



**World Health Organization
Organisation mondiale de la Santé**

ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ
КОМИТЕТ
Девяносто пятая сессия

Пункт 12 предварительной
повестки дня

EB95/31
9 декабря 1994 г.

**БОРЬБА С ДИАРЕЙНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ И ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ
ИНФЕКЦИЯМИ: ИНТЕГРИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ
БОЛЬНОГО РЕБЕНКА**

Доклад Генерального директора о ходе работы

Настоящий доклад подготовлен во исполнение резолюций WHA40.34 и WHA44.7, принятых Всемирной ассамблеей здравоохранения в 1987 и 1991 гг., в которых Генеральному директору предлагается информировать Исполнительный комитет и Ассамблею здравоохранения о ходе осуществления программ борьбы с диарейными болезнями и острыми респираторными инфекциями. Поскольку ход работы по этим двум программам подробно рассматривался Исполнительным комитетом в 1993 г., в настоящем докладе основное внимание уделяется дальнейшему сближению этих двух программ и интеграции их деятельности на глобальном, региональном и национальном уровнях. В нем рассматриваются обоснование такого подхода и результаты совместных действий с ЮНИСЕФ, а также с другими программами ВОЗ в области выработки основных принципов деятельности, подготовки учебных материалов и других документов, касающихся интегрированного подхода к ведению больного ребенка.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
I. Глобальная эпидемиологическая ситуация	2
II. Результаты борьбы с диареей и острыми респираторными инфекциями	2
III. Интегрированный подход к ведению больного ребенка	4
Обоснование	4
Мероприятия текущего периода	5
Планы и ресурсы	6
IV. Действия Исполнительного комитета	7

I. ГЛОБАЛЬНАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ

1. По поступающим сообщениям, почти во всех развивающихся странах за последние 10 лет снизилась детская смертность. Согласно оценкам Организации Объединенных Наций, в 1985 г. в развивающихся странах смертность составила 13,3 миллиона детей в возрасте до пяти лет, а в 1993 г. - 12,2 миллиона детей. Эти цифры отражают снижение смертности со 117 случаев на 1000 живорожденных в 1985 г. до 97 - в 1993 г., т.е. уменьшение на 17% (Рисунок 1).
2. Разумеется, снижению детской смертности в мире способствовал прогресс в борьбе с острыми респираторными инфекциями и, в особенности, с корью и диарейными болезнями. Однако, по оценке ВОЗ, главными причинами детской смертности в развивающихся странах в 1993 г. оставались острые респираторные инфекции и диарейные болезни (Рисунок 2), за которыми следуют малярия, корь и недостаточность питания. Все вместе эти пять состояний вызывают почти три четверти смертных случаев у детей в возрасте до пяти лет.
3. Острые респираторные инфекции являются первой причиной смертности детей во всем мире, составив одну треть всех случаев детской смертности в 1993 г. (4,11 миллиона). Большая часть случаев смерти от острых респираторных инфекций приходится на бактериальную пневмонию.
4. В 1993 г. примерно 3,01 миллиона случаев диареи закончились летальным исходом. Пятьдесят процентов летальных исходов во всем мире из этого числа приходится на острую водянистую диарею, 35% - на упорную диарею и 15% - на дизентерию. Примерно 80% смертных случаев имеют место в первые два года жизни. А недостаточное питание ассоциируется с повторяющейся или упорной диареей.
5. Хотя острые респираторные инфекции и диарея - это те болезни, которые наиболее часто связываются со смертностью детей в возрасте до пяти лет, они зачастую случаются в совокупности с другими болезнями. Считается, что корь и малярия вызывают соответственно 9,5% и 7,5% всех случаев детской смертности. Недостаточное питание, по оценкам, связывается с 29% всех случаев детской смертности.
6. Острые респираторные инфекции и диарейные болезни вместе составляют до 60% -70% поводов для посещений больными детьми медицинских учреждений в большинстве развивающихся стран. Этот процент еще больше увеличивается при добавлении к ним случаев кори и малярии. Каждый случай инфицирования проявляется в недоедании, а когда инфекционные болезни носят затяжной характер, увеличивается их отрицательное воздействие на рост ребенка.
7. Низкая масса тела при рождении, недостаточное грудное вскармливание, белково-калорийная недостаточность и отношение матери к уходу за ребенком являются важными факторами риска, связываемыми с возрастающей распространенностью и тяжелой формой этих болезней. Наиболее существенными факторами риска окружающей среды является загрязнение воздуха в помещениях, вызывающее пневмонию, и неадекватные водоснабжение и санитария, вызывающие диарейные болезни, плюс инфекция ВИЧ как дополнительный фактор риска.

II. РЕЗУЛЬТАТЫ БОРЬБЫ С ДИАРЕЕЙ И ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

8. К концу 1994 г. практически все развивающиеся страны осуществили планы действий по борьбе с диарейными болезнями у детей. Около 40% руководящих медицинских работников этих стран прошли подготовку и получили навыки методистов благодаря использованию учебных материалов, разработанных в программе ВОЗ по борьбе с диарейными болезнями, и почти 30% врачей и других работников здравоохранения прошли подготовку по ведению случаев диареи, многие из них обучались в 400 с лишним учебных центрах по лечению диареи, созданных в более чем 80 странах.

9. Было определено состояние глобальных показателей ВОЗ/ЮНИСЕФ и задач на 1995 и 2000 гг.: в конце 1993 г. 75% населения развивающегося мира имело доступ к оральным регидратационным солям (ОРС); в конце того же 1993 г. уровень знаний матерей о необходимости увеличения поступления жидкости в организм ребенка и непрерывного кормления детей с диареей составлял примерно 60% (однако обследования показали, что лишь 11% матерей знало также, когда необходимо обратиться за лечебной помощью для ребенка с диареей); результаты обследований на конец 1993 г. указывают на то, что 39% случаев диарей лечились с помощью оральной регидратационной терапии и непрерывного кормления.

10. На конец 1994 г. поступили данные о том, что в 83 развивающихся странах осуществляются оперативные программы по борьбе с острыми респираторными инфекциями при использовании стратегии стандартного ведения больных. По отчетам из 12 стран, эта деятельность осуществляется в них через систему первичной медико-санитарной помощи. Когда в 1989 г. были определены цели программы, в качестве целевых были выбраны 88 стран, где уровень детской смертности превышал 40 на 1000 живорожденных, и на конец 1994 г. 63 страны из них имеют свои оперативные программы.

11. Для мониторинга глобальных усилий в области борьбы с острыми респираторными инфекциями ВОЗ и ЮНИСЕФ выбрали четыре показателя процесса: (i) знания матерей о том, когда нужно обращаться за лечебной помощью для ребенка с острой респираторной инфекцией; (ii) обращение матери за установлением диагноза в отношении острых респираторных инфекций; (iii) возможности медицинских учреждений для ведения случаев детской пневмонии; и (iv) адекватное ведение случаев пневмонии в учреждениях здравоохранения. Однако достоверная информация на глобальном уровне в отношении этих показателей пока еще отсутствует. Цели для этих показателей будут определены в 1995 г.

12. Совместное управление программами по острым респираторным инфекциям (ОРИ) и по борьбе с диарейными болезнями (БДБ) штаб-квартирой ВОЗ в рамках Отдела по борьбе с диарейными и острыми респираторными болезнями (ОДР) облегчило согласование стратегий, политики и управленческих подходов, ведущих к интеграции деятельности и практически к развитию описываемого ниже интегрированного подхода к ведению больного ребенка. Хотя многие аспекты поддержки национальных программ и оценки хода работы, направленной на достижение глобальных целей, остаются не связанными между собой, с начала 1994 г. научные исследования и разработки в области ОРИ и БДБ находятся под началом трех объединенных рабочих групп штаб-квартиры.

13. Региональные бюро несут ответственность за все виды сотрудничества со странами в области планирования, осуществления и оценки программ по ОРИ и БДБ. Все региональные бюро, за исключением Европейского региона, имеют работающих на полной ставке региональных консультантов по каждой программе. В четырех регионах консультанту помогает один технический сотрудник, а в одном регионе - два ассоциированных профессиональных сотрудника. В Африканском регионе с региональными консультантами сотрудничают на субрегиональном уровне два медицинских работника в области ОРИ/БДБ. Европейский регион выделил бюджетные средства для найма на долгосрочной основе специалиста по координации деятельности в Восточной Европе и Центральной Азии.

14. В настоящем докладе не приводится подробной информации о программной деятельности, поскольку обе программы тщательно анализировались Исполнительным комитетом в 1993 г. С тех пор предпринимались усилия по интеграции деятельности обеих программ и по увязыванию их с другими компонентами первичной медико-санитарной помощи.

15. Все профессиональные сотрудники ОДР занимаются программами ОРИ и БДБ на национальном уровне; в ОДР работают шесть медицинских сотрудников на страновом уровне и 13 ассоциированных профессиональных сотрудников.

16. Использовались различные возможности для поощрения и поддержки совместных действий в области БДБ и ОРИ на национальном уровне для удовлетворения потребности в техническом сотрудничестве. В том числе практиковались курсы по совместному управлению программами, курсы клинической подготовки, а также мероприятия в области планирования и оценки программ. Такая совместная деятельность проводилась странами.

17. Одним из видов профилактических мероприятий, относящихся к обеим программам, является поощрение грудного вскармливания. ОДР сотрудничает с 11 странами с целью проведения учебных курсов, содержащих рекомендации по грудному вскармливанию: такой курс был проведен программой по борьбе с диарейными болезнями в 1992-1993 гг. Мероприятия в области научных исследований и разработок касались ряда аспектов питания детей грудного и раннего возраста в связи с профилактикой и лечением детских заболеваний.

III. ИНТЕГРИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ БОЛЬНОГО РЕБЕНКА

Обоснование

18. Деятельность по программам ОРИ и БДБ важна для достижения цели 3 Девятой общей программы работы ВОЗ на период 1996-2001 гг.: "обеспечить выживание и здоровое развитие детей". Сокращение смертности от острых респираторных инфекций и диарейных болезней является предпосылкой достижения целей 3.1: "уровень детской смертности не будет превышать 50 на 1000 живорожденных" и 3.2: "уровень смертности среди детей в возрасте до пяти лет не будет превышать 70 на 1000 живорожденных". Однако растет общая уверенность, что эти цели и задачи будут достигнуты в более короткие сроки и с меньшими затратами, если ко всем основным причинам детских заболеваний и смертности применять интегрированный подход.

19. ВОЗ в сотрудничестве с ЮНИСЕФ разработала подобный подход. Он получил название "интегрированного подхода к ведению больного ребенка". Тот факт, что данный подход получил сильную начальную поддержку, объясняется следующим:

- Он направлен на решение крупных проблем здравоохранения. На пневмонию, диарею, корь, малярию и недостаточность питания вместе взятые приходится семь из каждых 10 смертей в числе 33 000 смертных случаев, имеющих место ежедневно среди детей в развивающихся странах.
- Он отвечает спросу. Ежедневно миллионы родителей помещают своих детей на лечение в больницы и центры здравоохранения, обращаются к фармацевтам и к медико-санитарным работникам в общинах. По крайней мере каждые трое из четырех больных детей страдают от одного из пяти вышеуказанных состояний, а многие из них одновременно от двух и более.
- Ожидается, что он может серьезно сказаться на улучшении состояния здоровья. В докладе Всемирного банка *"World development report 1993: Investing in health"* ведение больного ребенка определяется как вмешательство, которое может принести наилучшие результаты в отношении снижения заболеваемости в глобальном масштабе, потенциального сокращения на 14% масштабов этой проблемы для стран с низким доходом или снижение более чем в два раза заболеваемости благодаря следующей, наибольшей по эффективности, мере - иммунизации детей.
- Он эффективен с точки зрения затрат. В том же докладе Всемирного банка ведение больного ребенка ставится среди 10 наиболее рациональных видов вмешательств для стран с низким и средним доходом.

- Он может вести к экономии затрат. Неправильное лечение детских болезней ведет к потере ограниченных ресурсов, например, внутривенные вливания и антибиотики. Программы борьбы с одной определенной болезнью показали свою эффективность, но могут быть малопродуктивными из-за дублирования усилий. Предлагаемый интегрированный подход направлен на устранение обеих проблем и в результате должен выразиться в экономии средств, хотя на начальном этапе потребуются инвестиции, необходимые для планирования, организации и учебной подготовки.
- Он ведет к повышению справедливости. Практически все дети в развитых странах и большинство благополучных детей в развивающемся мире имеют доступ к простым доступным средствам лечения, необходимым для их защиты от летального исхода в связи с пятью вышеуказанными состояниями. Однако большинство детей в развивающихся странах не имеют доступа к основным жизнесберегающим средствам. Учитывая, что это лишь один аспект несправедливости, который можно решать немедленно, используя проверенные недорогие средства, эти меры надлежит принять в качестве неотложных.
- Он учитывает как профилактику, так и лечение. Хотя ведение больного ребенка направлено на лечение, одновременно оно предоставляет возможность и обращает внимание на две наиболее важные профилактические меры, предназначенные для охраны здоровья ребенка: иммунизацию и улучшение питания, особенно практики грудного вскармливания.

20. На уровне обслуживания работники здравоохранения уже занимаются детьми, имеющими несколько проблем со здоровьем. Нужна поддержка, чтобы их усилия стали более эффективными и результативными. Осуществление программ БДБ и ОРИ в большинстве развивающихся стран положило начало поддержке интегрированного подхода.

21. В программах БДБ и ОРИ первичная цель интегрированного подхода к ведению больного ребенка состоит в снижении детской смертности. Вторичные цели заключаются в сокращении расходов, связанных с несоответствующим применением противомикробных и других лекарственных препаратов и уменьшении осложнений и последствий основных детских болезней. Дополнительные усилия потребуются для сокращения распространенности этих болезней с использованием новых выявленных и доказавших свою эффективность методов.

Мероприятия текущего периода

22. В июне 1992 г. ВОЗ создала неформальную рабочую группу, занимающуюся интегрированным подходом к ведению больного ребенка и координируемую Отделом по борьбе с диарейными и острыми респираторными болезнями. В этой рабочей группе участвуют 10 программ и подразделений.¹ С самого начала в этой работе принял участие также и ЮНИСЕФ. К началу 1994 г. рабочая группа разработала основные клинические принципы ведения больных в учреждениях первого уровня и свела их к четырем схемам лечения.

23. Эти схемы лечения обеспечивают техническое содержание учебного курса, озаглавленного "Ведение детских болезней". Этот курс включает шесть модулей, два видеофильма, три пособия для преподавателей, задание с использованием фотографий, карточек-рекомендаций для матерей и руководство по адаптации материала. Данный курс был апробирован в Гондаре,

¹ Участвующие отделы, программы и подразделения ВОЗ: Отдел по борьбе с диарейными и острыми респираторными болезнями; Отдел инфекционных болезней; Отдел борьбы с тропическими болезнями; Программа действий в области основных лекарственных средств; Глобальная программа по вакцинам и иммунизации; Охрана здоровья матери и ребенка и планирование семьи; Питание; Гигиена полости рта; Программа предупреждения слепоты; Специальная программа научных исследований и подготовки специалистов по тропическим болезням.

Эфиопия, в июле 1994 г., а сразу после прохождения курса проводилось наблюдение за эффективностью работы его участников. Отредактированный курс пройдет полевое испытание в Объединенной Республике Танзании в начале 1995 г. Ожидается, что курс будет готов для использования странами к середине 1995 г.

24. Первоначальная разработка данного проекта выявила ряд конкретных научно-исследовательских вопросов. Отдел по борьбе с диарейными и острыми респираторными болезнями (ОДР) выделил часть своего научного бюджета на их изучение. Ряд вопросов относится к выявлению и ведению случаев малярии. Специальная программа ВОЗ по научным исследованиям и подготовке специалистов по тропическим болезням создала Целевую группу по проблемам больного ребенка: координация и поддержка научных исследований, направленных на решение этих и будущих научных проблем в области малярии. Для обсуждения вопросов сотрудничества в области научных исследований и разработок были проведены три консультативных совещания экспертов. В 1993 г. Расширенная программа иммунизации совместно с ОДР создала совещание по научным вопросам, связанным с клиническим ведением случаев кори. Были определены научные приоритеты.

Планы и ресурсы

25. Совершенствование методов ведения больных в учреждениях здравоохранения первого уровня позволит внести значительный вклад в снижение детской смертности. Дальнейшее снижение уровня смертности может быть достигнуто за счет предоставления эффективной медицинской помощи детям, направляемым в больницы с тяжелыми формами болезней. Разрабатываются основные принципы интегрированного подхода к больничной помощи, которые лягут в основу учебного курса стационарного ведения больных детей, предназначенного для врачей и старшего медицинского персонала в небольших больницах.

26. Хотя само по себе обучение ведению больных принесет определенную пользу, для эффективного ведения случаев важное значение имеют и другие виды управленческой деятельности. Началась также разработка других компонентов: методов мониторинга и совершенствования ведения больных в медицинских учреждениях первого уровня, обучения управлению лекарственными поставками в центрах здравоохранения, а также принципов отбора и разработки мероприятий по изменению отношения в семье к болезням детей. Намечен выпуск и других вспомогательных материалов, включая пособия по планированию, курс управления программой и пособия по оценке программ. Все эти материалы будут базироваться на опыте, приобретенном с помощью аналогичных методов в программах БДБ и ОРИ и других.

27. Ожидается, что в 1995-1996 гг. многие страны начнут пользоваться имеющимися материалами, касающимися интегрированного подхода к ведению больного ребенка. ВОЗ не сможет обеспечить техническое сотрудничество со всеми этими странами, но она будет работать с небольшим количеством стран с целью подробного мониторинга их опыта. Указанные материалы будут пересматриваться с учетом этого опыта.

28. ВОЗ и ЮНИСЕФ активизируют усилия по привлечению к участию академических институтов, сотрудничающих учреждений и неправительственных организаций в процессе проведения научных исследований и подготовки разработок и для поддержки осуществления соответствующих мероприятий в странах. Заинтересованные учреждения будут поощряться для участия в формулировании политики, планировании и осуществлении мероприятий на страновом уровне.

29. На настоящий момент ограничены ресурсы, имеющиеся в распоряжении, для поддержки научных исследований и разработок в области интегрированного подхода к ведению больного ребенка. В значительной степени они черпаются из источников, принадлежащих программам БДБ и ОРИ, что соответственно отражается на сокращении других видов деятельности. Специальная программа научных исследований и подготовки специалистов по тропическим болезням также внесла свой финансовый вклад в научные исследования и разработки, как это

сделали в меньшей степени другие программы ВОЗ. Сохранение успеха инициативы будет зависеть от мобилизации постоянных финансовых ресурсов. В период перехода к работе по программе, ориентированной на интегрированный подход, такие ресурсы должны дополнять поддержку, необходимую для программ ОРИ и БДБ на глобальном, региональном и страновом уровнях.

30. Большинство стран и учреждений по международному сотрудничеству, а также донорских организаций выразили интерес к этой важной новой инициативе. Данный подход является своевременным для многих стран, где набирает силу реформа систем здравоохранения. Он обеспечивает возможность сотрудничества с учреждениями, которые ранее не были готовы к поддержке программ борьбы с одной конкретной болезнью.

IV. ДЕЙСТВИЯ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА

31. Исполком, возможно, пожелает рассмотреть вопрос о принятии следующего проекта резолюции:

Исполнительный комитет,

рассмотрев доклад Генерального директора на тему: "Борьба с диарейными болезнями и острыми респираторными инфекциями: интегрированный подход к ведению больного ребенка",

РЕКОМЕНДУЕТ Сорок восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения принять следующую резолюцию:

Сорок восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

напоминая резолюции WHA40.34 и WHA44.7, касающиеся укрепления национальных программ профилактики и ведения случаев диарейных болезней и острых респираторных инфекций у детей;

памятуя о цели сокращения уровня смертности детей грудного и раннего возраста к 2000 г., поставленной в 1990 г. на Всемирной встрече на высшем уровне в интересах детей, а также об обязательстве ВОЗ обеспечить выживание и здоровое развитие детей, что нашло отражение в Девятой общей программе работы;

с удовлетворением отмечая успехи, достигнутые в осуществлении национальных программ по борьбе с диарейными болезнями и острыми респираторными инфекциями, а также то влияние, которое они очевидно окажут на глобальное сокращение смертности детей в возрасте до пяти лет;

будучи озабоченной, однако, тем фактом, что диарейные болезни и острые респираторные инфекции остаются двумя главными причинами детской смертности, вызывая наряду с малярией, корью и недостаточностью питания семь летальных исходов из 10 у детей в возрасте до пяти лет в развивающихся странах;

учитывая также, что для достижения поставленных на конец десятилетия целей сокращения детской смертности потребуются значительно большие усилия и ресурсы на глобальном уровне;

отмечая, что ВОЗ является первопроходцем в проведении научных исследований и разработки принципов и учебных материалов, касающихся интегрированного подхода к ведению случаев основных детских болезней в учреждениях здравоохранения первого уровня;

признавая тот факт, что ЮНИСЕФ, учреждения двустороннего сотрудничества и национальные научные институты в развитых и развивающихся странах приняли на себя обязательства поддерживать инициативу ВОЗ в области научных исследований и разработок, касающихся интегрированного подхода к ведению детских болезней,

1. **ОДОБРЯЕТ** инициативу для больного ребенка, представляющую собой интегрированный и наиболее эффективный подход для обеспечения выживания и здорового развития детей;

2. **НАСТОЯТЕЛЬНО ПРИЗЫВАЕТ** правительства стран, которые еще не достигли намеченных к 2000 г. целей сокращения смертности детей грудного и раннего возраста:

(1) применять существующие технические принципы интегрированного подхода к ведению больного ребенка и планировать переход в работе от специальных программ, направленных против отдельных детских болезней, к интегрированному подходу в борьбе с детскими болезнями;

(2) усилить существующие механизмы системы здравоохранения, касающиеся учебной подготовки по месту работы, материально-технического снабжения, связи, руководства и мониторинга с целью создания прочной основы для интегрированного подхода к ведению больного ребенка;

(3) поддерживать управленческую деятельность в области борьбы с диареей и острыми респираторными инфекциями у детей в период перехода к интегрированному подходу;

3. **ПРЕДЛАГАЕТ** Генеральному директору:

(1) продолжить разработку управленческих средств, включая технические принципы, пособия по планированию, учебные курсы, информационные материалы и справочники по планированию, контролю, мониторингу и оценке национальных мероприятий в области интегрированного подхода к ведению больного ребенка;

(2) поощрять, координировать и поддерживать деятельность в области научных исследований и разработок с целью преодоления технических и практических проблем, возникающих в ходе разработки управленческих средств и на начальной стадии осуществления интегрированного подхода к ведению больного ребенка;

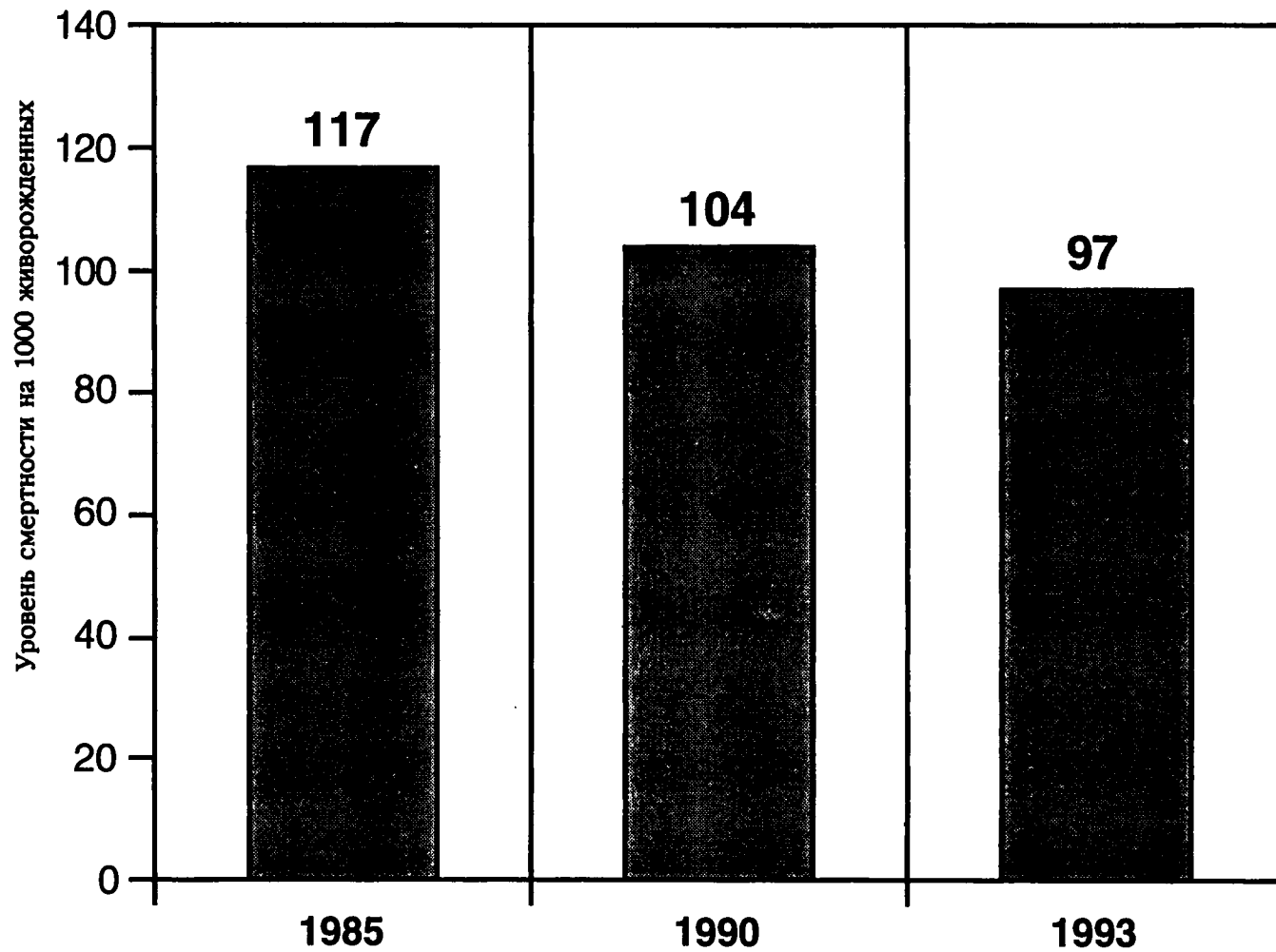
(3) сотрудничать с государствами-членами в разработке технических принципов, основанных на управленческих средствах ВОЗ, для планирования и осуществления национальной деятельности в рамках интегрированного подхода к ведению больного ребенка;

(4) поддерживать тесное и эффективное сотрудничество с другими заинтересованными учреждениями и организациями, в частности, с ЮНИСЕФ, ПРООН и Всемирным банком для продвижения концепции и практики интегрированного подхода к ведению больного ребенка;

(5) продолжать изыскивать внебюджетные средства, необходимые для осуществления данной инициативы;

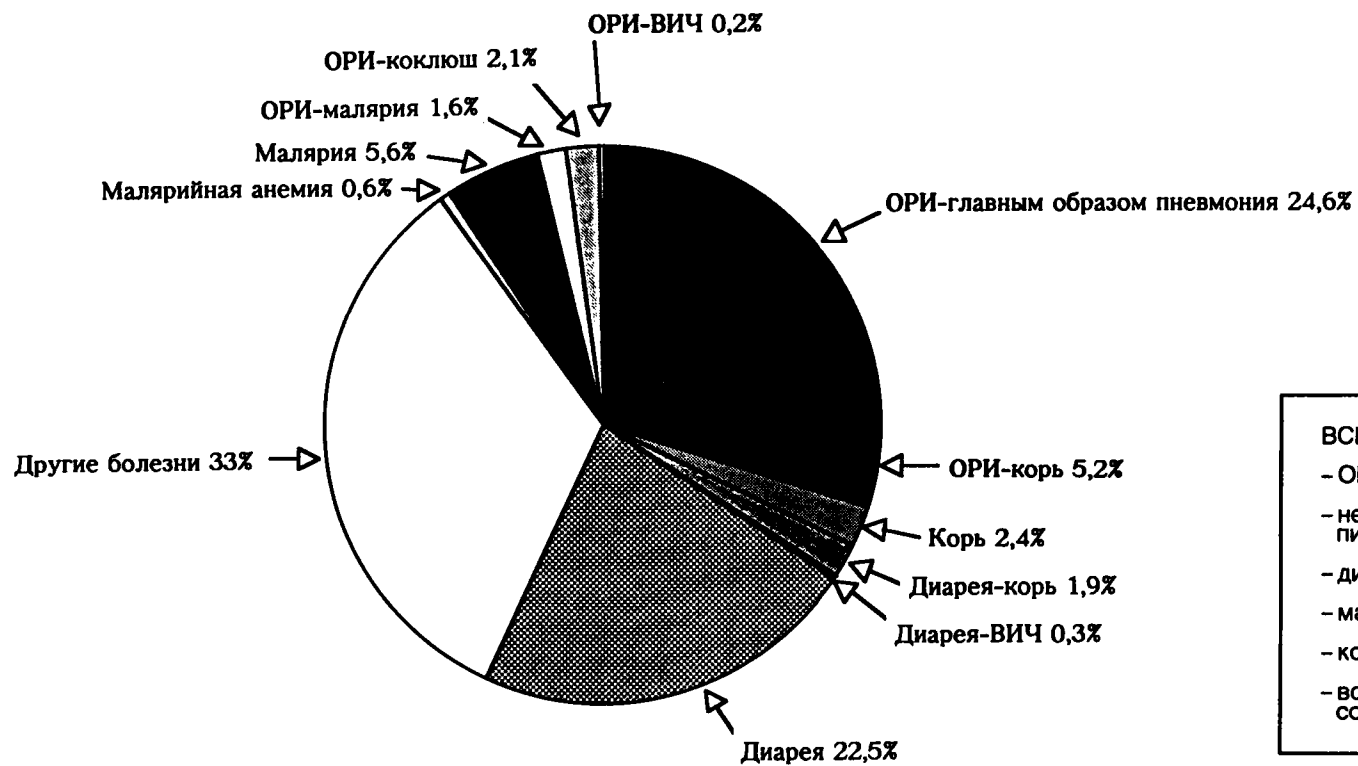
(6) информировать соответствующим образом Исполнительный комитет и Ассамблею здравоохранения о ходе работы.

РИСУНОК 1. СМЕРТНОСТЬ ПО ВСЕМ ПРИЧИНАМ СРЕДИ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ПЯТИ ЛЕТ НА 1000 ЖИВОРОЖДЕННЫХ В РАЗВИВАЮЩЕМСЯ МИРЕ (1985-1993 гг.)



ЛТ 94132

РИСУНОК 2. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПО ПРИЧИНАМ СМЕРТНОСТИ 12,2 МИЛЛИОНОВ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ДЕТЕЙ, НЕ ДОСТИГШИХ ВОЗРАСТА ПЯТИ ЛЕТ, ВО ВСЕХ РАЗВИВАЮЩИХСЯ СТРАНАХ, 1993 г.



ВСЕГО АССОЦИИРУЕТСЯ С:

- ОРИ	33,7%
- недостаточностью питания	29,0%
- диареей	24,7%
- малярией	7,7%
- корью	9,5%
- всеми этими состояниями	71,0%