



Генеральная Ассамблея

Distr.: General
3 November 2016
Russian
Original: English

Семьдесят первая сессия

Пункт 127 повестки дня

Здоровье населения мира и внешняя политика

Положение в плане безопасности в сфере здравоохранения

Записка Генерального секретаря

В соответствии с резолюцией [70/183](#) Генеральной Ассамблеи Генеральный секретарь настоящим препровождает доклад о положении в плане безопасности в сфере здравоохранения, представленный Всемирной организацией здравоохранения.

16-19249 (R) 111116 151116



Просьба отправить на вторичную переработку



Доклад Всемирной организации здравоохранения о положении в плане безопасности в сфере здравоохранения

Резюме

В соответствии с резолюцией [70/183](#) Генеральной Ассамблеи в настоящем докладе проводится обзор положения в плане безопасности в сфере здравоохранения, подготовленный с учетом работы, проделанной Всемирной ассамблеей здравоохранения по этому вопросу. В докладе освещаются факторы, приводящие к возникновению международных кризисов в области здравоохранения, и прогресс, достигнутый в области осуществления Международных медико-санитарных правил (2005 год). В докладе приведена последняя информация о резистентности к противомикробным препаратам и сделан обзор НИОКР в сфере здравоохранения. В докладе содержится также информация о последних событиях в области контроля над международными кризисами в области здравоохранения.

I. Введение

1. Кризис, вызванный лихорадкой Эбола в Западной Африке, служит трагическим напоминанием о многочисленных вызовах, с которыми продолжает сталкиваться система урегулирования международных кризисов в области здравоохранения. Вспышка эпидемии высветила необходимость укрепления международного сотрудничества в вопросах улучшения медицинского обслуживания, усиления координации в деле оказания помощи и осуществления мероприятий и повышения жизнеспособности национальных систем здравоохранения. Кроме того, она напомнила миру о социально-экономических и политических последствиях, которыми чреваты международные кризисы в области здравоохранения, и их влиянии на обстановку в плане безопасности, а также о том, как они могут усиливать опасность расширения географического охвата и возможного международного распространения. Происшедшая в 2016 году беспрецедентная вспышка желтой лихорадки в Центральной Африке еще более обнажила вызовы и потенциальные риски в части международного распространения заболеваний ввиду дефицита вакцин и слабости систем профилактики и контроля заболеваний.

2. Эти отрезвляющие события указывают на важное значение и безотлагательную необходимость обсуждения проблем безопасности в области здравоохранения. В соответствии с резолюцией [70/183](#) Генеральной Ассамблеи «Здоровье населения мира и внешняя политика: повышение эффективности мер по регулированию международных кризисов в области здравоохранения» в настоящем документе содержится доклад о глобальном положении в плане безопасности в сфере здравоохранения.

II. Факторы, ведущие к возникновению международных кризисов в области здравоохранения

Инфекционная опасность

3. Новые и вновь возникающие вспышки заболеваний могут быстро и неожиданно выходить за пределы границ, создавая крупномасштабные международные последствия. Как точно и четко подмечено в докладе Группы высокого уровня по глобальному реагированию на кризисы в области здравоохранения об обеспечении защиты человечества от будущих кризисов в области здравоохранения (A/70/723):

инфекционные болезни продолжают уносить миллионы человеческих жизней. Недавние вспышки гриппа (H1N1 и H5N1) и распространение тяжелого острого респираторного синдрома и ближневосточного респираторного синдрома продемонстрировали, что даже разветвленные системы здравоохранения в развитых странах могут сталкиваться с проблемами, связанными с появлением новых и возникающих патогенов. Хотя распространение вируса Эбола в Западной Африке имело катастрофические последствия, он не является наиболее вирулентным патогеном, известным человечеству. Математическая модель, разработанная Фондом Билла и

Мелинды Гейтс, показывает, что вирулентный штамм вируса гриппа, передаваемого воздушно-капельным путем, может распространиться по всем крупным столицам мира в течение 60 дней и убить свыше 33 миллионов человек в течение 250 дней. Несмотря на серьезность этой угрозы, глобальные усилия по обеспечению готовности к эпидемиям оказались удручающе недостаточными. Международные медико-санитарные правила (2005 год), которые являются глобальным правовым документом, согласованным для обеспечения раннего оповещения и мер реагирования на пандемии, осуществляются в полном объеме лишь каждым третьим из 196 подписавших их государств-участников. К тому же, только небольшая доля глобальных инвестиций, направляемых на исследования и разработки вакцин, терапевтических средств и методов диагностики, выделяется на борьбу с новыми инфекционными заболеваниями, которые затрагивают в первую очередь развивающиеся страны.

4. Кроме того, в условиях стремительного развития технологий, увеличения объема данных и растущего признания факторов взаимозависимости в мире за последние годы произошло коренное изменение основ профилактики, выявления, урегулирования и ликвидации последствий глобальных эпидемий. К числу некоторых из основных изменений относятся следующие: регулирование новых патогенов, а также тех, которые хорошо известны; пользование гораздо более широким спектром источников информации; переход к применению многопрофильного подхода; вовлечение и расширение прав и возможностей местных общин во всех аспектах обеспечения готовности и реагирования; и понимание того, что деятельность и поведение человека являются основными причинами возникновения и усиления новых патогенов (глобализация, продовольствие, торговля, рост народонаселения, урбанизация, туризм, миграция и т.д.). Исходя из этого многие традиционные концепции и мероприятия, такие как ограничения на пунктах въезда и карантинные меры, возможно, уже устарели, и их все сложнее реализовать на практике. Их необходимо пересмотреть и разработать новые стратегии и подходы с учетом того, что международные границы становятся все более проницаемыми и что передвижение людей и товаров осуществляется по все большему числу интенсивно используемых путей. Вспышки заболеваний, возможно, неизбежны, но эпидемии можно предотвратить.

Политическая нестабильность и отсутствие безопасности

5. По данным Управления Секретариата по координации гуманитарных вопросов, масштабы гуманитарных потребностей в мире сегодня велики как никогда. По состоянию на декабрь 2015 года в мире насчитывалось, по оценкам, порядка 125 миллионов человек, нуждающихся в гуманитарной помощи. В период с 1 января по 30 сентября 2016 года Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и партнеры реагировали на серьезные чрезвычайные ситуации в 47 странах, включая 31 острую чрезвычайную ситуацию и 16 чрезвычайных ситуаций затяжного характера. Последняя категория включает большую часть сохраняющихся на сегодняшний день гуманитарных кризисов со средней продолжительностью в семь лет. Поэтому системы здравоохранения должны быть надлежащим образом подготовлены к решению как кратковре-

менные, так и долгосрочные задач в области здравоохранения, с тем чтобы свести к минимуму или даже предотвратить серьезное воздействие на здоровье человека.

Нападения на сферу здравоохранения

6. Нормы, регулирующие оказание медицинских услуг в чрезвычайных ситуациях, предусматривают обеспечение права на жизнь, права на достоинство, равноправия всех лиц и права на медицинскую помощь. Первая Женевская конвенция предусматривает защиту раненых и больных и уход за ними, а также наличие медицинских частей и учреждений. Гуманитарная хартия и минимальные стандарты, применяемые при оказании помощи в случае стихийных бедствий, катастроф, конфликтов и чрезвычайных ситуаций защищают право на гуманитарную помощь, а в Гуманитарных принципах подчеркнуто важное значение гуманности, беспристрастности, нейтралитета и независимости. Медицинские работники обязаны выполнять обязанности по уходу и соблюдать нормы медицинской этики.

7. Однако во многих чрезвычайных ситуациях эти нормы, возможно, трудно осуществить в полном объеме. Часто имеют место случаи насилия и создания препятствий и угроз медицинским учреждениям, персоналу, пациентам, транспортным средствам и имуществу. До недавнего времени в открытом доступе не было источников сводной информации о нападениях на сферу здравоохранения в чрезвычайных ситуациях. В этой связи в качестве первой попытки обобщить и проанализировать данные, которые можно получить из открытых источников, ВОЗ подготовила в 2016 году доклад “Attacks on Health Care: Prevent, Protect, Provide” («Нападения на сферу здравоохранения: предотвратить, защитить, обеспечить»)¹. Хотя эти данные не являются всеобъемлющими, полученные результаты проливают свет на серьезный характер и периодичность возникновения этой проблемы. За двухлетний период с января 2014 года по декабрь 2015 года было получено 594 сообщения о нападениях на сферу здравоохранения, в результате которых в 19 странах с чрезвычайными ситуациями погибли 959 человек и был ранен 1561 человек. Более половины таких нападений было совершено на медицинские учреждения и еще четверть нападений — на медицинских работников. По имеющимся сообщениям, 62 процента нападений было намеренно направлено против сферы здравоохранения.

Перемещение и миграция населения

8. В 2015 году были зарегистрированы самые крупные масштабы вынужденного перемещения населения со времен Второй мировой войны. Эта ситуация подчеркивает важное значение аспекта охраны здоровья беженцев и мигрантов в рамках общего обсуждения проблем глобальной безопасности в области здравоохранения. И действительно, крупномасштабные гуманитарные кризисы, в результате которых происходят значительные перемещения населения, создают дополнительные вызовы в сфере медицинского обслуживания как

¹ См. по адресу: <http://www.who.int/hac/techguidance/attacksreport.pdf?ua=1>.

мигрантов, так и принимающих общин. Особое значение имеют проблемы переполненности приютов и лагерей, неадекватной санитарии и слабого иммунитета населения к наиболее распространенным патогенам, что значительно повышает опасность возникновения вспышек инфекционных заболеваний. Ситуацию усугубляет затяжной характер многих перемещений населения, который заставляет обратить внимание на факторы, ограничивающие возможности нынешней системы гуманитарного реагирования в плане оказания среднесрочной и долгосрочной помощи.

9. Вместе с тем группы реагирования, действующие в рамках существующей системы, готовы к осуществлению в чрезвычайных ситуациях ряда мероприятий, направленных на сведение к минимуму таких рисков среди мигрантов и населения принимающих стран, включая меры по укреплению здоровья, эпидемиологический надзор, кампании по вакцинации и оказание медицинских услуг. Более долгосрочные меры направлены на наращивание потенциала в части управления рисками в чрезвычайных ситуациях. Конечная цель состоит в обеспечении того, чтобы медицинское обслуживание и оказание иной гуманитарной помощи в итоге относились к сфере управления национальной системой здравоохранения и носили инклюзивный характер с учетом потребностей этих уязвимых групп населения.

Урбанизация и демографические сдвиги

10. Сегодня более половины населения мира проживает в городах. Этот процесс урбанизации продолжает усиливаться, причем самые высокие темпы роста городов приходятся на развивающиеся страны. Многие элементы основ гуманитарной деятельности и развития (например, методы работы, исходные предположения для целей планирования и методика выявления вспышек и реагирования на них) необходимо пересмотреть и адаптировать к городским условиям.

11. Принимавшиеся в последнее время меры реагирования на желтую лихорадку, вирус Зика и вспышки Эболы указывают на необходимость скоординированных усилий со стороны гуманитарных организаций, сообщества развития, гражданского общества и частного сектора. Эти усилия должны быть сосредоточены на обеспечении возможностей для анализа потребностей и факторов уязвимости на местном уровне, а также на осуществлении мер в густонаселенной городской среде.

Меняющиеся метеорологические условия и другие риски, связанные с изменением климата

12. После принятия Хиогской рамочной программы действий в 2005 году² на местном, национальном, региональном и международном уровнях с успехом предпринимались усилия по уменьшению опасности внезапных бедствий. Их результатом является снижение смертности от некоторых факторов опасности. Наглядный пример успеха этой работы можно было наблюдать во время недав-

² См. по адресу: <https://www.unisdr.org/we/coordinate/hfa>.

него явления «Эль-Ниньо — Южная осцилляция», затронувшего свыше 41 миллиона человек, когда уязвимое население подверглось воздействию экстремальных условий окружающей среды. Оперативное управление рисками для здоровья (такими, как недоедание, медицинские осложнения, трансмиссивные болезни, перебои в медицинском обслуживании) позволило обеспечить охрану здоровья наиболее уязвимых групп населения.

III. Международные медико-санитарные правила (2005 год)

13. Кризис, вызванный лихорадкой Эбола в Западной Африке, заставил международное сообщество пересмотреть свои глобальные приоритеты и оценить в полной мере значение Международных медико-санитарных правил (2005 год) как многостороннего инструмента, способного направлять действия стран международных организаций и партнеров по обеспечению готовности к серьезным чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения. Цель и сфера применения этих Правил, имеющих обязательную юридическую силу для 196 стран, состоят в «предотвращении международного распространения болезней, предохранении от них, борьбе с ними и принятии ответных мер на уровне общественного здравоохранения, которые соизмеримы с рисками для здоровья населения и ограничены ими и которые не создают излишних препятствий для международных перевозок и торговли». Эта сфера действия не ограничивается какой-либо конкретной болезнью или способом передачи, а охватывает «болезнь или медицинское состояние независимо от происхождения или источника, которые представляют или могут представлять риск нанесения людям значительного вреда»³. Важное значение Правил как основы для укрепления глобальной безопасности в сфере здравоохранения получило широкое признание на самом высоком правительственном уровне, со стороны системы Организации Объединенных Наций и партнеров из гражданского общества.

14. В соответствии с пунктом 1 статьи 54 Международных медико-санитарных правил (2005 год) и резолюции WHA61.2 (2008) Всемирной ассамблеи здравоохранения⁴, государства-участники и Генеральный директор ежегодно представляют Ассамблее здравоохранения об осуществлении Правил. Каждый год в докладе приводится информация о последних событиях с отчетом о мерах, принятых секретариатом в соответствии с Международными медико-санитарными правилами (2005 год). В докладе за 2016 год содержатся сведения о международных мерах реагирования на заболевание, вызываемое вирусом Эбола, ближневосточный респираторный синдром, полиомиелит, птичий грипп и вирус Зика с сопутствующими ему микроцефалией и синдромом Гийена-Барре. В докладе приводится также информация о роли Комитета по обзору роли Международных медико-санитарных правил (2005 год) в связи со вспышкой Эболы и реагированием на нее, и о первой поправке к Международным медико-санитарным правилам (2005 года) относительно вакцинации от желтой лихорадки. В нем также описывается предлагаемый переход от самостоятельной отчетности стран об основных возможностях согласно Правилам к более

³ См. по адресу: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246107/1/9789241580496-eng.pdf?ua=1>.

⁴ См. по адресу: http://www.who.int/ihr/A61_R2-en.pdf.

полной оценке национального потенциала посредством проведения, в частности, добровольных совместных внешних оценок.

Комитеты по чрезвычайным ситуациям, учреждавшиеся в соответствии с Международными медико-санитарными правилами (2005 год)

Болезнь, вызываемая вирусом Эбола

15. После объявления в 2014 году вспышки лихорадки Эбола в Западной Африке чрезвычайной ситуацией в области здравоохранения, имеющей международное значение, учрежденный согласно Международным медико-санитарным правилам соответствующий Комитет по чрезвычайной ситуации в связи со вспышкой Эболы собирался девять раз. На своем последнем заседании, состоявшемся 29 марта 2016 года в формате телеконференции, Комитет пришел к выводу о том, что ситуация с Эболой в Западной Африке уже не представляет чрезвычайной ситуации в области здравоохранения, имеющей международное значение, и что применение соответствующих временных рекомендаций, изданных Генеральным директором, должно быть прекращено. Исходя из консультативного заключения Комитета по чрезвычайной ситуации и собственной оценки ситуации Генеральный директор отменила чрезвычайную ситуацию в области здравоохранения, имеющую международное значение, и временные рекомендации и поддержала консультативное заключение Комитета относительно ситуации в области здравоохранения⁵.

16. Комитет по обзору роли Международных медико-санитарных правил (2005 год) в связи со вспышкой Эболы и реагированием на нее, учрежденный и созданный Генеральным директором на основании решения WHA68(10) (2015 год), провел свое первое совещание 24–25 августа 2015 года, межсессионные совещания в октябре, ноябре и декабре 2015 года и феврале 2016 года и свою второе и последнее совещание 21–24 марта 2016 года. Доклады о работе первого совещания Комитета по обзору и межсессионных совещаний размещены на веб-сайте ВОЗ⁶. Заключительный доклад Комитета был представлен шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в документе A69/21⁷.

Ближневосточный респираторный синдром

17. После того как коронавирус ближневосточного респираторного синдрома был выявлен впервые, он циркулирует на Аравийском полуострове в течение вот уже многих лет. К марту 2016 года до сведения ВОЗ были доведены сведения о лабораторно подтвержденных случаях инфицирования в 26 странах Ближнего Востока, Северной Америки, Европы и Азии. Крупные вспышки заболевания в лечебных учреждениях происходили в Республике Корея в период с мая по август 2015 года и в Саудовской Аравии в августе 2015 года.

⁵ См. по адресу: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/end-of-ebola-pheic/en/>.

⁶ См. по адресу: <http://www.who.int/ihr/review-committee-2016/en/>.

⁷ См. по адресу: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_21-en.pdf.

18. С 2013 года учрежденный в соответствии с Международными медико-санитарными правилами Чрезвычайный комитет по коронавирусу ближневосточного респираторного синдрома собирался 10 раз — последний раз в сентябре 2015 года⁸. На последнем совещании Комитет сообщил, что ситуация пока еще не представляет собой чрезвычайной ситуации в области здравоохранения, имеющей международное значение. Вместе с тем этот вирус продолжает передаваться людям от верблюдов и от человека человеку в медицинских учреждениях. К числу задач, остающихся на повестке дня в этой области, относятся следующие: представление отчетности о случаях бессимптомного течения болезни с положительной реакцией на вирус; обеспечение оперативного обмена информацией; введение в действие мер инфекционного контроля; и проведение соответствующих научных исследований. Комитет подчеркнул, что с медицинской точки зрения не существует никаких оснований для введения ограничений на торговлю и поездки с целью предотвращения распространения коронавируса ближневосточного респираторного синдрома и что нет необходимости производить скрининг в пунктах въезда. Вместе с тем было настоятельно рекомендовано повышать осведомленность о заболевании и его симптомах среди лиц, совершающих поездки, особенно в связи с паломничеством.

Полиомиелит

19. После объявления 5 мая 2014 года чрезвычайной ситуации в области здравоохранения, имеющей международное значение, учрежденный в соответствии с Международными медико-санитарными правилами (2005 год) Комитет по чрезвычайной ситуации в связи с международным распространением полиовируса собирался 10 раз. В августе 2016 года Комитет сделал вывод о том, что сложившаяся эпидемиологическая ситуация все еще представляет собой чрезвычайную ситуацию в области здравоохранения, имеющую международное значение, и рекомендовал продлить действие пересмотренных временных рекомендаций с особым акцентом на крупномасштабных перемещениях населения и расширении охвата вакцинацией беженцев, лиц, совершающих поездки, и трансграничных групп населения. Комитет с удовлетворением отметил, что в результате совместных усилий Афганистана и Пакистана за период, прошедший после предыдущего совещания, не было отмечено случаев международного распространения дикого полиовируса между двумя странами. Вместе с тем Комитет серьезно обеспокоило сообщение Нигерии о зафиксированных в июле 2016 года двух новых случаях острого периферического паралича у детей, вызванного вирусом дикого полиомиелита WPV1. Комитет отметил продолжающееся распространение полиовируса между Афганистаном и Пакистаном и вспышки заболевания, вызванные полиовирусом вакцинного происхождения, в других странах, и настоятельно призвал поставить на регулярный контроль опасность международного распространения в районах повышенного риска. Генеральный директор одобрила выводы Комитета и издала временные рекомендации в соответствии с Правилами⁹.

⁸ См. по адресу: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2015/ihr-emergency-committee-mers/en/> (accessed 22 April 2016).

⁹ С материалом можно ознакомиться по адресу: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/10th-ihr-emergency/en/> (по состоянию на 7 сентября 2016 года).

20. В решении WHA68(9) (2015 год) шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения просила Генерального директора представить шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения доклад о прогрессе, достигнутом в деле снижения риска международного распространения дикого полиовируса (см. документ A69/26).

Вирус Зика, микроцефалия и синдром Гийена-Барре

21. 1 февраля 2016 года Генеральный директор созвала первое совещание Комитета по чрезвычайной ситуации в связи с вирусом Зика в соответствии с Международными медико-санитарными правилами (2005 год) с учетом групповых случаев микроцефалии и других неврологических нарушений в некоторых районах, затронутых вирусом Зика. Согласно консультативному заключению Комитета по чрезвычайной ситуации, Генеральный директор заявила, что групповые случаи микроцефалии и других неврологических нарушений, о которых сообщалось в Бразилии, после аналогичных групповых случаев во Французской Полинезии в 2014 году, представляют собой чрезвычайную ситуацию в области здравоохранения, имеющую международное значение, и издала соответствующие временные рекомендации. На своем четвертом совещании 2 сентября 2016 года, рассмотрев представленные фактологические материалы, Комитет сделал вывод о том, что ввиду продолжающегося расширения географии вируса и сохраняющихся значительных пробелов в понимании вируса и его последствий инфицирование вирусом Зика и связанные с ним врожденные и другие неврологические нарушения все еще представляют собой чрезвычайную ситуацию в области здравоохранения, имеющую международное значение. Комитет по чрезвычайной ситуации рассмотрел последние фактологические данные, свидетельствующие о связи между инфицированием вирусом Зика и микроцефалией, и пришел к заключению, что, хотя фактов, подтверждающих наличие причинно-следственной связи, на данный момент имеется больше, чем в феврале 2016 года, в этой области все же необходимы дополнительные исследования. Генеральный директор издала временные рекомендации, отражающие это заключение¹⁰.

22. В период с 1 января 2007 года по 31 августа 2016 года передача вируса Зика была документально подтверждена в общей сложности в 69 странах и территориях. Шесть стран сообщили также о случаях местного инфицирования в отсутствие на месте каких-либо известных видов mosquitos-переносчиков, которое, вероятно, происходило половым путем. В период с 1 февраля по 31 августа 2016 года 11 стран сообщили о фактах передачи вируса Зика от человека человеку. На основе результатов наблюдений и исследований, проводимых по когортному методу и методу «случай-контроль», научные работники все более склоняются к тому, что вирус является причиной роста числа случаев синдрома Гийена-Барре, микроцефалии и других неврологических нарушений, зарегистрированных в ряде стран, где циркулирует вирус Зика. ВОЗ приступила к осуществлению стратегического плана реагирования на вирус Зика, предусматривающего эпидконтроль, меры реагирования и научные исследова-

¹⁰ С материалом можно ознакомиться по адресу: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/zika-fourth-ec/en> (по состоянию на 7 сентября 2016 года).

ния¹¹. ВОЗ работает в тесном контакте с региональными бюро и затронутыми странами над комплексными мерами реагирования, включая эпидконтроль и борьбу с москитами, поощрение мер индивидуальной защиты, оказание поддержки беременным женщинам, проживающим в странах, затронутых вирусом Зика или возвращающимся из таких стран, и лечение дополнительных осложнений, связанных с вирусом Зика. Непременным условием борьбы с распространением вируса Зика и лечения вызываемых им осложнений является увеличения объема инвестиций. На сегодняшний день ВОЗ и ее партнеры определили потребности в финансировании на период по декабрь 2017 года включительно.

Прогресс в осуществлении Международных медико-санитарных правил (2005 год)

Создание потенциала

23. Международные медико-санитарные правила (2005 год) предусматривают необходимость создания, укрепления и поддержания основных возможностей в плане эпиднадзора и ответных мер в назначенных пунктах въезда. С 2010 года система мониторинга основных возможностей в рамках Международных медико-санитарных правил строится на использовании государствами-участниками соответствующего вопросника по самооценке для информирования Всемирной ассамблеи здравоохранения о состоянии и развитии минимальных основных возможностей в области общественного здравоохранения, предусмотренных Правилами. С показателями предусмотренных Международными медико-санитарными правилами возможностей за 2015 год можно ознакомиться на веб-сайте ВОЗ¹². По состоянию на 5 апреля 2016 года 126 из 196 государств-участников заполнили вопросник по самооценке, направленный им в апреле 2015 года. Анализ информации, предоставленной секретариату государствами-участниками в рамках ежегодной отчетности стран о предусмотренных Международными медико-санитарными правилами основных возможностях, свидетельствуют о прогрессе в следующих областях: введение в действие надлежащих законов и принципов в целях осуществления Правил; координация и сотрудничество с другими секторами в области создания потенциала; функциональные и более широкие возможности выявления и раннего предупреждения; согласованные возможности обеспечения готовности и реагирования на чрезвычайные ситуации; и более совершенная система информирования общественности и заинтересованных сторон. Тем не менее фактический уровень возможностей в некоторых странах неясен, в связи с чем для поддержания этих возможностей в состоянии готовности необходимо вести постоянную работу по укреплению инфраструктуры, процедур и кадровых ресурсов. Кроме того, во многих случаях до сих пор отсутствуют возможности для выявления химических и радиологических происшествий и реагирования на них. С представ-

¹¹ См. по адресу: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246091/1/WHO-ZIKV-SRF-16.3-eng.pdf?ua=1&ua=1&ua=1> (по состоянию на 7 сентября 2016 года).

¹² См. показатели предусмотренных Международными медико-санитарными правилами основных возможностей по всем государствам-участникам, представившим данные за 2015 год, которые доступны по адресу: <http://www.who.int/gho/ihr> (по состоянию на 22 апреля 2016 года).

ленными странами показателями за 2015 год можно ознакомиться на веб-сайте ВОЗ¹³.

24. Первоначальным предельным сроком для создания государствами-участниками основных возможностей, предусмотренных Международными медико-санитарными правилами (2005 год), был 2012 год с возможностью продления до 2016 года. В этом вопросе был достигнут определенный прогресс, однако во многих странах эти возможности не созданы. В 2014 году Комитет по обзору в отношении второго продления сроков создания национальных основных возможностей в области общественного здравоохранения и осуществления Международных медико-санитарных правил рекомендовал Генеральному директору рассмотреть различные подходы к проведению кратко- и долгосрочной оценки и наращивания предусмотренных Международными медико-санитарными правилами основных возможностей (см. документ A68/22/Add.1, пункт 43).

Координация между различными инициативами по осуществлению Международных медико-санитарных правил (2005 год)

25. Возобновившийся в последнее время интерес к Международным медико-санитарным правилам (2005 год) как к всемирному общественному благу в плане здравоохранения вызвал к жизни многочисленные новые инициативы, касающиеся оценки существующих возможностей в области здравоохранения в рамках систем здравоохранения и поддержки их развития и укрепления посредством стимулирования и сотрудничества. В качестве примеров можно привести инициативы по укреплению систем здравоохранения, усилия по обеспечению готовности к пандемиям, включая Рамочную программу по обеспечению готовности к пандемии гриппа, укрепление основных возможностей, предусмотренных Международными медико-санитарными правилами (2005 год), обеспечение готовности к стихийным бедствиям (например, безопасные больницы), инициативу «Единое здоровье», программы обеспечения готовности в случае чрезвычайных ситуаций в транспортной отрасли и в области биобезопасности и интеграцию страновой деятельности по обеспечению готовности к чрезвычайным медико-санитарным ситуациям и готовности к стихийным бедствиям и гуманитарным кризисам. Эти инициативы предполагают необходимость координации и открывают хорошие возможности для здравоохранения и секретариата ВОЗ на глобальном уровне.

26. ВОЗ разработала новый механизм мониторинга и оценки предусмотренных Международными медико-санитарными правилами основных возможностей¹⁴. Помимо ежегодных докладов этот механизм включает ретроспективный обзор, имитационные занятия и независимую (внешнюю) оценку. Первоначально секретариат делал упор на развитие компонента независимой оценки. В феврале 2016 года была завершена разработка инструмента совместной внешней оценки Международных медико-санитарных правил (2005 год)¹⁵, после чего и началась отправка совместно с партнерами и экспертами доброволь-

¹³ См. <http://www.who.int/gho/ihr/en/> (по состоянию на 26 апреля 2016 года).

¹⁴ См. http://www.who.int/ihr/publications/concept_note_201407ru.pdf?ua=1/.

¹⁵ Имеется на сайте http://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_2016_2/en/ (по состоянию на 1 апреля 2016 года).

ных совместных миссий по внешней оценке в страны. Предварительные результаты оказались положительными, и партнеры выразили заинтересованность в поддержке этого подхода и в использовании совместной внешней оценки для разработки или совершенствования национальных планов действий по обеспечению готовности стран к чрезвычайным медико-санитарным ситуациям.

27. Другие компоненты нового рамочного механизма мониторинга и оценки Международных медико-санитарных правил вместе со всеми соответствующими руководствами и инструментами находятся сейчас в стадии доработки и будут размещены на веб-сайте ВОЗ. Представление докладов Всемирной ассамблеи здравоохранения в новом формате запланировано на 2017 год, в зависимости от результатов семидесятой сессии Ассамблеи данные за 2016 год были собраны с применением действующего инструмента: <http://www.who.int/ihr/publications/WHO-HSE-GCR-2016.16/en/>.

28. ВОЗ в сотрудничестве с партнерами разработала проект стратегических рамок для обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям в целях укрепления готовности к чрезвычайным ситуациям на страновом и общинном уровнях и обеспечения своевременного, эффективного и действенного реагирования на опасности для здоровья населения. Четыре основных элемента обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям — это оперативная готовность, устойчивость систем здравоохранения, единая система здравоохранения и общегосударственный/общенародный подход. Обеспечение готовности к чрезвычайным ситуациям проходит через многоэтапный цикл оценки рисков и возможностей, планирования, координации, осуществления, оценки и имитационных занятий, а также финансирования. Компоненты обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям и их применение на общинном, местном, субнациональном, национальном, региональном и глобальном уровнях включают в себя управление, возможности и ресурсы.

29. 13–15 июля 2015 года ВОЗ и правительство Южной Африки совместно провели в Кейптауне, Южная Африка, совещание партнеров и заинтересованных сторон высокого уровня на тему «Обеспечение безопасности в области здравоохранения, не ограничиваясь Эболой». В работе совещания приняли участие более 200 человек, включая представителей стран, затронутых болезнью, вызванной вирусом Эбола. Его цель заключалась в согласовании приоритетных мер по повышению безопасности в области здравоохранения в порядке укрепления систем здравоохранения и возможностей осуществления Международных медико-санитарных правил (2005 год). Участники согласились с необходимостью совместных действий по обеспечению безопасности в области здравоохранения на национальном и глобальном уровнях и изложили свою концепцию будущих шагов по согласованию многосторонних инициатив. Они достигли общего согласия в отношении роли ВОЗ как координатора стран и партнеров. ВОЗ предложила подход, основанный на сотрудничестве международных и национальных заинтересованных сторон, в целях укрепления и поддержания возможностей систем здравоохранения, необходимых для осуществления Правил.

30. Правительство Финляндии организовало на уровне старших должностных лиц совещание по вопросу о создании альянса для страновых оценок в от-

ношении глобальной безопасности в области здравоохранения и осуществления Международных медико-санитарных правил (2005 год) (Женева, 14 марта 2016 года). В работе этого совещания приняли участие более 20 стран, а также представители многосторонних учреждений и доноров. Они предложили создать альянс для анализа на основе совместной внешней оценки основных возможностей, предусмотренных Правилами (2005 год). Было предложено учредить для этого альянса небольшой секретариат в рамках ВОЗ и консультативную группу по оказанию поддержки в процессе страновых оценок.

31. Министерство социальных дел, здравоохранения и прав женщин Франции и Европейская комиссия организовали в Лионе, Франция, 22 и 23 марта 2016 года конференцию высокого уровня по глобальной безопасности в области здравоохранения. Это мероприятие было совместно организовано ВОЗ и Европейской комиссией под эгидой нидерландского председательства в Совете Европейского союза. Главным итогом этой конференции стало обязательство укреплять безопасность в области здравоохранения во всем мире на основе осуществления Международных медико-санитарных правил (2005 год). Благодаря тому, что в конференции приняли участие многие учреждения, а также партнеры из частного и государственного секторов и из сфер охраны здоровья человека и животных, эта конференция позволила повысить осведомленность о Правилах и осознание необходимости их более быстрого осуществления. Участники подтвердили ключевые принципы Правил: многосекторальный подход, точная оценка возможностей, фундаментальные аспекты укрепления систем здравоохранения и кадровых ресурсов и сотрудничество между странами.

32. 8 и 9 октября 2015 года в Берлине встретились министры здравоохранения семи ведущих промышленно развитых стран мира (Группа 7). В их широкой по своему охвату заключительной декларации обращалось внимание, в частности, на основной мандат и самоотверженное руководство ВОЗ и на то, что имеющие обязательную юридическую силу Международные медико-санитарные правила (2005 год) являются основным международным инструментом, имеющим целью помочь странам в защите от международного распространения болезней, включая риски и чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения. Министры поддержали Международные медико-санитарные правила (2005 год), прямо потребовав от стран сотрудничать друг с другом в создании и поддержании основных возможностей и отметив, что соблюдение [Правил] в полной мере в конечном итоге является обязанностью всех стран¹⁶.

33. Эти обязательства были подтверждены в коммюнике, которое было принято министрами здравоохранения стран Группы семи в Кобе во время их совещания 11 и 12 сентября 2016 года и в котором они указали, что эффективное осуществление Международных медико-санитарных правил (2005 год) важно как никогда. Министры вновь подтвердили, что ВОЗ играет центральную роль в координации мер реагирования на глобальные чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения и в обеспечении готовности к ним и приветствовали доклад Комитета по обзору о роли Международных медико-

¹⁶ См. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/G/G7-Ges.Minister_2015/G7_Health_Ministers_Declaration_AMR_and_EBOLA.pdf (по состоянию на 22 апреля 2016 года).

санитарных правил (2005 год). Представители семи стран обязались сообщить до конца 2016 года об их прогрессе в выполнении обязательства руководителей Группы 7 по оказанию помощи 76 странам и регионам в создании основных возможностей, предусмотренных Международными медико-санитарными правилами. В коммюнике одобрялся новый подход к оценке основных возможностей и отмечалось, что министры поддерживают усилия партнеров по разработке национальных планов и по достижению общих целей совместного инструмента внешней оценки ВОЗ для Международных медико-санитарных правил в тесной координации с другими соответствующими организациями¹⁷.

Первая поправка к Международным медико-санитарным правилам (2005 год): вакцинация против желтой лихорадки

34. Первая поправка к Международным медико-санитарным правилам (2005 год) была внесена в 2014 году. Эта поправка была предложена Генеральным директором ВОЗ в свете рекомендации Стратегической консультативной группы экспертов по иммунизации, согласно которой одной дозы вакцины против желтой лихорадки достаточно для того, чтобы защитить человека на всю жизнь. Соответственно, на шестьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения была принята резолюция WHA67.13 (2014), обновляющая приложение 7 к Правилам и пересматривающая период эффективности вакцинации против желтой лихорадки и срок действия соответствующего свидетельства с 10 лет до конца жизни лица, прошедшего вакцинацию. Эта поправка вступила в силу в июле 2016 года.

35. В ответ на просьбу шестьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, на которой отмечалось, что вакцинация против желтой лихорадки может требоваться от любого лица, покидающего район, в котором, по определению ВОЗ, присутствует риск передачи желтой лихорадки, Генеральный директор распорядилась публиковать и обновлять в реальном времени онлайн-перечень стран, признающих свидетельства о вакцинации против желтой лихорадки, которые действуют на протяжении всей жизни вакцинированного лица, и учредила научно-техническую консультативную группу с целью картирования риска заболевания желтой лихорадкой и обеспечения руководящих указаний по вакцинации лиц, совершающих поездки (см. резолюцию WHA68.4 (2015)).

Последующие шаги в осуществлении Международных медико-санитарных правил (2005 год)

36. В мае 2016 года Комитет по обзору о роли Международных медико-санитарных правил (2005 год) в связи со вспышкой Эболы и реагированием на нее представил свои рекомендации Генеральному директору на шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения¹⁸. Комитет по обзору пришел к выводу о необходимости отдать приоритет вопросам осуществления Правил во всех странах и укреплять потенциал секретариата и его партнерские

¹⁷ См. http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kokusai/g7kobe/KobeCommunique_en.pdf (по состоянию на 30 сентября 2016 года).

¹⁸ Документ A/69/21, <http://undocs.org/ru/A/69/21> доступен по адресу: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_21-ru.pdf.

отношения в целях поддержки государств-участников. Комитет вынес 12 рекомендаций для обеспечения выполнения Правил на основе новых предложений и для улучшения соблюдения Правил за счет разработки глобального стратегического плана; финансирования осуществления Правил; повышения уровня осведомленности о них; внедрения и поддержки системы внешней оценки основных возможностей; совершенствования работы секретариата по оценке рисков и информирования о рисках; улучшения положения с обеспечением соблюдения требований, предъявляемых к дополнительным мерам и временным рекомендациям; укрепления роли национальных координаторов по Международным медико-санитарным правилам; приоритизации мер поддержки наиболее уязвимых стран; и развития основных возможностей, предусмотренных Международными медико-санитарными правилами (2005 год), в рамках более широкой повестки дня по укреплению систем здравоохранения.

37. Всемирная ассамблея здравоохранения приняла решение WHA69(14), в котором, в частности, просила Генерального директора подготовить для рассмотрения региональными комитетами в 2016 году проект глобального плана осуществления рекомендаций Комитета по обзору, который будет содержать оперативный план совершенствования реализации Международных медико-санитарных правил (2005 год) путем укрепления существующих подходов и предусмотрит продвижение вперед в отношении новых предложений, требующих дальнейших технических обсуждений государств-членов¹⁹. Проект глобального плана осуществления рекомендаций обсуждался региональными комитетами ВОЗ²⁰, и Генеральный директор представит заключительный вариант этого плана на рассмотрение сто сороковой сессии Исполнительного совета ВОЗ в январе 2017 года.

IV. Другие недавние изменения в плане нормативной деятельности

38. Повсеместно признается, что для того чтобы системы здравоохранения были эффективными, необходима постоянная финансовая, инфраструктурная поддержка и, в контексте чрезвычайных гуманитарных ситуаций, поддержка в области безопасности. Например, в контексте целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, большинство стран, которые в 2015 году больше других отставали от графика достижения этих целей, — это страны, которые претерпели период длительных политических потрясений и нуждались в гуманитарной поддержке и поддержке в области развития. В 2016 году международное сообщество взяло серьезные обязательства и доби-

¹⁹ Документ A69/DIV./3, доступен по адресу http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_DIV3-ru.pdf.

²⁰ См. http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=10284&Itemid=2593 (по состоянию на 5 сентября 2016 года), http://www.searo.who.int/mediacentre/events/governance/rc/sea-rc69-10_9.2.pdf?ua=1 (по состоянию на 5 сентября 2016 года), и http://www.searo.who.int/mediacentre/events/governance/rc/sea-rc69-10_9.2.pdf?ua=1 (accessed 5 September 2016) and http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/315875/66wd26e_GlobalImplementPlanIHR_160629.pdf?ua=1 (по состоянию на 7 сентября 2016 года).

лось замечательных успехов в деле устойчивого развития. Среди этих достижений следует отметить следующие:

- **Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года.** В целях в области устойчивого развития прослеживается четкая связь между здравоохранением и устойчивым развитием, при том понимании, что укрепление здоровья населения мира позволяет сократить масштабы нищеты и неравенства, способствует достижению мира и безопасности и закладывает основу для экономического роста и процветания (см. [A/70/PV.80](#)).
- **Сендайская рамочная программа по снижению риска бедствий на 2015–2030 годы.** В этой рамочной программе поощряется расширение сотрудничества между органами здравоохранения и заинтересованными сторонами из различных сфер в целях улучшения состояния здоровья людей и состояния здравоохранения в странах, подверженных риску стихийных бедствий. В ней также содержится призыв к разработке и осуществлению стратегий и планов по защите от многообразных угроз (включая биологические угрозы).
- **Всемирный саммит по гуманитарным вопросам.** На Всемирном саммите по гуманитарным вопросам, который был созван Генеральным секретарем Пан Ги Муном (Стамбул, 23 и 24 мая 2016 года), были взяты обязательства по уменьшению страданий и улучшению жизни людей во всем мире. Участники поддержали новую, общую Повестку дня в интересах человечества, разработанную в целях предотвращения и уменьшения человеческих страданий. Забота о здоровье людей во всем мире относится к основной обязанности 3 «Ни о ком не забыть», определяемой в Повестке дня. Участники специальной сессии по вопросу о здоровье населения во всем мире призвали взять на себя обязательства по созданию такой системы принятия мер, которая характеризовалась бы взаимодополняемостью, гибкостью и умением использовать основные профессиональные качества в чрезвычайных ситуациях в области общественного здравоохранения, имеющих международное значение.

V. Устойчивость к противомикробным препаратам

39. Микроорганизмы (например, бактерии, грибки, вирусы и паразиты) все активнее вырабатывают устойчивость к противомикробным препаратам (таким, как антибиотики, противогрибковые, противовирусные, противомалярийные препараты и интигельминтики). Этот процесс, известный как устойчивость к противомикробным препаратам, ставит под угрозу эффективное предотвращение и лечение все более широкого спектра инфекционных заболеваний, что, в свою очередь, приводит к затяжным заболеваниям, инвалидности и смерти и повышает риск передачи болезней другим людям. Кроме того, злоупотребление противомикробными препаратами и их чрезмерное использование при лечении людей и животных ускоряет этот процесс.

40. Поэтому устойчивость к противомикробным препаратам представляет особо серьезную и первоочередную опасность для здоровья людей и безопас-

ности стран; появление новых или возвращение старых патогенов создает опасность для здоровья, поскольку они могут быть опасными для жизни, с трудом поддаваться лечению или профилактике и могут повсеместно вызывать тревогу. Патогены, обладающие устойчивостью к противомикробным препаратам, одинаково опасны для очень многих организмов. Кроме того, многие из мер, которые необходимы для обеспечения охраны здоровья, такие как укрепление национального потенциала, улучшение коммуникации и координации и разработка новых технологий, необходимы и для борьбы с возникновением патогенов.

Нынешняя ситуация

Сопrotивляемость бактерий

41. Устойчивость к антибиотикам присутствует во всех странах. Устойчивость *Клебсиеллы пневмонии* — распространенной кишечной бактерии, которая может вызывать угрожающие жизни заболевания, к применяемым в качестве последнего средства антибиотикам из группы карбапенемов, распространилась на все регионы мира. Бактерии *Клебсиеллы пневмонии* — это одна из основных причин приобретаемых в больницах инфекций, таких как пневмония, инфекции кровеносной системы, а также инфицирования новорожденных и пациентов отделений интенсивной терапии. В некоторых странах из-за сопроtивляемости к антибиотикам из группы карбапенемов они оказываются неэффективны более чем в половине случаев лечения больных с инфекциями *Клебсиеллы пневмонии*.

42. Очень широкое распространение получила сопроtивляемость бактерий кишечной палочки к одному из наиболее широко применяемых для борьбы с инфекционными заболеваниями мочевыводящих путей препаратов (антибиотики из группы фторхинолонов). Во многих частях мира есть страны, где такое лечение теперь является неэффективным более чем в 50 процентах случаев.

43. Неэффективность лечения гонореи применяемыми для этого в качестве последнего средства антибиотиками третьего поколения из группы цефалоспоринов подтверждена по меньшей мере в 10 странах (Австралии, Австрии, Канаде, Норвегии, Словении, Соединенном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии, Франции, Швеции, Южной Африке и Японии).

44. Широко распространена устойчивость к лекарственным препаратам первой линии, применяемым для лечения инфекционных заболеваний, вызываемых золотистым стафилококком, который часто является источником серьезных инфекционных заболеваний в медицинских учреждениях и в быту. Согласно прогнозам, у людей, зараженных золотистым стафилококком, который устойчив к метициллину, вероятность летального исхода на 64 процента больше, чем у больных с инфекцией, не имеющей устойчивости к этому лекарственному препарату.

45. Колистин является последним средством лечения опасных для жизни инфекций, вызываемых энтеробактериями, которые обладают сопроtивляемостью к карбапенемам. В последнее время в ряде стран и регионов зафиксиро-

вана устойчивость к колистину, которая делает невозможным лечение инфекционных заболеваний, вызываемых такими бактериями.

Сопrotивляемость к противотуберкулезным препаратам

46. По оценкам ВОЗ, в 2014 году насчитывалось около 480 000 новых случаев заболевания туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью — формой туберкулеза, устойчивой к двум наиболее мощным противотуберкулезным препаратам. Лишь около четверти из них (123 000 случаев) были выявлены и зарегистрированы. Лечение туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью требует гораздо более продолжительных и менее эффективных курсов, чем при лечении других форм туберкулеза, не обладающих устойчивостью к препаратам. В масштабах всего мира в 2014 году лишь половина больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью были успешно излечены.

47. В 105 странах зарегистрирован туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью — форма туберкулеза, обладающая устойчивостью по меньшей мере к четырем основным противотуберкулезным препаратам. По оценкам, около 9,7 процента лиц, больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью, имеют форму туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью.

Сопrotивляемость к противомалярийным препаратам

48. По состоянию на июль 2016 года сопrotивляемость к препаратам первого ряда, применяемым для лечения молниеносной трехдневной малярии (комбинированное лечение препаратами на основе артемизинина), подтверждена в пяти странах субрегиона Большого Меконга (Вьетнам, Камбоджа, Лаосская Народно-Демократическая Республика, Мьянма и Таиланд). В большинстве стран больные с устойчивыми к артемезинину инфекциями после проведенного лечения полностью излечиваются, при условии что они проходят комбинированное лечение препаратами на основе артемизинина в сочетании с другим действенным лекарственным средством. Однако на границе между Камбоджей и Таиландом возбудитель молниеносной лихорадки приобрел устойчивость почти ко всем существующим противомалярийным препаратам, что делает лечение более сложным и требующим пристального внимания. Существует реальная опасность того, что множественная лекарственная устойчивость вскоре появится и в других частях этого субрегиона. Распространение резистентных штаммов в других регионах мира может представлять серьезную проблему для общественного здравоохранения и поставить под угрозу важные недавние достижения в борьбе с малярией. Стратегия ВОЗ по ликвидации малярии в субрегионе Большого Меконга на 2015–2030 годы была одобрена всеми пятью странами субрегиона, а также Китаем.

Сопrotивляемость к ВИЧ-препаратам

49. В 2010 году примерно 7 процентов людей, приступавших к антиретровирусной терапии в развивающихся странах, были заражены ВИЧ, устойчивым к лекарственным препаратам. В развитых странах этот показатель составлял от 10 до 20 процентов. Некоторые страны в последнее время сообщали о том, что

доля таких лиц среди тех, кто приступает к лечению ВИЧ, составляет 15 или более процентов, а среди тех, кто приступает к повторному лечебному курсу — до 40 процентов. Эта проблема требует неотложного внимания. Повышение устойчивости ВИЧ к препаратам имеет серьезные экономические последствия, поскольку лечебные курсы второй и третьей линии обходятся соответственно в 3 раза и в 18 раз дороже лекарственных препаратов первой линии.

50. С сентября 2015 года ВОЗ рекомендует всем ВИЧ-инфицированным лицам проходить антиретровирусное лечение. Как ожидается, более широкое применение такого лечения вызовет дальнейший рост сопротивляемости к препаратам антиретровирусной терапии во всех регионах мира. В целях максимального повышения долгосрочной эффективности курсов антиретровирусной терапии первой линии и обеспечения того, чтобы люди принимали наиболее эффективные средства, крайне важно продолжать отслеживать сопротивляемость и минимизировать возможность ее возникновения и дальнейшего распространения. На основе консультаций со странами, партнерами и заинтересованными сторонами ВОЗ в настоящее время разрабатывает новый глобальный план действий по борьбе с сопротивляемостью к ВИЧ-препаратам на 2017–2021 годы.

Сопротивляемость к противогриппозным препаратам

51. Противовирусные лекарственные препараты важны для лечения гриппа, приобретающего характер эпидемии или пандемии. До сих пор практически все вирусы гриппа А, присутствовавшие в организме человека, были устойчивы к одной категории противовирусных препаратов — ингибиторам М2 (амантадин и римантадин). Однако сопротивляемость к ингибитору нейраминидазы озелтамивиру остается низкой (на уровне 1–2 процента случаев). Восприимчивость гриппа к противовирусным препаратам постоянно контролируется с помощью Глобальной системы эпиднадзора за гриппом и ответных мер ВОЗ.

Необходимость в скоординированных действиях

52. Устойчивость к противомикробным препаратам — это сложная проблема, которая затрагивает все общество и зависит от многих взаимосвязанных факторов. Для того чтобы свести к минимуму возникновение и распространение сопротивляемости к противомикробным препаратам, необходимы скоординированные действия. В мае 2014 года на своей шестьдесят седьмой сессии Всемирная ассамблея здравоохранения приняла резолюцию WHA67.25 по проблеме устойчивости к противомикробным препаратам, в которой, в частности, просила Генерального директора разработать проект глобального плана действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам. В мае 2015 года глобальный план действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам был принят в рамках резолюции WHA68.7. В этой резолюции Ассамблея также призвала Генерального директора проработать в консультации с Генеральным секретарем варианты проведения в 2016 году в период проведения сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций совещания высокого уровня, включая потенциальные результаты.

53. 21 сентября 2016 года в рамках сессии Генеральной Ассамблеи было созвано совещание высокого уровня по проблеме резистентности к противомикробным препаратам в соответствии с пунктом 19 ее резолюции 70/183. Итоги этого совещания отражают осознание того, что устойчивость к противомикробным препаратам является крайне серьезной угрозой для здоровья человека. Государства-члены подчеркнули необходимость внедрения эффективного подхода «Единая система охраны здоровья», предусматривающего координацию между многочисленными международными секторами, включая сектор по производству лекарств для человека и для животных, сельскохозяйственный, продовольственный, финансовый и экологический сектора. Признается также необходимость в солидарности для обеспечения того, чтобы страны имели в своем распоряжении средства для борьбы с устойчивостью к противомикробным препаратам. Кроме того, сложился широкий консенсус в отношении того, что требуются более активная инновационная деятельность и инвестиции в научные исследования и разработку новых противомикробных лекарств, вакцин и диагностических средств.

VI. Научные исследования и разработки

54. В мае 2015 года на своей шестьдесят восьмой сессии Всемирная ассамблея здравоохранения в своем решении WHA68(10) приветствовала разработку, в консультации с государствами-членами и соответствующими заинтересованными сторонами, схематического плана ускорения научных исследований и разработок при эпидемиях или чрезвычайных ситуациях в области здравоохранения при отсутствии или недостаточном характере существующих решений в области профилактики и лечения, принимая во внимание другие соответствующие направления работы в рамках ВОЗ.

55. По просьбе своих 194 государств — членов ВОЗ организовала широкую глобальную коалицию для разработки схематического плана в качестве платформы для ускорения научных исследований и разработок в отношении новых патогенов, которые способны вызвать серьезные вспышки болезней в ближайшем будущем и против которых не существует или почти не существует медицинских контрмер.

56. Целью плана научных исследований и разработок является создание благоприятных условий для того, чтобы научно-исследовательское сообщество посредством увеличения финансирования, обмена информацией и налаживания партнерских отношений могло стимулировать изменение ситуации в области общественного здравоохранения, способное дать значительный глобальный эффект. В частности, этот план позволит сократить время между объявлением чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение, и созданием эффективных тестов, вакцин и лекарств, которые можно использовать для спасения жизни людей и предотвращения кризиса. Для повышения уровня готовности в рамках плана научных исследований и разработок будут использоваться три подхода.

а) **Улучшение координации и содействие созданию благоприятных условий.** Этот подход включает в себя комплекс взаимосвязанных действий, например организационных, политических, информационно-пропагандистских

и культурных, которые оказывают воздействие на глобальный потенциал в плане оперативного проведения исследований в условиях эпидемий:

- i) создание эффективного координационного механизма;
- ii) определение инновационных, прозрачных и скоординированных процессов финансирования;
- iii) поощрение эффективной коммуникации;

b) Ускорение процессов научных исследований и разработок. Этот подход включает в себя все меры, необходимые для безопасного, эффективного и своевременного осуществления важнейших исследований. Посредническая роль ВОЗ заключается в обеспечении того, чтобы приоритетные меры разрабатывались и осуществлялись на основе консенсуса и координации:

- i) оценка эпидемической угрозы и определение приоритетных патогенов;
- ii) разработка «дорожных карт» в области научных исследований и разработок для ускорения оценки методов диагностики, терапевтических средств и вакцин;
- iii) планирование надлежащих нормативных и морально-этических вариантов действий;

c) Разработка новых норм и стандартов, адаптированных к условиям эпидемии. Инновационные международные нормы и стандарты — это один из способов преодоления научных и координационных препятствий, стоящих на пути научных исследований и разработок во время эпидемий. Работа ВОЗ поможет в максимальной степени повысить согласованность, надежность и эффективность исследовательских усилий и мероприятий:

- i) поддержка в деле расширения возможностей для осуществления надлежащих исследовательских проектов;
- ii) разработка рекомендаций и инструментов для определения рамок сотрудничества и обмена;
- iii) прогнозирование потребностей в доказательствах для целей нормативного обзора и разработки политики.

57. Между национальными правительствами и учреждениями, занимающимися вопросами общественного здравоохранения, исследователями, социологами и промышленными кругами уже состоялся ряд консультаций. Участники консультаций определили основные препятствия на пути международного сотрудничества; согласовали основные принципы обмена данными; составили основной список из 10 представляющих особую опасность, приоритетных вирусных патогенов с целью принятия незамедлительных мер; приступили к определению в отношении этих патогенов основных видов деятельности, необходимых для поощрения стратегических исследований до и во время вспышек заболеваний; и изучили инновационные подходы к проведению клинических испытаний.

58. В соответствии с планом научных исследований и разработок ВОЗ заинтересованные стороны, представляющие международные организации, прави-

тельства, промышленные круги, общественных доноров и филантропов в области научных исследований и разработок, научные и учебные заведения, неправительственные организации и группы гражданского общества, договорились на Всемирном экономическом форуме 2016 года в Давосе изучить новые методы работы для стимулирования исследовательской деятельности в области вакцин в ответ на угрозы в сфере здравоохранения. Эта инициатива известна как Коалиция за новаторские методы обеспечения готовности к эпидемиям. Участники Коалиции рассчитывают на максимальную роль вакцин в борьбе со вспышками инфекционных заболеваний, способных перерасти в эпидемию, на как можно более раннем этапе, пока эти заболевания не превратились в чрезвычайные ситуации с точки зрения общественного здравоохранения. Коалиция намерена достигать этого путем создания принципиально новых партнерств между государственным и частным секторами, благотворительными организациями и организациями гражданского общества, занимать применительно к разработке вакцин подход по принципу «от начала до конца», преимущественно в тех случаях, когда вакцины отсутствуют на коммерческом рынке.

59. С января 2016 года состоялся целый ряд интерактивных рабочих совещаний и телеконференций высокого уровня для разработки первоначальных предложений в отношении Коалиции. На данном этапе, пока не утверждены первоначальные финансовые обязательства, официальное объявление о начале работы Коалиции планируется сделать на ежегодном совещании в Давосе в январе 2017 года.

VII. Нарращивание потенциала системы Организации Объединенных Наций

60. После призыва к повышению способности международного сообщества поддерживать действия государств-членов по реагированию на кризисы в области здравоохранения на этом направлении в последнее время были достигнуты существенные результаты. Среди них внедрение новой Программы действий ВОЗ в связи со вспышками заболеваний и чрезвычайными ситуациями в сфере здравоохранения, разработка под эгидой Межучрежденческого постоянного комитета стандартных рабочих протоколов по устранению опасностей, связанных с инфекционными заболеваниями, создание инновационных и оперативно доступных финансовых механизмов и новых платформ для научных исследований и разработок. Поскольку эти усилия широко освещаются в других документах, здесь они лишь упоминаются, но подробно не описываются.

VIII. Надзор за реализацией потенциала по ликвидации международных кризисов в области здравоохранения

61. Большие надежды возлагаются на то, что уроками, извлеченными из кризиса, связанного с вирусом Эбола, и других международных кризисов в области здравоохранения, удастся воспользоваться эффективно и действенно. Для этого на международном уровне были созданы два надзорных органа: Целевая группа Генерального секретаря по кризисам в области здравоохранения на гло-

бальном уровне и Независимый надзорный и Консультативный комитет по делам Программы ВОЗ по чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения.

Целевая группа Генерального секретаря по кризисам в области здравоохранения на глобальном уровне

62. Целевая группа по кризисам в области здравоохранения на глобальном уровне была создана Генеральным секретарем в целях поддержки и контроля за осуществлением рекомендаций, разработанных его Группой высокого уровня по глобальному реагированию на кризисы в области здравоохранения. В феврале 2016 года Группа опубликовала свой доклад «Обеспечение защиты человечества от будущих кризисов в области здравоохранения» (A/70/723), а в апреле Генеральный секретарь опубликовал свои замечания по рекомендациям Группы в своем докладе, озаглавленном «Укрепление глобальной системы здравоохранения» (A/70/824). В своей работе Целевая группа будет следить за тем, чтобы осуществление рекомендаций Группы согласовывалось с замечаниями Генерального секретаря.

63. Целевая группа будет готовить для Генерального секретаря регулярные сводки о прогрессе, достигнутом в деле осуществления рекомендаций Группы. Целевая группа будет также доводить до сведения Генерального секретаря вопросы, касающиеся возникающих кризисов в области здравоохранения и пробелов или слабых мест в глобальной системе здравоохранения.

64. В состав Целевой группы входят представители всех органов системы Организации Объединенных Наций, а также внешние эксперты. Это выдающиеся специалисты в таких областях, как инфекционные заболевания, медико-санитарное обслуживание населения, здравоохранение и развитие, обладающие опытом работы в сферах оценки рисков, осуществления гуманитарной деятельности, управления действиями по реагированию на вспышки заболеваний, финансирования, исследований и инновационной деятельности.

65. Целевая группа будет работать в течение одного года, начиная с июля 2016 года.

Независимый надзорный и консультативный комитет по делам Программы ВОЗ по чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения

66. 29 марта 2016 года Генеральный директор ВОЗ учредила Независимый надзорный и консультативный комитет в целях обеспечения надзора и мониторинга за процессом создания Программы ВОЗ по чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения и ее результативностью, выдвижения рекомендаций относительно деятельности Программы, оказания консультативной поддержки Генеральному директору по вопросам, входящим в мандат Комитета, и представления своих выводов Ассамблее здравоохранения через Исполнительный

комитет²¹. Доклады Комитета будут также представляться Генеральному секретарю Организации Объединенных Наций и Межучрежденческому постоянному комитету.

67. В состав Комитета входят восемь членов, которые обладают обширным опытом в широком спектре дисциплин, включая общественное здравоохранение, инфекционные заболевания, гуманитарные кризисы, государственное управление, управление в условиях чрезвычайных ситуаций, взаимодействие с местными сообществами, формирование партнерских связей и вопросы развития.

68. Комитет провел три заседания и представит свой первый доклад на сто сороковой сессии Исполнительного совета ВОЗ в январе 2017 года.

IX. Заключение

69. Несмотря на прогресс, достигнутый на многих направлениях после кризиса в Западной Африке, вызванного лихорадкой Эбола, состояние дел в области охраны здоровья населения во всем мире по-прежнему вызывает обеспокоенность. Побудительные причины кризисов в области здравоохранения продолжают множиться и усиливаться, в то время как глобальный потенциал на международном и национальном уровнях по-прежнему нуждается в значительном усилении. Охрана здоровья населения во всем мире и ее составные элементы, включая обеспечение готовности, устойчивости, потенциала противодействия, способности к восстановлению, финансирование и научные исследования и разработки, должны в обозримом будущем оставаться в центре политических программ и программ в области развития.

²¹ См. http://http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/ru/ (по состоянию на 2 мая 2016 года).