



ДВАДЦАТЬ ВОСЬМАЯ СЕССИЯ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**КОМИТЕТ А**

КОМИТЕТ А

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ПРОТОКОЛ ВОСЬМОГО ЗАСЕДАНИЯ

Дворец Наций, Женева  
Четверг, 22 мая 1975 г., 10 ч. 30 м.



ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: Д-р Marcella DAVIES (Сьерра Леоне)

СОДЕРЖАНИЕ

	<u>Стр.</u>
Подробное рассмотрение программного бюджета на 1976–1977 финансовые годы (продолжение)	
Профилактика инфекционных болезней и борьба с ними .....	2

Примечание: Поправки к этому предварительному протоколу следует представлять в письменном виде заведующему редакционно-издательскими службами (комната 4103) в течение 48 часов со времени его распространения. Поправки могут также быть вручены сотруднику по обслуживанию конференций.

ПОДРОБНОЕ РАССМОТРЕНИЕ ПРОГРАММНОГО БЮДЖЕТА НА 1976 И 1977 ФИНАНСОВЫЕ ГОДЫ: Пункт 2.2.2 повестки дня (резолюция WNA27.57; Официальные документы ВОЗ, № 220, 223 и 224; документы A28/WP/2 и A28/WP/6) (продолжение)

Профилактика инфекционных болезней и борьба с ними (сектор программы 5.1) (продолжение)

Малярия и другие паразитарные болезни (программа 5.1.3) (продолжение)

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ говорит, что проект резолюции по шистосоматозу, который уже однажды рассматривался Комитетом, представлен данному заседанию в нижеследующем пересмотренном варианте:

Двадцать восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, напоминая о резолюциях EB5.R5 и EB55.R22 по вопросу о шистосоматозе,

отмечая тот факт, что данное заболевание продолжает оставаться в значительной степени неконтролируемым и что общая распространенность возрастает; и что такому росту заболеваемости могут способствовать проекты развития водоснабжения, имеющие своей целью улучшение необходимого сельскохозяйственного производства и улучшение необходимых экономических условий, но осуществляемые без должного внимания профилактическим медико-санитарным мерам,

учитывая, что появляется все больше данных о возможных случаях возникновения серьезных осложнений и последствий в результате шистосоматоза,

принимая к сведению далее, что на Всемирной продовольственной конференции была подчеркнута необходимость значительного увеличения производства продуктов питания и было отмечено, что удовлетворение потребностей в области питания и других запросов все возрастающего населения мира потребует осуществления еще большего числа проектов с целью ирригации полей и создания водоемов,

выражая мнение, что соответствующее проектирование гидросооружений может иметь огромное значение для ограничения распространения шистосоматоза среди населения, охваченного этими проектами,

принимая к сведению, что шистосоматоз включен в координируемую программу Организации в области медико-биологических научных исследований,

признавая, что эффективное планирование и осуществление мероприятий по борьбе с шистосоматозом требует тесного сотрудничества и координации между учреждениями системы Организации Объединенных Наций, международными финансовыми организациями и министерствами правительств стран при руководящей роли Всемирной организации здравоохранения,

воздавая должное докладу Генерального директора, в котором отражена сложность проблем, связанных с доказательством целесообразности борьбы с шистосоматозом,

возлагая надежды на созыв важного международного совещания по шистосоматозу, проведение которого намечено на октябрь 1975 г. в Каире, и

учитывая высокую стоимость осуществления программ борьбы с шистосоматозом при использовании имеющихся в настоящее время методов,

ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

- 1) подготовить и своевременно обновлять инструкции по разработке проектов в области водного хозяйства, включающие технические требования, с целью свести до минимума возможность распространения шистосоматоза и других передающихся через воду болезней при осуществлении указанных проектов;
- 2) предоставлять странам и организациям-донорам консультации по вопросам применения инструкций в отношении планируемых, строящихся или уже построенных гидросооружений (в том числе гидроэлектростанций);
- 3) предложить государствам-членам представить информацию о готовящихся или уже осуществляемых в их стране программах борьбы с шистосоматозом, включая подробности, касающиеся научных исследований, программ подготовки кадров, затрат и т.д.;
- 4) изыскивать внебюджетные средства и поддержку из различных источников в рамках системы Организации Объединенных Наций и со стороны международных и частных организаций с целью оказания помощи:

- а) правительствам в планировании и осуществлении исследований по эпидемиологии болезни, затрат/выгод альтернативных методов борьбы и их социально-экономических последствий; и
  - б) правительствам в подготовке и осуществлении программ борьбы;
- 5) стимулировать расширение научных исследований по разработке лекарственных средств химиотерапии, эпидемиологии и способов борьбы с шистосоматозом, включая методологию самопомощи, а также иммунологических аспектов этой болезни;
  - 6) обратить внимание государств-членов, в которых болезнь не является эндемической, на желательность организации эпидемиологического надзора в рамках служб здравоохранения; и
  - 7) представить доклад по этому вопросу Двадцать девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

Д-р HOWARD (Соединенные Штаты Америки) говорит, что, разрабатывая пересмотренный проект резолюции, ее авторы учли различные поправки к английскому варианту; они готовы опустить скобки, заключающие слова "в том числе гидрозлектростанций" в пункте 2 постановляющей части в соответствии с предложением представителя Аргентины.

Проф. SENAULT (Франция) предлагает некоторые редакционные изменения к французскому тексту проекта резолюции.

Д-р TARIMO (Объединенная Республика Танзания) говорит, что результаты исследования с целью изучения возможности борьбы с шистосоматозом в его стране свидетельствуют, что распространенность этой болезни может быть уменьшена с 61 до 41% посредством использования моллюскицидов при расходах почти в 1 ам.долл. на человека в год и что распространенность этой болезни может быть снижена с 65 до 25% в случае использования как моллюскицидов, так и химиотерапии, но при расходах, превышающих 4 ам. долл. на человека в год. Поскольку в Танзании расходы на здравоохранение на человека в год составляют всего лишь 3 ам.долл., он предлагает в пункт 3 постановляющей части включить после упоминания о "борьбе" выражение "методология самопомощи".

Проф. DAVIES (Израиль) предлагает изменить пункт 6 постановляющей части следующим образом: "обратить внимание государств-членов, в которых болезнь не является эндемической, но где экологические условия способствуют ее распространению, на необходимость ...".

Д-р HOWARD (Соединенные Штаты Америки) от имени авторов резолюции принимает поправку представителя Танзании, однако он считает, что пункт, предложенный делегатом Израиля, может быть учтен при изменении слова "необходимость" на слово "желательность".

Проф. DAVIES (Израиль) принимает данную редакцию.

Решение: Проект резолюции с поправками принимается.

#### Бактериальные болезни (программа 5.1.5)

Замечаний не было.

#### Микобактериальные болезни (программа 5.1.6)

Проф. JANSSENS (Бельгия) говорит, что его делегация рада отметить наличие динамичного подхода к программе борьбы с лепрой и что она особенно удовлетворена осуществлением весьма полезного группового проекта по иммунологии лепры. Организация координировала проведение серии исследовательских проектов в области лепры в районах, где можно ожидать благоприятных результатов в ближайшем или не очень отдаленном будущем. Ввиду этого его делегация хотела бы знать, какова общая ориентация программы борьбы с лепрой в области научно-исследовательских работ.

Д-р SHRIVASTAV (Индия) говорит, что проблема лепры требует особого внимания. Хотя в последние годы в области методологии имеется определенный прогресс, а также отмечено возросшее использование действенных лекарственных средств, все-таки, несмотря на имеющиеся успехи в активной исследовательской работе, в его стране еще ощущается то, что цель борьбы с лепрой пока еще не достигнута в желаемых масштабах и поэтому существует необходимость в пересмотре подхода к борьбе с лепрой. В гиперэндемичных зонах, по-видимому, необходимо принимать энергичные меры и создавать аппарат по раннему выявлению случаев заболевания, особенно там, где у больных была обнаружена бактериологически положительная реакция, в случае чего, если это необходимо, они могут быть временно госпитализированы и подвергнуты лечению действенными лекарственными средствами, что таким образом уменьшит опасность заражения.

Он обращает внимание на проект резолюции по борьбе с лепрой, предложенный делегациями Бангладеш, Непала, Нигерии, Таиланда, Федеративной Республики Германии, Финляндии и его страны, который сформулирован следующим образом:

Двадцать восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, напоминая о резолюциях WHA5.28 и WHA27.58, отмечая тот факт, что меры борьбы с лепрой могут привести к существенному снижению остроты проблемы, если они проводятся неослабно и в течение достаточно длительного периода,

1. РЕКОМЕНДУЕТ:

- a) проводить интенсивное выявление случаев лепры с тем, чтобы обеспечить раннее распознавание болезни;
  - b) идентифицировать инфекционные случаи и, когда это возможно и поддается определению, проводить в ограниченные периоды активное и регулярное лечение с целью ограничения инфекционности и тем самым распространения болезни;
2. ПОДЧЕРКИВАЕТ НЕОБХОДИМОСТЬ считать мероприятия по борьбе с лепрой одним из видов постоянной деятельности служб здравоохранения; и
3. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору усилить формирование многопрофильного персонала как внутри Организации, так и за ее пределами, способного вести борьбу с лепрой.

Проф. SULIANTI SAROSO (Индонезия) говорит, что лепра широко распространена также в ее стране, где заболеваемость этой болезнью составляет один-два человека на 1000 жителей. В настоящее время имеется тенденция сопротивляться госпитализации; особые усилия прилагались с целью раннего обнаружения лепры у детей, что принесло полезные результаты. Она выражает благодарность тем странам, которые предоставили помощь Индонезии в борьбе против лепры, и в частности Дании и скандинавским странам, Нидерландам и Австралии.

Д-р RAHMAN (Бангладеш) говорит, что обследование микобактериальных болезней, проведенное в его стране, свидетельствует о наличии около 200 случаев заболевания лепрой в Бангладеш, хотя, к счастью, все они локализованы. Лечение в домашних условиях при посредстве объединенных служб здравоохранения является более предпочтительным, чем лечение в лепрозории. Аналогичный подход избран в отношении лечения туберкулеза, которым страдают в активной форме 350 000 человек. С 1975 г. осуществляется специализированная программа профессиональной подготовки в области лечения лепры на дому, предполагается также, что возрастающее внимание может быть уделено микобактериальным болезням, поскольку цель ликвидации оспы была достигнута.

Д-р SENCER (Соединенные Штаты Америки) предлагает рассматриваемую микобактериальную болезнь, возбудителем которой является M. leprae, назвать болезнью Хансена.

Проф. DAVIES (Израиль) предлагает заменить слова "выявление случаев лепры" в пункте 1 а), постановляющей части словом "надзор", что будет не только соответствовать намерениям авторов проекта резолюции, но также расширит его рамки.

Д-р VIOLAKIS-PARASKEVAS (Греция) поддерживает пункт, внесенный делегатом Соединенных Штатов. По-видимому, необходимо также в пункте 1 b) постановляющей части пояснить, что имеется в виду госпитализация больных или их лечение на дому.

Д-р SHRIVASTAV (Индия) говорит, что в Индии лечение лепры обеспечивается либо в первичном медицинском центре, обслуживающем приблизительно 80 000 больных, либо во вспомогательном центре, принимающем от 10 000 до 15 000 больных, который обеспечивает интенсивное лечение на основе чрезвычайно простой, но хорошо оснащенной структуры. В других странах может стоять вопрос о временной изоляции хотя лишь на короткий период, с тем чтобы центры не принимали характера лепрозориев, по истечении этого срока больного отпускают, как только у него обнаруживают бактериологически негативную реакцию, и он может возвращаться к своей работе. Естественно, лечение следует видоизменять в соответствии со структурой служб здравоохранения той или иной страны.

Д-р VIOLAKIS-PARASKEVAS (Греция) считает, что в этом случае было бы предпочтительным конкретно включить в пункт 1 b) постановляющей части ссылку на "временную госпитализацию до того времени, пока у больного не обнаружат бактериологически негативную реакцию".

Д-р SHRIVASTAV (Индия) говорит, что у него нет возражений к данному дополнению.

Проф. SULIANTI SAROSO (Индонезия) считает самым полезным обратиться в Секретариат за разъяснением, какой срок лечения считается необходимым до получения бактериологически отрицательного ответа. В Индонезии подход к этой проблеме в целом иной, он базируется на отрицании необходимости длительной госпитализации.

Д-р SANSARRICQ (лепра) говорит, что сделанные замечания окажут положительное влияние на работу ВОЗ по микобактериальным инфекциям.

Отвечая вначале на заданный делегатом Бельгии вопрос относительно тенденций в научных исследованиях, д-р Sansarricq обращает внимание на информацию, содержащуюся в проекте программного бюджета (Официальные документы, № 220) на стр. 203, где перечисляется ряд научно-исследовательских проектов, касающихся лепры. В настоящее время главное внимание уделяется исследованиям в области иммунологии лепры и ее химиотерапии, предпринимаемым в соответствии со Специальной программой научных исследований и подготовки кадров в области тропических болезней. Исследования в области иммунологии значительно продвинулись вперед благодаря возможности получения в больших количествах антигена M. leprae от армадилло и благодаря прогрессу, достигнутому в последнее десятилетие в области иммунологических методов, касающихся лепры. Задачами программы являются разработка: 1) пробы кожи, позволяющей быстро выявлять зараженных лиц, 2) методов иммунотерапии и 3) возможно специфической вакцины против лепры. С самого начала был принят тщательно спланированный многопрофильный подход к решению этой проблемы и приняты все необходимые предосторожности, касающиеся соблюдения правил медицинской этики в проведении опытов над людьми. В настоящее время одиннадцать научно-исследовательских центров принимают участие в осуществлении этих проектов. Принимая во внимание желательность того, чтобы главную роль в исследовании лепры играли научные сотрудники стран, эндемичных по данному заболеванию, в программу были включены научно-исследовательские институты таких стран, как Индия и Венесуэла.

Основная задача научных исследований в области химиотерапии состоит в том, чтобы выработать такое лекарственное средство против лепры, которое действовало бы более быстро, чем дапсон, не имело бы токсических эффектов и было бы более дешевым в производстве. Требуется более систематическая оценка агентов, активно действующих против других микобактерий, но которые еще не были в равной степени апробированы на действие против M. leprae, а также проведение тестов комбинаций известных препаратов и получение больше знаний о метаболизме M. leprae. Программа находилась еще в стадии планирования, когда различные подразделения ВОЗ принимали в ней активное участие,

Делегаты Индии и Индонезии обращают внимание на вопрос о временной госпитализации. Делегат призывает учитывать тот факт, что к тому времени, когда обнаруживаются заразные случаи заболевания лепрой, ею уже, возможно, поражен еще ряд лиц. К тому же существует опасность того, что сам факт введения в некоторых странах госпитализации, какой бы временный характер она ни носила, может быть неправильно понят другими странами и может привести к созданию целой сети больниц по лечению лепры. Существенным остается необходимость возможно раннего обнаружения заболевания, и поэтому систему, предложенную делегатом Индии, можно считать подходящей. Делегат напоминает о том, что еще в 1966 г. Комитет экспертов по лепре рекомендовал уделить особое внимание активному лечению заразных случаев заболевания. Таким образом, предложения, внесенные делегатом Индии, находятся в полном соответствии с рекомендациями Комитета экспертов и с существующими в ВОЗ методами борьбы с лепрой, при условии что предложения относительно госпитализации должны основываться на надлежащем планировании и являться объектом оценки в течение длительного периода времени.

Д-р SHRIVASTAV (Индия) полагает, что необходимы дальнейшие разъяснения относительно минимальных сроков такой временной госпитализации.

Д-р SANSARRICQ (лепра) говорит, что необходимо проводить различие между эффектом лечения кожных поражений, которые играют несущественную роль в передаче заболевания, и эффектом лечения бактерий в носовой слизи, которые являются переносчиком заболевания. В случае заразного заболевания на излечение кожных поражений обычно требуется около 5 лет или более, а согласно имеющейся информации, только от 3 до 6 месяцев необходимо для достижения негативной реакции по бактериям в носовой слизи.

Д-р FUNKE (Федеративная Республика Германии) говорит, что общественные и частные институты в ФРГ на протяжении многих лет прикладывают огромные усилия для борьбы с лепрой во многих странах Африки и Азии. Делегация ФРГ с удовлетворением отмечает снижение заболеваемости у детей.

ФРГ поддерживает расширение научных исследований по изысканию новых терапевтических подходов к лечению этой болезни и координированные международные усилия как части программы Организации по медико-биологическим научным исследованиям. Выступающая считает, что обсуждаемый проект резолюции должен содержать ссылку на эту программу так, как это было в резолюции по шистосоматозу.

Д-р GOMAA (Египет) говорит, что проект резолюции должен отражать также аспект, представляющий важность для некоторых стран, включая Египет, а именно проблему реабилитации выздоравливающих людей путем проведения соответствующих медицинских и социальных мероприятий.

Д-р SIWALE (Замбия) отмечает, что в Официальных документах ВОЗ, № 220, на стр. 174-175 по графе микобактериальные болезни не выделены средства для Африки. Он выражает надежду, что нужды Африки не будут забыты.

Д-р QUENUM (Региональный директор, Африка) говорит, что таблица, на которую ссылается делегат Замбии, не полностью отражает настоящее положение дел. Мероприятия Организации по оказанию помощи государствам-членам в борьбе с лепрой включены в ряд программ, таких, как службы здравоохранения и эпидемиологические службы, и потому они не отражены в разделе, озаглавленном микобактериальные болезни. К тому же Организация ограничила свою деятельность в той области, где оказывается двусторонняя и частная помощь, с тем чтобы избежать дублирования.

Д-р BROWN (Боливия) говорит, что делегация поддерживает проект рассматриваемой резолюции, поскольку лепра все еще остается проблемой для Боливии. Делегат считает, однако, что должны максимально и заблаговременно предприниматься профилактические меры, и в этой связи он предлагает пункт 1 а) постановляющей части дополнить словами: "должна быть предпринята интенсивная деятельность по профилактике и обнаружению заболеваний". Продолжать пользоваться вакциной БЦЖ впредь до получения более эффективной вакцины.

Д-р ЯРОЦКИЙ (Союз Советских Социалистических Республик) также подчеркивает необходимость продолжения научных исследований по изысканию противолепровой вакцины, а также диагностических и терапевтических препаратов. Он предложил, чтобы это положение было отражено в дополнительном подпункте к пункту 1 проекта резолюции.

Д-р DLAMINI (Свазиленд) соглашается с необходимостью продолжить исследования: способ передачи болезни недостаточно хорошо известен и есть значительные расхождения во мнениях относительно необходимой продолжительности лечения. Одни считают, что лечение должно продолжаться всю жизнь из-за опасности рецидива, так как болевшие в прошлом люди не имеют иммунитета против повторного заражения. Требуется дальнейшая работа, с тем чтобы определить, действительно ли защищает вакцина БЦЖ от лепры. Наконец, требуется значительное улучшение санитарного просвещения населения. Люди все еще имеют тенденцию скрывать кожные поражения из страха быть изгнанными из общества; всячески надо поощрять их обращаться к врачам на ранней стадии заболевания для обследования и лечения.

Д-р KIVITS (Бельгия) отмечает, что многие ораторы подчеркивали необходимость раннего обнаружения заболевания и лечения. В этой связи оратор предлагает к пункту 1 а) постановляющей части следующее изменение: "действенные активные кампании по обнаружению заболеваний ...".

Д-р ALFA (Нигер) поддерживает точку зрения, высказанную предыдущим оратором, о том, что действенные кампании по обнаружению заболеваний необходимы, так как самым важным аспектом в борьбе с лепрой является просвещение населения. Люди не обращаются за медицинской помощью, так как они не верят в возможность излечения. Государства - члены Организации по координации борьбы с эндемическими болезнями в Центральной Африке успешно осуществляли добровольное направление населения на медицинское обследование благодаря хорошо организованным кампаниям по разъяснению эпидемиологии лепры.

Относительно рекомендаций к рассматриваемому проекту резолюции делегат обращается с вопросом, каковы возможности разработки сильнодействующей защитной вакцины, применение которой позволило бы сэкономить имеющиеся скудные ресурсы, поскольку отпала бы необходимость в изоляции больных.

Д-р SHRIVASTAV (Индия) говорит, что авторы проекта резолюции имели намерение ограничить ее рамками программ общественного здравоохранения по борьбе с лепрой в свете опыта, приобретенного в предыдущие 15 лет, и оценки новых необходимых элементов. Если делегации пожелают, то проект резолюции может быть более объемлющим, если в него включить ссылки на такие области, как профилактические меры, реабилитация и санитарное просвещение, о чем упоминалось в выступлениях различных ораторов.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ предлагает создать рабочую группу для изучения проекта резолюции и предложенных поправок; она может включать делегации Боливии, Греции, Египта, Индии, Индонезии, Союза Советских Социалистических Республик, Соединенных Штатов Америки, Федеративной Республики Германии, первоначальных авторов и другие заинтересованные делегации.

Предложение принимается.

Заседание закрывается в 12 ч.