



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПЯТЬДЕСЯТ СЕДЬМАЯ СЕССИЯ
ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Пункт 12.5 предварительной повестки дня

A57/18
15 апреля 2004 г.

Выполнение резолюций (доклады о ходе работы)

Доклад Секретариата

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
A. Снизить глобальную смертность от кори (резолюция WHA56.20)	2
B. Тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС) (резолюция WHA56.29)	4
C. Комплексная профилактика неинфекционных болезней (резолюция WHA55.23)	6
D. Качество медико-санитарной помощи: безопасность пациентов (резолюция WHA55.18)	8
E. Питание детей грудного и раннего возраста: двухгодичный доклад ходе работы (резолюция WHA33.32)	11
F. Права интеллектуальной собственности, инновации и общественное здравоохранение (резолюция WHA56.27)	14
G. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (резолюция WHA56.1)	17
Действия Ассамблеи здравоохранения	19
G. Приложение 1	20
G. Приложение 2	21

А. СНИЗИТЬ ГЛОБАЛЬНУЮ СМЕРТНОСТЬ ОТ КОРИ

1. В резолюции WHA56.20 Пятьдесят шестая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения подчеркнула значение достижения глобальной цели сокращения к 2005 г. вызываемой корью смертности наполовину по сравнению с уровнем 1999 г. (869 000 случаев смерти). Приблизительно 95% случаев смерти произошли лишь в 45 странах (см. рис. 1). Более 50% случаев смерти произошли в Африканском регионе. Основная причина высокой смертности от кори состоит в том, что не были иммунизированы по крайней мере однодозовой противокоревой вакциной все дети грудного возраста.

2. Смертность от кори можно предупредить, используя имеющиеся в настоящее время вакцины и стратегии. В Стратегическом плане ВОЗ-ЮНИСЕФ по сокращению смертности от кори на 2001-2005 гг. изложена комплексная стратегия устойчивого сокращения смертности от кори. Она включает укрепление служб регулярной иммунизации; предоставление всем детям повторной возможности прохождения противокоревой иммунизации или посредством предоставления регулярных услуг или проведения периодических мероприятий по дополнительной иммунизации; эпиднадзор за корью; и улучшение ведения случаев заболевания с добавлением витамина А. В Стратегическом плане предусматривается активизация деятельности по сокращению смертности от кори в 45 приоритетных странах.

3. Имеются значительные различия по регионам в уровнях охвата противокоревой вакцинацией. Хотя глобальный охват регулярной противокоревой вакцинацией остался относительно постоянным с 1999 (71%) по 2002 год (73%), был достигнут существенный прогресс в Регионе Юго-Восточной Азии, где уровень охвата повысился с 58% до 70%. В Африканском регионе уровень охвата повысился с 52% до 59%.

4. В 2002 г. 85% государств-членов обеспечили детей повторной противокоревой иммунизацией по сравнению с 83% в 2001 году. Государства-члены проводят повторную противокоревую иммунизацию посредством установления графика регулярной двухдозовой иммунизации и/или периодического проведения дополнительной противокоревой иммунизации.

5. К концу 2003 г. была активизирована деятельность по сокращению смертности от кори в 29 (64%) из 45 приоритетных стран. Благодаря поддержке партнерства Африканской инициативы против кори¹ с 2001 г. более 120 миллионам детей в возрасте от девяти месяцев до 15 лет была сделана повторная противокоревая вакцинация. Это партнерство собрало более 80 млн. долл. США в поддержку деятельности по сокращению смертности от кори.

6. Поддерживается объединение усилий по сокращению смертности от кори с другими видами деятельности по охране здоровья. Добавление витамина А, антигельминтное лечение, предоставление пропитанных инсектицидами надкроватных сеток и вакцинации против желтой лихорадки являются некоторыми из приоритетных

¹ Основными партнерами Инициативы являются Американский Красный Крест, Центры по профилактике болезней и борьбе с ними, ЮНИСЕФ, ВОЗ и Фонд Организации Объединенных Наций.

мероприятий общественного здравоохранения, которые были осуществлены во время кампаний борьбы против кори.

7. Эта активизация деятельности привела к значительному сокращению показателей глобальной смертности от кори. В целом глобальная смертность от кори сократилась на 29% с 1999 по 2002 год. Наилучшие результаты были достигнуты в Африканском регионе, где смертность от кори сократилась на 35% и составляет 67% глобального сокращения (см. рис. 2).

8. Кейптаунская декларация по кори (октябрь 2003 г.), касающаяся существенного сокращения смертности от кори, повысила обязательства стран и их партнеров. В Декларации особо выделяется значение укрепления партнерств и обеспечения финансовой устойчивости деятельности по сокращению смертности от кори.

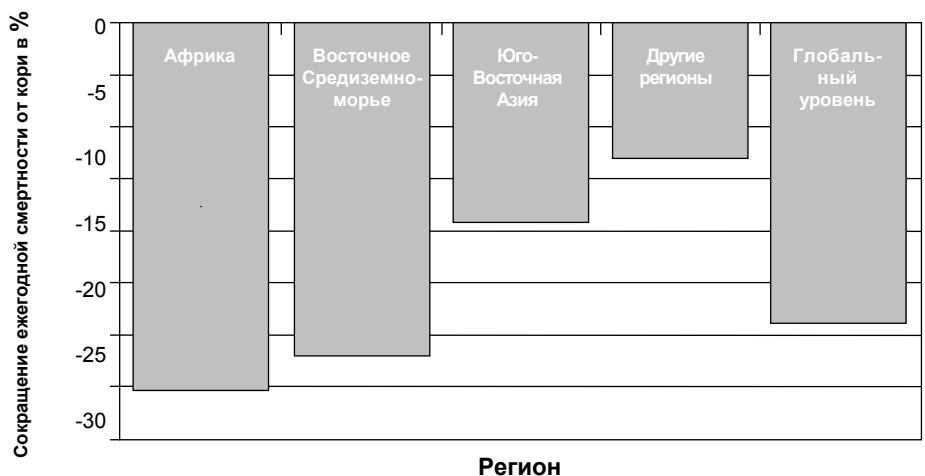
9. Потребуется дополнительные финансовые ресурсы для полного осуществления комплексной стратегии по сокращению смертности от кори в ближайшие три года в 45 приоритетных странах. Требуется обеспечить финансирование для укрепления служб по проведению регулярной иммунизации и проведения запланированной дополнительной иммунизации в приоритетных странах. Успех Африканской инициативы против кори является возможной моделью для других регионов.

10. Разработка странами стратегий и целей сокращения смертности от кори является предпосылкой для достижения устойчивого сокращения смертности от кори. Партнеры могут способствовать усилиям стран и дополнять их. Предпринимаются усилия по обеспечению координации деятельности по сокращению смертности от кори с работой Глобального альянса по вакцинам и иммунизации (ГАВИ).

Рисунок 1. 45 приоритетных стран ВОЗ/ЮНИСЕФ для осуществления в них устойчивой деятельности по сокращению смертности от кори



Рисунок 2. Сокращение предполагаемой смертности от кори в процентах по регионам ВОЗ 1999-2002 гг.



WHO 04.52

В. ТЯЖЕЛЫЙ ОСТРЫЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ СИНДРОМ (ТОРС)

11. В резолюции WHA56.29 определены приоритетные виды деятельности в ответ на вспышку тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС), который начался в середине ноября 2002 г. в южной части Китая и распространился в международном масштабе в конце февраля 2003 года. Пятого июля 2003 г. ВОЗ объявила о том, что была ликвидирована последняя известная цепочка передачи от человека человеку коронавируса ТОРС, что привело к окончанию начальной вспышки. В этом докладе описаны последующие мероприятия, направленные на предотвращение повторного возникновения или рецидива этой болезни.

12. В августе 2003 г. ВОЗ на своем веб-сайте разместила руководство по предупреждению, подтверждению и ведению ТОРС учреждениями общественного здравоохранения в период после вспышки. Это руководство включает рекомендации по оценке риска, определение того, что является предупреждением о вспышке ТОРС, клинические и лабораторные определения случаев заболевания и рекомендованные меры общественного здравоохранения в период предупреждения о вспышке ТОРС. Оно также включает рекомендации по эпиднадзору, которые конкретно относятся к трем уровням риска того, что вспышка ТОРС может произойти в данной географической области. В нем подчеркивается необходимость сохранения постоянного надзора. Вскоре будут распространены новые документы, включая руководство по обеспечению глобальной готовности и план ответных действий.

13. Для поддержания постоянного надзора ВОЗ в октябре 2003 г. выпустила консенсусный документ по эпидемиологии ТОРС и разработала комплекс диагностических мер в форме международной сети лабораторий по выявлению и

подтверждению ТОРС. В декабре 2003 г. было издано руководство по биобезопасности в период после вспышки для обработки проб и культур вируса.

14. В целях удовлетворения постоянных потребностей в научных исследованиях ВОЗ учредила Научно-исследовательский консультативный комитет по ТОРС. За его первым заседанием, проведенном в октябре 2003 г., последовал ряд отдельных семинаров и совещаний по лабораторным проблемам, клиническим исследованиям и разработке вакцины. Участники совещания по лабораторным вопросам провели оценку хода работы по удовлетворению неотложных потребностей в надежном диагностическом тесте и обсудили вопросы биобезопасности лабораторий. Цель совещания по клиническим вопросам заключалась в разработке стандартизированных признанных в международном масштабе протоколов клинических испытаний методов лечения ТОРС. Если произойдет повторная вспышка ТОРС, то такие протоколы позволят осуществлять координацию в реальном времени этических и устойчивых в научном плане исследований, проводимых в соответствии с общим протоколом на всех участках вспышки. Предполагается, что такие процедуры сократят время, необходимое для получения заключительных результатов на благо всех больных, и будут способствовать унифицированному лечению во всем мире. На третьем консультативном совещании был рассмотрен ход работы по разработке и оценке вакцин-кандидатов против ТОРС, и были согласованы приоритеты научных исследований. Продолжается деятельность по разработке вакцины против ТОРС. Проведение второго совещания этого комитета запланировано на первую половину 2004 года.

15. Повторная вспышка ТОРС может возникнуть из двух источников. Болезнь может распространиться после несчастного случая в одной из многих лабораторий, хранящих клинические образцы или проводящих исследования данного вируса. Эта болезнь может также вновь возникнуть после контакта человека с резервуаром животного происхождения или другим источником окружающей среды. Была также выражена обеспокоенность тем, что ТОРС может носить сезонный характер аналогично многим респираторным болезням, вызываемым вирусами, включая другие коронавирусы.

16. В течение периода времени после вспышки болезни, включая опасный зимний сезон, сохранялась высокая бдительность в отношении повторной вспышки ТОРС из всех возможных источников, о чем свидетельствует регистрация и исследование нескольких подозреваемых случаев. Из этих подозреваемых случаев в шести случаях была лабораторно доказана инфекция вируса ТОРС. Два случая были связаны с несчастными случаями в лабораториях в Сингапуре и на Тайване (Китай). С декабря 2003 г. по январь 2004 г. были зарегистрированы четыре случая заражения населения ТОРС в провинции Гуандун (Китай). Быстрое выявление и надлежащее ведение всех шести случаев предотвратили дальнейшее распространение болезни, что, таким образом, подтвердило целесообразность планов готовности.

С. КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

17. Неинфекционные болезни являются основной причиной смертности и инвалидности во всем мире. Распространенные, предупреждаемые биологические факторы риска (особенно высокое кровяное давление, высокое содержание холестерина в крови и избыточная масса тела) и связанные с ними основные поведенческие факторы риска (неправильный режим питания, отсутствие физической активности и потребление табака) лежат в основе четырех наиболее важных неинфекционных болезней: сердечно-сосудистая болезнь, рак, хроническая обструктивная болезнь легких и диабет типа 2. Профилактическая деятельность должна быть сосредоточена на комплексной борьбе с этими и другими основными факторами риска.

18. Глобальная стратегия в области профилактики и борьбы с неинфекционными болезнями, предложенная в резолюция WHA51.18, была представлена Пятьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения¹. Настоящий документ является ответом на предложение, содержащееся в резолюции WHA55.23, о предоставлении доклада о ходе работы в области комплексной профилактики неинфекционных болезней нынешней сессии Ассамблеи здравоохранения.

19. Резолюция WHA55.23 также предложила Генеральному директору разработать глобальную стратегию в области режима питания, физической активности и здоровья в рамках обновленной стратегии профилактики неинфекционных болезней и борьбы с ними с применением многодисциплинарного и многосекторального подхода, определяющего глобальную стратегию и укрепление сотрудничества с другими организациями системы Организации Объединенных Наций и другими партнерами.

Действия и ход работы

20. Поддержка государствам-членам в области профилактики включала принятие Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака и проведение консультаций со многими основными участниками, занятыми разработкой глобальной стратегии в области режима питания, физической активности и здоровья.

21. Глобальная стратегия в области профилактики и борьбы с неинфекционными болезнями способствует установлению партнерских связей и созданию сетей, а также включает техническую и стратегическую поддержку научных исследований и разработок. Ход работы включает создание глобального форума и региональных сетей, осуществление комплексных профилактических мер и содействие созданию потенциала. Основное внимание уделяется эпиднадзору, изучению эффективности программ, осуществляемых на уровне общины, и оказанию поддержки странам.

Основные компоненты профилактики

22. Сети национальных или демонстрационных программ по профилактике и борьбе находятся на различных стадиях. Комплекс действий по мультифакторному

¹ Документы A53/14 и WHA53/2000/REC/3, протокол седьмого заседания Комитета А.

сокращению неинфекционных болезней (Инициатива CARMEN) в странах Америки и общенациональная комплексная борьба с неинфекционными болезнями (СИНДИ) в Европе являются устойчивыми сетями национальных и общинных программ профилактики. В 2001 г. было положено начало Сети действий африканских стран по борьбе с неинфекционными болезнями и Сети действий стран Восточного Средиземноморья по борьбе с неинфекционными болезнями. Сеть Западной части Тихого океана действует на неофициальной основе, и создается сеть в Регионе Юго-Восточной Азии.

23. Глобальный форум по комплексной профилактике неинфекционных болезней и борьбе с ними, созданный ВОЗ в 2000 г., объединяет эти региональные сети, международные неправительственные организации, агентства по развитию, сотрудничающие центры ВОЗ и учреждения системы Организации Объединенных Наций. Он предоставляет важный механизм для создания и сохранения стандартов посредством обмена информацией и руководящими принципами и повысил уровень наглядности мер по профилактике неинфекционных болезней.

24. ВОЗ через свои региональные бюро оказывает содействие программам профилактики в государствах-членах, предоставляя технические рекомендации и оказывая поддержку в разработке национальных программ и оценке нескольким государствам-членам посредством организации краткосрочных назначений.

25. Уделяется внимание созданию потенциала в областях укрепления кадров и учреждений для сокращения факторов риска, разработки политики и стратегий, разработки национальных или демонстрационных программ, а также в области мониторинга и оценки. Региональные бюро, работая с сотрудничающими центрами ВОЗ, начали осуществление программ подготовки кадров в области комплексной профилактики. В 2002 г. ВОЗ начала проведение научного исследования для определения эффективности программ профилактики и борьбы на уровне общины.

Уменьшение основных поведенческих факторов риска

26. **Потребление табака.** Принятие Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака открывает новую эру в глобальной и национальной деятельности по борьбе против табака. Она предоставляет инструмент, посредством которого можно понизить показатели смертности, вызываемой потреблением табака. Поскольку резолюция WHA56.1 призывает все государства и региональные организации экономической интеграции принять все необходимые меры по сокращению потребления табака, многие правительственные министерства (например, министерства здравоохранения, финансов, налогообложения, труда и сельского хозяйства) впервые тесно сотрудничают при решении этих сложных вопросов.

27. **Отсутствие физической активности.** Резолюция WHA55.23 также настоятельно призывает государства-члены ежегодно отмечать день, посвященный теме «Движение – это здоровье», который последовал за успешным проведением Всемирного дня здоровья в 2002 г., первое событие которого было отмечено в Сан-Пауло, Бразилия.

Генеральный директор принимал участие в этом мероприятии в знак признания кампании «*Agita São Paulo*» по содействию физической активности и здоровому поведению. Инициатива «Движение – это здоровье» вызвало значительный интерес и принятие обязательств политическими лидерами во многих государствах-членах.

28. **Неправильный режим питания.** Проект глобальной стратегии по режиму питания, физической активности и здоровью будет рассмотрен в пункте 12.6 предварительной повестки дня.

D. КАЧЕСТВО МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ: БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ

29. Резолюция WHA55.18 призывает государства-члены уделять по возможности более пристальное внимание проблеме безопасности пациентов и предлагает Генеральному директору, среди прочего, разработать соответствующие глобальные нормы, стандарты и руководящие принципы; содействовать разработке политики, основанной на фактических данных; поощрять исследования в области безопасности пациентов; и поддерживать усилия государств-членов по разработке механизмов признания достоинств в области безопасности пациентов в международном масштабе, а также содействовать формированию культуры безопасности в рамках организаций здравоохранения.

30. В ответ на это ВОЗ разработала программу по решению систематических проблем безопасности пациентов и создала рабочую группу, объединяющую всю соответствующую деятельность в рамках ВОЗ в одно совместное действие. Она расположена на веб-сайте по безопасности пациентов в целях содействия международному общению. Ниже кратко изложен прогресс, достигнутый в различных аспектах безопасности пациентов.

31. **Оценка вредных факторов.** С тем чтобы повысить приоритет безопасности пациентов и содействовать разработке стратегий по предупреждению и уменьшению воздействия неблагоприятных факторов, важное значение имеет повышение знаний о характере и значимости этой проблемы. ВОЗ рассмотрела имеющиеся методы оценки вредных факторов в области здравоохранения и в настоящее время разрабатывает механизм для быстрой оценки в условиях с недостаточным количеством данных.

32. **Систематика.** ВОЗ трудится над разработкой стандартизированной терминологии и систематики медицинских ошибок и неудач в системах здравоохранения. Это обеспечит общее понимание концепций безопасности пациентов и связанных с ней терминов, а также будет способствовать международному сотрудничеству и обмену информацией.

33. **Системы регистрации и изучения.** Системы регистрации и изучения имеют важное значение для повышения безопасности пациентов, поскольку они позволяют делать выводы из неблагоприятного развития событий или «фактически промахов».

ВОЗ подготавливает руководство по таким системам, выявляя наилучшую практику и способствуя ее принятию в странах.

34. Работники здравоохранения. В последних докладах показано воздействие укомплектования персоналом медицинских сестер на качество и безопасность помощи пациентам. Подготавливаются документы для брифинга, которые показывают воздействие сочетания различных работников на организационную культуру и повышение безопасности пациентов.

35. Основные процедуры клинической помощи. ВОЗ приступила к осуществлению деятельности по укреплению процесса создания потенциала в государствах-членах. Это включает подготовку кадров здравоохранения в медицинских учреждениях специализированной помощи первого уровня посредством сотрудничества с местными и международными партнерами и использование руководства ВОЗ по безопасной неотложной помощи и хирургическим вмешательствам, а также безопасного оборудования в области травматологии, акушерства и анестезии.

36. Обеспечение безопасной беременности. Инициатива по повышению безопасности беременности способствует укреплению потенциала стран в создании постоянной среды помощи, необходимой в период беременности, родов и в послеродовой период. Она направлена на улучшение доступа к помощи и ее предоставления, а также улучшение использования и качества помощи; развитие кадровых ресурсов и усиление поддержки общинам.

37. Безопасность инъекций. В целях оказания поддержки государствам-членам в планировании, осуществлении и оценке безопасного и надлежащего использования инъекций, ВОЗ сохраняет четыре основных вида деятельности: повышение информированности; расширение имеющегося количества одноразового инъекционного инструментария и боксов безопасности в медицинских учреждениях; обеспечение предоставления инъекционного инструментария, не допускающего повторного использования, и боксов безопасности донорами и кредиторами, которые поддерживают поставку инъецируемых материалов; и содействие надлежащему удалению отходов, связанных с использованными шприцами и иглами.

38. Безопасность иммунизации. ВОЗ стремится укрепить национальный потенциал для обеспечения безопасности иммунизации и, в частности, для предупреждения и выявления неблагоприятных факторов, которые следуют за проведением иммунизации, а также быстрого реагирования на них. Одноразовые шприцы были введены в почти половине всех непромышленных стран. Документально оформленные системы эпиднадзора существуют в почти половине государств-членов, а 49 национальных систем были подвергнуты оценке. Глобальный консультативный комитет по безопасности вакцин, созданный для оперативного, эффективного и научно обоснованного реагирования на проблемы безопасности вакцины, значительно способствует активизации вышеуказанных видов деятельности.

39. **Безопасность переливания крови.** ВОЗ сотрудничает с государствами-членами в содействии национальной координации служб по переливанию крови с эффективными системами качества для сбора, тестирования, обработки и использования крови. Это способствует гемобезопасности в качестве системы эпиднадзора, охватывающей все виды деятельности от донорства до принятия реципиентов в целях оценки любого нежелательного воздействия на переливание крови.

40. **Медицинские инструменты.** ВОЗ способствует укреплению международных стандартов, спецификаций по применению, предварительной подготовке поставщиков, укреплению потенциала для надлежащего использования и хранения оборудования, а также стандартизированных процедур для предупреждения и аннулирования. Руководящие принципы ВОЗ по регулированию в области медицинских инструментов направлены на оказание поддержки государствам-членам в осуществлении национальных регулирующих положений¹.

41. **Мониторинг лекарственных средств.** Программа международного мониторинга лекарственных средств включает деятельность, осуществляемую ВОЗ, Сотрудничающим центром ВОЗ по международному мониторингу лекарственных средств (Уппсала, Швеция) и 73 государствами-членами. Она обеспечивает обмен информацией по медикаментам, способствует фармаконадзору в государствах-членах и оказывает поддержку сотрудничеству между странами.

42. **Токсикологические центры.** ВОЗ предоставляет центральный компонент Международной программы по химической безопасности (МПХБ), совместной программы ВОЗ, ЮНЕП и МОТ. Основная деятельность МПХБ включает информацию по ядам, а также по предупреждению и устранению отравлений. Токсикологические центры в более чем 80 странах связаны посредством МПХБ и могут служить базисными учреждениями в отношении безопасности пациентов, включая противоядия и другие экстренные виды лечения. МПХБ работает совместно с Сотрудничающим центром ВОЗ по международному мониторингу лекарственных средств для содействия укреплению потенциала, согласованию процедур регистрации данных и повышению информированности по проблемам безопасности.

43. Все **региональные бюро** проявляют активность в осуществлении деятельности по повышению безопасности пациентов. Опираясь на широкий спектр осуществляемой в настоящее время деятельности, все регионы разработали инициативы специально для решения вопросов, связанных с безопасностью пациентов. Помимо тесного сотрудничества с государствами-членами в обеспечении безопасности лекарственных средств, вакцин, лабораторной практики и процедур оказания медицинской помощи, а также в усилении контроля за больничными инъекциями, региональные бюро в полной мере участвуют в работе всей Организации в области систематических факторов безопасности пациентов и в содействии международному сотрудничеству.

¹ *Medical device regulations: global overview and guiding principles.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2003 г.

44. В течение 2004 г. ВОЗ приступит к созданию **международного альянса** в области безопасности пациентов. Он объединит страны, заинтересованные органы и специалистов для содействия безопасности пациентов в государствах-членах. Его цель заключается в том, чтобы посредством своих основных функций ускорить введение усовершенствований в области безопасности пациентов: оказание помощи в разработке политики по безопасности пациентов и использовании надлежащей практики. Предоставление возможности государствам-членам проводить оценку прогресса, достигнутого в направлении безопасности пациентов; и осуществлять глобальную регистрацию, научные исследования и разработку «решений».

45. Этот альянс должен способствовать совместным действиям, осуществляемым на уровне ряда секторов, с начальной целью адекватного представительства от всех регионов ВОЗ и, в конечном итоге, при участии всех государств-членов.

Е. ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА: ДВУХГОДИЧНЫЙ ДОКЛАД О ХОДЕ РАБОТЫ

46. Достижение связанных со здоровьем целей и задач Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций зависит от сокращения недостаточности питания, которая связана с 54% из 10,8 миллиона случаев смерти ежегодно среди детей в возрасте до пяти лет. Последние Ассамблеи здравоохранения настоятельно призывали государства-члены стремиться к полному охвату детей известными эффективными видами лечения¹.

47. После одобрения **глобальной стратегии по кормлению детей грудного и раннего возраста** (резолюция WHA55.25) ВОЗ приступила к осуществлению деятельности во всех регионах по выполнению этих рекомендаций на практике. Региональные совещания были проведены в Хараре (ноябрь, 2002 г.), Касабланке (Марокко, июль 2003 г.) и Люксембурге (ноябрь 2003 г.), причем проводились также национальные совещания², например, ЮНИСЕФ и сотрудничающими неправительственными организациями³. ВОЗ также организовала проведение глобального совещания о ходе работы в области осуществления стратегии⁴. Кроме того,

¹ См. особенно резолюции WHA54.2 и WHA55.25. Настоящий доклад представлен в соответствии с резолюцией WHA33.32 и статьей 11.7 Международного свода правил по сбыту заменителей грудного молока.

² В Боливии, Ботсване, Камбодже, Китае, Египте, Эфиопии, Гане и Вьетнаме. Со времени проведения совместной Международной конференции ФАО/ВОЗ по питанию (Рим, 1992 г.) 146 государств-членов и пять территорий пересмотрели и укрепили межсекторальную политику в области пищевых продуктов и питания, причем 100 из них специально объединили стратегии для содействия надлежащей практике питания детей грудного и раннего возраста.

³ В Египте, Индии, Малайзии, Перу и Вьетнаме.

⁴ Осуществление глобальной стратегии по кормлению детей грудного и раннего возраста, Женева, 3-5 февраля 2003 г. (http://www.who.int/child-adolescent-health/publication/SNUTRITION/ISBN_92_4_159120_X.htm).

ВОЗ и ее партнеры¹ подготавливают различные практические ресурсы, например инструменты оценки² и руководящие принципы³.

48. Несмотря на общие улучшения в области исключительно грудного вскармливания в течение первых четырех месяцев жизни⁴ с 19% в 1990 г. до 38% в 2002 г., осуществляемая практика значительно отстает от глобальных рекомендаций ВОЗ в области общественного здравоохранения: **исключительно грудное вскармливание в течение шести месяцев**, за которым должно следовать безопасное и надлежащее дополнительное кормление с продолжающимся грудным вскармливанием до возраста двух лет или больше (резолюция WHA54.2). Для оказания поддержки надлежащему **дополнительному кормлению** ВОЗ разработала руководящие принципы⁵ и инструменты для содействия их применению⁶.

49. После проведения показательного исследования проблем роста с участием многих центров (1997-2003 гг.) в Бразилии, Гане, Индии, Норвегии, Омане и Соединенных Штатах Америки разрабатываются устойчивые в научном отношении инструменты для оценки роста и состояния питания, которые установят в качестве нормы грудное вскармливание ребенка. Цель заключается в том, чтобы к 2010 г. большинство из 99 стран, в настоящее время использующих Национальный центр медико-санитарной статистики/справочный центр ВОЗ по проблемам роста, стали использовать новые стандарты.

50. В целях руководства **кормлением в особых условиях ВИЧ/СПИДа** ВОЗ и восемь других организаций в системе Организации Объединенных Наций

¹ Включая ЮНИСЕФ, ФАО, МОТ, Проект LINKAGES, Международную сеть действий в области детских продуктов питания, Международную лигу La Leche и Международный альянс в области действий по грудному вскармливанию.

² *Питание детей грудного и раннего возраста: инструмент для оценки национальной практики, политики и программ.* Женева, Всемирная организация здравоохранения 2003, г.

³ *Integrated Management of Childhood Illness: planning, implementing and evaluating pre-service training.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2003 г.; *Feeding and nutrition of infants and young children: Guidelines for the WHO European Region, with emphasis on the former Soviet countries.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (European Series No. 87), 2003.

⁴ Хотя рекомендация общественного здравоохранения в отношении шестимесячного исключительно грудного вскармливания является предпочтительным предложением для анализа, адекватные данные на этой основе еще не получены из национальных исследований. Компетентные органы в более чем 60 государствах-членах, включая Австралию, Беларусь, Боснию, Болгарию, Чешскую Республику, Францию, Грузию, Ирландию, Словакию и Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, к концу 2003 г. официально рекомендовали шесть месяцев исключительно грудного вскармливания.

⁵ *Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child.* Washington, DC, PAHO/World Health Organization, 2003.

⁶ *Complementary feeding: family foods for breastfed children.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2001 г. (имеется на индонезийском языке бахаса, английском, кхмерском, лаосском и монгольском языках); и *Complementary feeding counselling: a training course.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2003 г.

способствуют механизму действий для создания и поддержания окружающих условий, поощряющих надлежащее кормление всех детей при активизации вмешательств по сокращению передачи ВИЧ-инфекции¹. Этот механизм дополнен обновленными руководящими принципами и техническим обзором². ВОЗ также разработала инструмент для оценки вариантов кормления и стремится содействовать работникам здравоохранения в предоставлении консультаций матерям в этом отношении. В настоящее время имеются обновленные рекомендации по вопросам энергии и питательных потребностей детей, живущих с ВИЧ/СПИДом³, а руководящие принципы разрабатываются для детей, лишенных грудного вскармливания.

51. В глобальной стратегии по кормлению детей грудного и раннего возраста содержится призыв к возрождению **Инициативы по созданию в больницах условий, благоприятных для грудного вскармливания**, которая осуществляется в более чем 19 000 больниц в 138 странах. ВОЗ распространяет инструмент повторной оценки и мониторинга⁴ и разрабатывает рекомендации по оказанию поддержки ВИЧ-позитивным матерям в больницах, благоприятствующих грудному вскармливанию. Соответствующим образом адаптируется курс для администраторов больниц⁵.

52. Приблизительно 165 (86%) из 192 государств – членов ВОЗ сообщили по меньшей мере один раз о действиях, предпринятых по осуществлению **Международного свода правил по сбыту заменителей грудного молока**. Повторный акцент на Международном своде правил является одной из оперативных целей глобальной стратегии по кормлению детей грудного и раннего возраста⁶ и частью механизма действий в отношении ВИЧ и кормления детей грудного возраста⁷. После

¹ *HIV and infant feeding: framework for priority action*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2003 г.

² ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНЭЙДС. *HIV and infant feeding: Guidelines for decision-makers; A guide for health care managers and supervisors*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2003 г. и ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНЭЙДС. *A review of HIV transmission through breastfeeding* (в печати).

³ *Nutrient requirements of people living with HIV/AIDS: report of a technical consultation*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 г.

⁴ ВОЗ, ЮНИСЕФ и Wellstart International. *The Baby-friendly Hospital Initiative. Monitoring and reassessment tools to sustain progress* (документ WHO/NHD/99.2).

⁵ Содействие грудному вскармливанию в медицинских учреждениях: краткий курс для администраторов и лиц, разрабатывающих политику (документ WHO/NHD/96.3).

⁶ Стратегия «предусматривает в качестве приоритета для всех правительств... рассмотреть вопрос о том, какие могут потребоваться новые законодательные или другие подходящие меры в качестве части комплексной политики в области питания детей грудного и раннего возраста для воплощения принципов и достижения цели Международного свода правил... и последующих резолюций Ассамблеи здравоохранения по этому вопросу» (*Глобальная стратегия по кормлению детей грудного и раннего возраста*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2003 г., пункт 33).

⁷ *HIV and infant feeding: framework for priority action*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2003 г.

представления последнего доклада Ассамблеи здравоохранения¹ поступила новая информация из восьми государств-членов: **Азербайджана** (который запрещает все формы корпоративного спонсорства медицинской профессии); **Бразилии** (которая обновила и укрепила свое законодательство); **Индии** (Законопроект с поправками, 2003 г., который усиливает Закон 1993 г.² посредством запрещения продвижения на рынок продуктов, предназначенных для кормления детей в возрасте до двух лет); **Малайзии** (поправка к Регулирующим положениям по пищевым продуктам 1985 г., запрещающая информацию, способствующую продвижению на рынок другого продукта посредством любого описания, сопровождающего детскую питательную смесь); **Микронезии** и **Палау** (которые разрабатывают национальные меры или ожидают их утверждения); **Ниуэ** (которая включила Свод правил в национальную политику в области здравоохранения); и **Пакистана** (Указ о защите грудного вскармливания и питания детей (26 октября 2002 г.), который охватывает все продукты, предназначенные для кормления детей в течение первого года жизни)³. ВОЗ ответила на просьбы об оказании технической поддержки, поступившие от Австралии, Бахрейна, Камбоджи, Новой Зеландии и Турции. В ноябре 2003 г. ВОЗ, ЮНИСЕФ и Международная сеть действий в области детского питания совместно организовали подготовку кадров по осуществлению свода правил для государств – членов Американского региона. В апреле 2002 г. Международная педиатрическая ассоциация подтвердила Генеральному директору свою поддержку Международного свода правил и последующих соответствующих резолюций Ассамблеи здравоохранения.

Ф. ПРАВА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ, ИННОВАЦИИ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

53. В резолюции WHA56.27 по правам интеллектуальной собственности, инновациям и общественному здравоохранению Ассамблея здравоохранения предложила Генеральному директору предпринять ряд шагов в этой области в кратком изложении:

- оказывать поддержку государствам-членам в передаче технологии в отношении соответствующих лекарственных средств
- учредить на ограниченный срок орган для осуществления анализа прав интеллектуальной собственности, инноваций и общественного здравоохранения и представить доклад о ходе работы Пятьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения
- сотрудничать с государствами-членами, по их просьбе, и с международными организациями в проведении анализа последствий для здравоохранения соответствующих международных соглашений

¹ Документ A55/14.

² *International Digest of Health Legislation*, 1993: 44:638.

³ *International Digest of Health Legislation*, <http://www.who.int/idhl/> (Pak. 02.003).

- поощрять исследования в области биомедицины и поведенческих аспектов, проводимые развитыми странами, включая там, где это возможно, исследования с партнерами из развивающихся стран.

54. Исполнительный комитет на своей Сто тринадцатой сессии (январь 2004 г.) был проинформирован о круге полномочий органа, созданного на ограниченный срок, и критериях отбора его членов¹. Круг полномочий изложен ниже:

В соответствии с резолюцией WHA56.27 и при изучении прав интеллектуальной собственности, инноваций и общественного здравоохранения Комиссия будет:

- *кратко представлять существующие данные о распространенности болезней, имеющих значение для общественного здравоохранения, с особым акцентом на те из них, которые оказывают особое воздействие на бедных людей, а также социальное и экономическое воздействие*
- *рассматривать объем и распределение существующих усилий в области научных исследований, разработок и инноваций, направленных на преодоление этих болезней*
- *рассматривать значение и эффективность режимов интеллектуальной собственности и других механизмов стимулирования и финансирования для содействия исследованиям и создания новых лекарственных средств и других препаратов против этих болезней*
- *анализировать предложения об улучшении существующих в настоящее время режимов стимулирования и финансирования, включая права интеллектуальной собственности, предназначенные для стимулирования создания новых лекарственных средств и других препаратов, а также для содействия доступу к ним*
- *составлять конкретные предложения для действий со стороны национальных и международных участников.*

55. Двенадцатого февраля 2004 г. Генеральный директор объявил членский состав Комиссии по правам интеллектуальной собственности, инновациям и общественному здравоохранению, который является следующим:

Председатель:	Г-жа Ruth Dreifuss, Президент, Швейцарская Конфедерация, 1999 г. (Швейцария)
Заместитель председателя:	Д-р Ragunath Anand Mashelkar, Генеральный директор, Совет научных и промышленных исследований (Индия)

¹ Документ EB113/INF.DOC./1.

Члены Комиссии: Профессор Carlos Correa (Аргентина)
Профессор Mahmoud Fathalla (Египет)
Д-р Maria Freire (Соединенные Штаты Америки)
Профессор Trevor Jones (Соединенное Королевство
Великобритании и Северной Ирландии)
Г-н Tshediso Matona (Южная Африка)
Профессор Fabio Pammolli (Италия)
Профессор Pakdee Pothisiri (Таиланд)
Профессор Hiroko Yamane (Япония).

56. Комиссия проведет первое заседание 5-6 апреля 2004 г. в Женеве. Она, среди прочего, рассмотрит свой мандат, круг полномочий и будущую программу работы.

57. В отношении других вопросов, упомянутых в резолюции WHA56.27, осуществляется деятельность по разработке базы знаний в отношении последствий многосторонних торговых соглашений для общественного здравоохранения, включая соглашение по услугам и правам интеллектуальной собственности. Осуществляется подготовка кадров и оказывается техническая поддержка для повышения потенциала в регионах ВОЗ и государствах-членах в целях понимания последствий этих соглашений для общественного здравоохранения и реагирования на них. Разрабатываются показатели для оценки информации, среди прочего, по осуществлению Соглашения по связанным с торговлей аспектам прав интеллектуальной собственности (включая гарантии и некоторые элементы гибкости для общественного здравоохранения). Эта оценка составит основу для разработки общественной политики и предоставления технической поддержки странам. ВОЗ также осуществляет научно-исследовательский проект по приоритетным медицинским препаратам, который направлен на то, чтобы установить приоритет необходимости фармацевтических исследований на базе общественного здравоохранения в качестве основы для выделения средств из общественного сектора для поддержки таких научных исследований.

58. ПРООН/Всемирный банк/Специальная программа ВОЗ по научным исследованиям и подготовке специалистов по тропическим болезням совместно с частным сектором осуществили несколько проектов, направленных на разработку инновационных медицинских препаратов для лечения болезней, которым не уделяется должного внимания. Программа также осуществляет сотрудничество с исследователями из африканских стран в проектировании технического механизма для оценки природных продуктов в качестве потенциальных противомалярийных препаратов. Она также установила сотрудничество между общественным и частным секторами в развитых странах с соответствующими секторами развивающихся стран для содействия использованию и передаче современных инструментов (например, геномика, протеомика) в целях сокращения пробелов в знаниях в отношении болезней, которым не уделяется должного внимания, и содействия инновациям, предлагаемым учеными из развивающихся стран.

Г. РАМОЧНАЯ КОНВЕНЦИЯ ВОЗ ПО БОРЬБЕ ПРОТИВ ТАБАКА

Обзор состояния Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака

59. Потребление табака возрастает во всем мире. В ответ на глобализацию эпидемий болезней, связанных с табаком, государства – члены ВОЗ в октябре 2000 г. начали переговоры по Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака. Рамочная конвенция по борьбе против табака – первый договор ВОЗ – был единогласно принят государствами-членами на Пятьдесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2003 года¹. Принимая этот договор, ВОЗ и его государства-члены признали, что Рамочная конвенция является мощным орудием глобального общественного здравоохранения для борьбы против потребления табака и причиняемых им разрушительных действий.

60. По состоянию на 26 марта 2004 г., 100 государств-членов подписали Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака (см. Приложение 1)². С приближением 29 июня 2004 г. – окончательного срока подписания – ВОЗ пользуется этой возможностью для того, чтобы напомнить министрам здравоохранения и другим делегатам Ассамблеи здравоохранения о важной работе по борьбе против табака, которую остается завершить; делегатам настойчиво предлагается способствовать своим соответствующим правительствам в подписании Рамочной конвенции. Подписание означает намерение государства быть связанным этой Конвенцией на последующий срок (см. Приложение 2 в отношении образца документа, предоставляющего полные полномочия подписывающей стороне). Ратификация, принятие, утверждение или официальное подтверждение являются международными актами, посредством которых государства или региональные организации экономической интеграции, уже подписавшие Рамочную конвенцию, официально соглашаются придерживаться ее положений³.

61. ВОЗ предлагает тем государствам-членам и региональным организациям экономической интеграции, которые подписали, но не ратифицировали, не утвердили, не приняли или официально не подтвердили Рамочную конвенцию, сделать это как можно скорее (см. Приложение 2, касающееся образца ратификационной грамоты).

62. После 29 июня 2004 г. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака будет закрыта для подписания. После этого срока государства-члены могут, тем не менее, стать участниками Рамочной конвенции посредством присоединения – одноэтапного процесса, эквивалентного ратификации. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака вступит в силу на девятый день после даты передачи на хранение сорокового

¹ Резолюция WHA56.1.

² Кроме того, девять из этих государств-членов уже ратифицировали или утвердили эту Конвенцию.

³ «Принятие» и «утверждение» имеют те же самые международные правовые последствия, как и ратификация. Официальное подтверждение является эквивалентом ратификации для региональных организаций экономической интеграции, таких как Европейское сообщество.

документа о ратификации, утверждении, принятии, официальном подтверждении или присоединении. Хотя 40 является минимальным числом ратификаций, требующимся для вступления в силу, цель заключается в том, чтобы добиться того, чтобы максимально большее число государств-членов ратифицировали, приняли, утвердили, официально подтвердили Рамочную конвенцию или присоединились к ней, с тем чтобы в полной мере использовать потенциал этого договора в качестве орудия глобального общественного здравоохранения.

Деятельность ВОЗ в качестве промежуточного секретариата Рамочной конвенции

63. В период после принятия Рамочной конвенции ВОЗ оказывала поддержку субрегиональным семинарам по повышению информированности в отношении Рамочной конвенции, направленным на оказание поддержки государствам-членам в их усилиях по подписанию и ратификации этого договора и по подготовке к ее осуществлению. Были проведены три семинара в ноябре и декабре 2003 г. в Найроби (для государств – членов Африканского региона ВОЗ в Восточной Африке)¹; в Каире (для государств – членов Региона ВОЗ Восточного Средиземноморья в Персидском заливе)²; и в Бишкеке (для государств – членов Европейского региона ВОЗ в Средней Азии)³. Планируется проведение новых совещаний для повышения информированности в период с марта по май 2004 г. в Катманду (для государств – членов Региона ВОЗ Юго-Восточной Азии, которые являются членами Южно-Азиатской ассоциации регионального сотрудничества) и для других государств – членов в Регионе, в Нади, Фиджи (для государств – членов Региона ВОЗ Западной части Тихого океана из островных государств Тихого океана) и в Сан-Хосе (для государств – членов Региона ВОЗ для стран Америки из Центральной Америки и других государств – членов в Регионе). Национальные консультативные совещания по вопросам Рамочной конвенции с членами парламента были проведены в Аргентине, Бразилии, Чешской Республике и Кении.

64. На веб-сайте ВОЗ содержится подробная информация о состоянии Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака⁴. Кроме того, ВОЗ подготовила и распространила исходный материал по этому договору и по национальным процессам создания потенциала, с тем чтобы подготовить страны к выполнению договора. Наконец, ВОЗ готова ответить на предложения со стороны дипломатических миссий в Женеве и других представителей правительств в отношении Рамочной конвенции и других технических вопросов, связанных с табаком.

¹ Присутствовали 10 стран-участниц: Бурунди, Коморские Острова, Эфиопия, Кения, Мадагаскар, Малави, Руанда, Сейшельские Острова, Объединенная Республика Танзания и Уганда.

² Присутствовали семь стран-участниц: Бахрейн, Египет, Кувейт, Оман, Саудовская Аравия, Объединенные Арабские Эмираты и Йемен.

³ Присутствовали пять стран-участниц: Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан.

⁴ Адрес в Интернете: http://www.who.int/tobacco/fctc/signing_ceremony/country/list/en.

Следующий шаг

65. В соответствии с пунктом 7 резолюции WHA56.1, первое заседание Межправительственной рабочей группы открытого состава по Рамочной конвенции состоится в период с 21 по 25 июня 2004 года. Рабочая группа занимается рассмотрением и подготовкой предложений по вопросам, определенным в Конвенции, для рассмотрения и принятия надлежащим образом на первой сессии Конференции Сторон¹.

ДЕЙСТВИЯ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

66. Ассамблее здравоохранения предлагается принять к сведению вышеуказанные доклады о ходе работы.

¹ См. документ A/FCTC/IGW/1/1.

РАЗДЕЛ G. ПРИЛОЖЕНИЕ 1

**ГОСУДАРСТВА-ЧЛЕНЫ И РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ
ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ИНТЕГРАЦИИ, ПОДПИСАВШИЕ И/ИЛИ
РАТИФИЦИРОВАВШИЕ РАМОЧНУЮ КОНВЕНЦИЮ ВОЗ ПО БОРЬБЕ
ПРОТИВ ТАБАКА
(ПО СОСТОЯНИЮ НА 26 МАРТА 2004 г.)¹**

Африканский регион ВОЗ (23)	Американский регион ВОЗ (18)	Регион ВОЗ Восточного Средиземно- морья (8)	Европейский регион ВОЗ (28+ Европейское сообщество)	Регион ВОЗ Юго- Восточной Азии (8)	Регион ВОЗ Западной части Тихого океана (15)
Алжир	Аргентина	Египет	Австрия	Бангладеш	Австралия
Ботсвана	Белиз	Иран	Бельгия	Бутан	Китай
Буркина-Фасо	Боливия	(Исламская Республика)	Болгария	Корейская	Фиджи
Бурунди	Бразилия	Кувейт	Чешская	Народно- Демокр.	Япония
Кабо-Верде	Канада	Ливан	Республика	Республика	Малайзия
Центрально- африканская Республика	Чили	Катар	Дания	Индия	Маршалловы Острова
Коморские Острова	Коста-Рика	Сирийская	Европейское сообщество	Мьянма	Монголия
Конго	Эквадор	Арабская	Финляндия	Непал	Новая Зеландия
Кот-д'Ивуар	Гватемала	Республика	Франция	Шри-Ланка	Палау
Эфиопия	Гаити	Тунис	Грузия	Таиланд	Филиппины
Габон	Ямайка	Йемен	Германия		Корейская Республика
Гамбия	Мексика		Греция		Самоа
Гана	Панама		Венгрия		Сингапур
Мадагаскар	Парагвай		Исландия		Тонга
Мали	Тринидад и Тобаго		Ирландия		Вьетнам
Маврикий	Уругвай		Израиль		
Мозамбик	Венесуэла		Италия		
Намибия			Кыргызстан		
Сенегал			Литва		
Сейшельские Острова			Люксембург		
Южная Африка			Мальта		
Уганда			Нидерланды		
Объединенная Республика Танзания			Норвегия		
			Португалия		
			Сан-Марино		
			Словакия		
			Словения		
			Испания		
			Швеция		
			Соединенное Королевство		
			Велико- британии и Северной Ирландии		

¹ Девять государств-членов, которые уже ратифицировали или утвердили Конвенцию, выделены жирным шрифтом.

РАЗДЕЛ G. ПРИЛОЖЕНИЕ 2

(Настоящий документ подлежит подписанию Главой государства, главой правительства или министром иностранных дел)

ДОВЕРЕННОСТЬ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩАЯ ПОЛНЫЕ ПОЛНОМОЧИЯ

Я, [фамилия и должность главы государства, главы правительства или министра иностранных дел],

НАСТОЯЩИМ УПОЛНОМОЧИВАЮ [фамилия и должность] подписать подлежащую ратификации, принятию или одобрению от имени Правительства [название страны] Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака, которая была единогласно принята 21 мая 2003 г. и передана на хранение Генеральному секретарю Организации Объединенных Наций 13 июня 2003 года.

Подписана в [место] [дата].

[Подпись]

(Подлежащее подписанию главой государства, главой правительства или министром иностранных дел)

РАТИФИКАЦИОННАЯ ГРАМОТА

ПРИНИМАЯ ВО ВНИМАНИЕ то, что Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака была принята 21 мая 2003 г. в Женеве, Швейцария,

И ПРИНИМАЯ ВО ВНИМАНИЕ то, что указанная Рамочная конвенция по борьбе против табака была подписана от имени Правительства [название страны] [дата подписания страной Рамочной конвенции по борьбе против табака],

ПОЭТОМУ Я В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ [фамилия и звание главы государства, главы правительства или министра иностранных дел] заявляю, что Правительство [название страны], рассмотрев вышеупомянутую Конвенцию, ратифицирует ее и берет обязательство неукоснительно осуществлять и выполнять условия, содержащиеся в ней.

В ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ЭТОГО, я подписал настоящую ратификационную грамоту в [место] [дата].

[Подпись]

= = =