, Словакии, Украины, Хорватии и Эстонии была предоставлена возможность ознакомиться с различными аспектами использования ценовой политики для борьбы с НИЗ и принципами межсекторальных действий. Участвовавшие в семинаре страны разработали планы информационно-разъяснительной работы (адвокации) и возможных действий в этой перспективной области.

106. В последние 10 лет среди населения Соединенного Королевства отмечается значительное снижение потребления соли, что было достигнуто благодаря разумным стратегиям, предполагающим вовлечение заинтересованных сторон, изменение состава пищевых продуктов и осуществление вмешательств на уровне местных сообществ. Это один из примеров успешной деятельности Европейской сети действий по снижению потребления соли, которую в настоящее время возглавляет Швейцария, и этот успех планируется повторить в остальных 22 странах, входящих в состав данной сети. Другие страны, такие как Испания, Португалия, Словения, Турция, Черногория, Финляндия и Эстония, разрабатывают соответствующие стратегии и выступают лидерами в этом направлении.

107. Норвегия возглавляет Европейскую сеть по маркетингу, в которую входят 17 стран и деятельность которой направлена на снижение воздействия маркетинга на детей. Норвегия подготовила нормативную основу для снижения контактов детей с пищевыми продуктами с высоким содержанием жиров, сахара и соли. В стране также предпринят ряд мер (в том числе указание сведений о пищевой ценности и организация диалога с заинтересованными сторонами), в которых в роли бесспорного лидера выступил сектор здравоохранения. Многие страны, участвующие в работе этой сети, разрабатывают подходы, которые больше всего соответствуют их специфическим условиям.

108. Многие межсекторальные проекты в области профилактики и борьбы с НИЗ были представлены в День Европы во время Восьмой глобальной конференции по укреплению здоровья, которая состоялась 10–14 июня 2013 г. в Хельсинки (Финляндия), под общим заголовком “Учет интересов здоровья во всех стратегиях”. Хельсинкское заявление о принципе “Учет интересов здоровья во всех стратегиях” содержит прочную поддержку усилиям по борьбе с НИЗ в Европейском регионе.

## **Профилактика и борьба с НИЗ**

109. 25–26 января 2012 г. в Амстердаме, Нидерланды, состоялось организованное Региональным бюро ВОЗ совещание, посвященное важности укрепления первичной медико-санитарной помощи для профилактики НИЗ и борьбы с ними. Цель совещания состояла в том, чтобы помочь государствам-членам и организациям в осуществлении действий и вмешательств на уровне первичной медико-санитарной помощи, описанных в Плане действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с НИЗ, 2012–2016 гг., с особым вниманием к оценке кардиометаболического риска.

---

<sup>5</sup> *Могут ли налогово-бюджетные меры сократить бремя неинфекционных заболеваний?* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (<http://www.euro.who.int/ru/what-we-do/health-topics/disease-prevention/tobacco/news/news/2012/10/can-fiscal-policies-reduce-noncommunicable-diseases2>, по состоянию на 5 июля 2013 г.).

110. 27–29 июня 2012 г. в Астане, Казахстан, был организован диалог по вопросам политики в отношении укрепления услуг общественного здравоохранения в целях улучшения работы по профилактике НИЗ и борьбе с ними. В диалоге участвовали Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Узбекистан и Украина. Участникам был представлен проект нового глобального плана действий по профилактике НИЗ и борьбе с ними, по существу которого они представили свои комментарии и идеи.

111. Самый большой пробел в выполнении Плана действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с НИЗ отмечен в области оказания прямой технической поддержки государствам-членам в разработке методик ведения болезней. В соответствии с принятым в Регионе планом обеспечения устойчивости, в настоящее время вкладываются средства в привлечение специалистов в этой области, и такие инвестиции будут составлять одну из двух главных целей ныне создаваемого нового географически удаленного офиса Европейского регионального бюро по профилактике и борьбе с НИЗ.

### **Наращивание институционально-кадрового потенциала**

112. В конце 2012 г. было проведено четыре углубленных оценки состояния дел в странах – Армении, Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане – с целью последующей выработки национальных стратегий, планов действий и политики в области профилактики и борьбы с НИЗ. Эти оценки показали, что ответственные лица, принимающие решения в секторе здравоохранения, нуждаются в дополнительном повышении квалификации по вопросам НИЗ. Хотя учебные курсы по этой тематике организуются часто, доступ к программам на русском языке ограничен. В настоящее время при поддержке правительства Российской Федерации и Первого московского государственного медицинского университета подготавливается учебный курс на русском языке, и первая группа слушателей пройдет обучение по этому курсу в октябре 2013 г.

113. В рамках сотрудничества между системами здравоохранения более 50 медицинских работников из Азербайджана, Албании, Армении, Болгарии, Испании, Казахстана, Республики Молдова, Российской Федерации, Румынии, Сербии, Таджикистана, Турции, Узбекистана и Украины приняли участие в ежегодном Флагманском курсе по укреплению систем здравоохранения, который был проведен в Барселоне (Испания) с 25 сентября по 3 октября 2012 г. Особое внимание в этом курсе в 2012 г. было уделено НИЗ.

114. Представители Грузии, Кыргызстана, Республики Молдова, Российской Федерации, Узбекистана и Черногории участвовали в международных семинарах по аспектам НИЗ, касающимся общественного здравоохранения, которые прошли 7–12 мая 2012 г. и 3–8 июня 2013 г. соответственно в Женеве и в Лозанне (Швейцария).

### **Укрепление систем здравоохранения**

115. В результате проводимой под руководством Отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ совместной работы, в которой участвуют Отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни и Гарвардская школа общественного здравоохранения, в 2013 г. будут изданы две публикации – обзор существующих в системах здравоохранения препятствий для профилактики и борьбы с НИЗ и пособие для руководителей по проведению самооценки и планированию. Последнее уже используется для проведения

многопрофильных оценок в пяти странах – Венгрии, Кыргызстане, Республике Молдова, Таджикистане и Турции.

### ***Достижения отдельных стран***

116. Европейский доклад по проблеме неинфекционных заболеваний, 2013 г., официальная презентация которого состоится в Ашхабаде (Туркменистан), будет содержать подробный анализ прогресса, достигнутого на уровне отдельных стран. Ниже приведено несколько примеров.

117. Ряд стран Региона укрепили свои системы информации здравоохранения, улучшив процедуры текущего и внепланового сбора данных о НИЗ. Азербайджан, Турция и Узбекистан применили в своих системах эпиднадзора поэтапный подход (STEPS), который представляет собой простой унифицированный метод сбора, анализа и распространения данных об основных факторах риска НИЗ. В текущем двухлетнем периоде планируется применить подход STEPS в Армении, Кыргызстане, Республике Армения, Таджикистане и Туркменистане.

118. Поддержку от Регионального бюро в разработке стратегий и планов в области НИЗ получили Азербайджан, Болгария, Литва, Республика Молдова, Украина и Эстония. Эта поддержка осуществлялась в форме миссий, анализов документации и визитов делегаций от стран в Региональное бюро в Копенгагене (Дания).

119. В Армении, Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане начато осуществление проекта укрепления систем здравоохранения в целях активизации профилактики НИЗ и борьбы с ними. Эти страны получают интенсивную поддержку от ВОЗ в деле разработки стратегий и политики в области НИЗ и укрепления их интегрированных систем эпиднадзора. К моменту начала работы РК-63 в этих четырех странах будет проведена первая оценка, организованы общенациональные консультации с участием всех заинтересованных сторон, разработаны и, возможно, приняты национальные стратегии, планы действий и политика в отношении НИЗ, и будут проводиться обследования с использованием методики STEPS. Во исполнение рекомендаций регионального совещания, посвященного роли первичной помощи в профилактике НИЗ и борьбе с ними, в декабре 2012 г. в Таджикистане и в июне 2013 г. в Узбекистане были организованы семинары по осуществлению комплекса основных вмешательств по профилактике и борьбе с НИЗ в рамках первичной медико-санитарной помощи. Эти всеобъемлющие инициативы осуществлялись при поддержке со стороны правительства Российской Федерации.

120. ВОЗ совместно с Международным агентством по атомной энергии в рамках Программы действий по лечению рака оказывает помощь государствам-членам в оптимизации инвестиций в профилактику онкологических заболеваний и борьбу с ними, которая выражается в оценке имеющихся у них программ и в выработке соответствующих рекомендаций. В текущем двухлетнем периоде будут организованы миссии в Армению, Республику Молдова, Румынию, Таджикистан, Черногорию. Региональное бюро в сентябре 2012 г. предоставило поддержку в разработке плана паллиативного ухода в Украине, а в ноябре 2012 г. помогло провести в Турции второе ежегодное мероприятие "Пеший марш во имя излечения", целью которого является повышение осведомленности о раке молочной железы.



## **Прогресс Европейского региона ВОЗ в достижении Целей развития тысячелетия, относящихся к здоровью, обновление 2013 г.**

### **Введение**

121. Европейский региональный комитет ВОЗ на своей пятьдесят седьмой сессии принял резолюцию EUR/RC57/R2 (1), в которой Региональному директору предложено каждые два года представлять Региональному комитету доклад о ходе работы по достижению Целей развития, поставленных в Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций (ЦРТ). В настоящем документе приводится новейшая информация о том, что сделано в Регионе для достижения ЦРТ-4, 5 и 6, а также показано, как эти цели связаны между собой и с ЦРТ-3 и 7.

122. Нарращивание усилий по достижению ЦРТ является неотъемлемой частью сформулированного Региональным директором концептуального видения вклада Европейского регионального бюро в улучшение состояния здоровья населения Европы. Региональное бюро усиливает техническую помощь государствам-членам, стремясь содействовать укреплению их потенциала для выполнения конкретных задач ЦРТ. Стратегическое направление и методические рекомендации в отношении наращивания темпов прогресса в этой сфере сформулированы в следующих документах: Здоровье–2020: основы Европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия (2); Комплексный план действий по профилактике и борьбе с туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в Европейском регионе ВОЗ на 2011–2015 гг. (3); Европейский план действий по ВИЧ/СПИДу на 2012–2015 гг. (4); Таллиннская хартия: “Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния” (5); Укрепление услуг и потенциала общественного здравоохранения: план действий для Европы (6); План действий по осуществлению Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг.:

### **ЦРТ-4. Сокращение детской смертности**

#### **Анализ ситуации**

123. Хотя показатели смертности среди детей младше пяти лет и детей грудного возраста в Европейском регионе устойчиво снижаются, их различия демонстрируют резкие социальные неравенства между странами и внутри стран. В настоящее время в Регионе есть как страны с самым низким в мире уровнем младенческой и детской смертности, так и страны, где эти показатели в 25 раз выше.

124. В 2010 г. до пятилетнего возраста в Регионе не дожили 155 000 детей, причем 53% из них умерли в первый месяц жизни. Средний по Региону уровень смертности детей младше пяти лет снизился с 32 на 1000 живорождений в 1990 г. до 13 на 1000 живорождений в 2010 г. (8). Таким образом, достигнуто снижение почти на две трети – это очень близко к выполнению задачи снижения этого показателя к 2015 г. до 11 случаев смерти на 1000 живорождений. Среднерегиональный уровень смертности среди детей грудного возраста сократился с 27 на 1000 живорождений в 1990 г. до 11 на 1000 живорождений в 2011 г.

125. Ведущими причинами смерти детей младше пяти лет в Европейском регионе являются неонатальные состояния, пневмония и диарея, и почти половина всех случаев смерти связана с недостаточным питанием. В число ведущих причин неонатальной смертности входят недоношенность, низкая масса тела при рождении, врожденные аномалии, родовая асфиксия, родовая травма и неонатальные инфекции. Главными причинами постнеонатальной смертности являются острые респираторные инфекции, диарейные заболевания, неинфекционные заболевания и травмы.

126. Немалая доля заболеваемости и смертности среди детей и молодежи является предотвратимой. Две трети всех случаев смерти в этих возрастных группах можно было бы предотвратить путем обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения в форме ограниченного числа эффективных и недорогих вмешательств. К числу факторов, обуславливающих уязвимость детей, относят загрязнение окружающей среды, неблагоприятные условия жизни в городах, усугубляющие разрыв по социально-экономическим показателям, и рост социальных и экономических неравенств в Регионе. Все чаще проявляются тревожные признаки возвращения в Регион болезней, ранее взятых под контроль, таких как дифтерия и туберкулез, а также подъем заболеваемости неинфекционными болезнями, связанными с нездоровым образом жизни.

### **Стратегии и практические действия ВОЗ**

127. Поддерживая усилия государств-членов по включению охраны здоровья детей в свои национальные стратегии в соответствии с основами новой Европейской политики здравоохранения Здоровье-2020 (2), ВОЗ особо подчеркивает важность обеспечения равного доступа к качественным услугам. ВОЗ оказывает помощь в таких сферах, как обучение без отрыва от основной деятельности медицинских работников и руководителей, отвечающих за проведение политики, с целью повышения качества помощи; адаптация разработанных ВОЗ и ее партнерами научно обоснованных учебных программ и инструментов к особенностям стран; внесение изменений в учебные планы подготовки медицинских работников, а также разработка клинических руководств на доказательной основе. Прямая техническая поддержка оказывается в первую очередь приоритетным странам в восточной части Региона. Вместе с другими партнерами и учреждениями в системе ООН ВОЗ разрабатывает инструменты для повышения организационно-кадрового потенциала для целей борьбы с несправедливостью, с особым вниманием к народности рома.

### **Путь вперед**

128. ВОЗ продолжит оказание государствам-членам технической помощи, направленной на улучшение здоровья новорожденных и детей раннего возраста, причем основное внимание будет уделяться формированию политики и повышению качества первичной и стационарной медико-санитарной помощи, оказываемой новорожденным и детям более старшего возраста. Оказываемая поддержка будет основана на фактических данных и адаптирована к конкретным потребностям и особенностям стран, что должно содействовать успешному внедрению в них передовой клинической практики и выработке новых методов работы, направленных, в частности, на изменение сложившихся у работников установок и подходов к выполнению профессиональных обязанностей. В целях расширения прав и возможностей пользователей услуг им будет предоставляться больше информации об оказываемой помощи, и они сами будут шире привлекаться к участию в оказании этой помощи.

129. Некоторые мероприятия будут увязаны с работой, непосредственно касающейся социальных детерминант здоровья, включая придание приоритетности гендерным вопросам и решению проблем, связанных с народностью рома. Для того чтобы обеспечить



преимущество помощи на различных этапах жизни человека и связь между стратегиями по профилактике и ведению неинфекционных и инфекционных заболеваний и по укреплению систем здравоохранения, в качестве доминирующего метода работы будет использоваться подход, охватывающий все этапы жизни. В целях оптимизации использования ресурсов и достижения максимального эффекта принимаемых мер будет осуществляться координация всех внутриорганизационных процессов, связанных с анализом и выработкой политики, оценкой воздействия на здоровье и обеспечением всеобщего доступа к услугам здравоохранения.

## **ЦРТ-5. Улучшение охраны материнства**

### **Анализ ситуации**

130. Средний уровень материнской смертности в Европейском регионе сократился с 44 на 100 000 живорождений в 1990 г. до 20 на 100 000 живорождений в 2010 г. Несмотря на прогресс, достигнутое ежегодное снижение на 3,8% ниже показателя 5,5%, который необходим для решения задачи ЦРТ-5А. В странах Центральной Азии и Кавказа уровень материнской смертности снижается еще более низкими темпами (по 2,1% в год) (9). Помимо этого, как между странами, так и внутри стран существуют немалые различия. Так, хотя средний уровень материнской смертности в странах Европейского союза остается низким, если проанализировать данные о различных социальных группах, выясняется, что внутри стран по этому показателю имеются различия, и поэтому можно планировать узконаправленные вмешательства. Данные плановой статистической отчетности показывают, что во многих странах Региона, включая некоторые государства-члены ЕС, сведения о материнской смертности являются неполными (10).

131. Распространенной проблемой является дефицит достоверных и сопоставимых данных о показателях использования контрацептивов, неудовлетворенных потребностях в услугах по планированию семьи и родах в подростковом возрасте (показатели для мониторинга прогресса в выполнении задачи ЦРТ-5В). Вызывают тревогу низкие показатели использования современных и эффективных методов контрацепции во многих странах Восточной Европы и Центральной Азии, которые зачастую находятся на уровне средних показателей в наименее развитых странах мира (11). В некоторых странах Восточной Европы, где отмечается самая высокая в мире частота аборт, из-за наличия препятствий для выполнения безопасного аборта женщины прибегают к рискованным для здоровья процедурам, что, в свою очередь, причиняет вред здоровью женщин и даже приводит к смертельным исходам.

132. Во многих странах отсутствуют медико-санитарные данные общенационального уровня, дезагрегированные по этнической принадлежности и другим социальным детерминантам здоровья. Имеются объективные свидетельства того, что социальные детерминанты, такие как уровень образования, условия родоразрешения и состояние питания матери, по-прежнему являются одним из основных факторов, влияющих на показатели здоровья матерей и новорожденных. Известно, что масса тела матери до и во время беременности может влиять на ее течение и исход, однако во многих странах на национальном уровне не проводится регистрация индекса массы тела беременных женщин (10). Вместе с тем, даже имеющиеся данные об охвате дородовой помощью и распространенности низкой массы тела при рождении, грудного вскармливания и курения среди матерей указывают на выраженные неравенства между женщинами в сообществах рома и остальным населением. Помимо этого, на показатели охвата дородовой помощью влияют и другие аспекты социального отчуждения, например недостаточный уровень социальной защиты, иногда обусловленный отсутствием необходимых документов. Отсутствие финансового покрытия расходов на основные медико-санитарные услуги ведет к более высокому уровню материнской смертности

среди женщин народности рома, особенно когда в число бесплатных услуг не входит планирование семьи и дородовая помощь. Вследствие низкой доступности контрацептивов среди женщин рома чаще возникают случаи нежелательной беременности.

### Стратегии и практические действия ВОЗ

133. Региональное бюро поддерживает усилия государств-членов по включению в национальные стратегии таких областей здравоохранения, как охрана репродуктивного здоровья и охрана здоровья матери и ребенка с особым акцентом на обеспечение справедливого доступа к качественным услугам. В этой деятельности ВОЗ опирается на концептуальную схему деятельности системы здравоохранения (12). За последние несколько лет ВОЗ оказала целому ряду стран содействие в проведении оценки качества стационарной и амбулаторной помощи беременным женщинам, матерям и детям грудного и раннего возраста. Были разработаны и в настоящее время осуществляются рекомендации в отношении мер по повышению качества помощи и сокращению материнской и перинатальной смертности и заболеваемости.

134. Подход ВОЗ к анализу материнской смертности и заболеваемости, изложенный в публикации "Что кроется за цифрами: исследование случаев материнской смертности и осложнений в целях обеспечения безопасной беременности" (13), применяется в странах как с высоким, так и с низким уровнем доходов. Данная методика предоставляет в распоряжение министерств здравоохранения аналитическую информацию, которую нельзя получить из официальных источников. Начиная с 2012 г. страны Региона, на которые распространяется действие Глобальной стратегии охраны здоровья женщин и детей (14) Организации Объединенных Наций (Азербайджан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан), получают техническую помощь, направленную на повышение качества медико-санитарной информации и подотчетности, с особым акцентом на учет материнской смертности и ответные меры в области охраны материнства.

135. ВОЗ осуществляет координацию межучрежденческой инициативы под названием "Расширение масштабов деятельности для достижения ЦРТ-4 и 5 в контексте Десятилетия интеграции народности рома и в поддержку национальных стратегий по интеграции рома", в которой, помимо ВОЗ, принимает участие Международная организация по миграции (МОМ), Управление Верховного комиссара по правам человека (УВКПЧ), Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), Программа развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА) и другие партнеры. Так, в рамках данной инициативы Региональное бюро совместно с партнерскими организациями и правительством Испании организует международный учебный курс по приданию стратегиям, программам и мероприятиям, связанным с ЦРТ-4 и 5, дополнительной ориентации на достижение большей степени справедливости в отношении здоровья с четким, но не исключительным акцентом на народность рома. Кроме того, ВОЗ и ее партнеры занимаются также разработкой комплекта материалов в помощь медицинским работникам при принятии решений и реализации стратегий, программ и прочих мероприятий, связанных с ЦРТ-4 и 5. В то же время, внедрение многосекторального подхода (с вовлечением таких секторов, как образование, социальное обеспечение и др.) к улучшению охраны материнства в соответствии с требованиями политики Здоровье-2020 остается непростой задачей и требует дальнейшей поддержки со стороны ВОЗ и ее партнеров.

## Путь вперед

136. При планировании дальнейшей технической помощи ВОЗ государствам-членам в области охраны материнства ряд мероприятий будет увязан с работой, касающейся социальных детерминант здоровья, включая придание приоритетности гендерным вопросам и решение проблем, связанных с народностью рома. Для того чтобы учесть связи между социальными детерминантами здоровья и различными этапами жизни, а также формы и степень влияния социальных детерминант на меры по профилактике НИЗ и инфекционных болезней и укреплению систем здравоохранения, будет применяться подход, охватывающий все этапы жизни человека.

137. На региональном и глобальном уровне будет осуществлено несколько мероприятий по анализу успехов в реализации Программы действий, принятой на Международной конференции по народонаселению и развитию, которая прошла в Каире (Египет) с 5 по 13 сентября 1994 г. (15), с особым акцентом на охрану материнства, охрану здоровья подростков и планирование семьи. Обзору достижений в этой области в Европейском регионе, а также конкретным примерам из отдельных стран Региона будет посвящен специальный выпуск *"Entre Nous"* – европейского журнала по сексуальному и репродуктивному здоровью.

## ЦРТ-6. Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими болезнями

### ВИЧ/СПИД

#### Анализ ситуации

138. В то время как в других регионах ВОЗ количество новых случаев ВИЧ ежегодно снижается, Европейский регион сталкивается с серьезными трудностями в выполнении задачи ЦРТ-6А. В 2011 г. в Европе насчитывалось около 2,3 млн человек, живущих с ВИЧ, и было выявлено свыше 121 000 новых случаев, большинство из них – в Восточной Европе и Центральной Азии. Таким образом, заболеваемость ВИЧ-инфекцией повысилась с 6,6 на 100 000 населения в 2004 г. до 7,6 в 2011 г. Из-за недостаточной доступности и уровня использования услуг ВИЧ-тестирования и консультирования, особенно среди целевых групп населения, не все случаи ВИЧ-инфекции своевременно выявляются. Таким образом, расчетное число ВИЧ-инфицированных выше, чем число случаев, которые регистрируются через национальные системы эпиднадзора. Согласно оценкам, в 2011 г. в Западной и Центральной Европе число новых случаев ВИЧ-инфекции составило около 30 000 человек (от 21 000 до 40 000), а в Восточной Европе и Центральной Азии – 140 000 человек (от 91 000 до 210 000).

139. Хотя преобладающие пути передачи вируса варьируются от местности к местности, во всех странах Европы ВИЧ непропорционально поражает, в первую очередь, социально маргинализованные группы (например, мигрантов) и стигматизированные социальные группы, такие как мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ) и потребители инъекционных наркотиков. В 2011 г. на потребителей инъекционных наркотиков приходилось 37,6% всех случаев ВИЧ, выявленных в восточной части Региона, наряду с этим регистрируется рост доли случаев ВИЧ-инфекции, переданной гетеросексуальным путем (56,7% новых случаев в 2011 г.). Большинство случаев гетеросексуального заражения вероятно является следствием передачи инфекции половым путем от потребителей инъекционных наркотиков своим партнерам. Доля МСМ среди общего количества заболевших в восточной части Региона остается низкой, хотя при этом существует вероятность, что она занижена. В западной части Региона эпидемия ВИЧ по-прежнему концентрируется среди МСМ (40% от всех случаев в 2011 г.) и мигрантов из

стран, где эпидемия болезни приняла генерализованный характер (более трети от всех случаев инфекции, приобретенной гетеросексуальным путем).

140. В 2011 г. в 49 из 53 государств-членов Европейского региона было зарегистрировано почти 11 000 новых случаев СПИДа, и заболеваемость, таким образом, составила 1,5 случая на 100 000 населения. Самый высокий уровень – 22,4 случая на 100 000 населения – зафиксирован в восточной части Региона; в западной и центральной частях Европейского региона заболеваемость составила 6,5 и 1,6 на 100 000, соответственно. Официальные данные о количестве случаев СПИДа, особенно в странах на востоке Региона, очень сильно занижены. На западе Региона количество диагностированных и зарегистрированных случаев СПИДа продолжает снижаться. В то время как в целом в Европе ежегодное число смертей, связанных со СПИДом, с 2004 г. снижается, во многих странах Восточной Европы и Центральной Азии оно растет. В 2011 г., согласно имеющимся данным, от СПИДа умерли 2676 человек.

141. Хотя с каждым годом в Регионе растет численность пациентов, которые получают лечение, нынешних объемов помощи до сих пор явно недостаточно для удовлетворения фактических потребностей. По-прежнему существуют трудности в следующих областях: расширение охвата антиретровирусной терапией (АРТ); обеспечение доступа к АРТ для ключевых групп населения; соблюдение пациентами режима лечения; стоимость лечения; механизмы закупки лекарственных средств; поставки и преквалификация непатентованных препаратов; дефицит препаратов вследствие израсходования запасов. В 2012 г. в странах Европейского региона с низким и средним уровнем доходов 194 000 пациентов получали АРТ, но при этом критериям для получения антиретровирусной терапии соответствовало свыше 500 000 человек. В странах Региона с низким и средним уровнями доходов доля беременных женщин с ВИЧ, получающих АРТ для предотвращения передачи ВИЧ от матери к ребенку, по расчетам, составляет 95%. Почти во всех странах Региона обеспечен всеобщий охват тестированием на ВИЧ во время беременности. В Регионе обеспечен высокий уровень охвата детей лечением по поводу ВИЧ: свыше 85% детей, живущих с ВИЧ, получают АРТ (8500 в 2012 г.). Включение ВИЧ-тестирования и АРТ в программы охраны здоровья матери и ребенка внесло важный вклад в прогресс, достигнутый за последние годы.

142. В некоторых странах усилиям по охвату групп населения, которым угрожает наибольший риск ВИЧ-инфицирования, и выработке стратегий и вмешательств по профилактике ВИЧ на доказательной основе, таких как опиоидная заместительная терапия, мешают высокий уровень стигматизации и дискриминации, а также особенности законодательства, включая криминализацию таких форм поведения, как потребление наркотиков, секс между мужчинами и коммерческий секс. Вертикальная структура организации программ в области ВИЧ приводит к упущенным возможностям профилактики, тестирования, консультирования, лечения, ухода и поддержки. Снижение в последние годы объемов помощи со стороны международных доноров привело к сокращению или даже закрытию ряда ключевых программ вмешательств в некоторых странах, где национальные бюджеты не предусматривают осуществления комплексных мер. Более того, вследствие экономического роста эти страны могут в будущем полностью или частично утратить право на получение грантов Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

### *Стратегии и практические действия ВОЗ*

143. Региональное бюро реализует "Европейский план действий по ВИЧ/СПИДу на 2012–2015 гг." (4), который направлен на преодоление проблем, связанных с противодействием эпидемии, и определяет приоритетные направления для вмешательств. План призван помочь государствам-членам принять на национальном уровне основанные

на фактических данных стратегии по профилактике ВИЧ среди ключевых групп населения и начать реализацию мер, предусмотренных национальными планами по борьбе со СПИДом, включая вмешательства в сфере снижения вреда и предупреждения передачи инфекции половым путем. ВОЗ пересмотрела свои методические рекомендации в отношении антиретровирусной терапии: в частности, рекомендуется начинать лечение на более ранних стадиях и использовать простые и более эффективные режимы медикаментозного лечения. Осуществление этих рекомендаций позволило снизить передачу ВИЧ-инфекции и показатели заболеваемости и смертности.

144. В Европейском регионе ВОЗ существует развитая сеть эпиднадзора за ВИЧ/СПИДом, и все страны ежегодно направляют данные в Региональное бюро и в Европейский центр по профилактике и контролю заболеваний. Помимо повышения доступности стратегической информации об эпидемии, повышается и уровень качества самих данных, благодаря чему все больше стран в Регионе начинают использовать эту доказательную основу при выработке своих стратегий. Региональное бюро также участвует в процессах подготовки и представления отчетности о ходе реализации совместной глобальной программы ответных мер по борьбе с ВИЧ/СПИДом ВОЗ/ЮНИСЕФ/ЮНЭЙДС и Глобальной стратегии сектора здравоохранения по ВИЧ/СПИДу на 2011–2015 гг. (16).

145. В сфере выработки, реализации, мониторинга и оценки направлений политики страны налаживают все более плодотворное взаимодействие с гражданским обществом. Реализуемые организациями гражданского общества программы по работе с населением (аутрич) служат низкопороговыми “точками входа” для участия в программах помощи, что позволяет охватить услугами здравоохранения людей, подверженных наибольшему риску заражения ВИЧ.

### *Путь вперед*

146. Рост числа регистрируемых случаев ВИЧ подчеркивает важность продолжения вмешательств даже во времена жесткой экономии. В условиях ограниченности ресурсов страны должны определять для себя четкие приоритеты в отношении вмешательств и их целевых групп, а также принимать меры по воздействию на социальные и структурные причины риска инфицирования ВИЧ и повышенной уязвимости к инфицированию. Такие меры включают обеспечение во всем Регионе неукоснительного соблюдения защитного законодательства и активизацию усилий по защите прав человека. Региональное бюро продолжит оказывать активную поддержку осуществлению Европейского плана действий по ВИЧ/СПИДу на 2012–2015 гг. (4), выступая в роли лидера, указывая стратегические направления и предоставляя технические рекомендации государствам-членам.

147. Меры по снижению уязвимости должны быть, в первую очередь, ориентированы на ключевые группы населения и осуществляться с участием объединений пациентов и организаций гражданского общества. Нарращивание усилий по достижению ЦРТ и других целей в области развития и по преодолению социальной отверженности приведет к улучшению исходов лечения и будет способствовать предупреждению или снижению вероятности передачи ВИЧ. ВОЗ обязуется принимать активное участие в деятельности партнерств на глобальном и региональном уровне, содействуя укреплению политической воли и наращиванию ресурсов для укрепления и поддержания на высоком уровне мер по противодействию ВИЧ-инфекции. ВОЗ также продолжит осуществлять мониторинг и оценку хода выполнения государствами-членами задач и целевых ориентиров, поставленных на уровне Европейского региона, в рамках гармонизированного процесса сбора, предоставления и анализа данных. Приоритетные направления деятельности ВОЗ в этом контексте будут включать поиск примеров передового опыта и практики,



содействие обмену информацией между государствами-членами и создание научно обоснованных инструментов для эффективного противодействия ВИЧ-инфекции.

## Малярия

### *Анализ ситуации*

148. Перед Европейским регионом стоит задача к 2015 г. прервать передачу малярии и элиминировать эту инфекцию в пяти странах, в которых она все еще встречается (Азербайджан, Кыргызстан, Таджикистан, Турция и Узбекистан). В 2010 г. статус страны, свободной от малярии, получил Туркменистан, в 2011 г. – Армения, а в 2012 г. – Казахстан. В конце 2013 г. сертификацию элиминации малярии сможет пройти Кыргызстан.

149. Количество зарегистрированных случаев малярии местного происхождения резко упало: по сравнению с 90 712 случаями в 1995 г., в 2012 г. было зарегистрировано всего 253 таких случая (в Азербайджане, Греции, Грузии, Таджикистане и Турции). В странах, где малярия все еще встречается, предпринимаются все более активные усилия к тому, чтобы к 2015 г. добиться элиминации этой болезни в Регионе. Периодически малярия завозится в свободные от нее государства Европейского региона из эндемичных по малярии стран, что привело к повторному возникновению, а в некоторых странах даже вспышкам этой болезни.

### *Стратегии и практические действия ВОЗ*

150. Начиная с 2008 г. все государства Региона, затронутые малярией, предпринимают действенные меры по элиминации этой болезни, в частности предусмотренные Ташкентской декларацией "Вперед от борьбы к элиминации малярии в Европейском регионе" (17) и Региональной стратегией "От борьбы к элиминации малярии в Европейском регионе ВОЗ, 2006–2015 гг." (18).

151. Региональное бюро предоставляет пяти странам, которые остаются затронутыми малярией, стратегические рекомендации и техническую помощь для предотвращения повторного возникновения этой болезни. Во всех пяти странах был укреплен собственный потенциал, необходимый для элиминации малярии. Особое внимание при этом уделяется снижению риска распространения малярии в соседние страны; так, более интенсивным стало сотрудничество в области координации трансграничной деятельности с государствами-членами Восточномедиземноморского региона ВОЗ.

### *Путь вперед*

152. Для того чтобы получить, согласно планам, статус стран, свободных от малярии, к 2015 г., государства-члены Региона, которые остаются затронутыми этой инфекцией, нуждаются в руководстве и рекомендациях, а также в надлежащей технической помощи. Особое внимание будет уделяться эпиднадзору и мониторингу прогресса в элиминации малярии на национальном, субрегиональном и региональном уровнях.

## Туберкулез

### *Анализ ситуации*

153. Задача ЦРТ-6С требует остановить к 2015 г. распространение туберкулеза (ТБ) и положить начало сокращению заболеваемости ТБ. В Европейском регионе эта цель уже отчасти выполнена: в период между 2000 и 2011 гг. заболеваемость ТБ снижалась примерно на 5% в год, и по состоянию на 2011 г. его распространенность, по расчетам,

составляла 56 случаев на 100 000 населения. Таким образом, достижение цели сокращения распространенности ТБ к 2015 г. до 34 случаев на 100 000 населения представляется вполне реальным. В 2011 г. уровень смертности от ТБ составлял 4,9 на 100 000 населения, тогда как в 1990 г. он был равен 4,4 – это означает, что задача по сокращению к 2015 г. смертности на 50% в Регионе выполнена не будет. Бремя ТБ в Европейском регионе варьируется как между странами, так и внутри отдельных стран и составляет от <1 до около 200 случаев на 100 000 населения. Немалые различия наблюдаются также между некоторыми районами, где встречается распространенность ТБ более 100 на 100 000 населения, даже в странах западной части Региона.

154. Основная доля бремени ТБ в Регионе приходится на 18 наиболее приоритетных стран<sup>6</sup>, где сосредоточены 87% всех случаев ТБ и свыше 99% всех случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ). Значительные пробелы, в том числе и в странах западной части Региона, отмечаются в таких сферах, как следование передовой практике работы, доступность ранней диагностики и лечения всех форм ТБ, в том числе у детей, мигрантов и других уязвимых групп населения, и адекватные механизмы поддержки пациентов для повышения приверженности лечению. Проблемы в этих областях в немалой степени способствовали росту лекарственной устойчивости ТБ (то есть развитию форм ТБ с множественной и широкой лекарственной устойчивостью (М/ШЛУ-ТБ)). Европейский регион ВОЗ занимает первое место в мире по распространенности МЛУ-ТБ, и 15 государств-членов Региона входят в список из 27 стран мира с высоким бременем МЛУ-ТБ.

155. Хотя государства-члены сообщают о повышении доступности противотуберкулезных препаратов второго ряда, необходимых для лечения больных с М/ШЛУ-ТБ (в 2011 г. показатель охвата лечением был равен 96%), в некоторых странах результативность лечения крайне низка (всего лишь 27%). В первую очередь, это обусловлено недостаточной доступностью качественных противотуберкулезных препаратов второго ряда и проведением неполных режимов лечения, особенно у больных ТБ с сочетанной ВИЧ-инфекцией. Хотя распространенность ТБ с сочетанной ВИЧ-инфекцией в Европейском регионе ниже, чем в некоторых других регионах ВОЗ, уровень распространенности ВИЧ среди больных ТБ постепенно растет (с 2,8% в 2006 г. до 6,4% в 2011 г.). Наконец, эффективность профилактики ТБ и борьбы с ним снижается вследствие недостаточной преемственности помощи и поддержки пациентов, переезжающих из одной страны в другую.

### *Стратегии и практические действия ВОЗ*

156. Региональное бюро совместно с партнерами на национальном и международном уровне и организациями гражданского общества реализует Комплексный план действий по профилактике и борьбе с М/ШЛУ-ТБ в Европейском регионе ВОЗ на 2011–2015 гг. (3). Государствам-членам предоставляется поддержка по следующим направлениям работы: адаптация научно обоснованных мер, направленных на совершенствование профилактики и борьбы с ТБ и М/ШЛУ-ТБ путем гармонизации национальных стратегий с Комплексным планом действий; воздействие на социальные детерминанты здоровья и решение актуальных задач системы здравоохранения; обеспечение всеобщего охвата

---

<sup>6</sup> Азербайджан, Армения, Беларусь, Болгария, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация, Румыния, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан, Украина, Эстония.

услугами ранней диагностики и эффективного лечения; оптимизация инфекционного контроля и эпиднадзора; удовлетворение потребностей особых групп населения.

157. В Европейском регионе большинство стран с высоким бременем МЛУ-ТБ уже подготовили собственные национальные планы действий, находящиеся в общем русле Комплексного плана (3). Региональное бюро учредило европейский "Комитет зеленого света" и Европейскую лабораторную инициативу по ТБ, призванные содействовать странам в разработке и/или корректировке национальных планов для выхода на уровень выявления 85% случаев МЛУ-ТБ, лечения по меньшей мере 75% этих случаев и снижения доли МЛУ-ТБ среди ранее леченных больных.

158. В декабре 2012 г. для оптимизации и координации партнерств был учрежден Региональный межведомственный сотрудничающий комитет по контролю и лечению туберкулеза. Региональное бюро и Европейское респираторное общество совместно тестируют систему "электронного консилиума", которая должна будет помогать медицинским работникам улучшать ведение трудноизлечимых больных ТБ и М/ШЛУ-ТБ. Региональное бюро оказывает государствам-членам техническую помощь в проведении мониторинга и оценки национальных программ вмешательств и определении социальных детерминант ТБ для дальнейшего воздействия на них. Помимо этого, ЕРБ ВОЗ участвует в работе по следующим направлениям: управление снабжением противотуберкулезными лекарственными препаратами; инфекционный контроль; сетевое взаимодействие между лабораториями; сотрудничество в лечении ТБ и ВИЧ-инфекции; информационно-пропагандистская работа и коммуникация; эпиднадзор и принятие ответных мер; клиническое ведение случаев заболеваний; регистрация и отчетность; межсекторальное сотрудничество; ориентированные на нужды пациентов подходы к обеспечению всеобщего доступа к лечению ТБ в соответствии с положениями политики Здоровье-2020 (2).

159. Вместе со страновыми офисами Региональное бюро проводит оценку систем здравоохранения в государствах-членах и предоставляет им необходимую техническую помощь для улучшения систем здравоохранения. Целью помощи является профилактика и контроль М/ШЛУ-ТБ в странах высокого приоритета и планирование мер по элиминации ТБ в странах, где его распространенность в настоящее время низка. Наконец, Региональное бюро активно помогает государствам-членам в получении финансирования от двусторонних организаций и Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

### *Путь вперед*

160. Региональное бюро продолжит помогать государствам-членам в реализации Комплексного плана действий (3), выявлении социальных детерминант болезни и воздействии на них, устранении имеющихся в системах здравоохранения барьеров, мешающих эффективным мерам профилактики и контроля ТБ и помощи заболевшим.

161. Региональное бюро вместе с учреждениями-партнерами, организациями гражданского общества и органами здравоохранения проведет оценку и анализ осуществляющихся в странах программ, чтобы выработать для них рекомендации о необходимых мерах по ускорению достижения ЦРТ и повышению общественной осведомленности о важности раннего выявления и надлежащего лечения ТБ.

### *Связь с ЦРТ-3*

162. Гендерное равноправие и расширение прав и возможностей женщин – это общепризнанные обязательные условия для устойчивого развития, которые лежат в



основе достижения ЦРТ-4 и 5. В Европейском регионе ВОЗ достигнуты одни из наиболее высоких показателей гендерного равноправия, однако сохраняются существенные различия в этой сфере между странами и внутри стран.

163. ВОЗ предпринимает усилия, направленные на всесторонний учет гендерных аспектов в программах технической помощи странам, и политика Здоровье-2020 стала прочной платформой для приоритизации вопросов гендера в работе по сокращению неравенств в отношении здоровья. Уделяется первостепенное внимание сбору и использованию данных в разбивке по полу.

164. Широко распространенной проблемой общественного здравоохранения, нарушением прав человека и последствием гендерного неравенства является насилие против женщин. В недавно вышедшем в свет докладе ВОЗ «Глобальные и региональные оценки насилия в отношении женщин: распространенность и последствия для здоровья в связи с насилием со стороны интимного партнера и сексуального насилия со стороны лица, не являющегося партнером» (19) констатируется, что в Европе насилию со стороны интимного партнера и/или других лиц подвергается 27% женщин. В ноябре 2013 г. в Вене (Австрия) Региональное бюро организует конференцию, посвященную проблемам насилия против женщин, на которой будут представлены и адаптированы клинические и стратегические рекомендации, приведенные в вышеуказанном докладе.

### **Связь с ЦРТ-7**

165. Прогресс в области водоснабжения и санитарии в Регионе серьезно затормозился. По данным совместной программы ВОЗ/ЮНИСЕФ по мониторингу водоснабжения и санитарии, более 48 миллионов человек не имеют доступа к улучшенным источникам питьевой воды, а свыше 70 миллионов человек – к улучшенным средствам санитарии (20). В некоторых странах в восточной части Региона уровень обеспеченности средствами санитарии сократился с 90% в 1990 г. до 89% в 2010 г., а охват питьевым водоснабжением за тот же период увеличился лишь на один процентный пункт (с 93% до 94%) (20). В странах Восточной Европы свыше 50% сельского населения по-прежнему живут в домах, не подключенных к системе питьевого водоснабжения. Немалые различия по приведенным выше показателям наблюдаются внутри отдельных стран и между странами, между городом и сельской местностью и между группами населения с высоким и низким уровнем доходов. Совместно со своими партнерами ВОЗ реализует инициативы по содействию государствам-членам в усилении мониторинга водоснабжения и санитарии, внедрении и осуществлении планов обеспечения безопасности водоснабжения с особым акцентом на маломасштабные системы водоснабжения, и пропаганде важности надлежащей очистки и безопасного хранения воды, используемой в бытовых целях. Согласно Протоколу по проблемам воды и здоровья (21), который был ратифицирован 25 государствами-членами Европейского региона, ВОЗ помогает его участникам ставить конкретные цели и отчитываться о достигнутых успехах в сфере водоснабжения, санитарии и снижения уровня заболеваний, связанных с водой.

166. В Европейском регионе существует немало документальных подтверждений влияния изменения климата, в том числе наводнений, периодов экстремальной жары, усиления эрозии почвы и засухи, на здоровье человека. В 2008 г. (последние имеющиеся данные) годовой объем выбросов парниковых газов в ЕС составил около 10 тонн в эквиваленте CO<sub>2</sub> на душу населения, что намного превышает экологически устойчивый целевой уровень 2 тонны на душу населения (22). Несмотря на определенные успехи, некоторые государства Восточной Европы, Кавказа и Центральной Азии входят в число стран мира с наиболее низкими показателями энергоэффективности и с максимальной зависимостью экономики от углеводородного топлива (23).

167. Региональное бюро принимает участие в реализации Плана работы ВОЗ по проблемам изменения климата и здоровья (24). *Заявление о приверженности активным действиям*, принятое на Пятой министерской конференции по окружающей среде и здоровью, которая состоялась в Парме (Италия) 10–12 марта 2010 г., а также документ под названием "Защита здоровья в условиях воздействия изменения климата на окружающую среду: Европейская региональная рамочная программа действий" (25) служат программными ориентирами для принятия мер по адаптации к изменению климата и смягчению его последствий. Свой вклад в реализацию этого курса внесли уже несколько стран Европы, которые начали оценивать последствия изменения климата и разрабатывать стратегии или планы действий по адаптации к нему.

## **Повестка дня в области развития на период после 2015 г.**

### **Глобальная тематическая консультация по вопросам здравоохранения**

168. Инициированная ООН глобальная консультация по проблематике здравоохранения представляет собой серию тематических консультаций, которые должны положить начало "глобальному обсуждению" повестки дня в области развития на период после 2015 г. Эти консультации, совместно организованные правительствами Ботсваны и Швеции, ЮНИСЕФ и ВОЗ, стали для граждан и организаций со всего мира форумом для обмена мнениями и идеями о том, как лучше всего обеспечить здоровье будущих поколений. Организованная в рамках этого процесса консультация в онлайн-режиме собрала 150 000 участников, было представлено более 100 научных докладов, и более 1500 человек приняли участие в 13 очных консультациях, которые проходили в Азии, Африке, Европе и Северной и Южной Америке<sup>7</sup>. Все материалы и предложения были суммированы в проекте отчета о консультации, который был представлен на утверждение в рамках Диалога высокого уровня по проблематике здравоохранения в Повестке дня в области развития после 2015 г., который прошел в г. Габороне в Ботсване 4–6 марта 2013 г.

169. В вышеупомянутом диалоге приняли участие 50 делегатов высокого уровня, в том числе министры здравоохранения, члены Группы видных деятелей высокого уровня и их представители, главы международных организаций, представители гражданского общества и частного сектора, ученые, эксперты по общественному здравоохранению и представители молодежи. Проект отчета был пересмотрен и окончательно доработан с учетом замечаний, высказанных в ходе совещания, и была подготовлена краткая версия отчета, которая была представлена членам Группы видных деятелей высокого уровня до начала совещания Комиссии, которое состоялось в Бали (Индонезия) 25–27 марта 2013 г.

170. Здоровье в повестке дня ООН в области развития на период после 2015 г. было одной из тем обсуждения на Шестидесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения. Ассамблея приняла резолюцию WHA66.11, настоятельно рекомендующую государствам-членам поддерживать и ускорять усилия, направленные на достижение связанных со здоровьем ЦРТ, и обеспечение центрального места для вопросов здравоохранения в Повестке дня ООН в области развития на период после 2015 г. Резолюция призывает Генерального директора обеспечить, чтобы консультации ВОЗ по этой проблематике носили инклюзивный характер и были открыты для участия всех регионов, и выступать в поддержку мобилизации ресурсов, чтобы обеспечить

---

<sup>7</sup> Все материалы – см. [www.worldwewant2015.org/health](http://www.worldwewant2015.org/health) (по состоянию на 19 июля 2013 г.).

достижение к 2015 г. ЦРТ, связанных со здоровьем. ВОЗ предложено включить пункт о вопросах здравоохранения в повестку дня ООН в области развития на период после 2015 г. в программы сессий региональных комитетов ВОЗ 2013 г. и представить доклад для рассмотрения на Шестьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения. Европейский региональный комитет ВОЗ на своей шестьдесят третьей сессии рассмотрит повестку дня ООН в области развития на период после 2015 г. при обсуждении пункта программы “Вопросы, вытекающие из резолюций и решений Всемирной ассамблеи здравоохранения и Исполнительного комитета”.

171. На региональном уровне состоялись интенсивные консультации в контексте Регионального координационного механизма (РКМ) и Региональной команды для Европы и Центральной Азии в составе Группы ООН по вопросам развития (UNDG). Подготовлены и представлены членам Группы видных деятелей высокого уровня информационный документ и серия справок по смежным вопросам, освещающие основные достижения и трудности в работе по ЦРТ и излагающие перспективное видение Региона в контексте повестки дня в области развития на период после 2015 г. Эти документы будут использованы при подготовке доклада Генерального Секретаря для специального мероприятия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, запланированного на 25 сентября 2013 г. Помимо этого, 4–6 сентября 2013 г. состоится региональная консультация, которая послужит платформой для диалога многочисленных заинтересованных сторон, с участием высокопоставленных правительственных деятелей, представителей гражданского общества, научно-академических учреждений и др. Мероприятие организуется совместными усилиями ЮНИСЕФ, ПРООН и ЕЭК ООН, в качестве принимающей стороны выступит Турция.

### **На пути к созданию рамочной основы для новых целей в области здравоохранения**

172. Любая будущая цель в сфере здравоохранения должна быть актуальной для всех. В каждой стране есть семьи и отдельные граждане, которые не располагают средствами на профилактику или лечение болезней или на уход за больными. При планировании будущих целей в области здравоохранения нужно обязательно отразить эти универсальные реалии и сделать так, чтобы такие ценности, как справедливость и права человека, включая учет гендерных аспектов, стали неотъемлемой частью всех этих целей. В то же время не бывает двух совершенно одинаковых стран, поэтому будущие цели должны быть адаптированы к местным реалиям. По итогам широких глобальных консультаций вопросы здоровья в повестке дня ООН в области развития на период после 2015 г. находят свое отражение в следующих трех основных целях:

- **Признать, что здоровье и развитие неразрывно связаны друг с другом.** Всеобъемлющей целью развития после 2015 г. могло бы стать обеспечение прочного благополучия для всех людей, когда здоровье одновременно будет критически важным условием и результатом устойчивого развития и благополучия человека. Подобный выбор цели станет ответом на раздающиеся все чаще призывы при оценке здорового экономического роста и устойчивого развития не ограничиваться учетом валового внутреннего продукта, а включать в число критериев аспекты социальной справедливости. Это также будет служить признанием того факта, что наряду с профилактикой и лечением болезней хорошее здоровье в не меньшей степени зависит и от многих аспектов развития, включая образование, устойчивость энергоснабжения, питание, водоснабжение и санитарии, а также адаптацию к изменению климата и смягчение его последствий. Цели, касающиеся проблем развития, например охрана окружающей среды, могли бы включать такие связанные со здоровьем человека задачи, как снижение загрязнения воздуха в помещениях.

- **Обеспечивать наивысший уровень здоровья на всех этапах жизни.** Это могло бы стать всеобъемлющей целью в отношении здоровья, в достижении которой сектор здравоохранения призван играть весьма существенную, но далеко не исключительную роль. Речь должна идти об ускорении мер по достижению ЦРТ, связанных со здоровьем, снижении бремени неинфекционных заболеваний и обеспечении всеобщего доступа к услугам здравоохранения. Повестка дня на период после 2015 г. могла бы включить целевые ориентиры: сведение к нулю случаев предотвратимой материнской и детской смертности; обеспечение всеобщего доступа к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья; элиминация малярии и ликвидация полиомиелита; реализация концептуального видения о поколении, свободном от СПИДа и туберкулеза; снижение распространенности сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета и респираторных заболеваний, а также связанных с ними факторов риска; обеспечение социальной справедливости путем сокращения разрывов в показателях и их дезагрегированного учета.
- **Сделать услуги здравоохранения доступными и приемлемыми по стоимости.** Обеспечение всеобщего охвата медико-санитарной помощью и доступности комплексных и качественных услуг здравоохранения для всех людей – это средство улучшить итоговые показатели здоровья населения. Это также является желанной целью, так как люди высоко ценят наличие гарантированного доступа к системе здравоохранения, которая ориентирована на предупреждение болезней и обеспечивает им возможность получения действенного и доступного по стоимости лечения по месту жительства и на дому, а при необходимости – направления в специализированные медицинские учреждения и больницы. Системы здравоохранения также не должны допускать, чтобы каждый год из-за высокой стоимости медико-санитарных услуг за чертой бедности оказывались 100 миллионов человек (как это происходит сейчас).

### Реализация повестки дня после 2015 г.

173. Современный мир стремительно меняется, и поэтому для успешного выполнения будущей повестки дня глобального здравоохранения необходима готовность брать на вооружение новые подходы. Больше внимания следует уделять структурам стратегического руководства и институциональному потенциалу на глобальном и национальном уровне, а также, при необходимости, адаптации глобальной архитектуры здравоохранения к реалиям XXI века и целям, которые будут поставлены после 2015 г. Так, в мире после 2015 г. будут нужны: активное участие местных сообществ, имеющих достаточные права и возможности для осуществления реальных перемен; привлечение гражданского общества и частного сектора; такие перемены в обществе, которые позволили бы преодолеть гендерные и этнические неравенства, не допускать дискриминации и обеспечить каждому человеку право на здоровье; более глубокое понимание того, как могут сотрудничать различные секторы в интересах укрепления и защиты здоровья людей; более сильные и независимые механизмы подотчетности (включая надзорные структуры на уровне стран и на глобальном уровне); ускоренное принятие мер по укреплению и консолидации институтов, на которые возложена ответственность за улучшение здоровья как на глобальном, так и на национальном уровне.

## Библиография<sup>8</sup>

1. *Резолюция EUR/RC57/R2. Цели развития Тысячелетия в Европейском регионе ВОЗ: системы здравоохранения и здоровье матерей и детей – накопленный опыт.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007  
([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/74563/RC57\\_rres02.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/74563/RC57_rres02.pdf)).
2. *Здоровье–2020: основы Европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 г.  
(EUR/RC62/9)([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/171435/RC62wd09-Rus.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/171435/RC62wd09-Rus.pdf))
3. *Комплексный план действий по профилактике и борьбе с туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в Европейском регионе ВОЗ, 2011–2015 гг.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.  
(EUR/RC61/15)  
([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/147738/wd15R\\_TB\\_111391\\_lko.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/147738/wd15R_TB_111391_lko.pdf))
4. *Европейский план действий по ВИЧ/СПИДу на 2012–2015 гг.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011  
([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/149281/RC61\\_rInfDoc8.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/149281/RC61_rInfDoc8.pdf)).
5. *Таллиннская хартия: “Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния”.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008  
([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/88612/E91438R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/88612/E91438R.pdf)).
6. *Укрепление услуг и потенциала общественного здравоохранения: план действий для Европы. Укрепление здоровья и благополучия в интересах нынешнего и будущих поколений.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012  
([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/172763/Strengthening-public-health-services-and-capacity-an-action-plan-for-Europe-Rus.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/172763/Strengthening-public-health-services-and-capacity-an-action-plan-for-Europe-Rus.pdf)).
7. *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/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/174654/e96638-Rus.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/174654/e96638-Rus.pdf)).
8. *World Health Statistics 2013.* Geneva, World Health Organization, 2013  
([http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2013/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en/)).
9. World Health Organization, United Nations Children’s Fund, United Nations Population Fund, The World Bank. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010.* Geneva, World Health Organization, 2012  
(<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241503631/en/>).
10. Euro-Peristat Project with SCPE and EUROCAT. *European Perinatal Health Report: Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010,* May 2013  
([http://www.europeristat.com/images/European%20Perinatal%20Health%20Report\\_2010.pdf](http://www.europeristat.com/images/European%20Perinatal%20Health%20Report_2010.pdf)).

---

<sup>8</sup> Все веб-сайты – по состоянию на 19 июля 2013 г.

11. *By choice, not by chance: Family planning, human rights and development. The State of World Population 2012.* New York, United Nations Population Fund, 2012  
([http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/swp/2012/EN\\_SWOP2012\\_Report.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/swp/2012/EN_SWOP2012_Report.pdf)).
12. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action.* Geneva, World Health Organization, 2007  
([http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf)).
13. *Что кроется за цифрами. Исследование случаев материнской смертности и осложнений в целях обеспечения безопасной беременности.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004  
([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/124048/9241591838R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/124048/9241591838R.pdf)).
14. Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций. *Глобальная стратегия охраны здоровья женщин и детей.* Женева, Партнерство по охране здоровья матерей, новорожденных и детей, Всемирная организация здравоохранения, 2010  
([http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/20100910\\_gswch\\_russian.pdf](http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/20100910_gswch_russian.pdf)).
15. *Программа действий, принятая на Международной конференции по народонаселению и развитию,* Каир, 5–13 сентября 1994 г. Нью-Йорк, Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения, 1995  
([http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/1994/icpd\\_rus.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/1994/icpd_rus.pdf)).
16. *Global health sector strategy on HIV/AIDS 2011–2015.* Geneva, World Health Organization, 2011 ([http://www.who.int/hiv/pub/hiv\\_strategy/en/](http://www.who.int/hiv/pub/hiv_strategy/en/)).
17. *Ташкентская декларация "Вперед от борьбы к элиминации малярии в Европейском регионе". Обязательство к действию.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005  
([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/98811/E89355R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98811/E89355R.pdf)).
18. *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/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/98809/E88840R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98809/E88840R.pdf)).
19. *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.* Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2013  
([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf)).  
*Глобальные и региональные оценки насилия в отношении женщин. Распространенность и последствия для здоровья в связи с насилием со стороны интимного партнера и сексуального насилия со стороны лица, не являющегося партнером – резюме на рус. яз.*  
(<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/ru/index.html>)
20. WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation (JMP). *Progress on drinking water and sanitation: JMP update 2012.* New York, JMP, 2012  
([http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/publications/2012/jmp\\_report/en/](http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/2012/jmp_report/en/)).
21. *Протокол по проблемам воды и здоровья к Конвенции по охране и использованию трансграничных водотоков и международных озер 1992 года, принятый в Лондоне 17 июня 1999 г.* (MP.WAT/2000/1, EUR/ICP/ENCO 020205/8Fin). Нью-Йорк, Экономический и социальный совет Организации Объединенных Наций, 1999 г.  
([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/110504/ProtocolWaterr.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/110504/ProtocolWaterr.pdf)).
22. *Greenhouse gas emissions per capita and per unit of GDP in purchasing power standards in 2008* [веб-сайт]. Copenhagen, European Environment Agency, 2012

- (<http://www.eea.europa.eu/data-and-maps/figures/greenhouse-gas-emissions-per-capita-1>).
23. *From Transition to Transformation: Sustainable and Inclusive Development in Europe and Central Asia*. Interagency report. New York and Geneva, United Nations, 2012 ([http://www.unece.org/fileadmin/DAM/publications/oes/RIO\\_20\\_Web\\_Interactive.pdf](http://www.unece.org/fileadmin/DAM/publications/oes/RIO_20_Web_Interactive.pdf)).
  24. *Изменение климата и здоровье. План работы*. Всемирная организация здравоохранения. Исполнительный комитет. Сто двадцать четвертая сессия. Женева, 19–26 января 2009 г. Резолюции и решения. Приложения (Приложение 1) ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/E124-REC1/B124\\_REC1-ru.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/E124-REC1/B124_REC1-ru.pdf))
  25. *Пармская декларация по окружающей среде и здоровью*. Пятая министерская конференция по окружающей среде и здоровью "Защитим здоровье детей в изменяющейся среде", Парма, Италия, 10–12 марта 2010 г. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010 (EUR/55934/5.1 Rev. 2) ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/78610/E93618R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/78610/E93618R.pdf))



## **Отчет о ходе работы по осуществлению Международных медико-санитарных правил (2005 г.)**

### ***Введение и исходные сведения***

174. Международные медико-санитарные правила (2005 г.) (ММСП) – это международный юридически обязывающий инструмент, предназначенный для предупреждения международного распространения болезней, защиты от них, борьбы с ними и принятия ответных мер в области общественного здравоохранения. Он составляет ключевой элемент глобальной безопасности общественного здоровья, и с момента ввода в действие в 2007 г. осуществляется постепенный процесс его внедрения в практику. Государства-участники ММСП несут правовую обязанность по обеспечению установленных основных возможностей для проведения эпиднадзора и принятия ответных мер при любых экстренных событиях в области общественного здравоохранения (инфекционные болезни, экологические, химические или радиационные инциденты). Государства-участники также обязаны принимать повседневные меры в соответствии с требованиями ММСП в пунктах въезда (портах, аэропортах и наземных транспортных узлах – пунктах пересечения сухопутной границы). В 2009 г. все 53 государства-члена Европейского региона ВОЗ приняли на сессии Европейского регионального комитета резолюцию EUR/RC59/R5.

175. В резолюции EUR/RC59/R5 содержится призыв к государствам-членам и Европейскому региональному бюро ВОЗ оказывать поддержку работе по обеспечению к 2012 г. основных возможностей, требуемых в соответствии с ММСП. Она также призвала государства-члены разрабатывать национальные планы действий по ММСП. Европейское региональное бюро ВОЗ и его партнеры ведут совместную работу с правительствами государств-членов в целях реализации их стратегических планов действий по ММСП.

176. Европейский регион ВОЗ насчитывает 55 государств-участников ММСП: это все государства-члены Региона, а также Святой Престол и Лихтенштейн, которые на добровольной основе присоединились к ММСП соответственно в мае 2005 г. и марте 2012 г. В феврале 2008 г. в число государств-участников вошла Черногория. Соответственно, юридически обязывающий график обеспечения основных возможностей по ММСП для Лихтенштейна и Черногории содержит иные контрольные сроки, по сравнению с другими государствами-участниками в Регионе. Другая особенность Европейского региона ВОЗ заключается в том, что некоторые из его государств-членов обладают заморскими территориями, в отношении которых для эффективного осуществления ММСП требуется принятие особых организационных мер как на национальном уровне, так и в рамках других региональных бюро ВОЗ.

### ***Анализ ситуации***

177. Данные, представленные государствами-участниками в Европейском регионе в ежегодных вопросниках по самооценке, демонстрируют относительно неплохие достижения в создании возможностей для эпиднадзора, обеспечения безопасности пищевых продуктов, а также выявления и реагирования в отношении зоонозных событий (рис. 1). В целом, ММСП используются главным образом для укрепления роли сектора здравоохранения, при этом по-прежнему представляет трудность обеспечение и поддержание основных возможностей во многих других технических областях, особенно таких, как межсекторальная координация, обеспечение возможностей в назначенных пунктах въезда, развитие кадровых ресурсов, законодательство и коммуникация риска.

Также сопряжен с проблемами широкий круг вопросов осуществления ММСП, включая учет всех опасностей и медико-санитарных рисков биологического, химического и радиационного происхождения.

Рисунок 1. Усредненные показатели обеспечения (в %) основных возможностей по ММСП по данным ежегодного вопросника для самооценки за 2012 г.



178. За период после истечения контрольного срока 15 июня 2012 г. по настоящее время ряд государств-участников в Европейском регионе ВОЗ (общим числом 21, или 38%) обратились с просьбой о продлении срока осуществления до июня 2014 г., из них 15 разработали конкретные планы осуществления. Европейский регион – это регион с самой низкой долей запросов на продление.

179. Такие запросы подавались в соответствии с решением, принятым на национальном уровне, и около половины стран, которые обратились с таким запросом, – это высокоразвитые государства; это указывает на то, что на принятие таких решений могли повлиять определенные культурные, политические и исторические факторы, такие как наличие заморских территорий. Во многих случаях в процессе принятия решений на национальном уровне учитывались не только вопросы обеспечения возможностей, но также и наличие организационных условий и аспекты юридической ответственности.

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

180. В данном разделе описаны предпринятые действия, достигнутые успехи и возникшие проблемы в ходе работы по семи областям деятельности, намеченным Европейским региональным бюро ВОЗ. Эти области определены в соответствии с задачами удовлетворения и приоритизации потребностей ММСП в Регионе.

#### **Область деятельности 1. Оценка, укрепление и мониторинг основных национальных возможностей по ММСП**

181. За последние три года Секретариат провел национальные оценки и консультации по ММСП в большинстве приоритетных государств-участников в Европейском регионе в целях оказания им помощи в создании требуемых основных возможностей по ММСП.

182. Государства-участники представляют информацию по осуществлению ММСП с использованием формы, предложенной Секретариатом для подачи ежегодных отчетов государств-участников, а также соответствующих инструментов, основанных на механизме мониторинга, разработанном ВОЗ для учета выполнения требований в отношении основных возможностей, изложенных в Приложении 1 Правил.

183. Секретариат продолжит проведение оценки и мониторинг национальных возможностей по ММСП, в первую очередь с использованием ежегодных вопросников для самооценки, и будет оказывать методическую помощь в укреплении этих возможностей.

## **Область деятельности 2. Всемирное развитие сопричастности к процессу осуществления ММСП на высоком политическом уровне**

184. Секретариат провел для всех государств-участников в Регионе национальные и многострановые семинары по повышению осведомленности. В целях создания дополнительного импульса для мероприятий по осуществлению ММСП Секретариат провел в феврале 2013 г. Европейское стратегическое совещание по осуществлению Международных медико-санитарных правил (2005 г.). В совещании приняли участие представители субрегионального, регионального и глобального уровней, а также заинтересованные структуры, партнеры, традиционные и новые доноры. Участники обменялись опытом, связанным с осуществлением ММСП, провели “инвентаризацию” потенциальных ресурсов и обсудили возможные решения общих проблем.

185. Секретариат продолжит поддержку осуществления ММСП в соответствии с конкретными условиями в странах и предоставит соответствующие ключевые документы ВОЗ на всех рабочих языках Европейского региона, в частности на русском. Имеются планы проведения совещаний специально для должностных лиц общественного здравоохранения старшего звена.

## **Область деятельности 3. Обновление правовых и регламентирующих механизмов**

186. Секретариат провел многострановой семинар для государств-членов Центральной Азии и Кавказа в целях обзора существующих методических материалов по законодательным аспектам ММСП и обмена примерами наилучшей практики между государствами-членами. После семинара были проведены индивидуальные оценочные визиты в каждую страну.

## **Область деятельности 4. Предоставление необходимых прав и возможностей национальным координаторам по ММСП**

187. Национальным координаторам по ММСП (НК) должны быть предоставлены необходимые полномочия и возможности, для того чтобы они могли оказывать соответствующее влияние и отвечать за осуществление ММСП на межсекторальном уровне в пределах своих стран. Уровень такого влияния можно повысить путем дальнейшего обучения НК по принципиальным аспектам ММСП и по вопросам активного привлечения имеющихся ресурсов для развития возможностей по ММСП. Секретариат провел национальные и многострановые семинары для всех государств-участников в целях информирования и обучения НК по вопросам их правовых функций в рамках ММСП. Сайт информации о событиях также дает платформу для НК и ВОЗ, для того чтобы поместить контактные сведения об НК и ходе осуществления ММСП в государствах-участниках Региона по данным, представленным в вопросниках по самооценке.

### **Область деятельности 5. Повышение уровня осведомленности и информационно-разъяснительная работа за пределами сектора здравоохранения**

188. Межсекторальное сотрудничество позволяет более эффективно использовать ресурсы, избегая дублирования и обеспечивая координацию многоотраслевых действий. Эффективная информационно-разъяснительная работа направлена на то, чтобы убедить руководителей секторов в пользу такого сотрудничества, и это требует разъяснения сути ММСП в контексте деятельности и интересов каждого сектора. Стимулирование стран в отношении координации национальных мероприятий по внедрению ММСП будет осуществляться путем повышения уровня межсекторальной осведомленности, информационно-разъяснительной работы и сотрудничества, а также путем совершенствования коммуникации риска в пределах секторов и между ними. Секретариат продолжит проведение многоотраслевых семинаров и учебных программ в государствах-участниках с привлечением всех заинтересованных структур из различных секторов, которые играют определенную роль в осуществлении ММСП.

### **Область деятельности 6. Обучение национальных кадров по вопросам создания, управления и поддержания возможностей, необходимых для полного соблюдения требований ММСП в стране**

189. Ключевым элементом данного вида поддержки является предоставление методических документов ММСП на местных языках. Секретариат провел ряд мероприятий в странах по повышению уровня осведомленности и технической подготовки на высоком уровне, в том числе учения по оценке основных возможностей по ММСП. В течение последних двух лет такие учения включили многоотраслевые и многострановые учебные семинары, которые позволили весьма успешно повысить уровень осведомленности и сформировать коллегиальные группы. Одна из наиболее неотложных задач на ближайшие месяцы – адаптация глобального учебного курса по ММСП и представление его на русском языке, так чтобы он мог служить в качестве учебного пособия для русскоязычных НК и ключевых национальных экспертов.

### **Область деятельности 7. Укрепление возможностей по ММСП в пунктах въезда**

190. Вследствие своей уязвимости к преходящему воздействию опасных факторов пункты въезда играют особо важную роль в предупреждении на повседневной основе завоза и распространения болезней и им следует поддерживать постоянную готовность к принятию специальных мер контроля в случае чрезвычайной ситуации. Секретариат проводит в сотрудничестве с соответствующими партнерами учебные семинары по инспектированию судов и обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям в авиационном секторе, а также, по мере необходимости, многострановые семинары с вовлечением других регионов ВОЗ в целях обмена информацией между странами и разработки двусторонних соглашений по конкретным пунктам пересечения сухопутной границы и возможностям по ММСП в портах.

### ***Последующие шаги***

191. Координация и сотрудничество со всеми соответствующими партнерами в Регионе остается приоритетом для Секретариата.

## Сотрудничество и координация с партнерами в Европейском регионе

192. Основная цель Европейского стратегического совещания по осуществлению Международных медико-санитарных правил (2005 г.) (см. пункт 11 выше), организованного совместно с Европейской комиссией в Люксембурге, заключалась в том, чтобы провести обзор текущего состояния дел по осуществлению ММСП в Европейском регионе ВОЗ, определить актуальные задачи и проблемы и составить дорожную карту для совместной работы. В совещании приняли участие представители 50 государств-участников ММСП и других заинтересованных сторон, партнеры и доноры регионального и глобального уровней.

193. Европейская комиссия направила своим государствам-членам директиву по преодолению трансграничных медико-санитарных угроз. ВОЗ работает в тесном сотрудничестве с Европейской комиссией и ее учреждениями и продолжит координировать свои действия в поддержку государств-членов Европейского союза с Европейской комиссией и ее техническими агентствами, такими как Европейский центр профилактики и контроля заболеваний (ECDC) и Европейское управление по безопасности пищевых продуктов (EFSA).

### Критерии для продления в 2014 г.

194. ММСП отводят Генеральному директору специальную роль, которая предусматривает принятие решений о предоставлении дальнейших продлений после июня 2014 г., а также получение мнений Комитета по обзору ММСП. Резолюция WHA65.23 предлагает Генеральному директору “разработать и опубликовать критерии, подлежащие использованию в 2014 г. Генеральным директором (...) в процессе принятия решений по поводу предоставления разрешения на любое дополнительное продление”.

195. Эти критерии были подвергнуты обсуждению на Шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2013 г. Было предложено, чтобы вопрос относительно критериев, которыми должен пользоваться Секретариат при рассмотрении запросов на дополнительное продление контрольных сроков для обеспечения требований к основным возможностям эпиднадзора и реагирования, был включен в повестку дня сессий региональных комитетов в 2013 г. в целях получения дальнейших замечаний и предложений от государств-членов. Критерии для использования в 2014 г. относительно запросов на дополнительное продление будут обсуждены на 63-й сессии Европейского регионального комитета в ходе рассмотрения пункта повестки дня, относящегося к вопросам, вытекающим из решений Шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

## Выводы

196. ММСП имеют обязательную юридическую силу для всех государств-участников и распространяются не только на сектор здравоохранения, но также на другие соответствующие секторы. ВОЗ оказывает содействие и стимулирует процесс осуществления ММСП путем предоставления технического руководства и координируя усилия стран, в частности создавая механизмы для международного и трансграничного сотрудничества. Европейское региональное бюро уделяет особое внимание наиболее важным элементам для полного осуществления ММСП в Регионе.

197. ММСП должны быть более полно интегрированы в общие мероприятия и планы по обеспечению готовности в странах. Основы европейской политики здравоохранения Здоровье-2020, утвержденные Региональным комитетом, нацелены на значительное улучшение здоровья, повышение уровня благополучия населения и сокращение

неравенств в отношении здоровья путем укрепления общественного здравоохранения и поддержания действий на общегосударственном уровне и в масштабе всего общества. Таким образом, Здоровье-2020 имеет ключевое значение для развития межсекторального сотрудничества, направленного на осуществление ММСП.

198. Эффективная реализация национальных планов требует значительных и устойчивых финансовых вложений и политической приверженности со стороны национальных правительств, а также внешней поддержки от доноров и партнеров. Приближается контрольный срок, когда все государства-участники должны полностью обеспечить наличие предусмотренных основных возможностей, однако усилия по мобилизации средств и кадровые ресурсы ВОЗ остаются недостаточными для того, чтобы удовлетворить все потребности и ускорить процесс осуществления ММСП.

199. Региональное бюро продолжит сотрудничество с соответствующими правительственными органами государств-участников в целях обеспечения политической приверженности, предоставления ресурсов и оказания поддержки деятельности межсекторальных координационных комитетов.



## **Отчет о ходе реализации Европейского стратегического плана действий по борьбе с устойчивостью к антибиотикам**

### ***Введение и исходные сведения***

200. С учетом возрастающей опасности для общественного здоровья, связанной с проблемой устойчивости к противомикробным препаратам (УПП), в 2011 г. был проведен Всемирный день здоровья под лозунгом: "Не принять меры сегодня – нечем будет лечить завтра!", в рамках которого ВОЗ призвала все страны принять неотложные меры для борьбы с устойчивостью к противомикробным препаратам. В том же году 53 страны Европейского региона ВОЗ приняли на сессии Европейского регионального комитета резолюцию EUR/RC61/R6, а также Европейский стратегический план действий по борьбе с устойчивостью к антибиотикам (EUR/RC61/14). Этот план содержит семь стратегических целей, основанных на последних научных данных и разработанных в ходе широких и активных консультаций с экспертами и руководителями высшего звена, которые могут помочь соответствующим государственным органам более эффективно решать сложные вопросы, связанные с антибиотикорезистентностью, включая такой важнейший причинный фактор, как использование антибиотиков, особенно когда их применяют необоснованно или неправильно.

201. Резолюция EUR/RC61/R6 призывает государства-члены обеспечить политическую приверженность и ресурсы для реализации Глобальной стратегии ВОЗ по сдерживанию устойчивости к противомикробным препаратам, действуя при этом в рамках Европейского стратегического плана действий по борьбе с устойчивостью к антибиотикам. Эта резолюция также призывает государства-члены определить важнейшие национальные приоритеты, основываясь на семи стратегических целях вышеуказанного плана действий, и разработать соответствующие национальные планы действий. Европейское региональное бюро ВОЗ и партнерские организации в сотрудничестве с соответствующими правительственными структурами государств-членов прилагают все усилия для реализации Европейского стратегического плана действий.

202. На Шестьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения была подчеркнута критическая важность проблемы устойчивости к противомикробным препаратам (УПП); государства-члены предложили ВОЗ продолжить усилия по укреплению ее программы и мероприятий по борьбе с УПП, включая рациональное использование лекарств, с особым вниманием к противомикробным средствам. Кроме того, было предложено включить УПП в число основных пунктов повестки дня сессий руководящих органов в 2014 г. и просить Секретариат представить Исполнительному комитету в январе 2014 г. отчет о работе ВОЗ по выполнению резолюции WHA58.27 Всемирной ассамблеи здравоохранения. Государства-члены предложили внести изменения в Двенадцатую общую программу работы (ОПР-12), подчеркивающие важность проблемы устойчивости к противомикробным препаратам и связанного с ней риска для общественного здоровья.

### ***Анализ ситуации***

203. В двух из каждых трех стран восточной части Европейского региона ВОЗ антибиотики можно приобрести без рецепта врача. Кроме того, проблемой во многих странах является несоблюдение пациентами назначенного режима лечения. Все это ведет к росту устойчивости к антибиотикам и, следовательно, сокращает число эффективных

антибиотиков. Дополнительную тревогу вызывает тот факт, что за последние 25 лет, несмотря на усилия ученых, не было открыто ни одного нового класса антибиотиков.

204. Таким образом, устойчивость к противомикробным препаратам в целом и к антибиотикам в частности – это возрастающая угроза общественному здоровью. В ряде стран Европейского региона ВОЗ частота случаев резистентности некоторых возбудителей превышает 50%. Кроме того, в настоящее время наблюдается процесс быстрого возникновения и распространения патогенных микроорганизмов с новыми механизмами устойчивости. В странах Европейского союза, Норвегии и Исландии, например, по оценкам, ежегодно возникает 400 000 случаев резистентных инфекций, что, согласно данным Европейского центра по профилактике и контролю болезней (ECDC), приводит примерно к 25 000 случаев смерти. В более широких рамках Европейского региона ВОЗ, который охватывает 53 страны, общие масштабы бремени болезней, связанного с УПП, не известно, что объясняется отсутствием либо самих данных, либо системы систематического обмена такими данными между странами. По непроверенным сведениям, в ряде этих стран ситуация является аналогичной или даже более угрожающей. Более того, в последние несколько лет ситуация с антибиотикорезистентностью ухудшилась, что объясняется легкой передачей возбудителей, устойчивых к карбапенемам, от одного пациента к другому, а также все более широкими масштабами завоза резистентных возбудителей в Европу из стран, где они широко распространены.

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

205. В данном разделе дается описание проделанной работы, достигнутых успехов, а также проблем, относящихся к реализации стратегических целей, обозначенных в стратегическом плане действий по борьбе с устойчивостью к антибиотикам.

#### **Стратегическая цель 1: Укреплять на национальном уровне многосекторальную координацию действий по сдерживанию устойчивости к антибиотикам**

206. Секретариат оказывает поддержку усилиям стран в следующих областях: назначение национального координатора по УПП; создание национального координационного комитета по сдерживанию устойчивости к антибиотикам; определение ключевых направлений деятельности; разработка или обновление стратегических планов действий по борьбе с УПП. В общей сложности 20 государств-членов взяли на себя обязательства по реализации стратегического плана действий. В частности, они включили работу по борьбе с УПП в число приоритетов двухгодичных соглашений о сотрудничестве (ДСС). Основная задача заключается в том, чтобы вовлечь представителей всех заинтересованных ведомств и секторов в состав национальных координационных комитетов, а также принять меры к тому, чтобы эти комитеты получили официальный статус и мандат.

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

207. Секретариат проводит в государствах-членах оценки ситуации в области профилактики и противодействия устойчивости к антибиотикам с помощью таких подходов, как эпиднадзор, рациональное использование антибиотиков и инфекционный контроль. Основная цель таких оценок заключается в улучшении координации действий на национальном уровне и в усилении эпидемиологического надзора за антибиотикорезистентностью. Оценки ситуации с УПП проведены в Азербайджане, Армении, Беларуси, Боснии и Герцеговине, Кыргызстане, Турции, Черногории и

Швейцарии с тщательным учетом особенностей каждой страны. Результаты этой работы включают следующее: назначение национальных координаторов по УПП; создание механизмов межведомственной координации; разработка или совершенствование национальных стратегических планов действий (которые, в зависимости от положения дел, были либо доработаны, либо впервые подготовлены); а также укрепление эпиднадзора за УПП на национальном уровне. В Беларуси, бывшей югославской Республике Македония, Турции и Узбекистане состоялись национальные семинары по УПП.

208. Европейское региональное бюро ВОЗ подписало 30 октября 2012 г. соглашение о взаимопонимании с Национальным институтом общественного здравоохранения и окружающей среды (RIVM) Нидерландов, а также Европейским обществом клинической микробиологии и инфекционных болезней (ESCMID), с тем чтобы создать новую сеть по эпиднадзору за устойчивостью к антибиотикам в странах Центральной Азии и Восточной Европы (CAESAR), предназначенную для тех государств-членов Европейского региона ВОЗ, которые не являются частью координируемой ECDC сети по эпиднадзору за устойчивостью к противомикробным препаратам (EARS-Net). Благодаря тесному сотрудничеству с ECDC, направленному на обеспечение как можно более полной сопоставимости этих двух сетей, Региональное бюро сможет получить более полное представление о ситуации с УПП в рамках всего Региона. Региональное бюро организует регулярные совещания по проекту CAESAR, которые проводятся и как прямые встречи экспертов, и как телеконференции.

209. Секретариат совместно с партнерами разработал план реализации проекта CAESAR, в котором дается описание миссии и структуры проекта, методических подходов, сроков реализации и обязанностей партнеров. Кроме того, разработано руководство по проекту CAESAR, которое послужит полезным практическим пособием для стран-участниц. Этот документ содержит описание целей, задач, методологических подходов и организационных механизмов проекта CAESAR; шагов, которые страны должны предпринять, чтобы принять в нем участие; мер, необходимых для обеспечения регулярного сбора данных; а также утвержденные протоколы и определения случаев УПП, которыми следует пользоваться в рамках проекта.

210. Письма-соглашения об обмене данными были подписаны Региональным бюро – от имени участников сети CAESAR – и учреждениями, которые были назначены координационными центрами по УПП в Беларуси, Сербии, Турции и Швейцарии.

211. Совещание, давшее "старт" деятельности сети CAESAR, состоялось 29 апреля 2013 г. во время 23-го Европейского конгресса по клинической микробиологии и инфекционным болезням, проходившего в Берлине (Германия). На этом совещании координаторы по УПП от девяти стран и территорий – участников проекта CAESAR (Беларусь, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Кыргызстан, Российская Федерация, Сербия, Турция, Швейцария и Косово<sup>9</sup> (РСБ ООН 1244/99)) рассказали о своей деятельности и проблемах в области УПП.

212. В июне 2013 г. при содействии Секретариата состоялся учебный визит делегации Черногории в Институт общественного здоровья Швеции. Целью визита было

---

<sup>9</sup> Для целей настоящего документа название «Косово» следует везде трактовать как «Косово (в соответствии с резолюцией Совета Безопасности ООН 1244 (1999))».

ознакомление с функциями и обязанностями национальной референс-лаборатории по УПП и обсуждение партнерского соглашения с Институтом общественного здоровья Швеции для оказания технической поддержки Национальной референс-лаборатории по УПП в Черногории.

213. Основные задачи и проблемы в этой области включают следующее: обеспечение того, чтобы лабораторная практика в странах соответствовала международным стандартам; создание инфраструктуры для централизованного сбора данных в национальной референс-лаборатории; решение такой проблемы, как ограниченность ресурсов, необходимых для удовлетворения потребностей стран в укреплении лабораторного потенциала.

**Стратегическая цель 3: Всемерно содействовать разработке и реализации стратегий по рациональному использованию антибиотиков и укреплять надзор за реальной практикой их применения**

214. За период с декабря 2011 г. Европейское региональное бюро ВОЗ и Университет Антверпена, в сотрудничестве с ECDC и Нидерландским институтом исследований служб здравоохранения (NIVEL), организовали три семинара по вопросам применения противомикробных препаратов. В них приняли участие представители Азербайджана, Албании, Армении, Беларуси, Боснии и Герцеговины, бывшей югославской Республики Македония, Грузии, Кыргызстана, Республики Молдова, Сербии, Таджикистана, Турции, Узбекистана, Украины, Черногории, Швейцарии и Косово. В настоящее время продолжается сотрудничество с Университетом Антверпена с целью создания сети по надзору за применением противомикробных препаратов в государствах-членах Европейского региона, не являющихся членами Европейского союза, так чтобы ее данные были сопоставимы с данными аналогичной Сети для стран ЕС, которая базируется в ECDC. В настоящее время готовятся к публикации данные по объемам использования противомикробных препаратов, собранные в рамках работы Сети из 11 стран в 2011 г.

215. В 2012 и 2013 гг. Европейское региональное бюро ВОЗ в сотрудничестве с Датским колледжем по фармацевтической практике, Нидерландским институтом исследований служб здравоохранения (NIVEL) и Институтом рациональной фармакотерапии (IVM) организовали ряд учебных поездок, посвященных вопросам рационального использования лекарств.

216. Секретариат поддерживает тесное сотрудничество с ECDC по этому вопросу. В частности, с 2012 г. Региональное бюро проводит ежемесячные координационные телеконференции со своими партнерами в ECDC. ВОЗ является активным членом координационной группы EARS-Net, сотрудники Организации приняли участие в ряде совещаний, организованных ECDC с целью укрепления координации действий по следующим направлениям: эпидемиологический надзор за УПП, использование antimicrobных препаратов, подготовка и проведение Европейского дня знаний об антибиотиках в 2012 и 2013 гг.

217. Региональное бюро поддерживает тесное сотрудничество с Глобальной целевой группой ВОЗ по УПП, деятельность которой координируется штаб-квартирой ВОЗ. В частности, оно проводит ежемесячные телеконференции с этой целевой группой и принимает участие в видеоконференциях со всеми региональными бюро с целью более тщательной доработки всех аспектов мероприятий по борьбе с УПП на глобальном уровне. В течение 2012 и 2013 гг. Региональное бюро приняло участие в совещании по стратегическому планированию действий по борьбе с УПП на период 2012–2015 гг., в глобальной технической консультации по эпиднадзору за УПП и в совещании Целевой

группы по УПП (в 2013 г.). Представители Регионального бюро также выступили в ряде ведущих на панельных дискуссиях, организованных 21 мая 2012 г. делегациями Ганы и Швеции в рамках сопроводительного мероприятия по УПП во время сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

218. Основная проблема в данной области – недостаточность ресурсов для проведения необходимых национальных и субрегиональных семинаров и учебных мероприятий.

#### **Стратегическая цель 4: Укреплять инфекционный контроль и эпиднадзор за устойчивостью к антибиотикам в лечебно-профилактических учреждениях**

219. Секретариат принял участие в совещании Балтийской сотрудничающей сети по борьбе с устойчивостью к антибиотикам (BARN), которое было посвящено вопросам профилактики инфицирования хирургических ран. Это совещание, председателем которого был представитель Регионального бюро, состоялось в Висбю, Швеция, в октябре 2012 г. В этом мероприятии приняли участие Латвия, Литва, Российская Федерация и Эстония. Совместно со штаб-квартирой ВОЗ и страновым офисом ВОЗ в Эстонии Европейское региональное бюро организовало в Эстонии в мае 2013 г. три следующих друг за другом совещания: совещание рабочей группы Глобальной сети по профилактике и борьбе с инфекциями (GIPCN), посвященное вопросам общего содержания учебных программ; национальный семинар по разработке учебной программы по профилактике и борьбе с инфекциями; круглый стол по проблемам УПП в Европе и в Эстонии.

220. Основная проблема в этой области – отсутствие специальной программы в Региональном бюро, что не позволяет выделить необходимое время и ресурсы на работу по реализации этой стратегической цели.

#### **Стратегическая цель 5: Предотвращать и сдерживать распространение устойчивости к антибиотикам, применяемым в ветеринарии и сельском хозяйстве**

221. Секретариат ведет активную работу по повышению осведомленности относительно тех аспектов проблемы УПП, которые связаны с безопасностью пищевых продуктов. Многие страны не осознают тот риск для общественного здоровья, который связан с использованием антибиотиков в мясомолочном животноводстве. В ознаменование Всемирного дня здоровья 2011 г. Секретариат выпустил в свет буклет "Борьба с устойчивостью к антибиотикам с позиций безопасности пищевых продуктов в Европе", в подготовке которой приняли участие многочисленные международные эксперты и организации. В целях дальнейшего распространения информации, отраженной в данном буклете, и развития технического потенциала Секретариат организовал в Албании в мае 2012 г. субрегиональный межсекторальный семинар на тему "Устойчивость к антибиотикам с позиций безопасности пищевых продуктов", в котором приняли участие представители Албании, Румынии, Сербии, Хорватии и Черногории. Кроме того, ВОЗ и CDC (Центры США по контролю и профилактике заболеваний) совместно организовали субрегиональный семинар по эпиднадзору за болезнями пищевого происхождения (под эгидой Глобальной сети по пищевым инфекциям (GFN)). Это мероприятие было проведено в Казахстане в ноябре 2012 г., и в нем приняли участие представители Казахстана, Кыргызстана, Таджикистана, Туркменистана и Узбекистана. В 2012 и 2013 гг. состоялись национальные совещания по УПП в контексте безопасности пищевых продуктов в Албании, Сербии, Таджикистане, Хорватии и Черногории.

222. Региональное бюро традиционно поддерживает тесное сотрудничество с Продовольственной и сельскохозяйственной организацией Объединенных Наций (ФАО)

по вопросам безопасности пищевых продуктов, на основе которого ведется совместная работа по УПП в данном контексте. В частности, проведены совместные учебные мероприятия по наращиванию потенциала в области Кодекс Алиментариус – для отдельных стран Европы и Центральной Азии (Кыргызстан, 2012 г.) и для Балканских стран (Хорватия, июнь 2013 г.). ФАО и Всемирная организация охраны здоровья животных (ВОЖ) внесли вклад в подготовку буклета "Борьба с устойчивостью к антибиотикам с позиций безопасности пищевых продуктов в Европе"<sup>10</sup>.

223. Основные задачи: повышение осведомленности работников здравоохранения и сельского хозяйства о том, что применение антибиотиков у животных влечет за собой риск для здоровья населения; преодоление барьеров между министерствами здравоохранения и сельского хозяйства путем налаживания систематического и прочного сотрудничества, осуществления интегрированного эпидемиологического надзора и проведения межсекторальных программ и стратегий. Основной проблемой в этом разделе работы является недостаток ресурсов для проведения комплексного эпидемиологического надзора и развития необходимого институционально-кадрового потенциала.

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

224. В 2008 г. Европейская комиссия выдвинула концепцию совместного построения программ с целью повышения отдачи от финансирования исследований, проводимых как в странах, так и в масштабах всего Европейского союза, используя такой подход, как совместное планирование, реализация и оценка исследовательских программ, проводимых на национальном уровне. В начале 2010 г. Италия и Швеция выдвинули инициативу по совместной реализации программ борьбы с устойчивостью к противомикробным препаратам (JPIAMR). Европейское региональное бюро ВОЗ и штаб-квартира ВОЗ принимают участие в этой инициативе, преследуя такие цели, как разработка наиболее эффективных программ исследований по УПП и создание и укрепление широких региональных и глобальных партнерств, содействующих инновациям и исследованиям в данной области. ВОЗ также сотрудничает с другими неправительственными группами и сетями, такими как ReAct и Antibiotic Action, в задачи которых входит стимулирование деятельности, направленной на борьбу с антибиотикорезистентностью и на создание новых видов антибиотиков. В число задач этого сотрудничества входят содействие инновациям и разработка новых бизнес-моделей, стимулирующих научные исследования и препятствующих агрессивному маркетингу новых антибиотиков.

225. Основной трудностью в этой области является установление конструктивного диалога по этим вопросам с частным сектором и другими заинтересованными сторонами.

---

<sup>10</sup> *Борьба с устойчивостью к антибиотикам с позиций безопасности пищевых продуктов в Европе*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/144695/e94889R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/144695/e94889R.pdf), по состоянию на 1 июля 2013 г.).



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

226. В 2005 г. патронессой Европейского регионального бюро стала Ее Королевское Высочество кронпринцесса Дании Мэри. В рамках своей деятельности в поддержку целей Регионального бюро Кронпринцесса выступила 16 ноября 2012 г. во время Европейского дня знаний об антибиотиках (ЕДЗА) с заявлением в поддержку активных действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам. Проводимая Региональным бюро кампания по противодействию антибиотикорезистентности содержит призыв к жителям Европейского региона проявлять ответственность и использовать антибиотики только по назначению врача и в строгом соответствии с его рекомендациями. ЕДЗА представляет собой европейскую инициативу в области здравоохранения, которая координируется ECDC. ВОЗ подключилась к этой инициативе, с тем чтобы обеспечить ее реализацию во всех странах Региона. В 2012 г. ЕДЗА отмечался в 43 государствах-членах Региона, при этом восемь из них впервые приняли участие в этом дне. Европейское региональное бюро ВОЗ подготовило и направило во все страновые офисы ВОЗ пакет информационных материалов, а также разместило на сайте УПП дополнительную информацию по данному вопросу.

227. За период с сентября 2011 г., когда был принят Европейский стратегический план действий по проблеме устойчивости к антибиотикам (EUR/RC61/14 и EUR/RC61/R6), Секретариат принял активное участие в ряде национальных и международных семинаров, конференций и совещаний по вопросам сдерживания УПП и повышения осведомленности о данной проблеме. Такие мероприятия были проведены в Австрии, Албании, Бельгии, бывшей югославской Республике Македония, Германии, Дании, Казахстане, Литве, Нидерландах, Польше, Соединенном Королевстве, США, Турции, Узбекистане, Украине, Франции, Хорватии, Швейцарии и Эстонии. Основная задача по этому направлению работы – обеспечить перевод информационных и учебных материалов по вопросам укрепления здоровья и рационального использования антибиотиков на различные языки в целях их максимально широкого распространения в масштабе всего Региона.

228. Региональное бюро сотрудничает с растущим числом институтов, сетей и инициатив, а также с Европейской комиссией и ее техническими агентствами – ECDC, Европейское управление по безопасности пищевых продуктов (EFSA), Европейское агентство по лекарственным средствам (EMA) – а также с учреждениями ООН, такими как ФАО. Работа в партнерстве включает регулярный обмен информацией, координацию деятельности и проведение совместных миссий, семинаров и учебных мероприятий. Одним из наглядных примеров сотрудничества со специализированными сетями является осуществляемая под эгидой Сети здравоохранения Юго-Восточной Европы (SEEHN) инициатива создания Регионального центра развития здравоохранения со специализацией в области устойчивости к антибиотикам при Национальном центре инфекционных и паразитарных заболеваний в Софии (Болгария).

229. Бельгия, Германия, Нидерланды, США и Республика Корея оказывают поддержку в осуществлении стратегического плана действий по проблеме устойчивости к антибиотикам путем предоставления финансовых и кадровых ресурсов.

### **Путь вперед**

230. Реализация и мониторинг стратегического плана действий будут включать следующие этапы: проведение страновых оценок; содействие созданию национальных комитетов; оказание поддержки разработке и проведению национальных планов действий и программ; наращивание потенциала системы эпидемиологического надзора.

Наряду с этим, Региональное бюро будет заниматься подготовкой регионального обзора основных тенденций в использовании антибиотиков и в антибиотикорезистентности. Данные, собранные в рамках этого обзора, послужат полезным источником информации при разработке и проведении национальных и международных мероприятий в этой области. Для реализации действий и достижения устойчивых результатов на страновом уровне требуется дополнительное финансирование на 2014–2015 гг.

231. Албания, Грузия, бывшая югославская Республика Македония, Узбекистан и Украина обратились с просьбой провести у них оценку ситуации по УПП. Эти оценки будут проведены в 2013 г. Кроме того, планируется организовать ряд практических семинаров и совещаний с целью подготовки к представлению соответствующих данных в базу данных CAESAR. Направления дальнейшей деятельности будут определены с учетом рекомендаций, которые будут сделаны по результатам страновых оценок. Кроме того, Секретариат – вместе с сотрудничающими центрами ВОЗ и ESCMID – предпримет все меры для укрепления потенциала лабораторий и обеспечения внешнего контроля качества их работы.

232. В течение 2013 г. ВОЗ оказывала и будет продолжать оказывать поддержку национальным сетям эпиднадзора за использованием противомикробных препаратов; очередная консультация со странами по анализу данных за 2013 г. запланирована на ноябрь 2013 г. К концу 2013 г. на веб-сайте ВОЗ будет помещена публикация, содержащая данные по потреблению противомикробных препаратов и их анализ.

233. В сотрудничестве с ECDC и другими партнерами Региональное бюро продолжит работу по обеспечению государств-членов информационными материалами, относящимися к проведению в ноябре 2013 г. очередного Европейского дня знаний об антибиотиках.

## **Выводы**

234. В первые два года реализации стратегического плана действий основное внимание было уделено следующим аспектам: координация деятельности соответствующих программ ВОЗ; повышение уровня информированности об этом плане в ходе различных совещаний, семинаров и симпозиумов; мобилизация заинтересованных сторон и создание партнерств; разработка плана развития проекта и подготовка руководства по эпидемиологическому надзору за УПП; создание базы данных для CAESAR; проведение семинаров по вопросам использования антибиотиков и проблеме антибиотикорезистентности; согласование направлений сотрудничества с ECDC; разработка и совершенствование методик оценки ситуации в странах; апробация этих методик; подготовка и распространение через страновые офисы ВОЗ информационных материалов, относящихся к Европейскому дню знаний об антибиотиках.

235. Такая разносторонняя и активная деятельность способствует сохранению высокого уровня значимости связанной с УПП угрозы как среди всех, кто занимается вопросами общественного здравоохранения, так и в СМИ. На всех этапах дальнейшей реализации стратегического плана действий по проблеме устойчивости к антибиотикам Региональное бюро будет продолжать призывать соответствующие государственные структуры и ведомства в странах Региона оказывать необходимую политическую и ресурсную поддержку работе в этом направлении, а также обеспечить условия для эффективной работы межсекторальных координационных комитетов.