



World Health Organization Organisation mondiale de la Santé

ПЯТЬДЕСЯТ ПЕРВАЯ СЕССИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Пункт 21.1 предварительной повестки дня

A51/7
5 марта 1998 г.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ И БОРЬБА С НИМИ

БОРЬБА С ТРОПИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ:

БОЛЕЗНЬ ШАГАСА И ЛЕПРА

Доклад Генерального директора

В 1991 г. министры здравоохранения Аргентины, Боливии, Бразилии, Чили, Парагвая и Уругвая приступили к осуществлению "Инициативы стран региона Южного Рога по прекращению передачи болезни Шагаса". Прогресс, достигнутый на пути ее прекращения, был документально зафиксирован в отчетах, поступивших от национальных программ по борьбе с этой болезнью в Аргентине, Бразилии, Чили и Уругвае. Достижение цели приведет к сокращению заболеваемости данной болезнью во всей Латинской Америке более чем на 70%. В 1997 г. было положено начало осуществлению инициатив Андских стран и стран Центральной Америки, и, как ожидается, прекращение передачи болезни Шагаса будет достигнуто на их территориях к 2010 г.

В мае 1991 г. Ассамблея здравоохранения в резолюции WHA44.9 поставила цель глобальной ликвидации лепры как проблемы общественного здравоохранения, снизив показатель ее распространенности до менее одного случая на 10 000 человек к 2000 г. Эта резолюция способствовала стимулированию значительного интереса во всем мире, повышению уровня охвата населения программой и расширению применения комбинированной лекарственной терапии, что привело к сокращению на 76% глобальной распространенности этой болезни в период с 1990 г. Число эндемичных стран сократилось со 122 в 1985 г. до 55 в начале 1997 г. Были реализованы новые инициативы посредством проведения кампаний по ликвидации лепры и осуществления проектов по специальным мероприятиям в целях охвата больных, которые еще не выявлены и не проходят курса лечения. Ассамблее здравоохранения предлагается принять к сведению настоящий доклад и рассмотреть резолюции, рекомендованные Исполнительным комитетом в его резолюциях EB101.R6 и EB101.R7.

БОЛЕЗНЬ ШАГАСА

1. Болезнь Шагаса, названная по имени бразильского врача Карлоса Шагаса, который первым дал ее описание в 1909 г., существует только на Американском континенте. Она вызывается паразитом *Trypanosoma cruzi*, передаваемым людям насекомыми-триатомами. Географическое распространение инфекции *T. cruzi* среди людей простирается от Мексики до юга Аргентины. От этой болезни страдают 16-18 миллионов человек и приблизительно 100 миллионов, т.е. около 25% населения Латинской Америки, находятся под угрозой заражения болезнью Шагаса. После бессимптомного периода, продолжающегося в течение нескольких лет после острой стадии, у инфицированных лиц появляются симптомы заболевания сердца, которые могут привести к внезапной смерти и поражению системы пищеварения, главным образом к мегависцеральным нарушениям.
2. Болезнь Шагаса непосредственно связана с бедностью: кровососущие клопы-триатомы, посредством которых передается этот паразит, находят благоприятную среду обитания в трещинах стен и крыш домов бедных людей в сельских районах и в периферийных городских трущобах.
3. Сельская/городская миграция, которая происходила в Латинской Америке в 1970-е и 1980-е годы, изменила традиционный эпидемиологический характер болезни Шагаса и превратила ее в городскую инфекцию, которая может передаваться при переливании крови. Данные об инфекции крови в банках крови в некоторых отдельных городах континента варьируются между 3% и 53%, свидетельствуя о том, что распространенность крови, инфицированной *T. cruzi*, в 10-20 раз выше распространенности ВИЧ-инфекции и гепатита В и С.
4. Экономические потери континента, вызываемые преждевременной смертью и инвалидностью, в настоящее время составляют 8200 млн. долл. США в год.
5. Инициатива стран региона Южного Рога: В 1991 г. министры здравоохранения Аргентины, Боливии, Бразилии, Чили, Парагвая и Уругвая приступили к осуществлению "Инициативы стран региона Южного Рога по прекращению передачи болезни Шагаса". Основным переносчиком является *Tryatoma infestans*, живущий в домашних условиях триатом. Прогресс на пути прекращения передачи болезни Шагаса переносчиками и в процессе переливания крови в Уругвае, Чили, Аргентине и Бразилии зафиксирован документально (ВОЗ, Еженедельная эпидемиологическая сводка, Женева, 6:38-40, 1994 г.; 3:13-16, 1995 г.; 2:12-15, 1996 г.; 1:1/2-1, 1997 г.). Существующие в настоящее время данные по дезинсекции жилых домов, обследованию банков крови и серологии у детей и взрослых молодого возраста показывают, что прекращение передачи болезни Шагаса переносчиками и при переливании крови будет достигнуто в Уругвае и Чили в 2000 г., Бразилии и Аргентине в 2003 г. (См. рис. 1 и 2).
6. Деятельность по борьбе с этой болезнью осуществляется в соответствии с графиком в других странах, охваченных этой инициативой, таких как Боливия и Парагвай, но на данном этапе отсутствуют энтомологические или эпидемиологические данные, необходимые для оценки эффективности деятельности программ по борьбе с этой болезнью в этих двух странах и для оценки данных по достижению прекращения передачи. Перу присоединилась к данной инициативе в марте 1997 г., поскольку в южном районе этой страны также наблюдается инвазия *T. infestans*.

Рисунок 1



Рисунок 2



7. **Инициатива Андских стран:** В Андских странах, Колумбии, Эквадоре, Перу и Венесуэле, успешно осуществляется деятельность по контролю за банками крови, и во всех из них издано соответствующее законодательство. Начало прекращения передачи инфекции переносчиками было положено на межправительственном совещании, проведенном в Боготе в феврале 1997 г., где были подготовлены подробные страновые планы действий.

8. **Инициатива стран Центральной Америки:** В странах Центральной Америки, Коста-Рике, Сальвадоре, Гватемале, Гондурасе, Мексике, Никарагуа и Панаме, также успешно осуществляется деятельность по контролю за банками крови, и во всех из них, за исключением одной, издано законодательство по обязательному исследованию крови на предмет выявления крови, инфицированной *T.cruzi*. Аналогичным образом, начало прекращения передачи этой инфекции переносчиками было положено на межправительственном совещании, проведенном в Тегусигальпе в октябре 1997 г.

ЛЕПРА

9. Резолюция WHA44.9 Ассамблеи здравоохранения способствовала формированию значительной политической приверженности эндемичных по лепре стран достижению этой цели и способствовала усилению поддержки со стороны международного донорского сообщества, а также содействовала разработке стратегий и синхронизации планов действий на страновом, региональном и глобальном уровнях. Число зарегистрированных случаев (как показано в Таблице 1) сократилось на 76%, и повысился уровень охвата этой программой, о чем свидетельствует возросшее число выявленных случаев заболевания; к началу 1997 г. общее число излеченных людей достигло 8,4 миллиона человек.

10. Консультативная группа по вопросам ликвидации лепры, которая была создана в 1994 г., играет важную роль в осуществлении наблюдения за программой и ее стратегий при более активном участии неправительственных организаций.

ТАБЛИЦА 1. ЗАРЕГИСТРИРОВАННОЕ ЧИСЛО СЛУЧАЕВ ЛЕПРЫ В 1990 г. И 1997 г., И НОВЫЕ СЛУЧАИ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВЫЯВЛЕННЫЕ В 1996 г. ПО РЕГИОНАМ ВОЗ

Регион ВОЗ	Зарегистрированные случаи в 1990 г.		Зарегистрированные случаи в 1997 г.		Новые случаи заболевания в 1996 г.	
	Число	Показатель на 10 000 человек	Число	Показатель на 10 000 человек	Число	Показатель на 100 000 человек
Африка	482 669	9,20	82 758	1,39	46 489	7,80
Страны Америки	301 704	4,20	127 866	1,63	43 783	5,59
Юго-Восточная Азия	2 693 104	20,50	637 413	4,50	457 921	32,36
Европа	7 246	0,10	732	0,10	37	-
Восточное Средиземноморье	99 913	2,60	13 038	0,16	5 761	1,25
Западная часть Тихого океана	152 739	1,00	26 533	0,01	12 613	0,77
Итого	3 737 375	7,10	888 340	1,54	566 604	9,84

11. Несмотря на значительный прогресс, достигнутый на пути ликвидации этой болезни, необходимо активизировать деятельность в некоторых основных эндемичных странах и частично в других странах в целях обеспечения достаточной степени доступности к комплексной лекарственной терапии и достаточного уровня охвата ею.

12. ВОЗ продолжает оказывать поддержку на страновом уровне в активизации деятельности по ликвидации лепры. Усилению политической приверженности способствовало проведение двух международных конференций по ликвидации лепры, первой в Ханое в июле 1994 г. и второй в Дели в октябре 1996 г. Координация деятельности между министерствами здравоохранения, международными неправительственными организациями и ВОЗ неуклонно возрастает в большинстве стран, в некоторых из которых это осуществляется посредством официальных трехсторонних соглашений. ВОЗ также осуществляет сотрудничество со Всемирным банком в Индии и Бангладеш и оказывает поддержку в планировании и проведении национальных и местных кампаний по ликвидации лепры, а также в осуществлении проектов по специальным действиям.

13. ВОЗ обеспечила бесплатную поставку лекарственных средств в целлофановых пакетах для проведения комплексной лекарственной терапии в большинстве стран, где они необходимы, и в каждом медицинском учреждении. В течение 1995-1997 гг. ВОЗ получила и доставила таких лекарственных средств для лечения более чем 2,3 миллиона больных в 52 эндемичных странах.

14. За последние семь лет более 2200 руководителей программ по борьбе с лепрой прошли подготовку в рамках 110 семинаров в 22 странах; ВОЗ также оказывает поддержку в изучении систем здравоохранения в области лепры.

15. Благодаря специальной инициативе по мониторингу ликвидации лепры, начало которой было положено в 1996 г., была получена ценная подробная информация о ходе осуществления программ, включая информацию о снабжении лекарственными средствами. Была также разработана географическая информационная система по лепре.

16. ВОЗ продолжает деятельность по содействию в области предупреждения и устранения инвалидности, а также в области реабилитации на уровне общины в качестве составной части программ по борьбе с лепрой. Были также подготовлены и распространены руководства по предупреждению инвалидности и основным хирургическим операциям, связанным с лепрой. Рекомендации Комитета экспертов ВОЗ по лепре, содержащиеся в его седьмом докладе¹, 1997 г. и касающиеся необходимости разработать новую стратегию по профилактике инвалидности и реабилитации, чтобы охватить как можно большее число нуждающихся в этом, осуществляются при сотрудничестве с неправительственными организациями.

17. Продолжается оказание поддержки научным исследованиям, направленным на совершенствование методов лечения лепры, включая основные научные исследования в областях *Mycobacterium leprae*, диагностических средств для раннего выявления, первичной профилактики, а также исследования в области реакции на лепру и нарушения нервной системы. Эти исследования координируются посредством руководящих комитетов по химиотерапии и иммунологии в рамках Специальной программы научных исследований и подготовки специалистов по тропическим болезням.

18. Был разработан план активизации мероприятий по ликвидации лепры к 2000 г. в целях выявления и лечения с помощью комплексной лекарственной терапии приблизительно 2 миллионов случаев заболевания. Это вполне возможно, если будут мобилизованы необходимые ресурсы, при условии полного признания неотложности мероприятий по ликвидации лепры и совместного участия в них всех заинтересованных сторон. Этот план предусматривает проведение кампаний по ликвидации лепры и осуществление проектов по

¹ Серия технических докладов ВОЗ, No. 874, 1998 г.

специальным мероприятиям дополнительно к мерам по бесплатному обеспечению больных комплексной лекарственной терапией.

19. Специальная инициатива по проведению кампаний по ликвидации лепры направлена на выявление случаев заболевания людей, которые не обращаются в службы здравоохранения по социальным мотивам, из-за плохой доступности и/или отсутствия знаний об этой болезни и ее излечимости; обеспечение информированности населения, позволяющей местным службам здравоохранения проводить диагностику и лечение больных; и на охват групп населения, получающих недостаточное обслуживание, таких как беженцы и кочевники, посредством применения новаторских подходов для своевременного выявления и лечения случаев заболевания.

ВОПРОСЫ, ЗАСЛУЖИВАЮЩИЕ ОСОБОГО ВНИМАНИЯ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

20. Ассамблее здравоохранения предлагается рассмотреть резолюции, рекомендованные Исполнительным комитетом в его резолюциях EB101.R6 и EB101.R7.

= = =