



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро



Авторы: Mikhail Ejov
Daniel Dagne

Стратегическая
рамочная программа
по борьбе с
лейшманиозом в
Европейском
регионе ВОЗ
2014–2020



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

**Стратегическая рамочная
программа по борьбе с
лейшманиозом в Европейском
регионе ВОЗ,
2014–2020 гг.**

Аннотация

Лейшманиоз - одно из так называемых «забытых» и плохо регистрируемых заболеваний, бремя которого в большинстве стран Европейского региона ВОЗ является недооцененным или неопределенным. Стратегическая рамочная программа по борьбе с лейшманиозом была разработана в тесном сотрудничестве со всеми заинтересованными сторонами в целях повышения уровня эпиднадзора, контроля и профилактики лейшманиоза. Рамочная программа определяет региональные цели и задачи, которые должны быть достигнуты к 2020 году, а также рекомендуемые для этого стратегические подходы и приоритетные мероприятия, в которых особое внимание уделено руководству программой, выявлению и лечению случаев, эпиднадзору, контролю резервуарных хозяев, комплексной борьбе с переносчиками инфекции, операционным исследованиям, развитию потенциала, участию сообществ и санитарно-просветительской деятельности, трансграничному сотрудничеству и межсекторальному взаимодействию, партнерской работе, мониторингу и оценке.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

CAPACITY BUILDING
COLLABORATION
INFECTIOUS DISEASE VECTORS
LEISHMANIASIS
PUBLIC HEALTH
SURVEILLANCE

ISBN 978 92 890 5118 7

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

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию или информацию по вопросам здравоохранения можно заполнить на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© Всемирная организация здравоохранения, 2015 г.

Все права защищены. Публикации Всемирной организации здравоохранения имеются на вебсайте ВОЗ (www.who.int) или могут быть приобретены в Отделе прессы ВОЗ, Всемирная организация здравоохранения, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; эл. почта: bookorders@who.int). Запросы на получение разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ - как для продажи, так и для некоммерческого распространения - следует направлять в Отдел прессы ВОЗ через веб-сайт ВОЗ (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

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

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

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. В данной публикации представлена коллективная точка зрения международной группы экспертов, которая необязательно отражает решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

	Страница
Выражение признательности	iv
Список сокращений	iv
Резюме.....	1
Бремя заболевания и текущие тенденции.....	2
Обязательства и деятельность ВОЗ.....	3
Региональная цель, задачи и временной график реализации программы	4
К концу 2014 года	5
Руководство программой и координация действий	5
К концу 2015 года	5
Развитие потенциала.....	5
Эпиднадзор.....	5
Ведение случаев заболевания	6
Готовность к вспышкам заболевания и ответные меры.....	6
К концу 2017 года	6
Эпиднадзор.....	6
Ведение случаев заболевания	6
Контроль над москитами-переносчиками и резервуарными хозяевами	6
К концу 2020 года	6
Эпиднадзор.....	6
Ведение случаев заболевания	6
Оценка.....	7
Стратегические подходы и ключевые мероприятия.....	7
Руководство программой	7
Выявление и лечение больных	7
Эпиднадзор за заболеванием	9
Контроль над резервуарными хозяевами	10
Комплексная борьба с переносчиками	11
Меры по охране окружающей среды и индивидуальная защита.....	12
Готовность к эпидемии и ответные действия	13
Прикладные исследования.....	13
Развитие потенциала.....	14
Участие сообществ и санитарное просвещение	14
Трансграничное сотрудничество.....	15
Межсекторальное сотрудничество.....	15
Развитие партнерства	15
Мониторинг и оценка	15
Дальнейшие действия	17
Ссылки	18
Библиография	19
Приложение 1: Рекомендованные ВОЗ определения случаев заболеваний.....	20
Висцеральный лейшманиоз	20
Кожный лейшманиоз.....	20

Выражение признательности

ВОЗ благодарит всех представителей стран и экспертов, которые внесли свой вклад в разработку стратегической рамочной программы по борьбе с лейшманиозом, приняв участие в Совещании ВОЗ, посвященном Планированию стратегической рамочной программы по борьбе с лейшманиозом (Тбилиси, Грузия, 16–18 апреля 2013 г.). Особая благодарность выражается следующим участникам совещания за их ценный вклад в работу:

Профессор Владимир Давидянц, консультант, Национальный институт здравоохранения, Министерство здравоохранения Армении

Д-р Luigi Gradoni, директор по научно-исследовательским работам, отдел инфекционных, паразитарных болезней и болезней, вызванных расстройством иммунитета, Национальный институт здравоохранения, Италия

Д-р Nora Kokaia, директор Института медицинской паразитологии и тропической медицины, Грузия

Д-р Francisco Javier Moreno Nuncio, Институт здоровья им. Карлоса III, Национальный центр микробиологии, паразитологическая служба, Испания

Профессор Евгений Понировский, старший научный сотрудник, отделение медицинской паразитологии, Научно-исследовательский институт медицинской паразитологии и тропической медицины им. Е.И. Марциновского, Российская Федерация

Профессор Владимир Сергиев, директор Научно-исследовательского института медицинской паразитологии и тропической медицины им. Е.И. Марциновского, Российская Федерация

Проект этого документа был разработан, пересмотрен и окончательно доработан д-ром Mikhail Ejev, руководителем Программы по борьбе с малярией и другими трансмиссивными и паразитарными болезнями Европейского регионального бюро ВОЗ (на момент работы над документом), в тесном сотрудничестве с д-ром Daniel Dagne, руководителем и д-ром Jose Postigo, сотрудником Программы по борьбе с лейшманиозом отдела «забытых» тропических болезней штаб-квартиры ВОЗ.

Список сокращений

ВЛ висцеральный лейшманиоз

КЛ кожный лейшманиоз

ОПИОД обработка помещений инсектицидами остаточного действия

ELISA энзим-связывающий иммуносорбентный анализ с захватом антител

TDR Специальная программа по научным исследованиям и подготовке специалистов в области тропических болезней

Резюме

Лейшманиоз - одно из так называемых «забытых» и плохо регистрируемых заболеваний, бремя которого в большинстве стран Европейского региона ВОЗ является недооцененным или неопределенным. Согласно последним оценкам ВОЗ, региональная заболеваемость висцеральным лейшманиозом (ВЛ) и кожным лейшманиозом (КЛ) составляет менее 2% глобального бремени лейшманиоза.

Случаи ВЛ, который вызывается *L. infantum*, регистрируются в странах Западной и Юго-Восточной Европы, Центральной Азии, Южного Кавказа и Турции, при этом подавляющее большинство случаев (75%) приходится на Албанию, Грузию, Испанию и Италию. С середины 90-х в Грузии число зарегистрированных случаев ВЛ у детей в возрасте до 5 лет возросло более чем в 9 раз и в 2007 г. составило свыше 180. За последние годы, до расширения масштабов проведения антиретровирусной терапии, увеличивалось число взрослых с ВЛ, сочетанным с ВИЧ. Лейшманиоз человека (и собак) в некоторых частях юга Европы – это возвращающаяся проблема, которая сопровождается устойчивым ростом распространенности ВЛ.

Почти 80% от общего числа случаев КЛ, зарегистрированных в Регионе, приходятся на Израиль, Туркменистан, Турцию и Узбекистан. Случаи антропонозного КЛ, вызываемого *L. tropica*, регистрировались в Азербайджане, Греции, Израиле, Турции и Узбекистане. Это заболевание является эндемичным для густонаселенных территорий, где переносчиками инфекции от человека человеку является *Ph. sergenti*. Случаи зоонозного кожного лейшманиоза, вызываемого *L. major*, также регистрировались в Центральной Азии, на Южном Кавказе, в Израиле и Турции; это заболевание предрасположено к развитию эпидемий. Случаи КЛ, вызываемого *L. infantum*, регистрировались в некоторых регионах Южного Кавказа, Центральной Азии и Европейских странах с теми же подтвержденными и подозреваемыми переносчиками инфекции, что и для ВЛ.

Острая необходимость наличия обновленной информации о бремени лейшманиоза в Европейском регионе ВОЗ была подчеркнута в резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA60.13 и в докладе на заседании Комитета экспертов ВОЗ по борьбе с лейшманиозом. Эта информация необходима для создания предпосылок для формирования соответствующих мер политики и стратегий для борьбы с лейшманиозом на региональном и национальном уровнях.

Рамочная программа, представленная в этом документе, намечает региональные цели и задачи, которые должны быть достигнуты к 2020 году, и рекомендуемые стратегические подходы и приоритетные мероприятия, в которых особое внимание уделяется следующим компонентам: руководство программой, выявление и лечение случаев, эпиднадзор за заболеванием, контроль резервуарных хозяев, комплексная борьба с переносчиками, управление состоянием окружающей среды и индивидуальная защита, готовность к развитию эпидемий и ответные меры, операционные исследования, развитие потенциала, вовлечение сообществ и санитарно-просветительская деятельность, трансграничное сотрудничество и межсекторальное взаимодействие, партнерская работа, мониторинг и оценка.

Бремя заболевания и текущие тенденции

Лейшманиоз – это паразитарное заболевание, передающееся через укусы кровососущих moskitov, питавшихся кровью зараженного резервуарного хозяина. Существует две клинические формы лейшманиоза: висцеральный лейшманиоз (ВЛ) или кала-азар, наиболее тяжелая форма заболевания, которая при отсутствии должного лечения приводит к смертельному исходу почти во всех случаях, и кожный лейшманиоз (КЛ), при котором наблюдается тенденция к спонтанному излечению.

Лейшманиоз является эндемичным заболеванием для более чем 98 стран, где свыше 350 млн человек подвергаются риску заболевания. По оценкам, ежегодно в мире регистрируется 1,3 млн новых случаев лейшманиоза (0,3 млн случаев ВЛ и 1 млн случаев КЛ). Являясь одним из забытых тропических болезней, лейшманиоз имеет те же характеристики, что и другие заболевания, связанные с бедностью, а именно, недостаточный уровень распознавания заболевания, политической приоритизации, значимости его бремени, отсутствие национальных стратегий по борьбе с этим заболеванием и недостаток информации о его масштабах и распространении. Хотя по расчетным данным бремя лейшманиоза занимает девятое место среди всех инфекционных заболеваний, ему по большей части не уделяют должного внимания вследствие сложности его эпидемиологии и экологии, нехватки легко применимых инструментов для ведения случаев заболевания и необходимых данных о текущей заболеваемости.

Лейшманиоз является одним из так называемых «забытых» и плохо регистрируемых заболеваний, бремя которого в большинстве стран Европейского региона ВОЗ является недооцененным или неопределенным. Согласно последним оценкам ВОЗ, региональная заболеваемость ВЛ и КЛ составляет менее 2% глобального бремени лейшманиоза.

Случаи ВЛ, возбудителем которого является *L. infantum*, регистрируются в Юго-Восточной и Западной Европе, Центральной Азии, на Южном Кавказе и в Турции, при этом подавляющее большинство этих случаев (около 75%) выявляют в Албании, Грузии, Италии и Испании. Резервуарными хозяевами могут быть домашние собаки, лисы, песчанки и шакалы. В Европейском регионе основными доказанными и предполагаемыми переносчиками висцерального и кожного лейшманиоза, вызываемого *L. infantum*, являются *Ph. alexandri*, *Ph. kandelakii*, *Ph. balcanicus*, *Ph. turanicus*, *Ph. halepensis*, *Ph. syriacus*, *Ph. longiductus*, *Ph. perfiliewi*, *Ph. perniciosus*, *Ph. ariasi*, *Ph. tobbi*, *Ph. transcaucasicus* и *Ph. neglectus*. С середины 90-х в Грузии число зарегистрированных случаев ВЛ у детей в возрасте до 5 лет возросло более чем в 9 раз и в 2007 г. составило свыше 180. За последние годы, до расширения масштабов проведения антиретровирусной терапии, увеличивалось число взрослых с ВЛ, сочетанным с ВИЧ. Лейшманиоз человека (и собак) в некоторых частях юга Европы – это возвращающаяся проблема, которая сопровождается устойчивым ростом распространенности ВЛ.

Почти 80% от общего числа случаев КЛ, зарегистрированных в Регионе, приходится на Израиль, Туркменистан, Турцию и Узбекистан. Случаи антропонозного КЛ, вызываемого *L. tropica*, регистрировались в Азербайджане, Греции, Израиле, Турции и Узбекистане. Это заболевание является эндемичным для густонаселенных территорий, где переносчиками инфекции от человека человеку являются *Ph. sergenti*. Случаи зоонозного кожного лейшманиоза, вызываемого *L. major*, также регистрировались в Центральной Азии, на Южном Кавказе, в Израиле и Турции; это заболевание предрасположено к развитию эпидемий. Основным переносчиком инфекции является *Ph. Papatasi*. Случаи

КЛ, вызываемого *L. infantum*, регистрировались в некоторых регионах Южного Кавказа, Центральной Азии и Европейских странах с теми же подтвержденными и подозреваемыми переносчиками инфекции, что и для ВЛ.

Обязательства и деятельность ВОЗ

В мае 2007 года на Шестидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения была принята резолюция WHA60.13 по борьбе с лейшманиозом, призывающая государства-члены, в которых лейшманиоз является проблемой общественного здравоохранения к нижеследующему: наращивать усилия по разработке национальных программ по борьбе с этим заболеванием; создавать системы эпиднадзора, сбора и анализа данных; усилить профилактику и активное выявление, а также повышать доступность надлежащих и приемлемых по цене услуг диагностики и лечения случаев КЛ и ВЛ; проводить эпидемиологические оценки местной ситуации и поддерживать исследования по эпиднадзору и борьбе с лейшманиозом; содействовать обеспечению устойчивости мероприятий по борьбе с лейшманиозом; повышать уровень осведомленности и совершенствовать превентивные практики на уровне сообществ; и укреплять сотрудничество между странами с общими очагами инфекции или угрозами заболевания. В резолюции содержится призыв к ВОЗ взять на себя инициативу по созданию эффективных программ борьбы с лейшманиозом в странах, испытавших на себе воздействие инфекции, а также по предоставлению технической помощи в вопросах, имеющих прямое отношение к борьбе с лейшманиозом. Основываясь на вышеупомянутую резолюцию, в марте 2010 года ВОЗ созвала заседание Комитета экспертов ВОЗ по лейшманиозу, который выпустил впервые за последние 20 лет обновленный технический доклад по лейшманиозу.

Резолюция WHA60.13 и доклад Комитета экспертов ВОЗ подчеркнули острую необходимость наличия обновленной информации о масштабах проблемы лейшманиоза в Регионе. Такая информация могла бы послужить основой для разработки надлежащих политик и стратегий борьбы с этим заболеванием на региональном и национальном уровнях.

В ноябре 2009 года в Стамбуле, Турция, состоялось межгосударственное совещание ВОЗ по лейшманиозу в Европейском регионе, которое было организовано в тесном сотрудничестве со штаб-квартирой ВОЗ (1). Перед совещанием были поставлены следующие задачи:

- пересмотреть стратегии, ориентированные на конкретные территории и сосредоточенные на обновлении информации по влиянию лейшманиоза на каждую страну; провести обзор состояния мероприятий и существующих проблем в борьбе с заболеванием в Регионе;
- сформулировать потребности и рекомендации для каждой страны или суб-региона по повышению готовности к этому заболеванию и реализации соответствующих мер контроля;
- внести свой вклад в разработку страновых обзоров в отношении лейшманиоза.

Представители Азербайджана, Албании, Армении, Греции, Грузии, Израиля, Италии, Казахстана, Кыргызстана, Португалии, Российской Федерации, Таджикистана, Турции, Узбекистана, Украины, Франции и Хорватии приняли участие в совещании вместе с

сотрудниками ВОЗ и международными экспертами. Участники пришли к выводу о том, что в большинстве стран Региона лейшманиозу уделяется крайне мало внимания, а отсутствие политической приверженности является основной помехой в разработке надлежащей стратегии борьбы с лейшманиозом на региональном, субрегиональном и национальном уровнях. Также отмечалась нехватка обновленной информации о современной эпидемиологической ситуации на местах, о лечении и контроле заболевания, особенно в странах Центральной Азии и на Южном Кавказе. Участники пришли к взаимному согласию о том, что для решения этих проблем необходима техническая помощь со стороны ВОЗ.

В апреле 2013 года в Тбилиси, Грузия, в сотрудничестве со штаб-квартирой ВОЗ было организовано еще одно региональное совещание ВОЗ, на котором была разработана стратегическая рамочная программа по борьбе с лейшманиозом (2). Перед совещанием были поставлены следующие цели:

- описать и обсудить текущую ситуацию по лейшманиозу на региональном и национальном уровнях;
- проанализировать проблемы борьбы с лейшманиозом;
- провести обзор практических подходов и способов борьбы с лейшманиозом в странах, участвующих в совещании; а также
- разработать стратегические подходы в борьбе с лейшманиозом в странах Европы, Южного Кавказа, Центральной Азии, в Израиле и Турции.

На этом совещании присутствовали представители государственных эпидемиологических служб, отвечающих за борьбу с лейшманиозом во всех 12 приглашенных странах, где лейшманиоз является серьезной проблемой для общественного здравоохранения (Азербайджан, Албания, Армения, Болгария, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан и Украина), а также эксперты из Армении, Грузии, Италии, Испании и Российской Федерации, технические эксперты из штаб-квартиры и Европейского регионального бюро ВОЗ.

При финансовой поддержке Программы по борьбе с «забытыми» тропическими заболеваниями штаб-квартиры ВОЗ был разработан план регионального сотрудничества на 2012-2014 годы, который в настоящий момент успешно реализуется.

Региональная цель, задачи и временной график реализации программы

Региональная цель состоит в том, чтобы к 2020 году ликвидировать смертность от ВЛ, значительно сократить заболеваемость ВЛ и КЛ, содействовать улучшению состояния здоровья населения, подверженного риску, и минимизировать социально-экономические потери, к которым приводит заболевание в странах, где лейшманиоз является проблемой общественного здравоохранения.

Задачи программы:

- укреплять институциональные возможности служб общественного здравоохранения и повышать потенциал для принятия решений, связанных с лейшманиозом и борьбой с этим заболеванием;

- совершенствовать возможности для раннего выявления, а также повышать доступность надлежащих и приемлемых по цене услуг диагностики и лечения случаев ВЛ и КЛ;
- укреплять эпиднадзор за заболеванием;
- улучшать возможности для профилактики и быстрого реагирования на вспышки лейшманиоза;
- усиливать необходимые мероприятия по борьбе с переносчиками и резервуарами инфекции;
- укреплять научно-исследовательский потенциал;
- повышать уровень общественной осведомленности и участия сообщества в профилактике лейшманиоза;
- развивать и расширять партнерскую работу для борьбы с лейшманиозом;
- улучшать межсекторальное сотрудничество; и
- укреплять трансграничную координацию действий и совместную работу.

Для реализации стратегической рамочной программы, нацеленной на борьбу с лейшманиозом, предлагается следующий временной график:

К концу 2014 года

Руководство программой и координация действий

- Обеспечить разработку, публикацию и перевод на русский язык стратегической рамочной программы по борьбе с лейшманиозом.
- Обеспечить разработку, публикацию и перевод на русский язык регионального руководства по диагностике и лечению лейшманиоза.
- Обеспечить начало межгосударственного и/или субрегионального трансграничного сотрудничества и взаимодействия.

К концу 2015 года

Развитие потенциала

- Обеспечить разработку/обновление и публикацию на местных языках национальных руководств по борьбе с лейшманиозом.
- Обеспечить обучение всех медицинских работников, принимающих участие в борьбе с лейшманиозом на всех уровнях.

Эпиднадзор

- Создать надежную систему отчетности и сбора информации для выявления и регистрации случаев ВЛ и КЛ, особенно в группах риска.
- Развить национальный потенциал и разработать механизмы сбора, обработки и анализа данных, имеющих отношение к контролю и профилактике лейшманиоза.
- Определить и организовать эпиднадзор за резервуарными хозяевами.

- Создать систему энтомологического мониторинга.

Ведение случаев заболевания

- Обеспечить разработку/обновление и публикацию на местных языках национальных руководств по диагностике и лечению лейшманиоза.
- Обеспечить обучение всех медицинских работников, ответственных за диагностику и лечение лейшманиоза на всех уровнях.
- Обеспечить наличие препаратов гарантированного качества, рекомендованных ВОЗ для лечения лейшманиоза во всех эндемичных странах.

Готовность к вспышкам заболевания и ответные меры

- Создать потенциал для оперативного реагирования на чрезвычайные и внештатные ситуации, связанные с лейшманиозом.

К концу 2017 года

Эпиднадзор

- Усилить эпиднадзор для активного выявления случаев ВЛ.
- Выявлять и регистрировать все случаи ВЛ.
- Определить резервуарных хозяев.
- Определить виды mosquitos-переносчиков, их экологию и биологию.
- Стратифицировать опасные зоны с определением всех очагов лейшманиоза на основе картирования ГИС.

Ведение случаев заболевания

- Обеспечить полный доступ всем зарегистрированным случаям ВЛ к соответствующим диагностике и лечению.

Контроль над москитами-переносчиками и резервуарными хозяевами

- Планировать и реализовать в очагах лейшманиоза меры борьбы, принимая во внимание их техническую и операционную осуществимость, эффективность и устойчивость.

К концу 2020 года

Эпиднадзор

- Выявлять и регистрировать все случаи КЛ и ВЛ.

Ведение случаев заболевания

- Обеспечить полный доступ всем зарегистрированным случаям КЛ и ВЛ к соответствующей диагностике и лечению.

Оценка

- Оценить влияние мер, внедренных для борьбы с лейшманиозом на национальном уровне.
- Подтвердить ликвидацию смертности от ВЛ.

В тех странах, где лейшманиоз является проблемой общественного здравоохранения, необходимо проводить эпидемиологические обзоры, операционные исследования и стратификацию для лучшего понимания бремени заболевания, его распространения и тенденций; для решения вопросов, связанных с лейшманиозом, необходимо организовать и расширять партнерскую работу, международное сотрудничество и координацию действий с соседними странами по вопросам лейшманиоза и борьбы с этим заболеванием; усиливать взаимодействие по вопросам борьбы с лейшманиозом внутри стран с секторами, не относящимся к здравоохранению. Для мониторинга развития ситуации с лейшманиозом и оценки результатов мер борьбы с этим заболеванием, которые реализуются на национальном уровне, необходимо регулярно проводить базисные исследования для оценки проблем и потребностей, связанных с лейшманиозом, а также исследования воздействия для оценки успехов и достижений.

Стратегические подходы и ключевые мероприятия

Руководство программой

В каждой стране, где лейшманиоз является проблемой здравоохранения, необходимо разработать национальную стратегию и план действий по борьбе лейшманиозом, которые будут реализовываться через организованные и управляемые должным образом специализированные и/или лечебно-профилактические службы. Следует четко определить ряд важных аспектов планирования, реализации и оценки программ по борьбе с лейшманиозом, подвергая их периодическому пересмотру, особенно это касается целей, задач и целевых ориентиров программы, обязательств, полномочий и отчетности по проделанной работе, использованным ресурсам и промежуточным/конечным результатам, достигнутым на всех уровнях. Стратегическая рамочная программа по борьбе с лейшманиозом и региональные руководства по диагностике и лечению лейшманиоза должны быть разработаны, опубликованы и переведены на русский язык. Специалисты, принимающие ответственные решения, а также сотрудники специализированных медицинских учреждений должны пройти обучение на национальном уровне и за рубежом для осуществления должного технического и операционного руководства. Для гарантии успешной реализации национальных программ по борьбе с лейшманиозом следует обращаться к ВОЗ за предоставлением стратегического руководства и технической помощи.

Выявление и лечение больных

Фундаментальные элементы программы по борьбе с лейшманиозом включают наличие организованной и функционирующей должным образом системы раннего выявления случаев заболевания, надежную диагностику, надлежащее и доступное по стоимости лечение зарегистрированных случаев ВЛ и КЛ, а также последующее наблюдение за результатами лечения.

Для выявления случаев лейшманиоза может быть применено как пассивное выявление, состоящее из обследования на лейшманиоз больных, обратившихся в медицинские

учреждения, так и активное выявление, состоящее из скрининга населения на лейшманиоз, проводимого медицинскими работниками во время посещений на дому или в программах помощи в местных сообществах (подворные обходы, применение подхода индикаторных случаев заболевания, использование принципа стимулирования).

Хотя клинические признаки и симптомы, взятые по отдельности или в комбинации, не являются достаточно специфичными для того, чтобы отличить лейшманиоз от других инфекций, для раннего выявления крайне важно иметь стандартное определение случая заболевания. Визуализация амастиготных форм паразита посредством микроскопического исследования аспиратов тканей селезенки, костного мозга и лимфатических узлов является классическим подтверждающим тестом в случае ВЛ. Обнаружение ДНК паразитов методом ПЦР в аспиратах костного мозга значительно более чувствительно, чем исследование под микроскопом, хотя в настоящее время применение этого метода ограничено специализированными клиниками и исследовательскими центрами. Серологические исследования, основанные на реакции непрямой иммунофлюоресценции антител (IFAT), энзим-связывающем иммуносорбентном анализе с захватом антител (ELISA) или вестерн-блоте, продемонстрировали высокую диагностическую точность. Тесты на основе гК39 легко выполняются, они быстрые, недорогие и их можно применять для ранней диагностики ВЛ, как на периферическом, так и на центральном уровнях. Исследования, основанные на использовании антител, всегда должны применяться в сочетании со стандартизированной клинической диагностикой случаев ВЛ.

Клинический спектр КЛ весьма широк и может маскироваться под другие кожные заболевания, такие как грибковые инфекции, проказа, онкологические заболевания и прочие кожные инфекции. Паразитологическая диагностика остается эталонным стандартом для диагностики КЛ вследствие его высокой специфичности, а для повышения чувствительности этого метода каждому больному следует проводить многократные паразитологические диагностические исследования. Материал, полученный для паразитологической диагностики, может быть использован для микроскопического исследования мазков, окрашенных по методу Гимза, культивирования и применения молекулярных диагностических методов. Молекулярные методы следует применять для видовой идентификации паразитов с целью дифференциации *L. tropica* и *L. major*.

В идеале лечение следует проводить только после подтверждения диагноза. В то же время должна быть установлена степень ко-инфекции, поскольку это может повлиять на выбор терапии или поддерживающего лечения. Лечение ВЛ и КЛ должно соответствовать национальным и региональным методическим рекомендациям и проводиться под наблюдением медицинского персонала. Для лечения ВЛ препаратом первого ряда должен быть липосомальный амфотерицин В. В качестве альтернативы можно использовать пентавалентные препараты сурьмы или амфотерицин В дезоксихолат. В идеале лечение ВЛ должно привести к исцелению пациента и снижению риска рецидива.

КЛ не является заболеванием, угрожающим жизни, и тяжелые осложнения встречаются редко. КЛ, возбудителем которого являются паразиты комплекса *L. tropica*, нужно лечить пентавалентными препаратами сурьмы или использовать варианты местного лечения, включая термотерапию, криотерапию или мази для местного применения. Что касается КЛ, вызванного *L. major*, изъязвленные поражения могут осложняться вторичными поверхностными инфекциями, поэтому важно проводить их обработку. Принятие решения о лечении должно основываться на анализе риска и пользы вмешательства для

каждого пациента. Для больных с легкой формой заболевания, предпочтительным является более безопасное лечение, даже если уровень достоверности доказательств его эффективности низкий.

Местное лечение ран при тщательном врачебном наблюдении рекомендуется для больных:

- имеющих менее четырех пораженных участков, требующих незамедлительного лечения;
- имеющих поражения менее 5 см в диаметре;
- не имеющих потенциально обезображивающих или лишающих трудоспособности поражений (на лице, суставах, на больших пальцах ног, на пальцах рук);
- без иммуносупрессии;
- за которыми можно осуществлять дальнейшее наблюдение.

Необходимо разработать, обновить и опубликовать на местных языках национальные руководства по борьбе с лейшманиозом, диагностике и лечению лейшманиоза, основанные на региональных принципах и нормах. Работники общественного здравоохранения, принимающие участие в диагностике и лечении лейшманиоза на всех уровнях, должны пройти соответствующее обучение. Средства диагностики и препараты для лечения лейшманиоза должны быть доступны для населения из групп риска.

Эпиднадзор за заболеванием

Разработка надежной и чувствительной системы эпиднадзора чрезвычайно важна для любой программы общественного здравоохранения. Эпиднадзор за лейшманиозом, определяемый как систематический сбор, анализ и интерпретация данных, необходимых для планирования, реализации и оценки программ по борьбе с лейшманиозом, предназначен для оперативного предоставления данных и информации специалистам, ответственным за принятие решений. Организация надлежащего эпиднадзора с соответствующей системой регистрации случаев, отчетностью и информационными системами является основным приоритетом (Приложение 1). Необходимо внедрить механизмы для регулярного сбора, обработки и анализа эпидемиологических, операционных и социально-экономических данных, представляющих важность для планирования, реализации, мониторинга и оценки программы. Региональное бюро разработает стандартные форматы отчетности для эндемичных стран для их последующей адаптации к местным условиям.

Также необходимо создавать и внедрять в практику механизмы эпиднадзора за москитами-переносчиками и резервуарными хозяевами.

Картирование на основе ГИС позволяет руководителям здравоохранения отслеживать развитие ситуации с лейшманиозом, определять зараженные территории, указывать старые и новые активные очаги ВЛ и КЛ, где должны быть проведены целенаправленные, специфичные для конкретных условий меры борьбы с этим заболеванием. Опросные исследования для оценки местных ситуаций, проблем и потребностей, имеющих отношение к лейшманиозу, необходимо проводить через равные промежутки времени; данные опросных исследований наряду с регулярным мониторингом могут позволить

систематически определять соответствие и достаточность подходов и мер воздействия для достижения поставленных задач и целевых ориентиров.

Пассивный и активный эпиднадзор за заболеванием с установленным механизмом для регулярного потока и обмена информацией следует проводить в зависимости от местной эпидемиологической ситуации. Для обеспечения надлежащей отчетности необходимо разработать стандартизированную регистрацию со схемами информационных потоков и формами отчетности.

Выраженные сезонные и межгодовые колебания заболеваемости являются основными характеристиками эпидемиологии лейшманиоза во многих регионах. Колебания происходят под воздействием климатических факторов, изменений в популяции переносчиков и резервуарных хозяев, поведения и перемещения людей. Лейшманиоз является заболеванием, чувствительным к климатическим условиям, и изменения в осадках, температуре и влажности воздуха оказывают на него значительное влияние. Ожидается, что глобальное потепление и деградация земельных ресурсов окажут свое воздействие на эпидемиологию лейшманиоза посредством ряда механизмов. Поэтому для контроля возникновения и возвращения этого заболевания важен мониторинг влияния изменения климата и связи с сезонными колебаниями в заболеваемости.

Контроль над резервуарными хозяевами

Эффективная стратегия ведения заболевания является основополагающим элементом для борьбы с антропонозным лейшманиозом. Доказано, что в ряде стран Региона резервуаром для *L. tropica* является человек. Активное выявление случаев заболевания, раннее выявление и эффективное лечение, наряду с мерами по предупреждению повторной инфекции, должны снизить паразитарную нагрузку и интенсивность передачи или даже привести к элиминации заболевания. Использование обработанных инсектицидом пологих пациентами с хроническими кожными поражениями, вызванными *L. tropica*, тоже может уменьшить вероятность того, что москиты будут питаться кровью инфицированных индивидуумов.

Контроль резервуарных хозяев в основном рекомендован в качестве компонента стратегий борьбы с зоонозным висцеральным и кожным лейшманиозами.

Контроль собачьего резервуара лейшманиоза – это сложное комплексное мероприятие, которое должно осуществляться в соответствии с местной ситуацией. Прежде всего, необходимо определить распределение и частоту инфицированности бродячих и одичавших собак. Массовый скрининг домашних собак обычно проводится с применением серологических методов. В то же время можно провести клиническое обследование каждой собаки. Препараты, применяемые главным образом для лечения болезни человека, не следует применять для лечения собачьего лейшманиоза в связи с их низкой паразитицидной эффективностью в этом хозяине, и в связи с возможностью стимулирования развития резистентности паразита. Применение местнодействующих инсектицидов с установленной эффективностью против укусов москитов может быть действенным средством в снижении заболеваемости ВЛ собак и передачи его человеку. Несколько вакцин против *Leishmania*, культивированных в собаках, находятся на стадии разработки или лицензированы. Эти вакцины были разработаны, прежде всего, для снижения тяжелых проявлений ВЛ у собак. Ряд законодательных мер, в том числе

обязательная ветеринарная сертификация, регистрация и лицензирование домашних собак, также могут оказать пользу в борьбе с заболеванием. Мероприятия, направленные по борьбу с ВЛ у собак, также можно проводить во время кампаний по борьбе с бешенством.

Большую песчанку можно легко найти по ее системе нор и характерной морфологии. Норы можно обнаружить, комбинируя аэрофотосъемки и наземные съемки. Недорогим, эффективным и экономически оправданным способом борьбы является разрушение системы нор посредством глубокой вспашки с последующим посевом. Другой подход – отравление песчанок фосфидом цинка, смешанным с пшеничными зернами и растительным маслом. Полное уничтожение больших песчанок может быть достигнуто только в регионах, где повторная инвазия может быть предотвращена физическими барьерами, например каналами или большими сельскохозяйственными полями. Временный контроль посредством ликвидации грызунов на части территории, может быть достигнут на неорошаемых землях, но не в оазисах или орошаемых полях. Разумное планирование мероприятий по охране окружающей среды и санитарный контроль очагов должны быть предпосылками разработки сельскохозяйственных проектов.

Комплексная борьба с переносчиками

Целью борьбы с переносчиками является сокращение или перерыв передачи заболевания. Эффективной стратегией для снижения заболеваемости лейшманиозом среди людей является борьба с москитами-переносчиками, особенно в местах их распространения в жилищах людей или вблизи жилых помещений. Борьба с лейшманиозом часто проводится совместно с мероприятиями по контролю других трансмиссивных болезней, включая усилия по элиминации малярии. Существует целый ряд методов борьбы с переносчиками, в том числе использование химических веществ, управление природоохранной деятельностью и использование средств индивидуальной защиты. Хотя некоторые методы могут оказывать сильное независимое воздействие на популяцию москитов, настоятельно рекомендуется использовать несколько методов, применяя комплексный подход. Для этого требуется хорошее знание местной эпидемиологической ситуации (включая ответ на вопрос, является ли передача антропонозной или зоонозной), вовлеченных переносчиков, их среды обитания (вблизи жилых помещений, в сельской местности или в дикой природе), диапазон перелета, пищевые предпочтения, мест пребывания в покое, циркадных ритмов и соответствия сезонным изменениям. Борьба с москитами зависит от поведенческой особенности переносчика, которая может быть эндофильной или экзофильной.

Борьбу с эндофильными видами, обитающими внутри или около жилых помещений людей, можно проводить посредством обработок помещений инсектицидами остаточного действия (ОПИОД). Распыление следует проводить на всех участках и во всех домашних хозяйствах, где происходит передача инфекции. Если вовлечены виды, обитающие около жилых помещений или экзофильные виды москитов, необходимо проводить обработку внешних стен загонов для домашних животных и прочих сооружений, находящихся вблизи жилых помещений, поскольку они могут быть местами скопления насекомых. Для этой цели можно использовать инсектициды разных классов, однако спектр чувствительности москитов к инсектицидам полностью не известен. Пологи, обработанные инсектицидами, являются действенным, относительно дешевым и рациональным способом борьбы с москитами, который продемонстрировал эффективную

защиту от КЛ и даже ВЛ. Приемлемость и поведение человека, связанное со сном крайне важны для определения эффективности применения пологов, обработанных инсектицидами. Еще один способ борьбы с КЛ и ВЛ – это использование собачьих ошейников, импрегнированных пиретроидными инсектицидами, что также может снизить заболеваемость.

Логично предположить, что сочетание различных методов борьбы с переносчиками может компенсировать недостатки каждого отдельного метода. Комплексный подход к борьбе с переносчиками должен соответствовать местным условиям и обеспечивать максимальную экономическую эффективность и пользу. При проведении и комбинировании мер борьбы с переносчиками необходимо руководствоваться технической возможностью и целесообразностью их применения, экономической эффективностью и экологической рациональностью.

Хорошо составленная схема мониторинга и оценки комплексной борьбы с переносчиками должна быть подготовлена до начала любых действий по борьбе с москитами при наличии четких определений показателей процесса, промежуточных и конечных результатов программы. Схема должна включать методы оценки краткосрочного и долгосрочного воздействия мер борьбы с популяциями переносчиков. Набор стандартных показателей уже включен в инструментарий, подготовленный Специальной программой по научным исследованиям и подготовке специалистов в области тропических болезней (TDR).

Стандартные индикаторы качества включают:

- качество исполнения работы специалистами, осуществляющими ОПИОД или участвующими в распространении сеток, обработанных инсектицидами, оцениваемое путем наблюдений;
- охват и качество ОПИОД;
- биологический анализ эффективности ОПИОД или пологов, обработанных инсектицидами, как описано в инструментарии TDR;
- численность переносчиков, проверяемая с помощью разборных ловушек для москитов внутри помещений, источников света, ловушек с полосками клейкой бумаги или стандартизированных ловушек для неактивных днем москитов;
- приемлемость, как указано в инструментарии TDR.

Оценка эффективности мероприятий и их влияние на местную передачу инфекции должна включать энтомологические и эпидемиологические исследования.

Меры по охране окружающей среды и индивидуальная защита

Меры по охране окружающей среды могут привести к снижению контактов москитов и человека или снижению популяции москитов. Они могут включать в себя перенесение поселений вдали от места естественного обитания москитов и физическое преобразование мест обитания. Меры по охране окружающей среды следует осуществлять после проведения тщательных исследований местной экологии и влияния на окружающую среду. Физическое изменение мест развития и отдыха *Ph. papatasi* путем разрушения нор больших песчанок успешно применялось в республиках Центральной Азии. Существующие или потенциальные места размножения москитов, такие как строительный

мусор или мусорные ямы, могут быть уничтожены в рамках программ санитарно-профилактических мероприятий с привлечением местных сообществ, особенно в городских районах. При осуществлении любых изменений в естественной среде обитания переносчиков важно учитывать необходимость сохранения окружающей среды и не создавать локальных экологических конфликтов.

Во избежание укусов mosкитов, являющихся переносчиками лейшманиоза, людям, приезжающим в высоко эндемичные области или живущим в этих местах, рекомендуется применять меры индивидуальной защиты. В соответствии с этими мерами не следует находиться в то время и в тех местах, где проявляется активность mosкитов и использовать репелленты на незащищенной коже.

Готовность к эпидемии и ответные действия

Локальные вспышки КЛ, вызванного *L. major*, могут возникать в ряде стран. Появление вспышки сложно предсказать: факторы, которые могут на это повлиять включают изменения в естественной среде обитания переносчиков инфекции, массовые перемещения людей и снижение иммунитета. Важно уделять особое внимание созданию механизмов прогнозирования и выявления вспышек на ранних этапах, а также оперативному реагированию на вспышки и предотвращению любых чрезвычайных ситуаций, связанных с лейшманиозом. Предрасположенные к эпидемии регионы стран должны иметь в наличии базовые механизмы готовности и оперативного реагирования для раннего выявления лейшманиоза и быстрых ответных мер на чрезвычайные ситуации. До начала ожидаемого сезона вспышек в регионах, предрасположенных к развитию эпидемий, необходимо назначить ответственных за меры реагирования на вспышки заболевания, оценить потребности для оперативных ответных мер, эпиднадзора и контроля, усилить систему эпиднадзора, установить критерии состояния готовности к незамедлительным действиям в отношении эпидемии, обеспечить все медицинские учреждения минимальным запасом диагностических и лечебных средств.

Прикладные исследования

Для определения бремени лейшманиоза и групп населения, подверженных риску заболевания, в странах необходимо проводить научно-исследовательскую работу при участии научно-исследовательских учреждений. Чрезвычайно важные аспекты включают:

- оценку факторов риска;
- изучение местного бремени и эпидемиологии;
- стратификацию случаев лейшманиоза, установление переносчиков инфекции и резервуарных хозяев, определение видов паразитов у резервуарных хозяев в новых очагах и в очагах лейшманиоза, где эти виды еще неизвестны;
- клинические исследования для оценки препаратов и схем лечения, меры по борьбе с переносчиками и резервуарами инфекции, средства и методы эпиднадзора;
- социально-поведенческие исследования по использованию медицинских услуг и обращению за медицинской помощью;
- исследования эффективности и действенности применяемых мер контроля.

Развитие потенциала

Обучение является ключевым компонентом любой программы по лейшманиозу. Медицинские работники, в том числе терапевты, энтомологи, паразитологи, ветеринары и другие категории специалистов, участвующие в борьбе с лейшманиозом, нуждаются в специальном обучении для ознакомления с эпидемиологическими и биологическими характеристиками заболевания, факторами риска, диагностикой и лечением лейшманиоза, мерами профилактики и контроля лейшманиоза. Лабораторный персонал должен быть обучен применению различных диагностических методов, в том числе выделению паразита посредством посева и молекулярно-биологических методов. Необходимо разрабатывать, обновлять и опубликовывать на местных языках национальные руководства по контролю, диагностике и лечению лейшманиоза. Базовое обучение следует дополнять регулярными проверками и курсами повышения квалификации. Подобное обучение должно носить практический характер, обновлять имеющиеся знания, развивать навыки и умения. Хотя обучение может проходить внутри страны, некоторым специалистам может потребоваться дополнительное обучение за рубежом в региональных обучающих центрах. Региональное бюро будет координировать потребности в обучении, и содействовать их удовлетворению, проводить краткосрочные обучающие курсы совместно с сотрудничающими центрами ВОЗ и другими центрами, отвечающими установленным требованиям.

Участие сообществ и санитарное просвещение

Крайне важным является вовлечение сообществ и их партнерство с официальными и неофициальными секторами здравоохранения для предоставления им возможности внести собственный вклад в укрепление здоровья. Профилактика лейшманиоза должна проводиться при активном участии общества. До тех пор пока люди не увидят плюсов профилактики заболевания, даже самые лучшие стратегии профилактических мероприятий могут оказаться неэффективными. Очень важно понимать, как местное сообщество воспринимает заболевание, почему оно имеет большое значение для сообществ, и какие существующие модели поведения могут способствовать или помешать мерам профилактики.

Население должно получать необходимые знания о лейшманиозе, контроле и профилактике этого заболевания, а также иметь доступ к соответствующим медицинским учреждениям. Необходимо совершенствовать существующие практики выявления, диагностики и лечения лейшманиоза посредством разработки и распространения понятных информационных сообщений о заболевании, его диагностике и лечении. Оказание медицинской помощи в сообществах и семьях, а также практики профилактической работы следует поддерживать путем предоставления информации, обучения и информационных материалов, развития местного потенциала, помощи со стороны средств массовой информации и общественности. Необходимо проводить оценку знаний, отношения и практик для поиска способов совместить практики, традиции и убеждения, бытующие в различных социальных группах и меньшинствах, с существующими возможностями контроля и профилактики лейшманиоза, и разработать эффективные информационные, образовательные и коммуникационные стратегии и целевые материалы на национальном уровне.

Общественные лидеры, учителя, а также местные сообщества должны быть обучены распознаванию ранних признаков и симптомов и иметь четкую информацию, о том, куда

следует направлять людей с подозрением на лейшманиоз. Учебные занятия для повышения уровня осведомленности о потенциальных факторах риска и мерах профилактики заболевания должны стать частью санитарного просвещения.

Трансграничное сотрудничество

Фактор риска, создающий проблему для стран Региона – это импорт случаев заболевания из близлежащих или иных эндемичных стран в результате миграции или туризма.

Для решения этой проблемы необходимо организовать и поддерживать трансграничное сотрудничество в борьбе с лейшманиозом. Во взаимодействии с ВОЗ и другими партнерами необходимо разработать функциональный механизм для регулярного и оперативного обмена информацией, проводить совместные эпидемиологические исследования и оценки, разрабатывать совместные планы работы для синхронизации и согласования действий по контролю и профилактике лейшманиоза на приграничных территориях. Учитывая значительную схожесть экологических и эпидемиологических условий, имеющих отношение к трансмиссивным болезням, включая лейшманиоз, в некоторых странах Европейского и Средиземноморского регионов ВОЗ очень важно содействовать установлению большей координации действий.

Межсекторальное сотрудничество

Межсекторальное сотрудничество лучше всего развивается на основе общего понимания исходных проблем, требующих решения. Министерство здравоохранения должно стимулировать другие сектора, включая национальные и местные ветеринарные службы, природоохранный и сельскохозяйственный сектор, для активного сотрудничества в борьбе с лейшманиозом.

Развитие партнерства

Международное и политическое внимание к борьбе с лейшманиозом должно трансформироваться в реальные обязательства и действия. На региональном и национальном уровнях необходимо организовывать и поддерживать работу в партнерствах для мобилизации необходимых внешних ресурсов. Активную роль в этом процессе должна играть ВОЗ. Взаимодействие, обмен информацией и совместную деятельность следует планировать и осуществлять вместе с различными заинтересованными сторонами, работающими с лейшманиозом в Регионе, в том числе с научным сообществом, исследовательскими институтами, сетями и сотрудничающими центрами ВОЗ в Регионе. Сотрудничающие центры могут сыграть большую роль в поддержке операционных исследований, оценок, обучения и развитию потенциала на высоком уровне, созданию лабораторной сети и обмену высококвалифицированными специалистами.

Мониторинг и оценка

Страны должны регулярно проводить мониторинг и оценку своих программ по борьбе с лейшманиозом, в соответствии с поставленными целями и задачами. Необходимо установить параметры для мониторинга и оценки всех разделов программы, включая ведение больных, контроль над москитами-переносчиками и резервуарными хозяевами, развитие потенциала, участие сообщества и межсекторальное сотрудничество. Особую

важность представляет информация об охвате и качестве работы, картирование старых и новых активных очагов лейшманиоза, показатели заболеваемости и смертности, экологические и эпидемиологические данные в отношении лейшманиоза и ответная реакция на лекарственную терапию. Такую информацию обычно собирают через национальную информационную систему для осуществления эпиднадзора за заболеваниями и управления здравоохранением.

Мониторинг включает в себя регулярное отслеживание хода реализации программы посредством проверки ведения учетной документации, регулярной отчетности, эпиднадзора и периодических опросных исследований. Задачи мониторинга заключаются в подтверждении результатов или статуса реализации мероприятий, обеспечении отчетности, выявлении проблем и сдерживающих факторов, продвижении планирования, основанного на фактических данных, и обеспечении оперативной обратной связи для внесения изменений по мере необходимости. Индикаторами мониторинга являются показатели ресурсов, процесса и промежуточных результатов.

Оценка предполагает периодическую проверку изменений в целевых конечных результатах или результатов, которые могут быть связаны с программой. Цель оценки – связать конкретный исход или воздействие на здоровье непосредственно с конкретным вмешательством через определенное время, определить ценность или стоимость конкретного проекта или программы, связать любые две составляющие структуры мониторинга и оценки (вводные параметры, переработка, выходные данные, исход или эффект), оценить эффективность программы и предоставить надежную информацию о достигнутых успехах в борьбе с лейшманиозом, которая может быть использована на местном, национальном или международном уровнях.

Основными задачами мониторинга и оценки программ по борьбе с лейшманиозом являются:

- сбор, обработка, анализ, сообщение и распространение информации, касающейся лейшманиоза;
- установление того, что мероприятия были осуществлены согласно плану, с тем, чтобы обеспечить подотчетность и своевременно выявить возникшие проблемы;
- обеспечение обратной связи с соответствующими руководящими органами в целях усовершенствования планирования в будущем;
- документальное подтверждение того, что запланированные стратегии обеспечили достижение ожидаемых результатов.

Доклад заседания Комитета экспертов ВОЗ по борьбе с лейшманиозом в 2010 году (3) и документ ВОЗ по индикаторам для мониторинга и оценки программы по элиминации *кала-азар* (4) содержат перечни показателей (число диагностированных и пролеченных случаев КЛ и ВЛ, показатели излечения, показатели неблагоприятного исхода лечения, число серьезных побочных эффектов, отмечаемых у вылеченных пациентов, и показатели смертности), которые можно адаптировать к отдельным целям и контексту национальных программ.

Дальнейшие действия

Стратегическая рамочная программа по борьбе с лейшманиозом, предназначенная, прежде всего, для стран Южного Кавказа, Центральной Азии, Восточной и Юго-Восточной Европы, Израиля и Турции, должна помочь государствам-членам и партнерам, заинтересованным в разработке собственных технически обоснованных национальных стратегий и планов действий. Региональное бюро и штаб-квартира ВОЗ предоставят стратегическое руководство и техническую помощь странам, нуждающимся в разработке и реализации национальных стратегий и планов действий, усилении институционального потенциала, улучшении возможностей для лечения и профилактики заболевания, укреплении эпиднадзора и исследовательского потенциала. Страны должны регулярно сообщать о достигнутых результатах в реализации указанных мероприятий.

Ссылки

1. Leishmaniasis in the European Region. Report of a consultative intercountry meeting, Istanbul, Turkey, 17–19 November 2009. Geneva: World Health Organization; (неопубликованный документ).
2. Outlining a strategic framework on leishmaniasis control. Report of a WHO meeting, Tbilisi, Georgia, 16–18 April 2013. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/239426/OUTLINING-A-STRATEGIC-FRAMEWORK-ON-LEISHMANIASIS-CONTROL.pdf , по состоянию на 2 марта 2014 г.).
3. Борьба с лейшманиозом. Женева: ВОЗ; 2010 (Серия технических докладов ВОЗ, No. 949; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44412/3/WHO_TRS_949_rus.pdf?ua=1 , по состоянию на 22 февраля 2014 г.).
4. Indicators for monitoring and evaluation of the kala-azar elimination programme. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia and the Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases; 2010 (http://www.healthinternetnetwork.com/tdr/publications/documents/kala_azar_indicators.pdf, по состоянию на 1 марта 2014 г.).

Библиография

Aagaard-Hansen J, Nombela N, Alvar J. Population movement: a key factor in the epidemiology of neglected tropical diseases. *Trop. Med. Int. Health* 2010; 15(11):1281–8.

Alvar J et al. Leishmaniasis worldwide and global estimates of its incidence. *PloS one* 2012; 7(5):e35671.

Desjeux P. Worldwide increasing risk factors for leishmaniasis. *Med Microbiol Immunol* 2001; 190(1–2):77–9.

Framework for action for cutaneous leishmaniasis in the eastern Mediterranean Region 2012–2018. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2014 (http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2013_EN_1591.pdf?ua=1, по состоянию на 6 марта 2014 г.).

Manual for case management of cutaneous leishmaniasis in the eastern Mediterranean Region 2012–2018. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2014 (WHO Regional Publications, Eastern Mediterranean Series, No. 35; http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2013_EN_1590.pdf?ua=1, по состоянию на 6 марта 2014 г.).

Ready PD. Leishmaniasis emergence in Europe. *Eurosurveillance* 2010; 15(10):pii=19505 (<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19505>, по состоянию на 22 февраля 2014 г.).

Sustaining the drive to overcome the global impact of neglected tropical diseases: second WHO report on neglected tropical diseases. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/neglected_diseases/resources/en/, по состоянию на 22 февраля 2014 г.).

Приложение 1: Рекомендованные ВОЗ определения случаев заболеваний

Висцеральный лейшманиоз

Клиническое описание

Основные симптомы висцерального лейшманиоза: продолжительная перемежающаяся лихорадка, спленомегалия и потеря массы тела. В эндемичных малярийных районах наличие висцерального лейшманиоза должно быть заподозрено в случае лихорадки (жара) продолжительностью более 2 недель и отсутствия ответной реакции на применение противомаларийных лекарственных средств (предполагается, что лекарственно-устойчивая малярия также принимается во внимание).

Лабораторные критерии диагностики

- Положительные результаты паразитологических исследований (окрашенные мазки костного мозга, селезенки, печени, лимфатических узлов, крови или посевы биопсийного или аспирационного материала); и
- положительные серологические тесты (непрямой иммунофлуоресцентный тест на антитела-IFAT, ELISA, rK39, прямая реакция агглютинации);

Классификация случая по операционному определению ВОЗ¹

Случай висцерального лейшманиоза – это человек, демонстрирующий клинические признаки заболевания (главным образом продолжительная нерегулярная лихорадка, спленомегалия и потеря веса тела), подтверждаемые данными серологических и/или паразитологических исследований.

Кожный лейшманиоз

Клиническое описание

Появление одного или большего числа пораженных участков, обычно на открытых частях тела. Лицо, шея, руки и ноги – наиболее часто поражаемые участки. В месте инокуляции появляется узелок, который может увеличиться и преобразоваться в хроническую незаживающую язву. Язва на этой стадии остается в течение различных промежутков времени, прежде чем наступает исцеление, и обычно оставляет вдавленный рубец. Могут наблюдаться другие нетипичные формы. У некоторых индивидуумов определенные штаммы могут диссеминировать и вызывать поражения слизистых оболочек. Эти последствия затрагивают носоглоточные ткани и могут быть обезображивающими.

Лабораторные критерии диагностики:

- положительные результаты паразитологического исследования (окрашенный мазок или культура, полученные из поражения);

¹ Recommended surveillance standards, 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 1999 (<http://www.who.int/csr/resources/publications/surveillance/whocdscsr992.pdf>, по состоянию на 22 февраля 2014 г).

- только кожно-слизистый лейшманиоз: положительные серологические тесты (IFAT, ELISA).

Классификация случая по операционному определению ВОЗ

Случай кожного лейшманиоза – это человек, у которого обнаруживаются клинические признаки (поражения кожи или слизистых оболочек) с паразитологическим подтверждением диагноза (положительный мазок или культура) и/или в случае только кожно-слизистого лейшманиоза с серологическим подтверждением диагноза.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г. и основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

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

Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +45 45 33 70 00

Факс: +45 45 33 70 01

Эл. адрес: contact@euro.who.int

Веб-сайт: www.euro.who.int



9 789289 051187 >