



ЕВРОПА

**Европейский региональный комитет
Пятьдесят вторая сессия**

Копенгаген, 16–19 сентября 2002 г.

Пункт 7(b) предварительной повестки дня

EUR/RC52/9
+ EUR/RC52/Conf.Doc./5
+ EUR/RC52/Conf.Doc./6
+ EUR/RC52/Conf.Doc./7
18 июля 2002 г.
22510
ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

ТУБЕРКУЛЕЗ, ВИЧ/СПИД И МАЛЯРИЯ

Настоящий документ содержит обзор эпидемиологических тенденций и нынешней ситуации в Европейском регионе ВОЗ в отношении туберкулеза, ВИЧ/СПИДа и малярии. К настоящему документу прилагаются План расширения применения DOTS на 2002–2006 гг. с целью остановить ТБ в Европейском регионе ВОЗ и проекты трех резолюций для рассмотрения Региональным комитетом.

Содержание

	<i>Стр.</i>
Введение.....	1
Анализ ситуации	1
Туберкулез	1
ВИЧ/СПИД	2
Малярия.....	3
Стратегия.....	4
Туберкулез	4
ВИЧ/СПИД	4
Малярия.....	5
Ответные действия.....	5
Туберкулез	5
ВИЧ/СПИД	6
Малярия.....	7
Задачи	7
Туберкулез	8
ВИЧ/СПИД	8
Малярия.....	9

Введение

1. Инфекционные болезни, на которые ежегодно во всем мире приходится 25% случаев смерти, ведут к распространению страданий, создают финансовые трудности, ведут к еще большей изоляции бедных людей, а также задерживают экономический рост и повышение уровня жизни. Среди этих болезней туберкулез (ТБ), ВИЧ/СПИД и малярия вместе вызывают почти 6 млн. случаев смерти ежегодно во всем мире, приводя к неизмеримым страданиям и ущербу для семей, общин и экономики.

2. В Европейском регионе ВОЗ распространенность ТБ в течение последних десяти лет увеличилась на 60%. Согласно оценкам, в конце 2001 г. насчитывалось 1,56 млн. человек с ВИЧ/СПИДом по сравнению с 420 000 два года назад. В отношении малярии предполагается, что число инфицированных составляет 1,5 млн. человек.

Анализ ситуации

Туберкулез

3. В 2000 г. в Европейском регионе ВОЗ было зарегистрировано 369 935 новых случаев ТБ по сравнению с 231 608 случаями в 1991 г. Большинство этих случаев регистрируется в Восточной Европе и новых независимых государствах бывшего Советского Союза (ННГ), где распространенность туберкулеза увеличивается угрожающими темпами. Относительное число случаев заболевания с 1990 г. удвоилось практически во всех ННГ, а в Российской Федерации это число утроилось. В 2000 г. все ННГ, за исключением Армении и Таджикистана, сообщили о более чем 50 случаях ТБ на 100 000 человек населения. Казахстан, Кыргызстан и Румыния сообщили о 160, 126 и 122 случаях ТБ на 100 000 населения соответственно. Эти цифры следует рассматривать в сравнении с цифрами в западноевропейских и некоторых центральноевропейских странах (например, в Чешской Республике, Словакии и Словении), где большинство стран сообщают о менее чем или о приблизительно 20 случаях ТБ на 100 000 населения. В отличие от западной части Региона, большинство случаев ТБ в восточной части возникают среди экономически активных групп населения. Кроме того, в Регионе распространяется ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (ТБ МЛУ), который труднее лечить и стоимость лечения которого почти в 100 раз выше. Самые высокие уровни ТБ МЛУ в мире зарегистрированы в Эстонии, Латвии и Российской Федерации. Несмотря на то, что распространенность ТБ в западноевропейских странах является низкой (за исключением Португалии и Испании), она и не уменьшается. В целом можно сказать, что распространенность ТБ является низкой среди всего населения, но высокой среди иммигрантов из стран с высокой распространенностью и среди уязвимых групп, таких как бездомные, алкоголики, наркоманы и ВИЧ-позитивные люди.

4. Нынешнее положение в отношении ТБ в Восточной Европе и ННГ отражает сложность политических и социально-экономических изменений. Данные из ННГ показывают, что факторы риска для ТБ включают безработицу, недостаточность питания, алкоголизм, тюремное заключение и бездомность.

5. В Европейском регионе ВОЗ наблюдается значительная взаимосвязь между ТБ и нищетой. Все страны, в которых заболеваемость ТБ составляет более 70 случаев на 100 000 населения (14 стран), имеют ВВП на душу населения менее 2700 долл. США, а все страны, заболеваемость ТБ в которых составляет менее 15 случаев на 100 000 человек населения (9 стран), имеют ВВП на душу населения более чем 24 000 долл. США. Только две из 51 страны Региона, Испания и Португалия, не следуют тенденции в отношении взаимосвязи между ВВП на душу населения и заболеваемостью ТБ, поскольку эти страны имеют высокую заболеваемость ТБ по отношению к их ВВП. Это может быть вызвано тем, что Испания и Португалия являются единственными странами Региона, в которых ВИЧ начал оказывать серьезное воздействие на эпидемию ТБ.

ВИЧ/СПИД

6. Из общего числа в 1,56 млн. человек с ВИЧ/СПИДом в Европейском регионе ВОЗ на конец 2001 г. 1 млн. проживает в Восточной Европе и Центральной Азии.

7. Эпидемиологическая ситуация в Европе является гетерогенной. В Восточной Европе продолжают наблюдаться самые высокие темпы роста эпидемии ВИЧ-инфекции в мире (в некоторых странах число инфицированных людей удваивается каждые 9–12 месяцев), и имеются свидетельства нового увеличения коэффициентов распространенности ВИЧ-инфекции в Западной Европе. Число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в Регионе в период между 1996 и 2001 гг. увеличилось более чем на 1300%¹. Согласно последним данным, Украина достигла уровня генерализованной эпидемии ВИЧ/СПИДа, который означает, что распространенность ВИЧ составляет более 1% в составе всего населения и более 5% в группах высокого риска. Ряд других стран постепенно приближаются к этому уровню.

8. Несмотря на очень быстрое распространение, эпидемия в восточных частях Региона пока еще находится на ранней стадии; число вновь зарегистрированных случаев СПИДа остается низким, но увеличивается. Это делает эпидемию в некотором смысле “невидимой”, и ожидается, что число и темп увеличения случаев СПИДа начнут быстро расти в ближайшем будущем, что создаст сильное давление на правительства отдельных стран к принятию надлежащих мер в ответ на растущие здравоохранительные, экономические, социальные и политические последствия этой эпидемии.

9. Эпидемия ВИЧ/СПИДа пока еще “назревает”, главным образом в так называемых уязвимых или маргинализированных группах, т.е. не только среди потребителей инъекционных наркотиков и работников коммерческого секса, но и среди мужчин, вступающих в половые отношения с мужчинами, заключенных, мигрантов и других лиц. Сообщения из Западной Европы свидетельствуют о том, что коэффициенты передачи в группах высокого риска являются довольно стабильными, даже несмотря на то, что число гетеросексуально передаваемых инфекций также увеличивается. Страны Центральной и Юго-Восточной Европы, за некоторыми исключениями, имеют низкий уровень эпидемии ВИЧ/СПИДа².

10. В среднем 75% всех новых случаев ВИЧ в Восточной Европе регистрируются среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). Семьдесят семь процентов – мужчины и 84% – в возрасте до 30 лет.

11. Предполагается, что по меньшей мере 1% населения в ННГ употребляют инъекционные наркотики³, и ПИН составляют подавляющее число людей с ВИЧ/СПИДом в Восточной Европе. Значительная часть ПИН уже являются ВИЧ-позитивными (до 19% в Армении, 8% в Латвии и от 20 до более чем 50% в городах Беларуси, Российской Федерации, Украины и т.д.).

12. Представленные данные показывают, что в Восточной Европе наблюдается также эпидемия других инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Несмотря на то, что коэффициенты с 1999 г. снизились или стабилизировались, они остаются во много раз выше, чем 10 лет назад или чем коэффициенты в Центральной и Западной Европе сегодня. Эпидемия ИППП свидетельствует о широкой распространенности небезопасного сексуального поведения, которое является основным фактором риска ВИЧ-инфекции.

13. Для стран Центральной и Восточной Европы (СЦВЕ) характерно, что растет число очень молодых людей, которые являются либо ПИН, либо ВИЧ-позитивными, либо и теми и другими. Более 2% всех новых диагностированных случаев ВИЧ-инфекции в ННГ в течение первых шести

¹ Данные ВОЗ, февраль 2002 г.

² Распространенность составляет менее 5% в группах высокого риска и менее 1% среди беременных женщин.

³ UNAIDS/WHO – AIDS Epidemic Update, December 2001.

месяцев 2001 г. – это молодые люди в возрасте менее 13 лет, и почти 20% – в возрасте от 13 до 19 лет. Возраст более 50% всех ПИН в ННГ составляет менее 25 лет.

14. В Регионе лица, использующие секс в коммерческих целях, еще моложе, чем ПИН; согласно некоторым источникам, возраст до 80% всех лиц, использующих секс в коммерческих целях, составляет менее 25 лет, и эта цифра еще выше среди меньшинств, таких как цыгане. Они употребляют инъекционные наркотики диспропорционально чаще, чем население в целом. Среди них больше распространены ИППП и ВИЧ, и они являются наиболее важным связующим звеном между ПИН и населением в целом.

15. Достоверные оценки о числе лиц, использующих секс в коммерческих целях, в Центральной и Восточной Европе отсутствуют. Например, недавние усилия Европейского регионального бюро ВОЗ по сбору информации такого вида из Российской Федерации дали цифры в диапазоне от 7000 до 70 000 работников коммерческого секса в одном лишь регионе Москвы. В то же время в ходе ограниченных исследований было обнаружено, что 25% работников коммерческого секса в Вильнюсе являются ПИН по сравнению с 31% таких лиц, выявленных в ходе обследования в Москве. Работники коммерческого секса вместе с сексуальными партнерами ПИН являются значительным каналом передачи ВИЧ всему населению.

16. Число вновь зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди мужчин, вступающих в половые отношения с мужчинами, и в результате переливания крови является относительно низким и остается постоянным в течение ряда лет, но предполагается, что ВИЧ-инфекция в этой группе по-прежнему в значительной степени недостаточно диагностируется.

17. Число новых случаев инфекции в результате гетеросексуальных контактов и передачи от матери ребенку постоянно растет. Распространенность ВИЧ/СПИДа и ИППП значительно выше в тюрьмах, и употребление инъекционных наркотиков также является серьезной проблемой в системе тюрем, даже несмотря на то, что имеется очень мало данных. Согласно исследованиям последних лет, распространенность ВИЧ в украинских тюрьмах, например, составляет приблизительно 6%⁴. В Российской Федерации 2% всех тестированных на ВИЧ заключенных в течение первых шести месяцев 2001 г. оказались позитивными⁵.

18. Ухудшение ситуации в восточных частях Региона усугубляется преобладанием социально-экономических факторов, ведущих к таким условиям, о которых известно, что они увеличивают риск сексуальной передачи ВИЧ, таким как нищета, использование секса в коммерческих целях, миграция, торговля женщинами и отсутствие социальной связи.

Малярия

19. Согласно оценкам, из общего числа населения Европейского региона ВОЗ, которое составляет 873 457 500 человек, от 70 до 80 млн. человек в настоящее время подвергаются риску малярии. Несмотря на значительное сокращение зарегистрированной заболеваемости в период 1995–2001 гг., масштабы проблемы малярии в Регионе невозможно достоверным образом оценить на основе имеющихся официальных данных, поскольку считается, что они являются гораздо большим, чем показывают статистические данные. Региональные оценки числа инфицированных малярией людей близки к 1,5 миллионам. В Турции, например, широко признано, что фактические масштабы проблемы малярии, измеренные в случаях, значительно выше, чем зарегистрировано. В Таджикистане общая оценка симптоматических и асимптоматических случаев малярии может приближаться к 300 000–400 000.

20. Нынешняя ситуация усугубляется возобновлением передачи малярии *Plasmodium falciparum* в Таджикистане и распространением этого переносчика во всей стране. Турция продолжает оставаться страной, в которой заболеваемость малярией остается относительно высокой, и более

⁴ Bollini, P. (ed). *HIV in prisons*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001.

⁵ Федеральный центр по СПИДу, Российская Федерация, 2001 г.

15 млн. человек, или 23% общей численности населения, проживают в эндемичных по малярии районах. Учитывая серьезность ситуации в отношении малярии в соседних Таджикистане и Афганистане, существует очень реальная угроза того, что малярия может принять еще большие пропорции в Узбекистане. Последние тенденции свидетельствуют также о том, что малярия принимает эпидемические масштабы в Грузии. Условия, благоприятные для передачи малярии, существуют почти на 52% всей территории страны, где проживает 93% населения. Недавняя вспышка малярии в Болгарии и спорадические аутохтонные случаи малярии, зарегистрированные в Греции и Италии, где малярия была ликвидирована, являются яркими примерами опасности появления малярии, если система общественного здравоохранения ослабляет свою бдительность.

21. Малярия, недостаточное развитие и нищета являются тесно взаимосвязанными. В странах Европейского региона ВОЗ с крупными районами, эндемичными по малярии, таких как Таджикистан и Турция, распространенность инфекции малярии наиболее вероятно коррелирует с нищетой.

Стратегия

Туберкулез

22. В 1995 г. ВОЗ в сотрудничестве с международными партнерами начала оказывать поддержку осуществлению в Регионе стратегии применения краткосрочного курса лечения под непосредственным наблюдением (DOTS). Стратегия DOTS доказала свою эффективность для борьбы с туберкулезом и имеет пять ключевых компонентов: (i) политическая приверженность на всех уровнях деятельности по борьбе против туберкулеза; (ii) выявление случаев с помощью микроскопии мазка мокроты или культуры среди симптоматических пациентов, которые сами обратились в службы здравоохранения; (iii) стандартизованный краткосрочный курс химиотерапии под непосредственным наблюдением; (iv) регулярное и бесперебойное снабжение всеми основными противотуберкулезными лекарственными средствами; (v) стандартизованная система регистрации и отчетности, которая дает возможность оценки выявления случаев и результатов лечения для каждого пациента, а также общей эффективности программы борьбы против туберкулеза.

23. DOTS является одним из наиболее эффективных с точки зрения затрат всех мероприятий медико-санитарной помощи, имеющихся для стран с низкими и средними доходами. Эта стратегия доказала также свою экономическую эффективность в Европейском регионе ВОЗ. В 1997 г. экономическая оценка в Армении подтвердила, что стратегия DOTS была более эффективной с точки зрения затрат, чем применявшаяся ранее стратегия борьбы против туберкулеза. В ходе подобной оценки, проведенной в Ивановской области Российской Федерации, был сделан вывод о том, что стоимость на один излеченный случай туберкулеза с помощью стратегии DOTS составляла 1626 долл. США, тогда как стоимость применявшейся ранее традиционной стратегии составляла 6293 долл. США.

ВИЧ/СПИД

24. Структура передачи ВИЧ, эпидемия ИППП и значительные коэффициенты распространенности инфекции ТБ (в том числе ТБ МЛУ), возникающие в одно и то же время, создают потенциал для значительных вспышек ВИЧ-инфекций, передаваемых половым путем, в ближайшем будущем, и через несколько лет могут привести к крупномасштабной и генерализованной эпидемии ВИЧ/СПИДа. Поэтому неотложно необходимо резко увеличить масштабы нынешних ответных действий в Европе, предпринимаемых на национальном и международном уровнях.

25. В контексте нынешней эпидемиологической ситуации общая стратегия ВОЗ заключается в уменьшении передачи, уязвимости и воздействия ИППП и ВИЧ/СПИДа. Другими словами, ВОЗ ориентируется на оказание помощи странам в предупреждении распространения эпидемии

посредством уменьшения риска передачи ВИЧ, в продлении и улучшении качества жизни людей с ВИЧ/СПИДом посредством лечения и оказания помощи при ВИЧ/СПИДе и в отношении заболеваемости, инвалидности и смертности, а также в уменьшении воздействия эпидемии путем содействия расширяющей возможности политике сектора здравоохранения и учрежденческой среде.

26. Поэтому успешные действия в ответ на нынешнюю эпидемию должны:

- незамедлительно обеспечивать крупномасштабные целенаправленные мероприятия для групп высокого риска – потребителей инъекционных наркотиков и их сексуальных партнеров, работников коммерческого секса, мужчин, вступающих в половые отношения с мужчинами, заключенных, мигрантов и меньшинств;
- одновременно подготавливать и развивать потенциал сектора медико-санитарной помощи по действиям в ответ на неизбежное распространение передаваемой сексуальным путем эпидемии.

Малярия

27. Европейское региональное бюро ВОЗ взяло на себя обязательства по активизации действий в ответ на бремя малярии, и к 1999 г. оно разработало региональную стратегию по обращению вспять малярии (ОВМ) в пораженных этой болезнью странах Региона. Конечной целью для Европейского региона является прекращение к 2010 г. передачи малярии, особенно малярии, вызываемой *P. falciparum*. Региональная программа ОВМ решает проблемы, связанные с малярией, посредством: (1) расширения и активизации партнерства на страновом уровне, содействие которому оказывает региональное и глобальное партнерство, а также необходимая техническая помощь и поддержка; (2) укрепления национального потенциала в области принятия решений; (3) улучшения возможностей для ранней диагностики, а также радикального/быстрого лечения; (4) укрепления возможностей для раннего выявления, сдерживания и предупреждения вспышек/эпидемий; (5) содействия эффективным с точки зрения затрат и стабильным профилактическим мерам, включая борьбу с переносчиками; (6) укрепления эпиднадзора и потенциала оперативных исследований.

Ответные действия

Туберкулез

28. В 1995 г., до того как ВОЗ начала активно содействовать интенсивным мерам борьбы против ТБ в Регионе, только шесть из 51 страны использовали стратегию DOTS по сравнению с 34 странами сегодня. Среди СЦВЕ и ННГ только две страны не приняли эту стратегию. Однако в среднем только 17% населения в Регионе в настоящее время обеспечены услугами, использующими стратегию DOTS. Несмотря на то, что охват населения стратегией DOTS является по-прежнему низким в СЦВЕ и ННГ, большинство стран начали применять эту стратегию, тогда как в большинстве стран Западной Европы эта стратегия пока еще не принята.

29. Успешными примерами применения DOTS в Регионе являются лучшие коэффициенты излечения, значительное уменьшение смертности от ТБ в некоторых странах и уменьшение числа случаев приобретенного полирезистентного ТБ в Латвии.

30. В Амстердамской декларации, принятой в 2000 г., и Вашингтонском обязательстве остановить туберкулез, принятом в 2001 г., выражена поддержка необходимости ускорения распространения DOTS для достижения целевых показателей, установленных Всемирной ассамблеей здравоохранения на 2005 г. (70% выявления инфекционных случаев и 85% успешного излечения), а также целей, поставленных на 2010 г. (сокращение на 50% смертности и

распространенности), изложенных в Глобальном плане расширения применения DOTS. Большинство стран в восточной части Региона не способны поддерживать свои программы борьбы против ТБ без внешних кадровых и финансовых ресурсов. Для координации деятельности по борьбе против ТБ был разработан План расширения применения DOTS на 2002–2006 гг. с целью остановить ТБ в Европейском регионе ВОЗ. Этот план был обсужден и одобрен на 12-м совещании межучрежденческого координационного комитета, которое было сосредоточено на вопросах туберкулеза и состоялось в январе 2002 г. Документ EUR/RC52/9 Add.1 представлен Региональному комитету на рассмотрение и утверждение.

ВИЧ/СПИД

31. Европейский регион ВОЗ не является приоритетным географическим районом для глобальных усилий по преодолению эпидемии ИППП/ВИЧ/СПИД. Тем не менее, резкое увеличение новых случаев в последние годы требует немедленных и крупномасштабных ответных действий со стороны национальных систем здравоохранения. Ключевыми элементами надлежащих ответных действий будут обеспечение и организация решительной национальной и региональной политической поддержки, а также мобилизация новых источников финансирования для разработки и осуществления соответствующих мероприятий общественного здравоохранения.

32. Надлежащая, рациональная и основанная на фактических данных политика общественного здравоохранения в ответ на эпидемию ИППП/ВИЧ/СПИДа должна обеспечить доступ к информации, профилактическим услугам (например, презервативам, планированию семьи, добровольному и конфиденциальному тестированию и консультированию), а также широко распространенному, доступному и эффективному лечению инфицированным людям и/или людям с ИППП/ВИЧ/СПИДом.

33. Необходимо также содействовать этической, законодательной и нормативной деятельности, которая соответствует наивысшим стандартам гражданских прав и прав человека, защищающих неприкосновенность личной жизни и достоинство человека, и которая также стимулирует население, подвергающееся высокому риску, обращаться за помощью в сектор здравоохранения.

34. Уязвимые группы, такие как ПИН, мужчины, вступающие в половые отношения с мужчинами, работники коммерческого секса, молодые люди и заключенные, подвергаются наибольшему риску приобретения ИППП/ВИЧ/СПИДа, и они, в свою очередь, представляют собой значительный источник инфекции для всего населения. Являясь маргинализированными группами населения, они имеют ограниченный доступ к службам медико-санитарной помощи и нуждаются в специфических подходах и службах достижения пациентов, основанных на общинах.

35. Хорошо известно, что программы сокращения вреда, главным образом проекты обмена игл (ПОИ), являются наилучшими профилактическими мерами, ориентированными на ПИН, которые по-прежнему остаются основной группой высокого риска в Европе. Многочисленные математические модели воздействия проектов обмена игл подтверждают предположение о том, что ПОИ могут предотвратить значительное число инфекций среди клиентов этих программ, их партнеров по наркотикам и сексу, а также их детей. Почти во всех случаях стоимость на один случай предотвращенной ВИЧ-инфекции является гораздо меньшей, чем стоимость лечения на протяжении всей жизни человека, инфицированного ВИЧ. Однако большинство исследований среди клиентов ПОИ демонстрируют уменьшение распространенности рискованного в отношении ВИЧ поведения среди наркоманов, но отсутствие уменьшения распространенности рискованного в отношении ВИЧ сексуального поведения. Это четко свидетельствует о необходимости дополнить ПОИ дополнительными услугами, такими как добровольное консультирование и тестирование (ДКТ), пропаганда и распространение презервативов, направление на лечение ИППП и оппортунистических инфекций и т.д.⁶

⁶ The public health impact of needle exchange programs in the United States and abroad – Summary, conclusions and recommendations. University of California School of Public Health, 1993.

36. Национальная система переливания крови в каждой стране должна служить препятствием передаче ИППП/ВИЧ через кровь и препараты крови. Обеспечение поставок безопасной крови и препаратов крови является одной из основных функций общественного здравоохранения любой национальной системы медико-санитарной помощи.

37. Вертикальную передачу ВИЧ можно предотвратить и/или уменьшить с помощью ряда мероприятий на уровне первичной медико-санитарной помощи. Первичная профилактика охватывает наличие служб сексуального здоровья и планирования семьи для женщин детородного возраста, а также доступ к безопасным абортam для беременных женщин с ВИЧ/СПИДом. Вторичная профилактика в идеале включает полную антиретровирусную терапию (АРВТ) ВИЧ-позитивных беременных женщин, которые решили сохранить беременность, и их детей, а также доступ к безопасным альтернативам грудного вскармливания. Как минимум, каждая страна должна быть способна обеспечивать краткосрочные виды лечения с помощью АРВТ, о которых известно, что они уменьшают передачу ВИЧ в пренатальный, интранатальный и постнатальный периоды.

Малярия

38. Международное и политическое внимание, которое было мобилизовано в последние годы к пораженным малярией странам Европейского региона ВОЗ, было преобразовано в реальные обязательства и действия. Азербайджану, Армении, Грузии, Таджикистану и Турции при поддержке ВОЗ и других партнеров по ОВМ удалось организовать партнерство по ОВМ в своих странах.

39. Решительная политическая приверженность преодолению этой болезни на национальном уровне, интенсивная поддержка со стороны ВОЗ (как в штаб-квартире, так и в Европейском региональном бюро), высокий уровень пропаганды действий против малярии и широкое партнерство в рамках программы обращения вспять малярии, наряду со значительной финансовой помощью и сосредоточением внимания на местной ситуации в отношении малярии и потребностях стран привели к существенному сокращению зарегистрированной заболеваемости малярией в Регионе в последние годы. В период между 1999 и 2001 гг. зарегистрированное число случаев малярии в Регионе уменьшилось с 37 168 до менее чем 25 000. Следует отметить, что ситуация в отношении малярии в будущем в Регионе в значительной степени зависит от того, что произойдет в Турции, учитывая происходившие ранее в этой стране быстро распространявшиеся эпидемии малярии, а также в Таджикистане, где имеется недостаточно ресурсов для решения проблемы малярии.

Задачи

40. Общие задачи для всех трех болезней:

- ТБ, ВИЧ/СПИД и малярия должны быть признаны в качестве основных препятствий для социального, экономического развития и развития здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ;
- следует оказать помощь странам, чтобы они могли создать свой потенциал по планированию, осуществлению, руководству и оценке программ борьбы против ТБ, ВИЧ/СПИДа и малярии, включая разработку планов действий и бюджетов;
- в соответствии с требованием Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФБСТМ) должны быть созданы механизмы страновой координации с широкой представленностью правительственных учреждений, неправительственных организаций, организаций в общине, учреждений частного сектора, а также двусторонних и многосторонних учреждений, с тем чтобы определить, сколько в настоящее время

затрачивается на борьбу с этими тремя болезнями и каков объем необходимого дополнительного финансирования;

- следует оказать поддержку странам в мобилизации средств из ГФБСТМ;
- профилактика и лечение туберкулеза, ВИЧ/СПИДа и малярии должны стать неотъемлемой частью первичной медико-санитарной помощи и основным фактором, содействующим общему развитию национальных систем здравоохранения;
- следует усилить эффективное сотрудничество между программами профилактики и лечения ТБ и ВИЧ/СПИДа, поощряя активизацию использования всех надлежащих мер, включая ДКТ и основанные на общинах инициативы в областях образования, помощи и поддержки.

Туберкулез

41. Необходимо в неотложном порядке распространить стратегию DOTS на все европейские государства-члены, включая страны Западной Европы, для достижения цели ликвидации ТБ и глобальных целевых показателей в отношении ТБ, установленных Всемирной ассамблеей здравоохранения, с тем чтобы обратить вспять нынешнюю тенденцию к увеличению и предотвратить распространение ТБ МЛУ. В странах с высокими коэффициентами распространенности ТБ МЛУ для его преодоления следует применить стратегию DOTS Plus.

42. В результате нынешних эпидемий ТБ и ТБ МЛУ в тюрьмах ННГ неотложно необходимо осуществить стратегию DOTS, и важно интегрировать борьбу против ТБ в тюрьмах с борьбой против ТБ в гражданском секторе.

43. Быстрорастущая эпидемия ВИЧ в ННГ может способствовать одновременным эпидемиям ТБ и ВИЧ. Несмотря на четкую взаимосвязь между ТБ и ВИЧ, программы профилактики и борьбы пока еще не сотрудничают в необходимой степени на страновом уровне. Следует активизировать усилия, чтобы привести эти две программы к полному сотрудничеству.

44. В рамках нынешних процессов реформы сектора здравоохранения службы борьбы с ТБ должны быть готовы к тому, чтобы стать децентрализованными и интегрированными в первичную медико-санитарную помощь.

45. Борьба против ТБ – это проблема не отдельных стран и к ней следует относиться как к международной чрезвычайной ситуации. Поэтому сотрудничество между странами и помощь международного сообщества и доноров странам с низкими доходами имеют чрезвычайно важное значение для борьбы с эпидемиями ТБ и ТБ МЛУ в этом Регионе.

ВИЧ/СПИД

46. Для успешной профилактики эпидемий ИППП/ВИЧ/СПИДа и борьбы с ними необходимо решить следующие основные задачи:

- недостаточное осознание и понимание последствий и воздействия эпидемии в предстоящие годы;
- недостаточный уровень устойчивой политической приверженности для рассмотрения эпидемии и ее последствий, включая нерешительность в отношении надлежащего перераспределения ресурсов в национальном секторе здравоохранения;
- недостаточное увеличение внешней помощи нуждающимся странам с низкими и средними доходами в Европейском регионе ВОЗ;

- отсутствие решимости в отношении внедрения доступных и эффективных, но иногда политически противоречивых профилактических мер и мер борьбы, таких как распространение презервативов, сексуальное просвещение, меры по уменьшению вреда и т.д.;
- недостаточный потенциал национальных секторов здравоохранения по обеспечению широко доступных и надлежащих профилактических, лечебных служб и служб оказания помощи людям с ИППП/ВИЧ/СПИДом;
- отсутствие подробных и научно обоснованных данных эпиднадзора, которое не дает возможность разработать эффективные стратегии для преодоления эпидемии, планировать услуги, а также выделять и распределять соответствующие среднесрочные и долгосрочные ресурсы.

Малярия

47. Величина регионального бремени малярии недооценивается. Общий потенциал малярии, без сомнения, является таким же большим, как и до 2000 г., особенно в юго-восточной части Анатолии, где заболеваемость и распространенность малярии являются наивысшими в Турции. Обследования, недавно проведенные ВОЗ в южной части Таджикистана, граничащей с Афганистаном, показали, что бремя малярии в Хатлонской области (наиболее поряженном районе Европейского региона ВОЗ) с общей численностью населения почти в 2,2 млн. человек, может быть оценено на уровне 150 000–250 000 носителей малярии.

48. Ситуация в Регионе осложняется масштабами проблемы малярии и дальнейшим распространением малярии, вызываемой *P. falciparum* в Таджикистане. Заболеваемость и распространенность малярии остаются относительно высокими в Турции, где четвертая часть всего населения продолжает проживать в районах, эндемичных по малярии. Малярия из года в год принимает все более эндемические масштабы в Грузии и Узбекистане. Существует реальная угроза того, что масштабы трансграничных проблем, связанных с малярией, могут стать еще большими в Регионе в предстоящие годы. Имеется потенциальная угроза повторного возникновения передачи малярии на Балканах и в соседних странах.

49. Национальные программы борьбы с малярией в отдельных странах в настоящее время сталкиваются с рядом проблем и ограничений при осуществлении противомаларийной деятельности: (1) недостаточные национальные возможности для ранней диагностики и радикального лечения малярии; (2) отсутствие готовности к чрезвычайным ситуациям в случае эпидемий малярии, включая острую нехватку инсектицидов и оборудования для борьбы с переносчиками; (3) нехватка квалифицированных технических сотрудников и их неадекватные знания и навыки по борьбе с малярией и ее профилактике; (4) отсутствие эпиднадзора за малярией, особенно на базисном уровне; (5) отсутствие знаний и навыков по профилактике малярии в общине и (6) ограниченные финансовые ресурсы, инвестируемые правительствами в борьбу с малярией. В широком смысле, службы, отвечающие за борьбу с малярией, хорошо осознают эти проблемы и препятствия, которые стоят перед ними, а также возможные меры по исправлению положения. Несмотря на то, что они стремятся осуществить эффективные меры борьбы, они ограничены нехваткой ресурсов, особенно для борьбы с переносчиками.

50. Ежегодные потребности региональной программы по ОВМ (уровень вклада, необходимого для того, чтобы увидеть реальное воздействие проекта в пораженных малярией странах Региона) оцениваются в размере 5–6 млн. долл. США. Неадекватность предоставленных средств будет ограничивать масштабы проектной деятельности.