



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПЯТЬДЕСЯТ СЕДЬМАЯ СЕССИЯ
ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Пункт 12.2 предварительной повестки дня

A57/5
1 апреля 2004 г.

Эпиднадзор и борьба против болезни, вызываемой *Mycobacterium ulcerans* (язвы Бурули)

Доклад Секретариата

1. Язва Бурули является губительной кожной болезнью, вызываемой бактерией *Mycobacterium ulcerans*, - патогеном, принадлежащим к тому же семейству организмов, которые вызывают туберкулез и лепру. В отличие от них, язва Бурули представляет собой недостаточно изученное заболевание, которое стремительно вышло на первый план в 1980-е годы. Возбудитель болезни обладает особыми свойствами, и способ его передачи в точности неизвестен. Способов быстрого диагностирования нет, эпиднадзор и отчетность недостаточны, а антибиотики оказывают слабое воздействие. Хотя при язве Бурули смертность незначительна, эта болезнь нередко вызывает инвалидность, а расходы на лечение и реабилитацию находятся на недоступном уровне в наиболее пораженных районах. Несмотря на эти трудности, происходит уверенное движение вперед.

2. В начале 1998 г. ВОЗ отреагировала на рост распространенности и воздействия болезни, приступив к осуществлению Глобальной инициативы по борьбе против язвы Бурули, которая объединяет усилия многочисленных партнеров посредством общих целей, технических стратегий и согласованных принципов действий. Эта инициатива, поддерживаемая специальной группой экспертов, свела воедино мировой опыт и возглавила мобилизацию ресурсов. Также в 1998 г. ВОЗ организовала в Кот-д'Ивуаре первую Международную конференцию по борьбе против язвы Бурули и по научным исследованиям в этой области. В опубликованной в результате этой конференции Декларации Ямусукро о язве Бурули обращается внимание на серьезность этого заболевания в качестве новой проблемы общественного здравоохранения и выражается озабоченность относительно многих недостаточно понимаемых характерных особенностей болезни. Участники конференции признали значение многоотраслевых исследований, обязались предпринять все усилия по организации эпиднадзора и обеспечению своевременного лечения, а также подчеркнули необходимость партнерских связей и развития системы здравоохранения.

ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

3. Язва Бурули широко распространена в тропических и субтропических зонах. Случаи отмечались более чем в 30 странах Африки, Азии, Латинской Америки, Западной части Тихого океана и в Австралии, однако Западная Африка является наиболее подверженной этой болезни зоной, где ежегодно сообщается о тысячах случаев. В некоторых африканских странах язва Бурули стала второй по распространенности микобактериальной болезнью после туберкулеза. В Кот-д'Ивуаре с 1978 г. было зарегистрировано около 17 000 случаев, причем в некоторых деревнях этому заболеванию было подвержено до 16% населения; в Бенине с 1989 г. было отмечено 5700 случаев; а при проведении национального обследования в Гане в 1999 г. было выявлено 6000 случаев, после чего было зарегистрировано около 2800 новых случаев. В Камеруне последнее уведомление было сделано в 1977 г., когда в районах Айоса и Аконолинга были описаны 47 случаев. С тех пор не было зарегистрировано никакой новой информации об этой болезни, и предполагалось, что язва Бурули в Камеруне ликвидирована. Двадцать четыре года спустя в августе 2001 г. обследование, проведенное в тех же районах, выявило в общей сложности 428 распространенных случаев. В 2000 г. и 2003 г. в этих двух районах зарегистрировано 354 новых случая. Сообщалось о нескольких случаях в неэндемичных районах Северной Америки и Европы, что связано с международной миграцией. Недостаточное знание язвы Бурули часто приводило к тому, что возникали значительные задержки в установлении диагноза и лечении этих случаев.

4. Болезнь встречается чаще всего в бедных общинах отдаленных сельских районов. Около 70% инфицированных составляют дети в возрасте до 15 лет. Случаи заболевания нередко отмечаются в географических районах, находящихся вблизи водоемов, таких как реки, озера и болота. Хотя точный способ передачи неизвестен, недавние исследования позволяют предположить, что определенную роль в процессе передачи играют водяные насекомые. Данных, подтверждающих передачу болезни от одного человека другому, не имеется. К факторам риска, выявленным по настоящее время, относятся проживание вблизи тех мест, где болезнь является эндемической, путешествия в эндемичные зоны, поддержание регулярных контактов с зараженной водной средой, а также локальные повреждения кожи.

5. Неадекватный надзор и, возможно, значительно заниженная отчетность увеличивают возможность того, что количество имеющих место случаев может являться гораздо большим, а их географическая распространенность гораздо шире, чем об этом официально сообщается. Недостаточная осведомленность медработников в отношении болезни ведет к тому, что значительное число случаев остается неопознанным и не указанным в отчетности. Кроме того, этому заболеванию сопутствуют значительная стигматизация и поверья относительно ее возможной причины, не имеющей медицинского характера, которые приводят к тому, что люди замалчивают болезнь, прячут ее и неохотно обращаются за помощью.

6. Болезнь часто начинается как безболезненный узелок на коже. При раннем выявлении лечение может состоять в простом хирургическом удалении узелка. При

отсутствии лечения болезнь прогрессирует, приводя к обширному поражению кожи и иногда к разрушению костных тканей, молочных желез, глаз и половых органов, приводя к постоянной инвалидности примерно в 25% случаев. *M. ulcerans* является уникальной среди микобактерий тем, что в процессе деления бактерии выделяют некротический токсин, который вызывает разрушение ткани и подавляет иммунную систему¹. Вследствие подавления иммунной системы болезнь обычно прогрессирует, не вызывая предупредительных сигналов, таких как повышение температуры или боли. Этот факт помогает понять, почему больные не обращаются своевременно за помощью, когда есть шансы на излечение.

7. Характерные поражения кожи наиболее часто возникают не на теле, а на конечностях. Локализация и обширность поражения кожи и костных тканей могут ограничивать движение конечностей, препятствуя осуществлению повседневной деятельности или вызывая другие более серьезные виды постоянной инвалидности. Даже когда повреждения кожи заживают, рубцы могут навсегда ограничить движение конечностей.

КОМПОНЕНТЫ БОРЬБЫ

8. Краеугольным камнем стратегии ВОЗ в борьбе против болезней является раннее выявление и лечение, которые направлены на то, чтобы уменьшить страдания, облегчить инвалидность и снизить социально-экономический ущерб, причиняемый болезнью. К другим компонентам относятся: обучение работников здравоохранения в области совершенствования диагностики, лечения и отчетности, а также активные кампании санитарного просвещения в тех районах, где встречается болезнь, направленные на уменьшение стигматизации и поощрение своевременного обращения к службам здравоохранения. Меры борьбы также включают в себя обеспечение хирургическим оборудованием, лекарственными средствами и предметами медицинского назначения для основного ухода за больными, а также реабилитационные мероприятия, направленные на предупреждение инвалидности или ее лечение. Кроме того, как отмечается в Декларации Ямусукро, для проведения более активных мер борьбы необходимы хирургические пункты на периферийном уровне для лечения узелковой и ранней стадий язвы Бурули. Все эти меры необходимо укреплять.

9. Диагностика опирается главным образом на клиническую оценку симптомов. На настоящий момент простого диагностического теста для полевого применения не имеется. Наличие кислотоустойчивых бацилл выявляется при помощи анализа мазка некротической основы язвы путем применения метода Циля-Нильсена, однако лаборатории, оснащенные для проведения сложных процедур, таких как выращивание культуры *M. ulcerans*, проведение тестов цепной реакции полимеразы и гистопатологии, часто находятся в специализированных и научных учреждениях, отстоящих на удалении от районов, где выявлена болезнь.

¹ См. также пункт 16.

10. Потенциальная терапевтическая ценность антибиотиков находится в начальной стадии изучения. В настоящий момент лечение основано главным образом на хирургическом вмешательстве, которое нередко состоит в иссечении обширных участков кожи и в ее пересадке. В сложных случаях, чтобы спасти жизнь человека, приходится ампутировать конечность. Стоимость хирургического лечения болезни в узелковой и ранней язвенной форме составляет примерно 20–30 долл. США, и при этом необходима лишь кратковременная госпитализация. Однако в подавляющем числе случаев болезнь выявляется слишком поздно для простых методов лечения и требует продолжительного пребывания в больнице, в среднем три месяца или более, что приводит к непропорционально высокой стоимости лечения и значительному нарушению школьного процесса у детей и трудового процесса у взрослых. Средняя стоимость лечения пациента с болезнью в запущенной форме по оценке составляет 1200 долл. США в Кот-д'Ивуаре, 780 долл. США в Гане и 962 долл. США в Того. Помимо расходов на лечение в больницах, средние расходы и потеря доходов пораженных этой болезнью семей в Гане составили от 34 долл. США у больных с узелковой формой до 312 долл. США у больных с обширной язвенной формой.

11. В большинстве случаев профилактика или сведение к минимуму контрактур и инвалидности требует проведения основной физиотерапии, включая надлежащее позиционирование и раннюю активизацию посредством упражнений и процедур, которым можно обучать в семьях и которые можно проводить в домашних условиях. Кроме того, в отношении застарелых видов инвалидности необходимы мероприятия по реабилитации, включая ампутацию.

12. Доступ к подобным мероприятиям до и после операции, а также необходимый уровень хирургических навыков ограничены в большинстве эндемичных районов. Кроме того, эффективное лечение целиком зависит от наличия больничных коек, которые в сельских районах чрезвычайно редки. Коэффициент рецидивов после проведения хирургического лечения находится в пределах от 16% до 28% в зависимости от стадии заболевания на момент диагноза и в зависимости от опыта врача.

13. Одноразовое проведение вакцинации БЦЖ в младенческом возрасте может создать защитный иммунитет, который сохраняется на протяжении шести месяцев, или замедлить появление поражений кожи. Кроме того, недавние данные позволяют предположить, что БЦЖ может обеспечить определенную защиту против рассеянной болезни, вызываемой *M. ulcerans*, включая инфицирование костной ткани.

ПОСЛЕДНИЕ ДОСТИЖЕНИЯ

14. Информированность в отношении болезни укрепилась, и то внимание, которое в странах уделяется этому заболеванию, привело к некоторым положительным сдвигам в хирургических пунктах и лабораториях. В некоторых районах эпиднадзор строится по системе, созданной в целях ликвидации дракункулеза, в рамках которой используются специально обученные сотрудники в деревнях для выявления случаев на раннем этапе. В рамках другого подхода к язве Бурули используются методы санитарного просвещения,

которые помогают смягчить степень стигматизации, связанной с лепрой, и побуждают больных заблаговременно обращаться за помощью.

15. ВОЗ провела оценку бремени болезни в отдельных странах и предоставила техническую и финансовую поддержку некоторым странам, находящимся в наиболее тяжелом положении, включая Бенин, Буркина-Фасо, Камерун, Конго, Кот-д'Ивуар, Демократическую Республику Конго, Габон, Гану, Гвинею, Малави, Папуа-Новая Гвинею, Того и Уганду, в целях укрепления национальных программ и обучения местного персонала. Учитывая неотложную необходимость совершенствования навыков лечения, в 2002 г. и 2003 г. были проведены международные семинары по стандартным приемам лечения, имеющие целью обучить хирургов, говорящих на английском и французском языках, которые, в свою очередь, передали бы эти навыки коллегам-хирургам и врачам общей практики. Для оказания помощи в деле усиления информированности в странах, являющихся эндемичными в отношении язвы Бурули, ВОЗ распространила первые инструктивные бюллетени на английском и французском языках, предназначенные для социальных работников на уровне района и деревни, а также брошюры в картинках, предназначенные для детей, являющихся группой, наиболее часто подверженной этому заболеванию. Были выпущены стандартные методы распознавания заболевания, а также бланки для эпиднадзора и клинического ведения больных, наряду с иллюстрированными поэтапными руководствами по стандартной диагностике, лечению больных и направлению их для специализированной помощи.

16. Ввиду неотложной необходимости в более глубоких знаниях и новых средствах борьбы научно-исследовательский раздел Глобальной инициативы борьбы против язвы Бурули приобрел особо важное значение. Созданная в 1998 г. Специальная консультативная группа по язве Бурули созывается ежегодно, с тем чтобы рассмотреть положение в области борьбы против болезни и оказать консультативную помощь ВОЗ в отношении путей усиления борьбы с болезнью и активизации высокоприоритетных исследований. Проект по секвенированию генома *Mycobacterium ulcerans* намечено завершить в середине 2004 года. В рамках этого проекта уже определен «генетический черновик» для производства миколоктона, поликетидного токсина *M. ulcerans*. Подобные открытия дают исследователям во всем мире более глубокие знания о патогене и большие возможности для ускорения разработки терапевтических и диагностических стратегий.

17. Более 40 неправительственных организаций, научно-исследовательских учреждений и фондов в настоящее время принимают участие в Глобальной инициативе по борьбе против язвы Бурули. В сотрудничестве с Африканским региональным бюро в 2000 г. было начато проведение ряда ежегодных совещаний руководителей программ и других национальных экспертов. План борьбы с болезнью в Африке, разработанный и принятый на первом совещании, впоследствии был подкреплён стратегическими планами для отдельных стран. Вместе с тем, язва Бурули остается болезнью, на которую обращают недостаточно внимания, и для улучшения перспектив борьбы с болезнью необходимо провести немалую работу на всех уровнях.

18. На своей Сто тринадцатой сессии члены Исполнительного комитета выразили озабоченность по поводу неадекватного контроля за болезнью, которая оказывает столь

значительное социальное и экономическое воздействие на бедные общины. В частности, члены Исполкома предложили ВОЗ изучить возможности координации и поддержки исследований язвы Бурули в рамках Специальной программы научных исследований и подготовки специалистов по тропическим болезням. Исполком принял резолюцию EB113.R1.

ДЕЙСТВИЯ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

19. Ассамблее здравоохранения предлагается рассмотреть проект резолюции, содержащийся в резолюции EB113.R1.

= = =