



Лепра (болезнь Гансена)

Доклад Секретариата

1. На своей Сто двадцать шестой сессии в январе 2010 г. Исполнительный комитет предложил Генеральному директору провести заседание Комитета экспертов по лепре до проведения своей Сто двадцать восьмой сессии, с тем чтобы Исполком мог вновь рассмотреть данный предмет в январе 2011 года¹. Поэтому Комитет экспертов по лепре провел свое восьмое заседание (Женева, 12-19 октября 2010 г.), с тем чтобы проанализировать глобальную ситуацию в отношении лепры; рассмотреть текущие мероприятия в других областях, оказавшие влияние на лепру, включая лечение лепры и ее различных осложнений; рассмотреть последние фактические данные и провести обзор существующих показателей прогресса, с тем чтобы определить, можно ли ввести улучшенные показатели; и представить рекомендации по техническим и оперативным вопросам, связанным с усилиями, направленными на дальнейшее сокращение бремени, обусловленного лепрой. В настоящем докладе представлена глобальная ситуация в отношении лепры и вывод, сделанный на заседании Комитета.

2. Цель ликвидации лепры в качестве проблемы общественного здравоохранения, определенная как сокращение показателя распространенности ниже одного случая на 10 000 населения на глобальном уровне была поставлена Ассамблеей здравоохранения в 1991 г. в резолюции WHA44.9 и затем повторно зафиксирована в 1998 г. в резолюции WHA51.15; первоначальной целевой датой был 2000 год. Эти утверждения были в высшей степени успешными в определении основного направления деятельности программ по борьбе с лепрой и в обеспечении политических и финансовых обязательств. Осуществление этих резолюций привело к резкому сокращению распространенности более чем на 90%, а к концу 2000 г. данная цель была достигнута на глобальном уровне. К началу 2010 г. все страны, за исключением четырех с населением более одного миллиона человек, достигли уровня распространенности менее одного случая на 10 000 населения. Принятый стратегический подход также привел к значительному улучшению работы по профилактике лепры и борьбе с ней, такой как упрощение диагностики и введение множественной лекарственной терапии посредством бесплатного предоставления блистерных упаковок всем новым больным. Данный прогресс явился крупным достижением общественного здравоохранения.

¹ Документ ЕВ126/2010/REC/2, протокол двенадцатого заседания, раздел 1.

3. С 1985 г. более 15 миллионов больных были вылечены посредством применения множественной лекарственной терапии. Достижение данного успеха стало возможным благодаря решительной приверженности стран, где данная болезнь является эндемической, при поддержке международного сообщества, включая ВОЗ, Фонд "Ниппон" и Мемориальный фонд здравоохранения Сасакавы; фармацевтическую компанию Новартис и Фонд поддержки устойчивого развития "Новартис"; двусторонние организации; национальные и международные неправительственные организации, а именно Международную федерацию противолепрозных ассоциаций.

4. Важная рекомендация Комитета экспертов была направлена на достижение глобальной цели сокращения уровня появления новых случаев с заметной инвалидностью (ВОЗ, Инвалидность 2-й группы) до уровня ниже одного случая на миллион населения скорее на глобальном, чем на национальном уровне. Эта целевая задача предположительно будет сохранять долгосрочное обязательство через партнерства с правительствами, Секретариат, научные круги, промышленность, людей, пострадавших от лепры, общины и неправительственные организации.

5. Неравномерное географическое распространение лепры создает возможность для стран сосредоточиться на районах более высокой эндемичности. Более высокое распространение лепры среди лиц, соприкасающихся с больными, также предоставляет возможность для раннего выявления случаев заболевания.

6. Число новых случаев заболевания, ежегодно выявляемых на глобальном уровне, неуклонно снижается с пикового уровня в размере 775 000 человек в 2001 г. до 245 000 человек в 2009 году. В начале 2010 г. эта цифра упала до 212 000 случаев, соответствующих числу больных, проходящих в это время множественную лекарственную терапию.

7. В течение 2009 г. только в 16 странах было зарегистрировано более 1000 новых случаев. На эти страны приходилось 93% новых случаев заболевания, выявленных на глобальном уровне в течение 2009 г., и это показало уменьшение на 71,7% между их пиковыми уровнями выявления случаев заболевания и 2009 годом.

8. Заметное достижение в области сокращения глобального бремени лепры за последнюю четверть века главным образом является результатом применения рекомендаций Исследовательской группы ВОЗ по химиотерапии лепры в отношении применения множественной лекарственной терапии в качестве стандартного лечения с комбинацией трех лекарственных препаратов для лечения множественной бациллярной лепры (рифампицин, клофазимин и дапсон) и двух лекарственных препаратов для лечения пауцибациллярной лепры (рифампицин и дапсон)¹. В настоящее время больные множественной бациллярной лепрой проходят лечение в течение 12 месяцев, а пауцибациллярные больные - в течение шести месяцев.

¹ Серия технических докладов ВОЗ, No. 847, 1994 г.

9. Существующие схемы лечения множественной лекарственной терапией остаются основой химиотерапии лепры, осуществляемой во всех странах, где лепра является эндемическим заболеванием. Наличие препаратов второго ряда и перспективные новые лекарственные препараты с высокой бактерицидностью предоставляют возможность осуществления испытаний с новыми схемами. Предварительные результаты проводимого испытания расширяют перспективу сокращения длительности множественной лекарственной терапии, в настоящее время рекомендованной ВОЗ до шести месяцев в отношении больных множественной бациллярной лепрой, но еще рано делать окончательные выводы.

10. После применения множественной лекарственной терапии рецидивы возникают редко даже после месяца ее широкого применения, а повторное лечение с помощью стандартной множественной лекарственной терапии является в высшей степени успешным. Комитет экспертов рекомендовал проведение эпиднадзора за лекарственной резистентностью, несмотря на небольшое число сообщений о резистентных к лекарствам штаммах *Mycobacterium leprae*, после завершения множественной лекарственной терапии.

11. Комитет экспертов сделал вывод о том, что большинство проведенных в последнее время эпидемиологических, клинических и патологических исследований ко-инфекции с ВИЧ не показали ни на увеличение распространенности ВИЧ у больных лепрой, ни на изменение в клиническом спектре лепры среди ко-инфицированных субъектов.

12. На основе экспериментальных исследований, рассмотренных Комитетом экспертов, разумно сделать вывод о том, что в плане общественного здравоохранения инфекционность становится незначительной после начала проведения множественной лекарственной терапии.

13. В результате различных патологических и иммунологических процессов, происходящих в периферийных нервах, лепра часто вызывает нарушение функций нервной системы. Доля новых случаев заболевания с таким нарушением при диагностике может достигать 20%. Лепрозные реакции рассматриваются в качестве основной причины нарушения функций нервной системы и наблюдаются у 30%-50% всех больных множественной бациллярной лепрой. В основе лечения этих реакций лежат кортикостероиды. Несколько исследований показали полезность использования талидомида при лечении острой нодозной эритемы при лепре, но его использование ограничено вследствие тератогенного действия, а также этических и правовых соображений. Важно проводить медико-санитарное просвещение всех больных в отношении признаков и симптомов реакций и нарушения функций нервной системы и советовать им незамедлительно обращаться в центры здравоохранения, когда они испытывают подобные явления. Национальным программам по лепре следует продолжать работу по обеспечению того, чтобы существовала эффективная система направления к специалистам в рамках общих служб здравоохранения, с тем чтобы можно было бы провести своевременную оценку функций нервной системы и можно было бы быстро диагностировать реакции, неврит и соответствующие осложнения и заняться их лечением.

14. По-прежнему остается проблемой потеря трудоспособности среди новых больных и людей, которые завершили свое лечение. Хотя профилактика и оказание помощи при инвалидности попадают в широкую сферу общественного здравоохранения, требуется поддержка со стороны социальных служб, общины и добровольного сектора. В настоящее время отсутствует надежная информация о степени распространенности инвалидности, вызываемой лепрой, в плане числа людей, страдающих на глобальном и страновом уровнях. Важно провести оценку общей распространенности заметной потери трудоспособности (инвалидность 2-й группы) среди населения, с тем чтобы осуществлять планирование и предоставление услуг по реабилитации. Поэтому было бы полезно включить во все национальные программы новый показатель общей распространенности инвалидности 2-й группы среди населения. Трехступенчатая классификационная система ВОЗ по инвалидности (0, 1 и 2) используется в течение нескольких лет и оказалась хорошей основой для определения масштабов проблемы. Профилактика инвалидности начинается с ранней диагностики лепры, определения и лечения таких осложнений, как неврит и реакции, определение больных, у которых существует риск развития вторичной инвалидности, и своевременного вмешательства.

15. Оказание помощи при инвалидности должно быть частью обычных лечебных служб на клиническом уровне и также должно включать вылеченных людей. Оказываемые услуги должны включать предоставление вспомогательных средств и приспособлений, специализированной медицинской помощи, проведение хирургической реконструкции и реабилитации. Следует уделять больше внимания самолечению и самопомощи посредством получения советов от пострадавших людей, а также их семей и членов общины. Стратегия проведения реабилитации по месту жительства должна осуществляться с использованием местных ресурсов для поддержки реабилитации людей с потерей трудоспособности.

16. В последние годы намечилось изменение в отношении к лепре с уменьшением случаев клеймения во многих странах. Больные лепрой в настоящее время могут часто оставаться со своими семьями и общинами. В результате вовлечение семей и членов общины в настоящее время рассматривается в качестве ключевой стратегии в укреплении самооценки больных, с тем чтобы активизировать включение больных лепрой в различные общественные системы, включая здравоохранение, жилье, образование и принятие решений, а также в социально-экономические сферы. Больные лепрой должны играть основную роль в службах по лечению лепры, особенно в областях поддержки, информированности, реабилитации и выявления случаев заболевания. Люди с недавно установленным диагнозом лепры не должны направляться в учреждения на долгосрочное лечение. Своевременное выявление случаев заболевания и множественная лекарственная терапия предотвратили потерю трудоспособности, вызываемой лепрой, среди, приблизительно, двух миллионов людей. В настоящее время заметно повысился уровень информированности и политического обязательства в странах, где лепра является эндемическим заболеванием, с уделением большего внимания вопросам прав человека, связанным с клеймением и дискриминацией.

17. Важным путем значительного сокращения бремени, вызываемого лепрой, будет уделение первостепенного внимания этому подходу, используя преимущества очень

неравномерного распределения болезни в странах и среди групп населения. Такой подход, который будет сочетать подробное картирование случаев заболевания с интенсивными и новаторскими усилиями по выявлению случаев заболевания, вероятнее всего, в значительной степени снизит бремя болезни. Концентрация внимания на областях, где данная болезнь является в высшей степени эндемической, не должна означать, что группы населения в других географических областях будут полностью игнорироваться. Также важно связываться с больными лепрой, проживающими в труднодоступных районах, а также получающими недостаточное обслуживание, и маргинализированными группами населения. Среди городского населения основное внимание следует уделять вопросам улучшения обслуживания людей, живущих в трущобах. Контакты известных случаев легко определяемы как лица высокого риска, и они могут быть выделены для применения к ним конкретных профилактических мер или посредством проведения вакцинации с использованием вакцины БЦЖ или химиопрофилактики.

18. Принципы справедливости и устойчивости являются основой для интеграции лепры в рамки общих служб здравоохранения. Однако интеграция не означает, что следует отказаться от специализированных компонентов служб, осуществляющих лечение лепры. Центральная проблема заключается в том, каким образом улучшить осуществление интегрированной программы, которая должна быть направлена на повышение информированности населения, создание потенциала и обеспечение регулярного надзора, технической поддержки, адекватной системы направления к специалистам и наличия множественной лекарственной терапии.

19. Прогресс в дальнейшем сокращении бремени болезни можно в широком смысле измерить посредством (i) основных показателей, требующих наличия минимального объема данных, (ii) других показателей (некоторых показателей, требующих лишь ограниченного объема данных и других показателей, обеспечивающих важное понимание и требующих более подробной информации), а также (iii) показателей для проведения оценки качества услуг. Основными показателями являются: (a) число и уровень новых выявленных случаев на 100 000 населения в год; (b) число и уровень новых случаев инвалидности 2-й группы, выявленных на один миллион населения в год; (c) окончание лечения и/или уровень излечимости больных множественной бациллярной и пауцибациллярной лепрой. Использование индекса инвалидности 2-й группы в новых выявленных случаях в качестве уровня на один миллион населения будет способствовать мониторингу как выявления случаев заболевания, так и инвалидности (включая бремя и распространенность). Цель, предложенная Комитетом экспертов (см. пункт 4 выше) заключается в сокращении числа новых случаев лепры, диагностированных с инвалидностью 2-й группы на уровне менее одного человека на миллион населения к 2020 году. Важным рубежом будет сокращение на 35% уровня новых случаев с диагнозом инвалидности 2-й группы на один миллион населения в период с 2011 по 2015 год.

20. Комитет экспертов подчеркнул значение сбора информации о степени распространенности инвалидности, вызываемой лепрой, в плане общей распространенности инвалидности 2-й группы среди населения; данные должны покрывать инвалидность 2-й группы в новых случаях, а также среди людей, которые

завершили множественную лекарственную терапию. Эта информация необходима для планирования работы служб реабилитации.

21. Комитет экспертов также рекомендовал повысить внимание, уделяемое вопросам равенства, социальной справедливости и прав человека, вопросам клеймения и гендерным вопросам, а также повышению участия больных лепрой в процессах принятия решений.

22. Комитет экспертов подчеркнул необходимость проведения молекулярных биологических исследований, с тем чтобы, например, улучшить диагностику, изучение новых методик лечения и субклинической инфекции, а также клинических испытаний профилактики и лечения лепрозных реакций. Он определил некоторые приоритеты научных исследований: разработка молекулярных инструментов для оценки возникновения лекарственной резистентности; понимание основы передачи инфекции, с тем чтобы разрабатывать и улучшать диагностические тесты; выявление видоспецифических антигенов, которые можно использовать в иммунодиагностических тестах; и улучшение множественной лекарственной терапии с применением лучших медицинских препаратов в плане эффективности и длительности лечения. Требуется проведение новых научных исследований в области нарушения функций нервной системы и реакций, а также в области химиопрофилактики и иммунопрофилактики. Также важно способствовать проведению оперативных и эпидемиологических исследований, а также изучению хода осуществления, с тем чтобы улучшить устойчивость и качество работы служб по лечению лепры.

ДЕЙСТВИЯ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА

23. Исполкому предлагается принять к сведению данный доклад.

= = =