



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ
Сто восьмая сессия
Пункт 7 предварительной повестки дня

ЕВ108/6
3 мая 2001 г.

Доклад о совещаниях экспертов и исследовательских групп¹

Доклад Секретариата

ОЦЕНКА ОПРЕДЕЛЕННЫХ ПИЩЕВЫХ ДОБАВОК

Объединенный комитет экспертов ФАО/ВОЗ по пищевым добавкам
Пятьдесят третий доклад
Рим, 1-10 июня 1999 г.²

Основные рекомендации

1. Комитет провел токсикологическую оценку следующих пищевых добавок: глазирующего средства гидрогенизированный поли-1-децен, подсластителя эритритол, загустителя курдлан, а также двух смешанных веществ (гамма-циклодекстрин и сульфат натрия). Он установил приемлемые суточные дозы потребления или временные приемлемые суточные дозы потребления для всех этих веществ, кроме гидрогенизированного поли-1-децена. Он также подготовил новые или пересмотренные спецификации для определения подлинности и чистоты оцененных пищевых добавок и рассмотрел спецификации для 36 других пищевых добавок.
2. Оценивая безопасность железонатриевого ЭДТА (этилендиамин тетраацетата), Комитет пришел к выводу, что его можно считать безопасным при использовании в контролируемых программах обогащения продуктов питания в случае необходимости добавок железа для определенной группы населения, установленной сотрудниками здравоохранения.
3. Комитет провел оценку 184 ароматизирующих веществ в двух группах, используя Процедуру безопасной оценки ароматизирующих веществ. На основании токсикологических, метаболических данных, а также данных о приеме внутрь этих ароматизирующих веществ и их структурных характеристиках Комитет пришел к выводу, что все они не представляют «проблем в отношении безопасности».

¹ В соответствии с Положениями о списках экспертов-консультантов и комитетах экспертов Генеральный директор представляет на рассмотрение Исполнительного комитета доклад о совещаниях комитетов экспертов и исследовательских групп, содержащий его замечания о последствиях этих докладов и рекомендации в отношении принятия соответствующих мер.

² Серия технических докладов ВОЗ, No. 896, 2000 г.

4. Была рассмотрена потенциальная аллергичность рафинированного арахисового масла и рафинированного соевого масла, и Комитет пришел к выводу, что не было сделано определения процесса изготовления, который позволял бы стабильно давать безопасную продукцию. Чтобы провести полную оценку, потребуются исследования иммунологической толерантности к репрезентативным рафинированным арахисовым и соевым маслам.

5. Были подвергнуты оценке такие загрязнители, как свинец, метил-ртуть и зеараленон. Были оставлены прежние предварительные допустимые недельные дозы поступления в 25 и 3,3 микрограмма/кг веса тела для свинца и метил-ртути, соответственно. Рассматривая результаты количественной оценки риска в отношении свинца, Комитет пришел к выводу, что ныне обнаруживаемые в продовольствии концентрации не оказывают ощутимого воздействия на нейроразвитие детей грудного и более старшего возраста. Имеющаяся информация о метил-ртути была недостаточной для оценки воздействия на нейроразвитие детей тех матерей, которые подвергались малым дозам. Что касается зеараленона, была установлена временная максимальная допустимая доза потребления в 0,5 микрограмма/кг веса тела.

6. Были проведены оценки национальных обзоров доз потребления четырех пищевых добавок (экстракты аннатто, кантаксантин, эритросин и оксиды железа). Рекомендации по дозам потребления, представленные Комитетом, используются комитетом Кодекса по пищевым добавкам и загрязнителям в разработке его проекта общих стандартов для пищевых добавок.

7. Токсикологическая и другая информация, которая послужила основой для оценок Комитетом безопасности этих пищевых добавок, публикуется отдельно¹. Спецификации были опубликованы FAO².

Значение для политики общественного здравоохранения

8. В работе Комитета подчеркивается значение оценки риска химических веществ, используемых в продуктах питания для общественного здравоохранения. Он подчеркивает сложность этого процесса, который включает сбор и анализ всех необходимых данных, интерпретацию исследований, например на карциногенность, генотоксичность, репродуктивную токсичность и тератогенность; экстраполяцию на людей эффектов, наблюдаемых у экспериментальных животных; характеристику опасности для человека на основе имеющихся токсикологических и эпидемиологических данных.

9. Хотя все государства-члены сталкиваются с проблемой оценки потенциального риска химических веществ в пищевых продуктах, в настоящее время лишь несколько научных учреждений способны провести оценку соответствующих токсикологических и других данных. Поэтому важно обеспечивать государства-члены надежной информацией как по общим аспектам оценки риска, так и по конкретным пищевым

¹ *Safety evaluation of certain food additives*. (Оценка безопасности определенных пищевых добавок) WHO Food Additives Series, No. 444, 2000.

² *Compendium of food additives specifications*, (Компендиум спецификаций на пищевые добавки) *Addendum 7*. FAO Food and Nutrition Paper, No. 52, Add. 7, 1999.

добавкам и загрязнителям, с тем чтобы риски можно было оценивать на национальном уровне.

10. Рекомендации Комитета используются Комиссией по Codex Alimentarius для установления международных продовольственных стандартов. Такие стандарты устанавливаются лишь для тех веществ, которые прошли оценку Комитета и для которых были установлены допустимые дозы потребления (пищевые добавки), либо установлены приемлемые уровни поглощения или сила воздействия (загрязнителей). Эти ограничения обеспечивают соответствие продовольственных товаров в международной торговле строгим стандартам безопасности.

Последствия для программ ВОЗ

11. Комитет проводит оценку химических веществ в пищевых продуктах на постоянной основе. В период 2000-2001 гг. запланировано четыре совещания Объединенного комитета экспертов ФАО/ВОЗ по пищевым добавкам: два по пищевым добавкам и загрязнителям, один по загрязнителям и один по остаткам ветеринарных лекарств в продуктах питания.

12. ВОЗ является партнером Объединенной программы ФАО/ВОЗ по продовольственным стандартам, которая руководит Комиссией по Codex Alimentarius. Работа Комитета имеет важное значение для работы этой Комиссии.

13. Региональные бюро и представители ВОЗ также используют оценки Комитета, когда предоставляют государствам-членам консультации по программам регламентации безопасности пищевых продуктов.

ОЦЕНКА ОСТАТКОВ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВЕТЕРИНАРНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТАХ

Объединенный комитет экспертов ФАО/ВОЗ по пищевым добавкам

Пятьдесят четвертый доклад

Женева, 15-24 февраля 2000 г.¹

Основные рекомендации

14. Комитет вынес рекомендации по остаткам нескольких ветеринарных лекарств в продуктах питания животного происхождения. Он рассмотрел вопросы, касающиеся интерпретации данных по торможению активности холинэстеразы, и вопросы, касающиеся гармонизации своей работы с работой Совместного совещания ФАО/ВОЗ по остаткам пестицидов в отношении веществ, используемых и как ветеринарные лекарства, и как пестициды.

15. Комитет провел оценку одного антигельминтного вещества (ивермектин), четырех антимикробных препаратов (флумексин, линкомицин, окситетрациклин и тильмикозин), шести инсектицидов (цихалотрин, циперметрин, α -циперметрин,

¹ Серия технических докладов ВОЗ, No. 900, в печати.

децикланил, перметрин и метрифонат (трихлорфон)) и одного стимулятора продуктивности (меленгестрол-ацетат). В дополнение к допустимым суточным дозам приема и временным допустимым суточным дозам приема, согласованным на предшествующем заседании Совместного совещания ФАО/ВОЗ по остаткам пестицидов по всем этим веществам были установлены новые допустимые суточные дозы и временные допустимые суточные дозы. Были рекомендованы максимальные пределы остатков или временные максимальные пределы для всех тех составов, для которых они не были установлены на предыдущих заседаниях, однако не были определены временные максимальные пределы для тилмикозина, циперметрина и α -циперметрина, поскольку не было требуемой информации.

16. ВОЗ опубликовала резюме токсикологической и сопутствующей информации, на основе которой осуществлялись оценки безопасности ветеринарных лекарств¹. ФАО опубликовала резюме информации, которая послужила основой для рекомендованных максимальных предельных остатков².

Значение для политики общественного здравоохранения

17. Значение для политики общественного здравоохранения такое же, как и для работы Комитета по пищевым добавкам и загрязнителям (см. пункты 8-13 выше).

Последствия для программ ВОЗ

18. Последствия такие же, как и работы Комитета по пищевым добавкам и загрязнителям (см. пункты 8-13 выше).

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОСНОВНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Комитет экспертов ВОЗ по использованию основных лекарственных средств

Девятый доклад

Женева, 15-19 ноября 1999 г.³

19. Комитет экспертов ВОЗ по использованию основных лекарственных средств собирался для рассмотрения предшествовавшего доклада и обновления десятого Типового перечня основных лекарственных средств. В докладе описывается концепция основных лекарственных средств и ее актуальность для национальной политики в области лекарственных средств, а также представлены критерии для отбора включенных в список веществ и их фармацевтических форм и дозировки. Комитет в равной мере посвятил свое время обзору нынешней роли и функций Типового перечня основных лекарственных средств и обновлению перечня в обычном порядке.

¹ *Toxicological evaluation of certain veterinary drug residues in food.* (Токсикологическая оценка остатков определенных ветеринарных лекарственных средств в пищевых продуктах) WHO Food Additives Series, No. 45, 2000.

² *Residues of some veterinary drugs in animals and foods.* (Остатки некоторых ветеринарных лекарственных средств в животных и пищевых продуктах.) FAO Food and Nutrition Paper, No. 41/13, 2000.

³ Серия технических докладов ВОЗ No. 895, 2000 г.

Основные рекомендации

- **Обзор нынешней роли и функций Типового перечня основных лекарственных средств**

20. Комитет отметил большой успех типового перечня в утверждении и развитии концепции основных лекарственных средств, которая принята и адаптируется в глобальном масштабе. И процесс отбора, и содержание перечня служат исключительно полезными моделями, и Комитет рассмотрел вопрос о том, как лучше всего использовать эти функции в будущем.

21. Комитет одобрил предпринимаемые ВОЗ усилия для увязывания отбора лекарств, включенных в типовой перечень, с руководствами по лечению и рекомендовал продолжить такой подход в максимально возможной степени, с тем чтобы содействовать осуществлению таких руководств. Он также выразил свою поддержку усилиям ВОЗ по разработке руководств для лечения болезней на основе фактических данных и признал ценность этой деятельности как таковой.

22. Решения о включении лекарств в типовой перечень должны основываться на должным образом выявленных фактических данных. Спецификации для представления Комитету должны быть лучше сформулированы, и предложение по каждому лекарственному средству должно включать основательный фармако-экономический анализ. Обоснования окончательных решений Комитета должны тщательно регистрироваться.

23. Комитет пришел к выводу, что типовой перечень должен указывать приоритетные состояния и приоритетные средства, в отношении которых следует обеспечивать справедливую возможность получения и доступность по цене, прежде чем тратить ресурсы на другие виды лечения. В дополнение к этому строжайшему перечню необходимо специально указать те лекарственные средства, которые эффективны с точки зрения затрат и безопасны, однако необязательно доступны по цене, и для надлежащего использования которых может потребоваться специальная подготовка либо медико-санитарные службы.

24. Комитет также приветствовал предложение выявлять и давать возможность доступа к фактическим данным, обосновывающим включение уже фигурирующих в перечне лекарств, и согласился, что было бы полезно провести общий обзор нескольких терапевтических групп. В перечне фигурируют некоторые лекарства, используемые для лечения мало распространенных состояний, однако в нем нет эффективных лекарств против некоторых других мало распространенных состояний. Комитету не удалось определить основания для таких включений или невключений, однако он отметил, что частота, тяжесть и субъективная концепция важности состояния, а также эффективность лечения использовались в различной степени при принятии решений в прошлом. Комитет решил, что будет неуместно пересматривать этот аспект перечня на нынешнем заседании.

25. Комитет широко обсудил необходимость более четких и ясных критериев для определения, какие болезни или состояния следует включать в «потребности охраны

здоровья большинства» и какие лекарства для их лечения должны включаться в типовой перечень. Равным образом необходимы более четкие критерии или вопросы для рассмотрения при отборе лекарств для включения в перечень. Признавая желательность более ясно определить основу принятия решений и учитывая, что с недавнего времени имеются систематические обзоры Cochrane Collaboration и другие технологические новшества в принятии решений в медицинской области, которые в целом называются «медициной на основе фактических данных», Комитет рекомендовал в срочном порядке провести общий пересмотр своей методологии принятия решения. Затем следует определить методологию для использования Комитетом в будущем, включая процесс представления предложения и характер содержания последнего. В этом контексте Комитет признал, что осуществление этих рекомендаций имеет последствия в плане ресурсов.

- **Типовой перечень лекарственных средств (одиннадцатый)**

26. Основная часть доклада содержит пересмотренный типовой перечень и тексты, отражающие специфические соображения, выдвинутые в ходе его пересмотра. В свете обсуждения необходимости подхода к включению лекарств в перечень на более широкой базе фактических данных по сравнению с десятым типовым перечнем, в новый было внесено мало изменений. Тем не менее, для предупреждения передачи ВИЧ от матери к ребенку был добавлен невидирин. Это решение основывалось на результатах исследования, проходившего под эгидой ВОЗ, и рекомендациях Технической рабочей группы ВОЗ/ЮНЕЙДС/ЮНИСЕФ/ЮНФПА. К перечню была также добавлена комбинация из четырех препаратов в фиксированной дозе для лечения туберкулеза в соответствии с просьбой, полученной от инициативы «Остановить туберкулез». Кроме того, к тексту был добавлен абзац о ценности никотино-заместительной терапии при отказе от курения.

Значение для общественного здравоохранения

27. Основные лекарственные средства – это те, которые удовлетворяют потребности в медико-санитарной помощи большинства населения; поэтому они должны быть всегда в наличии в достаточном количестве, в соответствующих фармацевтических формах и дозировках и по таким ценам, которые доступны как отдельным лицам, так и общинам. Следуя этому типовому процессу ВОЗ, необходимо составлять и периодически обновлять национальные перечни основных лекарственных средств, консультируясь с экспертами по общественному здравоохранению, медицине, фармакологии, фармации и снабжению лекарственными средствами. Более 150 стран разработали свои собственные национальные перечни основных лекарственных средств. Эти перечни используются, среди прочего, для закупок необходимых лекарств, определения возмещения в рамках систем медицинского страхования, подготовки работников здравоохранения, составления стандартных руководств по лечению и поощрения местного фармацевтического производства. Иными словами, перечни основных лекарственных средств используются в целях определения приоритетов для национального фармацевтического сектора. Выбор основных лекарственных средств все в большей мере основывается на сопоставительных данных в отношении их терапевтической эффективности, безопасности, эффективности с точки

зрения затрат (а не просто стоимости), рекомендуемых курсов лечения приоритетных болезней.

Последствия для программ ВОЗ

28. Рекомендации провести обзор процедур обновления и распространения Типового перечня основных лекарственных средств ВОЗ и укрепить связь между руководствами ВОЗ в отношении лечения и типовым перечнем имеют последствия для Организации. Отдельный доклад по обзору этих процедур, который начался в 2000 г., будет представлен Исполнительному комитету на его Сто девятой сессии в январе 2002 г. Отбор лекарств для Типового перечня имеет последствия для установления фармакопейных и связанных с этим эталонных стандартов, а также для Типового формуляра ВОЗ. Многие государства-члены тщательно следят за отбором основных лекарственных средств для учета этого в своих национальных перечнях основных лекарственных средств.

ХИМИЯ И СПЕЦИФИКАЦИИ ДЛЯ ПЕСТИЦИДОВ

Комитет экспертов ВОЗ по биологии переносчиков и борьбе с ними

Шестнадцатый доклад

Женева, 6-10 декабря 1999 г.¹

Основные рекомендации

29. Для дальнейшего повышения качества пестицидов, используемых в общественном здравоохранении, ВОЗ следует обеспечить широкое распространение своих спецификаций и укрепить и расширить программы контроля качества пестицидов. В интересах здоровья человека и безопасности окружающей среды, а также эффективности и экономии очень важно, чтобы пестициды были высокого качества.

30. Там, где пестициды используются в интересах общественного здравоохранения, ВОЗ в сотрудничестве с промышленностью и другими соответствующими учреждениями должна еще более активно добиваться безопасного и разумного использования.

31. Для обеспечения гармонизации процедур, используемых при разработке спецификаций для сельскохозяйственных и медико-санитарных пестицидов, следует укрепить и официально оформить сотрудничество между ВОЗ и ФАО. Такие процедуры гармонизации будут способствовать повышению качества спецификаций; повышать их приемлемость для правительств, промышленности и торговцев; обеспечивать транспарентность процесса и решений; и повышать отдачу и эффективность с точки зрения затрат на разработку таких спецификаций для промышленности, для ФАО и для ВОЗ.

¹ Серия технических докладов ВОЗ, No. 899, 2001 г.

32. ВОЗ следует поощрять и стимулировать поиск альтернативных пестицидов и мер борьбы, которые представляют минимальный риск для здоровья человека и для окружающей среды и которые эффективны с точки зрения затрат. В этом контексте необходимо укрепить сотрудничество с соответствующими научно-исследовательскими институтами и промышленностью.

33. Учитывая ограниченное число пестицидов, разработанных в последние годы, и необходимость продлить срок использования имеющихся составов, ВОЗ в сотрудничестве с другими соответствующими учреждениями следует укреплять мониторинг резистентности к пестицидам у переносчиков и вредителей, представляющих угрозу для общественного здравоохранения, и содействовать эффективным и практичным стратегиям борьбы с резистентностью.

34. Для улучшения обращения с пестицидами в глобальном масштабе ВОЗ и ФАО с помощью промышленности и национальных органов власти должны содействовать межсекторальным программам по мониторингу использования сельскохозяйственных, медико-санитарных и бытовых пестицидов.

Значение для политики общественного здравоохранения

35. Сохраняющееся значение для здравоохранения передаваемых переносчиками болезней подразумевает дальнейшее использование химических методов борьбы с переносчиками. Пестициды хорошего качества имеют огромное значение (см. пункт 29), и, тем не менее, количество низкокачественных пестицидов, реализуемых в развивающихся странах, настолько высоко, что вызывает озабоченность, и способность большинства этих стран обеспечить контроль за качеством пестицидов ограничена. Поэтому как правительствам, так и региональным и международным организациям настоятельно предлагается принять спецификации ВОЗ по пестицидам для обеспечения того, чтобы производились и продавались продукты хорошего качества. Региональные центры ВОЗ по контролю качества пестицидов были созданы в Аргентине, Бельгии, Пакистане и Соединенных Штатах Америки в целях обеспечения соответствующей материальной базы странам, которые нуждаются в контроле качества пестицидов.

36. Реформы сектора здравоохранения создают новые трудности в выборе, закупке, поставке, использовании и мониторинге инсектицидов. Это усложнение оправдывает потребность в многосекторальном подходе к принятию решений по использованию пестицидов. Необходимы также национальная политика и руководящие принципы в отношении инсектицидов, обеспечении эффективного с точки зрения затрат и безопасного использования пестицидов в общественном здравоохранении, а также для максимального удлинения периода, в течение которого они остаются эффективными.

Последствия для программ ВОЗ

37. Комитет экспертов ВОЗ по биологии переносчиков и борьбе с ними представляет постоянно обновляемые рекомендации по качеству и безопасности медико-санитарных пестицидов и обеспечивает доступность международных стандартов для контроля качества и международной торговли. Это дает возможность ВОЗ выполнять свои

уставные обязанности в данной области. Значение информации и рекомендаций, содержащихся в докладе, подчеркивает необходимость для ВОЗ широко распространять рекомендации Комитета среди национальных регламентарных органов, национальных контрольных лабораторий и изготовителей медико-санитарных пестицидов.

38. Рекомендации Комитета в отношении сотрудничества между ВОЗ и ФАО по использованию пестицидов уже привели к подписанию Меморандума о взаимопонимании по «сотрудничеству в совместной программе разработки спецификаций для пестицидов». Его осуществление будет способствовать улучшению совместной работы.

39. Рекомендации, касающиеся разработки остро необходимых альтернативных пестицидов (пункт 32) и содействия их безопасному и разумному использованию в общественном здравоохранении (пункт 30), высвечивают уникальную координирующую и лидерскую роль ВОЗ в этой области.

УХОД НА ДОМУ И В ТЕЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПЕРИОДА

Исследовательская группа ВОЗ

Маале Хачамиша, Израиль, 5-10 декабря 1999 г.¹

40. В идеале уход на дому должен быть неотъемлемым компонентом всех медико-санитарных и социальных систем. Однако для начала необходимо иметь, по крайней мере, программы укрепления здоровья и предупреждения болезней. Последовательные шаги в этом направлении включают: поддержку неформального ухода в рамках общины или «в местной обстановке»; введение помощи на базе общины, включая помощь на дому; облегчение лечения хронических или длительных болезней; и затем внедрение реабилитационной помощи больниц общего профиля, и наконец, специализированных служб третьего уровня. Последним элементом длительного лечения для внедрения должно быть лечение в стационаре. Распределение общественных ресурсов для служб должно проходить в той же последовательности, что и внедрение служб. Для многих стран слишком поздно принимать этот рациональный подход, но, тем не менее, все страны следует поощрять к заполнению пробелов в их существующих системах или внедрению служб, начиная с тех, которые требуют наименьшего вмешательства, перед тем, как двигаться дальше, переходя к более сложным мероприятиям.

41. Структура развития в промышленно развитых странах необязательно соответствует потребностям развивающихся стран или желательна для них. В развитых странах большинство систем долговременного лечения разделяют возрастные группы и имеются отдельные медико-санитарные и социальные службы для лечения в случае острых и долговременных заболеваний. Необходимо предпринять большие усилия для изменения этих систем, однако развивающиеся страны могут избежать

¹ Серия технических докладов ВОЗ, No. 898, 2000 г.

этого, в первую очередь, включив помощь на дому в свои системы медико-санитарной помощи.

Основные рекомендации

42. Исследовательская группа рекомендовала признать помощь в качестве приоритетной потребности человека, которую каждый обязан удовлетворять – мужчины и женщины в одинаковой степени. Более того, все секторы общества и правительства должны признать и оказывать поддержку помощи и ее оказанию в качестве важнейшего элемента развития, включая долговременную помощь для лиц с любым типом функциональной зависимости и поддержку для тех, кто оказывает эту помощь.

43. Следует разработать политику, которая включает длительную помощь на дому в качестве неотъемлемой части медико-санитарной и социальной систем страны и усилий по реформированию здравоохранения. Эта политика должна охватывать не только службы, но и ресурсы, включая приоритеты для их распределения.

44. Творческие инициативы на базе общины в отношении долговременной помощи следует поощрять и уважать. Исследовательская группа также рекомендовала рассматривать возможность их полномасштабного осуществления.

45. Национальная политика и инициативы на всех уровнях должны основываться на существующих структурах и ресурсах, и следует серьезно рассмотреть вопрос о включении долговременной помощи на дому в первичную медико-санитарную помощь.

46. Исследовательская группа рекомендовала принять такой подход, который концентрируется на укреплении здоровья и отдалении инвалидности на протяжении жизни и на потребностях функционально зависящих лиц и тех, кто за ними ухаживает, независимо от этиологии зависимости и возраста пациента или того, кто за ним ухаживает.

47. Следует разработать и внедрить службы на дому и в общине с целью удовлетворения потребностей функционально зависящих людей и их семей до создания стационарных служб.

Значение для политики общественного здравоохранения

48. Следующие два десятилетия станут периодом глубоких изменений в потребностях охраны здоровья населения мира, когда основными причинами инвалидности станут неинфекционные болезни, психические болезни и травмы. Ожидается, что численность более старшего населения увеличится во многих развивающихся странах на цифры до 300%. Кроме того, важной причиной инвалидности (и смерти) останется ВИЧ/СПИД. Везде потребность в долговременной помощи резко увеличивается.

49. Эти изменения требуют совершенно другого подхода к политике в секторе здравоохранения и службах медико-санитарной помощи, поскольку один только подход с точки зрения болезни более непригоден. Одним общим знаменателем,

вытекающим из этих демографических и эпидемиологических изменений, является функциональная зависимость и растущая потребность в помощи для решения повседневных бытовых проблем.

Последствия для работы ВОЗ

50. Описанное выше означает, что долговременная помощь должна стать неотъемлемой частью *всей* работы ВОЗ, касающейся:

- развития систем здравоохранения;
- растущего двойного бремени болезней (т.е. инфекционных болезней, например, ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии; хронических неинфекционных болезней, например, сердечно-сосудистых и диабета; психических болезней и болезней, вызывающих слабоумие, например, эпилепсии, депрессии и деменции; и хронической инвалидности в результате насилия, например, дорожного травматизма и военных действий);
- гендерные аспекты и социальное развитие – поскольку помощь оказывают обычно женщины, это имеет важные последствия для социального и экономического развития стран.

БОРЬБА ПРОТИВ БОЛЕЗНИ ШАГАСА

Комитет экспертов ВОЗ по борьбе против болезни Шагаса

Второй доклад

Бразилия, 20-28 ноября 2000 г.¹

51. Болезнь Шагаса встречается по всей Латинской Америке, однако ее клинические и эпидемиологические характеристики варьируются от одной эндемичной зоны к другой. Усилия, направленные на то, чтобы прервать ее передачу, привели к успеху в некоторых странах и должны продолжаться, поскольку имеются эффективные с точки зрения затрат средства химической борьбы с переносчиками и контроля сдаваемой донорами крови.

52. Передача болезни Шагаса была прервана в Уругвае в 1997 г., в Чили – в 1999 г. и в 8 из 12 эндемичных штатов Бразилии в 2000 г. Данные показывают, что в Боливии и Парагвае к 2003 г. будет прекращена передача через переносчиков и донорскую кровь. Благодаря прекращению передачи болезни Шагаса в странах Инициативы Южного конуса число новых случаев болезни в Латинской Америке существенно сократилось, а число смертей снизилось с 45 000 в 1990 г. до 21 000 в 2000 г.

53. В докладе представлены технические руководства по планированию, осуществлению и оценке национальных программ борьбы, нацеленных на прекращение

¹ Составлено на основе неотредактированного текста; формулировки, однако нетехническое значение, могут измениться в заключительном докладе, который будет опубликован в серии Технических докладов.

передачи. Он включает критический обзор имеющихся знаний о болезни и ее патогенезе, паразитах и критериях их классификации, а также переносчиках и резервуарах инфекции. В нем также рассматриваются стратегии для прекращения передачи и их эффективность с точки зрения затрат.

Основные рекомендации

54. Прогресс прекращения передачи болезни Шагаса в некоторых странах Латинской Америки за последние 20 лет был поистине замечателен. Национальные программы борьбы и научно-исследовательские институты в эндемичных странах нуждаются в дальнейшей поддержке, чтобы достичь цели ликвидации болезни к 2010 г., как этого требует резолюция WHA51.14 Всемирной ассамблеи здравоохранения.

55. Эндемичным странам следует продолжать борьбу с переносчиками и эпиднадзор, независимо от того, в какой степени была прервана передача через переносчиков. Страны, которые успешно добились прекращения передачи, должны продолжать национальные мероприятия по контролю за переносчиками столько времени, сколько будет необходимо, для того чтобы убедиться, что их территория остается свободной от передачи болезни домашними переносчиками.

56. Эндемичным странам следует и далее проверять донорскую кровь на *Trypanosoma cruzi*, чтобы обеспечить прекращение передачи паразита при переливаниях крови.

57. На национальном уровне необходимо предпринимать усилия для обеспечения того, чтобы инфицированные лица на раннем этапе неопределенной фазы болезни проходили курс лечения единственным имеющимся ныне лекарством (бензнидазолом). Лекарство необходимо давать таким инфицированным лицам, живущим в областях, где была прервана передача переносчиками. В то же время необходимо продолжать исследования в целях изыскания новых эффективных лекарств.

58. Необходимо разрабатывать и внедрять национальные системы и методы контроля качества диагностических реактивов и инсектицидов до утверждения их к использованию в клиническом лечении, проверке донорской крови и опрыскивании.

59. В тех странах, где была прервана передача болезни переносчиками, следует поощрять эпидемиологические и клинические исследования по врожденной болезни Шагаса.

60. Министерством здравоохранения эндемичных стран следует проанализировать экономические аспекты различных методов осуществления проверенных стратегий борьбы.

61. Следует и далее оказывать поддержку мероприятиям ВОЗ в области научных исследований и подготовки кадров, включая совместные мероприятия ПРООН/Всемирного банка/Специальной программы ВОЗ научных исследований и подготовки кадров по тропическим болезням.

Значение для политики общественного здравоохранения

62. Как указывается в резолюции WHA51.14, поддержку следует сконцентрировать на прикладных, энтомологических и эпидемиологических исследованиях борьбы с одомашнившимся и неодомашнившимся переносчиком вида триатомин в Андских странах и в Центральной Америке.

63. Поскольку переносчики болезни Шагаса в этих странах не вполне одомашнены, потребуется сформулировать или адаптировать стратегии борьбы в соответствии с местными энтомологическими условиями, где переносчики могут вновь проникнуть в жилища из лесных экотопов.

64. Анализ и рекомендации, представленные в докладе, могут способствовать субрегиональным проектам, включая инициативы в Южном конусе, Андских странах и Центральной Америке, о которых подробно говорится ниже в пунктах 65-70.

Инициатива Южного конуса

65. Эта инициатива, объединяющая Аргентину, Боливию, Бразилию, Парагвай, Уругвай и Чили, началась в 1991 г. в целях осуществления стратегии ликвидации болезни Шагаса, основанной на прекращении передачи переносчиками и систематическом контроле доноров крови. В результате ежегодно предотвращается 325 000 новых случаев инфекции *T.cruzi* и 127 000 случаев кардиомиопатии и внезапной смерти. Модель, внедренная в Южном конусе, уже адаптирована в рамках двух других субрегиональных инициатив (см. пункты 68-70 ниже).

66. Экономическое воздействие также заметно. Недавние исследования эффективности затрат в Бразилии показали, что участвующие страны сэкономили более 1140 млн. долл. США на расходах на медико-санитарную помощь и затратах на социальное обеспечение. Инвестиции в эту инициативу из национальных источников самих стран в период между 1992 г. и 2000 г. составили примерно 350 млн. долл. США.

67. В настоящее время основная проблема – это обеспечить устойчивость программы в эпидемиологическом контексте очень малого числа новых случаев инфекции *T.cruzi* и в организационных условиях реформы сектора здравоохранения, когда децентрализация деятельности может привести к снижению приоритета мероприятий по ликвидации.

Инициатива Андских стран

68. Начало этой инициативе положили в 1997 г. в Боготе Венесуэла, Колумбия, Перу и Эквадор. Данные из Венесуэлы показывают, что после проведения мероприятий по борьбе с переносчиком показатели серораспространенности на инфекцию *T.cruzi* у детей в возрасте 10 лет постепенно снижались за последние четыре десятилетия с 20,5% (1958-1968 гг.) до 3,9% (1969-1979 гг.), 1,1% (1980-1989 гг.) и 0,8% (1990-1999 гг.). С 1990 г. по 1999 г. число новых случаев инфекции в возрастной группе 0-4 года снизилось на 90% и теперь составляет менее 1%. Передача *T.cruzi* в настоящее время ограничивается штатами Баринас, Лара и Португеса.

Центральноамериканская инициатива

69. Центральноамериканская инициатива по борьбе с передачей *T.cruzi* переносчиками и с донорской кровью была начата на основе резолюции No. 13 XIII Совещания сектора здравоохранения Центральной Америки (Белиз, 1997 г.).

70. Уничтожение клопов *Rhodnius prolixus* в Гватемале, Гондурасе и Никарагуа осуществимо к 2005 г. Мероприятия по надзору за лесным переносчиком *Triatoma dimidiata* следует продолжить в будущие годы. В настоящее время в Белизе, Коста-Рике и Панаме не проводится регулярных мероприятий по борьбе с переносчиком.

Последствия для программ ВОЗ

71. Резолюция WHA51.14 утвердила стратегию для обеспечения прекращения передачи болезни Шагаса за счет сочетания прикладных полевых исследований и мероприятий по борьбе. Конечная задача заключается в ликвидации передачи к 2010 г.

= = =