



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро



ЕВРОПЕЙСКИЙ ПРОЦЕСС
«ОКРУЖАЮЩАЯ СРЕДА И
ЗДОРОВЬЕ»

Отчет о семинаре От слов к делу: «На пути к освобождению Европейского региона ВОЗ от заболеваний, связанных с асбестом»

Отчет о семинаре в Бонне, Германия

10-11 июня 2014



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Отчет о семинаре
От слов к делу: "На пути к
освобождению Европейского
региона ВОЗ от заболеваний,
связанных с асбестом"

**Отчет о семинаре в Бонне, Германия
10-11 июня 2014 г.**

РЕФЕРАТ

В июне 2014 года Европейским региональным бюро ВОЗ был проведен семинар по оценке хода работы, проведенной в некоторых странах Европейского региона ВОЗ по выполнению обязательств, принятых в Пармской декларации по окружающей среде и охране здоровья (2010 г.) в отношении разработки национальных программ по элиминации заболеваний, связанных с асбестом, в Европейском регионе ВОЗ к 2015 г. На семинаре обсуждались проблемы, с которыми сталкиваются страны в этой связи, а также участие ВОЗ в решении этих задач в будущем.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

ASBESTOS
ASBESTOS-RELATED DISEASES
OCCUPATIONAL EXPOSURE
ENVIRONMENTAL EXPOSURE
EUROPE

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Публикации
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© Всемирная организация здравоохранения, 2015 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие может быть еще не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Выражение признательности	2
Введение.....	2
Организация семинара.....	3
Политика в отношении асбеста в государствах-членах : достигнутый прогресс	3
Эпиднадзор за профессиональными заболеваниями, включая заболевания, связанные с асбестом.....	5
Критерии диагностики и атрибуции ЗСА.....	8
Совместные действия в целях элиминации ЗСА	10
Международные подходы к обеспечению всеобщего охвата работников услугами здравоохранения	10
Выводы и рекомендации	12
Библиография	14
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Письменные замечания представителя Казахстана	17
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Программа	19
ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Участники	21

Выражение признательности

Совещание было организовано ВОЗ при финансовой поддержке Министерства окружающей среды, охраны природы, строительства и безопасности ядерных реакторов Федеративной Республики Германии.

Введение

Асбест – один из самых опасных для здоровья и распространенных вредных факторов окружающей среды и профессиональной деятельности в Европейском регионе ВОЗ. Он является причиной половины всех случаев смерти от рака, связанных с воздействием вредных производственных факторов. По имеющимся оценкам, несмотря на занижение представляемых данных (1), более 107 000 человек во всем мире ежегодно умирают от воздействия асбеста в связи с профессиональной деятельностью (2). Согласно данным, представленным в Томе 100С серии монографий Международного агентства по изучению рака (МАИР) (2012 г.), этот коварный убийца приводит к развитию – спустя несколько десятилетий после воздействия – таких смертельных болезней, как рак легких, яичников и гортани, мезотелиома и асбестоз (3)¹.

Поскольку безопасного уровня воздействия асбеста не существует, единственным способом элиминации заболеваний, связанных с асбестом (ЗСА), является прекращение использования асбеста в любом виде. Все виды асбеста являются канцерогенами для человека - даже очень низкие уровни его воздействия увеличивают риск онкологического заболевания - и асбест можно заменить более безопасными материалами.

ВОЗ и Международная организация труда (МОТ) рекомендуют ввести запрет на все виды асбеста в целях элиминации ЗСА (4). В Европейском регионе ВОЗ 37 из 53 государств-членов ввели запрет на использование всех видов асбеста. Тем не менее, некоторые страны все еще продолжают производить, продавать и использовать асбест, и примерно 300 миллионов человек продолжают подвергаться воздействию асбеста, как по месту работы, так и вне его.

Утверждая *Глобальный план действий ВОЗ по охране здоровья работающих на 2008-2017 гг.* на Шестидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2007 году государства-члены предложили ВОЗ провести глобальную кампанию в целях элиминации ЗСА «с учетом дифференцированного подхода к регулированию его различных форм - в соответствии с соответствующими международными юридическими документами и новейшими фактическими данными для проведения эффективных мероприятий» (5). Эта формулировка означает, что ВОЗ не допускает использования асбеста в любом виде.

В 2010 году государства-члены приняли *Пармскую декларацию по окружающей среде и охране здоровья* (6), взяв на себя обязательства принимать меры по решению целого ряда проблем в области окружающей среды, неблагоприятно влияющих на здоровье людей,

¹ См. письменные замечания представителя Казахстана (представленные после совещания в рамках заключительных консультаций по тексту отчета) в Приложении 1.

включая использование асбеста, а также разработать национальные программы по элиминации ЗСА к 2015 году в сотрудничестве с МОТ и ВОЗ.

Европейское региональное бюро ВОЗ оказывало активную поддержку государствам-членам в этой деятельности и предоставляло техническое содействие в рамках целого ряда совещаний по следующим вопросам: разработка национальных программ по элиминации ЗСА (2011 г.); оценка бремени асбеста для человека и финансовых систем в Европейском регионе ВОЗ (2012 г.); и обзор фактических данных и рассмотрение вопросов политики, связанных с множественными воздействиями и рисками (2013 г.).

В целях оказания технического содействия в разработке национальных программ и профилей в отношении асбеста, а также для обсуждения хода работы, проведенной в некоторых странах Европейского региона ВОЗ по выполнению обязательств, принятых в Пармской декларации (6), Европейский центр ВОЗ по окружающей среде и охране здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ организовал семинар с участием представителей этих стран в Бонне, Федеративная Республика Германия, 10-11 июня 2014 года.

Организация семинара

В рамках подготовки к совещанию высокого уровня по среднесрочному обзору Европейской целевой группы по окружающей среде и здоровью всем государствам-членам Европейского региона ВОЗ было предложено принять участие в обследовании по оценке разработки стратегий в области окружающей среды и здоровья и хода работы по выполнению обязательств, принятых в Пармской декларации (6), включая разработку национальных программ по элиминации ЗСА к 2015 году. Результаты этого обследования послужили основой для обсуждений на семинаре, программа которого прилагается в качестве Приложения 2.

В работе семинара приняли участие представители 15 государств-членов и Европейской комиссии, девять временных советников ВОЗ и сотрудники Европейского центра ВОЗ по окружающей среде и охране здоровья (Приложение 3).

Председателем был выбран Petar Vulat, а составителем отчета - Jeongim Park. В отчете представлены все замечания и предложения, высказанные в ходе совещания и представленные после подготовки проекта отчета (Приложение 1).

Политика в отношении асбеста в государствах-членах: достигнутый прогресс

В начале 2014 года Европейский центр ВОЗ по окружающей среде и охране здоровья провел опросное исследование в целях оценки хода работы, проводимой государствами-членами по достижению предусмотренных Пармской декларацией целей с установленными сроками (6).

Опросник состоял из шести разделов, касающихся разных целей, один из которых содержал 17 вопросов, касающихся национальных программ по элиминации ЗСА. В

течение трехмесячного периода, установленного для получения ответов, ВОЗ получила ответы на все вопросы от 31 из 53 государств-членов; ответы, полученные после истечения установленного срока, не включались в анализ. Страны, располагающие мерами политики, вводящими запрет на использование всех видов асбеста, представили в два раза больше ответов (70%: 26 из 37), чем страны, где такие меры политики отсутствуют (30%: 5 из 16).

Анализ результатов опроса показал, что для достижений целей Пармской декларации (6), направленных на защиту людей от рисков, связанных с асбестом, необходимы безотлагательные действия.

Следует особо отметить, что необходимо разработать национальные программы по элиминации ЗСА в государствах-членах, особенно в тех, где использование асбеста было запрещено на раннем этапе, и соблюдать требования МОТ/ВОЗ в отношении периодических обновлений, выпущенные в 2007 году (4). В настоящее время такие программы имеются в 47% стран-респондентов. Этот подход позволит применять более всесторонний подход к защите от рисков, связанных с асбестом, и осуществлять мониторинг прогресса, достигнутого государствами-членами.

В странах, где изделия, содержащие хризотил, продолжают производиться и продаваться, необходимо сделать гораздо больше. Хотя наиболее эффективным способом добиться элиминации ЗСА является введение запрета на использование и продажу всех видов асбеста, настоятельно рекомендуется принятие нормативных положений, требующих нанесения обозначений или маркировок, предупреждающих об опасности для здоровья. В этой связи в целях усиления общей ответственности в отношении защиты здоровья людей и окружающей среды от потенциального вреда, наносимого опасными химическими веществами, большинством Сторон Роттердамской конвенции было предложено включить хризотиловый асбест в перечень опасных химических веществ, в отношении которых требуется получение предварительного обоснованного согласия стран-импортеров (7). Однако на седьмой Конференции Сторон (КС) Роттердамской конвенции, которая состоялась в Женеве в мае 2015 года, в отношении этого предложения не был достигнут политический консенсус, и принятие решения было отложено до восьмой КС.

Необходимо также провести инвентаризацию имеющихся материалов, содержащих асбест, для определения исходных и целевых показателей, а также для рассмотрения достигнутых успехов на регулярной основе.

Включение клинических и эпидемиологических аспектов асбестоза, рака легких и мезотелиомы в программы повышения квалификации по вопросам, связанным с асбестом, рекомендуется для врачей системы первичной медико-санитарной помощи и специалистов в области заболеваний дыхательных путей и гигиены труда в странах, где асбест продолжает использоваться.

Необходимо расширять использование мер политики по созданию стимулов, способствующих безопасному удалению и устранению асбеста из зданий, включая обеспечение безопасной транспортировки асбестосодержащих материалов и захоронений отходов; результаты опросов показали, что такие процедуры были предусмотрены лишь в 50% государств-членов, представивших ответы. Следует также отметить, что страны, где отсутствуют меры политики в отношении запрета на использование всех видов асбеста, указали, что они не располагают имеющими юридическую силу документами,

требующими безопасного удаления асбеста и утилизации асбестосодержащих материалов как опасных отходов.

Все меры политики, касающиеся элиминации ЗСА, должны предусматривать уделение особого внимания детям как одной из уязвимых групп. Во многих странах даже меры политики, введенные в действие после принятия Пармской декларации (6), не касаются проблемы присутствия асбеста в школах или детских садах.

Эпиднадзор за профессиональными заболеваниями, включая заболевания, связанные с асбестом

В ходе этого заседания были представлены основные элементы, требуемые для улучшения эпиднадзора за профессиональными заболеваниями, включая ЗСА, а также опыт работы государств-членов по разработке регистров в этой области.

Мониторинг воздействия

Timo Tuomi, Институт гигиены труда Финляндии, Хельсинки, представил данные о воздействии асбеста в Финляндии. Он подчеркнул, что, несмотря на сокращение воздействия асбеста, общее число случаев ЗСА не сократилось после введения запрета на использование всех видов асбеста в Финляндии в 1994 году. Это объясняется, в основном, длительным латентным периодом между воздействием и проявлением заболевания. Примерно половина асбеста, который когда-либо использовался в строительной промышленности Финляндии, сохраняется на местах. До введения запрета работники подвергались воздействию асбеста во время строительных работ, однако в настоящее время случаи воздействия, связанные с профессиональной деятельностью, имеют место, в основном, в связи с удалением асбеста, утилизацией отходов, а также ремонтом и техническим обслуживанием помещений, где имеются асбестосодержащие материалы. Воздействие, связанное с наличием асбеста в окружающей среде и в жилищно-бытовых условиях, может происходить во время реконструкции зданий с асбестосодержащими материалами или в результате неудовлетворительного контроля запыленности воздуха при удалении материалов и утилизации отходов. По мнению Timo Tuomi, эпидемия ЗСА будет продолжаться, пока не прекратится использование и производство новых партий асбеста, а также воздействие асбеста на работников в связи с их профессиональной деятельностью.

Существующие предельно допустимые концентрации асбеста в Европейском союзе (ЕС) составляют 0,1 волокна/см³ для волокон, длиннее чем 5 мкм, тоньше, чем 3 мкм, и с отношением длины к толщине более 3:1 в воздухе рабочей среды и 0,01 волокна/см³ в других местах. При измерении и анализе концентраций асбеста следует проводить различия между концентрацией волокон в воздухе, оседанием пыли на поверхностях и асбестом, входящим в состав других материалов. Для измерения концентрации волокон асбеста в воздухе проводится энергодисперсионный рентгеновский анализ, с помощью которого определяется также концентрация асбестовых волокон в респираторах (менее 0,01 волокна/см³) при удалении асбеста, когда его концентрация в воздухе колеблется от 50 до 200 волокон/см³ (распыленный асбест). При патологоанатомическом вскрытии средняя концентрация волокон хризотила в легочной ткани рабочих, занимавшихся

добычей, обработкой или производством хризотилового асбеста, составляла от 8,0 волокон/г до 11,6 млн волокон/г (8).

При оценке воздействия асбеста используются данные трудовой книжки, опросы и история трудовой деятельности, а также дифференцирование вероятностей воздействия по месту работы или роду деятельности, или так называемый подход «количество волокон-лет», при котором рассчитывается кумулятивная доза для отдельного человека путем умножения количества рабочих дней в году на среднюю концентрацию волокон в воздухе в течение рабочего дня.

В заключение Тимо Туоми подчеркнул необходимость обеспечения безопасности работ при удалении асбеста и утилизации отходов, а также разработки надежных и низкзатратных методов обнаружения асбеста.

Регистры профессиональных заболеваний

Из практических соображений количество докладов по системам регистрации профессиональных заболеваний, включая случаи производственного травматизма, было ограничено двумя государствами-членами (Италия и Сербия). Некоторые страны, находящиеся в процессе присоединения к ЕС, пересмотрели и свели воедино свои существующие законодательные нормы.

Италия

Опыт Италии был представлен с учетом того, что эта страна являлась крупным производителем и потребителем асбеста до момента его запрета в 1992 году (Закон 257/1992), а также того, что - принимая во внимание длительный латентный период развития болезни - показатели заболеваемости мезотелиомой, которая непосредственно связана с воздействием асбеста, могут продолжать возрастать до максимального уровня примерно 800 случаев смерти от мезотелиомы в год в период 2012-2024 гг. (9).

Регистр по мезотелиоме Ломбардии (RML) был создан в 2000 году в наиболее густонаселенном и промышленно развитом районе Италии. RML является частью Национального регистра по мезотелиоме (ReNaM), который служит наилучшим источником данных о случаях заболевания мезотелиомой. По данным ReNaM в 2011 году было зарегистрировано более 1500 случаев мезотелиомы разной локализации. Carolina Mensi, Сотрудничающий центр ВОЗ по гигиене труда, Clinica del Lavoro "Luigi Devoto", Милан, Италия, пояснила, что постановка диагноза осуществляется путем изучения истории болезни, включая результаты гистологических исследования в соответствии с рекомендациями ReNaM. В отношении подтвержденных случаев заполняется стандартизированный вопросник. Оценка воздействия асбеста на производственных предприятиях и в окружающей среде осуществляется группой специалистов в области промышленной гигиены и врачей по гигиене труда. Полнота выявления случаев проверяется на регулярной основе с использованием других источников, таких как журнал учета выписки из больницы (код I63 (Международная классификация болезней (МКБ) девятого пересмотра) и свидетельства о смерти (код C45 (МКБ-10)). Профили воздействия асбеста оцениваются по категориям: «связано с профессиональной деятельностью», «не связано с профессиональной деятельностью», «маловероятно» или «неизвестно».

В период 2000-2011 гг. RML было выявлено 4000 случаев мезотелиомы в Ломбардии, население которой составляет 10 млн человек; это эквивалентно примерно одной четверти случаев во всей Италии. Воздействие асбеста связано преимущественно с профессиональной деятельностью и чаще всего отмечается среди мужчин, при небольших колебаниях профилей воздействия с течением времени. Опыт, накопленный RML на протяжении ряда лет, послужил основой для создания эффективной информационной сети, объединяющей различные учреждения и службы здравоохранения. Кроме того, были получены практические навыки обработки эпидемиологических данных, которые являются ценным подспорьем при рассмотрении новых научных гипотез и планировании специальных научных исследований. RML является примером эффективного эпидемиологического надзора, который может быть использован в отношении других опухолей, связанных с профессиональной деятельностью (например, синоназальных онкологических заболеваний).

Dario Consonni, Сотрудничающий центр ВОЗ по гигиене труда, Clinica del Lavoro "Luigi Devoto", Милан, Италия, добавил, что обязательным требованием является представление информации о воздействии канцерогенов, связанных с профессиональной деятельностью, и о предполагаемых случаях профессиональных раковых заболеваний Итальянскому органу по выплате компенсаций работающим (INAIL). Однако, помимо мезотелиомы, очень серьезной проблемой является занижение данных о профессиональных раковых заболеваниях (10). Кроме того, большинство пациентов с профессиональными заболеваниями (включая мезотелиому) не обращаются с просьбой о предоставлении соответствующей компенсации или не получают ее (11,12).

Сербия

Petar Bulat, заместитель декана Школы медицины Белградского университета, Белград, Сербия, представил Закон о медицинском страховании, вступивший в силу в 2011 году, в котором давалось определение профессиональных травм и заболеваний. Закон требует, чтобы все случаи травматизма на рабочем месте регистрировались врачом, работающим в области производственного травматизма, и подтверждались работодателем и инспектором по охране труда. Он подчеркнул, что это позволяет не только получать точную и своевременную информацию о травмах на производстве всеми затрагиваемыми сторонами, но также привлекает внимание к вопросам, касающимся функций инспекторов по охране труда, а также подготовки врачей и инспекторов, в результате чего происходит периодическое обновление национальных нормативно-правовых актов в области производственного травматизма. По результатам широких обсуждений с участием заинтересованных сторон, включая экспертов, работодателей, специалистов по гигиене труда и врачей общей практики, был создан электронный регистр по профессиональным заболеваниям.

В Сербии в регистр по профессиональным заболеваниям было включено 56 болезней. Недостатки этой системы заключаются в том, что этот список не открыт для включения возможных новых болезней, и в случае внесения добавлений требуется проведение всего процесса получения обязательных согласований. Врачи общей практики не обладают достаточным уровнем подготовки в области профессиональных заболеваний. Кроме того, не ясно, кто несет ответственность за постановку диагноза и регистрацию профессиональных заболеваний и какие критерии используются для диагностики. В прошлом это приводило к серьезному занижению представляемых данных. В стране имеется также национальный регистр раковых заболеваний, который еще не связан с

другими регистрами; он является хорошим источником данных о мезотелиоме, хотя они лишь указывают на данные о раке легких, связанном с воздействием асбеста.

В целом, координация деятельности и сотрудничество между различными министерствами для создания надежных регистров заболеваний являются сложной задачей. Как указывалось выше, уровень подготовки врачей общей практики в области диагностики профессиональных заболеваний является недостаточным, и необходимо также определить, какое учреждение отвечает за оплату расходов, связанных с проведением диагностических процедур. Предполагается, что гармонизация критериев диагностики профессиональных заболеваний позволит проводить сравнительный анализ данных между странами.

Регистрация онкологических заболеваний, включая профессиональные онкологические заболевания, в том числе связанные с асбестом

Stefano Rosso, Европейская сеть раковых регистров, представил краткую историю популяционных регистров раковых заболеваний (ПРРЗ), созданных в странах до 1955 года и предусматривающих добровольное или обязательное уведомление. Основным документом, регулирующим функционирование регистров по мезотелиоме и профессиональным онкологическим заболеваниям в ЕС является Директива 83/477/ЕЕС, в частности Статья 17 (13). Основной целью создания ПРРЗ является оценка бремени онкологических заболеваний и эффективности мер вмешательства для профилактики рака и борьбы с ним. С 2011 года, по оценкам ВОЗ, онкологические заболевания служат основной причиной смертности во всем мире и, согласно новейшим данным, самые высокие показатели заболеваемости мезотелиомой регистрируются в Италии, Австралии и Соединенном Королевстве, а самые высокие показатели смертности, особенно мужчин - в Соединенном Королевстве, Нидерландах и Австралии.

Общепризнано, что качество регистров раковых заболеваний нуждается в улучшении, особенно в отношении полноты данных, вносимых на регулярной основе, а также что показатели должны носить более количественный характер, чтобы обеспечивать большую сопоставимость данных и возможность их группирования (14). Кроме того, страны, которые еще не создали систему регистрации онкологических заболеваний, должны рассмотреть возможность ее создания в ближайшее время, особенно в районах, где происходит воздействие асбеста, обусловленное профессиональными факторами и условиями окружающей среды. В этой связи, в отношении регистрации случаев мезотелиомы, опыт показывает, что оценку воздействия следует производить путем восстановления картины событий. Stefano Rosso подчеркнул, что это следует делать путем сбора и анализа документов, сравнения зарегистрированных данных и ретроспективной оценки воздействия производственных процессов и факторов окружающей среды, а также проведения индивидуальных опросов.

Критерии диагностики и атрибуции ЗСА

Хотя многие страны ввели запрет на использование всех видов асбеста, неблагоприятные последствия для здоровья его воздействия в прошлом сохраняются на протяжении десятилетий.

Thomas Kraus, Аахенский университет, Германия, представил критерии диагностики четырех основных ЗСА: асбестоза, утолщения плевры, рака легких и мезотелиомы. В отношении каждого ЗСА обсуждались следующие вопросы: анамнез воздействия, латентный период, симптомы, клинические данные, радиологические данные на основе классификации МОТ, а также Международной системы классификации респираторных заболеваний, вызываемых производственными факторами и загрязнением окружающей среды (ICOERD). Применение компьютерной томографии высокого разрешения (КТВР) может повысить точность диагностики ЗСА и может служить основой для критериев отчетности в Германии. Использование КТВР рекомендуется также в консенсусном докладе, опубликованном Институтом гигиены труда Финляндии, *Asbestos, asbestosis, and cancer: Helsinki criteria for diagnosis and attribution 2014 (15)*, который представляет собой обновленный вариант доклада, опубликованного в 1997 году.

Д-р Тимо Туоми представил краткий обзор этого доклада, в котором обобщена имеющаяся информация о методах ведения и элиминации ЗСА, особенно в следующих четырех областях.

1. Скрининг на рак легких, связанный с асбестом, с помощью компьютерной томографии (КТ)
Низкодозовая КТ рекомендуется для подвергающихся воздействию асбеста работников, которые отвечают критериям Национальной программы скрининга легких (NLST), с учетом уровня воздействия асбеста и оценки анамнеза курения.
2. Последующее наблюдение и диагноз незлокачественных ЗСА
Для последующего наблюдения за рабочими, подвергающимися воздействию асбеста, рекомендуется использовать стратифицированные подходы с учетом рисков. Основным методом, применяемым в медицинских и юридических целях, а также в целях компенсационных выплат, остается рентгенография грудной клетки. Диагностику незлокачественных заболеваний рекомендуется проводить на основе классификации ICOERD с использованием КТВР. По-прежнему рекомендуется использование спирометрии и вопросников, включая подробный анамнез воздействия и привычек к курению. Пациентам, подвергавшимся воздействию асбеста, рекомендуется вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции.
3. Новые нозологические формы заболеваний, связанных с асбестом
Шесть нозологических форм были изучены в дополнение к тем, которые были включены в первоначальный вариант Хельсинкских критериев (1997 г.). Результаты показывают, что: рак гортани и рак яичников могут считаться заболеваниями, связанными с асбестом; рак толстой и прямой кишки и рак желудка в настоящее время не могут считаться заболеваниями, связанными с асбестом, поскольку имеющиеся фактические данные носят ограниченный характер; ретроперитонеальный фиброз может быть связан с воздействием асбеста; и нарушение вентиляционной способности и хроническая обструкция дыхательных путей могут считаться вызванными асбестом, если имело место воздействие асбеста и имеются рентгенологические изменения, связанные с асбестом.
4. Патология и биомаркеры
На основании фактических данных международной группой экспертов были разработаны рекомендации в отношении гистологических типов рака легких,

связанного с воздействием асбеста, гистологических критериев для диагностики асбестоза, биомаркеров для гистопатологического диагноза мезотелиомы, скрининга для ранней диагностики мезотелиомы и маркеров для установления связи рака легких с воздействием асбеста.

Совместные действия в целях элиминации ЗСА

Представителями двух сотрудничающих центров ВОЗ по вопросам гигиены труда была представлена информация о разных подходах к обеспечению расширения участия заинтересованных сторон в принятии решений в отношении национальных мер политики в этой области и их осуществления.

Jovanka Karadzinska-Bislimovska, Институт гигиены труда, Скопье, бывшая югославская Республика Македония, представила краткий обзор основных мер общественного здравоохранения, предпринимаемых в целях элиминации ЗСА на основе национального опыта. Повышение уровня информированности населения об опасных факторах способствует принятию мер профилактики, снижает риски и позволяет избежать проведения дорогостоящих мероприятий по защите населения. Это представлено в обобщенном виде в «модели ситуационной осведомленности», которая обеспечивает предоставление информации о соответствующих факторах окружающей среды всем заинтересованным сторонам (а именно, широкой общественности, работникам государственных и негосударственных организаций, средствам массовой информации, местным сообществам и работодателям). Такой процесс способствует принятию решений на местном и общенациональном уровнях.

Eun-Kee Park, адъюнкт-профессор, Медицинский колледж, Университет Косин, Пусан, Республика Корея, представил удобный в использовании и основанный на веб-технологиях «Инструментарий по элиминации заболеваний, связанных с асбестом» (16), разработанный совместно Университетом гигиены труда и окружающей среды, Япония, и Научно-исследовательским институтом по безопасности и гигиене труда, Республика Корея. Он отметил, что наиболее эффективным способом борьбы с ЗСА является прекращение использования всех видов асбеста в соответствии с рекомендациями МОТ/ВОЗ (4). В инструментарий были включены все существующие законодательные акты, касающиеся асбеста, а также фактические данные и примеры передового опыта, что будет способствовать разработке научно обоснованной политики в странах. В нем приводятся ссылки на научные исследования по следующим основным вопросам: оценка воздействия асбеста; выявление рисков и заменители асбеста; законодательство и нормативно-правовые положения, касающиеся асбеста; средства диагностики ЗСА; экономические издержки и бремя, связанные с воздействием асбеста и ЗСА; и информирование о рисках.

Международные подходы к обеспечению всеобщего охвата работников услугами здравоохранения

Jorge Costa-David, представляющий Генеральный директорат по вопросам занятости, социальным делам и общественной интеграции Европейской комиссии (DG EMPL)

представил информацию по следующим вопросам: (i) правовая основа ЕС защиты работников от рисков, связанных с воздействием асбеста на рабочих местах, содержащаяся в Директиве 2009/148/ЕС, с описанием ее некоторых основных положений; (ii) совещание государств-членов ЕС, состоявшееся в июне 2013 года, по рассмотрению эффективности мер, осуществляемых в рамках существующих основных принципов в отношении асбеста на уровне ЕС; (iii) резолюция Европейского парламента, касающаяся угроз для здоровья, связанных с использованием асбеста в профессиональной деятельности, и возможностей прекращения использования всех видов асбеста (2013) (18); (iv) некоторые инициативы, осуществляемые под эгидой ЕС, включая публикацию двух руководящих документов для работников, подготовленных DG EMPL и Агентством производственной безопасности и гигиены труда (OSHA) (19,20); а также (v) другие направления деятельности OSHA в этой области.

В рамках процессов, связанных с ЗСА, государства-члены ЕС принимают во внимание методологию, описанную в работе *European Occupational Diseases Statistics (EODS). Phase I: methodology* (2000) (21). Однако, многообразие существующих в них систем создает трудности для принятия ответных мер в условиях меняющегося характера профессиональных заболеваний в результате появления новых факторов риска и изменения схем организации работ. В этой связи Комиссия провела оценку мер, осуществляемых странами ЕС, результаты которой были опубликованы в докладе *Occupational Diseases in the EU* (22). Этот вопрос рассматривался также на конференции, организованной Европейской комиссией в декабре 2013 года, для обсуждения масштабов проблемы профессиональных заболеваний в ЕС (23). На конференции также рассматривалась роль науки в существующих подходах к вопросам руководства и ведения профессиональных заболеваний, а также разработки политики в этой области, включая анализ ряда основных национальных и международных систем (23).

Разделяя концепцию ВОЗ, предусматривающую всеобщий охват услугами здравоохранения всех работников с помощью основных служб гигиены труда, Ivan Ivanov, научный сотрудник по вопросам оздоровления окружающей среды, штаб-квартира ВОЗ, представил правовые основы, касающиеся резолюции WHA60.26 «Здоровье работающих: глобальный план действий», принятой Шестидесятой сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения (2007 г.) (24). Он отметил тот факт, что профессиональные риски имеют серьезные медико-санитарные и финансовые последствия и сослался на резолюцию Организации Объединенных Наций по всеобщему охвату услугами здравоохранения (2012 г.) (25), в которой подчеркивалась необходимость услуг по укреплению здоровья и профилактике болезней в дополнение к оказанию лечебной помощи. Основное внимание в резолюции уделяется малоимущим, уязвимым и маргинализированным группам населения, работникам неофициального сектора и рабочим-мигрантам.

Таким образом, необходимо расширять охват работников медико-санитарной помощью, предпринимая действия в трех основных областях:

1. увеличение объемов бюджетных ассигнований и создание условий (с помощью программ страхования) для того, чтобы работники не должны были оплачивать услуги по профилактике, диагностике, лечению и реабилитации в связи профессиональными заболеваниями и травмами;
2. увеличение числа вмешательств, направленных на первичную профилактику профессиональных рисков, и содействие укреплению потенциала предприятий; и

3. расширение доступа к основным услугам здравоохранения для работников неофициального сектора и малых предприятий, а также фермеров и рабочих-мигрантов, которые должны включать:
 - (a) первичную профилактику профессиональных рисков - предоставление рекомендаций по улучшению условий труда с помощью посещений предприятий, информационных материалов и обучения работников;
 - (b) вторичную профилактику - раннее выявление и последующее лечение профессиональных заболеваний и производственных травм; и
 - (c) третичную профилактику - усиление производительности и работоспособности и сокращение числа невыходов на работу по болезни.

В рамках Межучрежденческой рабочей группы ООН по калькуляции затрат (IAWG-Costing)², ВОЗ обеспечивала технический контроль за разработкой OneHealth (26), компьютерной программы калькуляции затрат для планирования национальных стратегий развития здравоохранения в странах с низким и средним уровнями доходов. В настоящее время завершается разработка специального модуля программы OneHealth, касающегося здоровья работающих. Это позволит странам интегрировать вышеуказанные меры вмешательства в свои национальные счета здравоохранения и мобилизовать дополнительные ресурсы, например, с помощью систем социального обеспечения и объединения частных средств. Основное внимание будет уделяться наращиванию потенциала системы здравоохранения и осуществлению мер вмешательства с участием максимально возможного числа работников, особенно неофициального сектора и малых предприятий, а также рабочих-мигрантов. Системы здравоохранения должны помогать людям сохранять рабочие места и способность зарабатывать на жизнь.

Выводы и рекомендации

Состоявшиеся в рамках семинара обсуждения способствовали выявлению общих проблем в государствах-членах.

- В некоторых странах регистры здравоохранения ведутся на уровне отдельных районов, в результате чего данные здравоохранения на национальном уровне являются разрозненными и несопоставимыми.
- Некоторые государства-члены подчеркивали необходимость сбора данных до принятия требуемых мер; другие предпочитали не ждать создания национальных регистров и уже приступили к действиям с учетом опубликованных научных данных и опыта других стран.
- Было сочтено целесообразным разработать меры стимулирования, побуждающие врачей общей практики представлять данные по профессиональным заболеваниям,

² Признавая необходимость наличия инструментов экспертной оценки для калькуляции затрат и бюджетирования и их использования в странах, Межучрежденческая рабочая группа по калькуляции затрат для систем здравоохранения (ЮНЭЙДС, ПРООН, ЮНФПА, ЮНИСЕФ, Всемирный банк и ВОЗ) проводит работу в целях гармонизации инструментов калькуляции затрат и процессов для повышения эффективности деятельности на страновом уровне, обеспечения функциональной совместимости и координации предоставления технического содействия.

включая ЗСА. Существующие меры стимулирования в отношении удаления асбестосодержащих материалов носят ограниченный характер, а приобретение новых материалов в некоторых сельских районах становится недоступным по стоимости.

- Иногда асбестосодержащие материалы, которые удаляются из зданий, не утилизируются безопасным образом ввиду отсутствия или недостаточного соблюдения законодательства в отношении токсичных отходов. Эти материалы могут иногда даже продаваться на черном рынке.
- Доведение этой информации до сведения лиц, определяющих политику, в поддержку принятия решений иногда может быть сопряжено с трудностями; даже координаторы по проблеме асбеста могут сталкиваться с препятствиями в доступе к высокопоставленным официальным лицам.

Ввиду того, что дискуссии носили плодотворный характер и учитывая уже достигнутый прогресс, ВОЗ приняла решение удовлетворить просьбы государств-членов об оказании технического содействия в следующих областях.

1. Профилактика ЗСА

- предоставление информации о заменителях асбеста и организация семинара на эту тему;
- повышение уровня информированности широкой общественности и лиц, определяющих политику, о воздействии всех видов асбеста на здоровье на основании научных данных.

2. Ранняя диагностика ЗСА

- разработка учебных программ и повышение квалификации врачей (специалистов по гигиене труда, пульмонологов и т.д.) в области диагностических процедур для раннего выявления ЗСА (что особенно подчеркивалось странами, приступающими к деятельности по элиминации ЗСА);
- предоставление учебных материалов для врачей общей практики, в том числе оказывающим услуги вне системы здравоохранения, для информирования их о проблеме ЗСА.

3. Разработка политики

- оказание поддержки в обосновании необходимости разработки стратегий утилизации отходов, содержащих асбест;
- оказание содействия в проведении инвентаризации существующих асбестосодержащих материалов в строительных отраслях (включая как частные, так и государственные предприятия);
- оказание содействия в создании национальных регистров по профессиональным заболеваниям, включая ЗСА, а также национальных раковых регистров, а также в организации семинара по этим двух темам.

Участники семинара подчеркнули необходимость продления срока выполнения Пармской декларации, который наступает в 2015 году (6), для разработки механизма элиминации ЗСА и политики в этой области.

Библиография

1. Park-EK, Takahashi K, Hoshuyama T, Cheng T-J, Delgermaa V, Vinh Le G, Sorahan T. Global magnitude of reported and unreported mesothelioma. *Environ Health Perspect.* 2011;119:514–518 (<http://ehp.niehs.nih.gov/1002845/>, по состоянию на 19 августа 2015 г.).
2. Асбест: ликвидация болезней, связанных с асбестом. Информационный бюллетень № 343, июль 2014 г. В: Центр СМИ [веб-сайт]. Женева: ВОЗ; 2015 г. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs343/ru/index.html>, по состоянию на 19 августа 2015 г.).
3. Arsenic, metals, fibres, and dusts. Volume 100 C. A review of human carcinogens. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2012 (<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol100C/>, по состоянию на 19 августа 2015 г.).
4. Схема разработки национальных программ по ликвидации заболеваний, связанных с асбестом. Женева: Международная организация труда и ВОЗ; 2014 г. (http://www.who.int/occupational_health/publications/asbestosdoc/en/, по состоянию на 13 сентября 2015 г.).
5. Резолюция WHA60.26. Здоровье работающих: глобальный план действий. В: Шестидесятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, Женева, 14-23 мая 2007 г. Резолюции и решения, приложения. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2007 г. (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA_WHA60-Rec1/R/reso-60-ru.pdf, по состоянию на 12 августа 2015 г.).
6. Пармская декларация по окружающей среде и охране здоровья. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010 г. (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/78610/E93618R.pdf?ua=1, по состоянию на 19 августа 2015 г.).
7. Химические вещества, рекомендованные для включения в Приложение III. В: Роттердамская конвенция [веб-сайт]. Шатлен и Рим: Секретариат Роттердамской конвенции; 2015 г. (<http://www.pic.int/TheConvention/Chemicals/RecommendedtoCOP/tabid/1185/language/en-US/Default.aspx>, по состоянию на 19 августа 2015 г.).
8. Tossavainen A, Kovalevsky E, Vanhala E, Tuomi T. Pulmonary mineral fibers after occupational and environmental exposure to asbestos in the Russian chrysotile industry. *Am J Ind Med.* 2000;37:327–33.
9. Marinaccio A, Montanaro F, Mastrantonio M, Ucceli R, Altavista P, Nesti M et al. Predictions of mortality from pleural mesothelioma in Italy: a model based on asbestos consumption figures supports results from age-period-cohort models. *Int J Cancer.* 2005;115(1):142–7.
10. Scarselli A, Massari S, Binazzi A, Di Marzio D, Scano P, Marinaccio A, Iavicoli S. Italian national register of occupational cancers: Data system and findings. *J Occup Environ Med.* 2010;52:346–53.

11. Marinaccio A, Scarselli A, Merler E, Iavicoli S. Mesothelioma incidence surveillance systems and claims for workers' compensation. Epidemiological evidence and prospects for an integrated framework. BMC Public Health. 2012;12:314.
12. Scarselli A, Scano P, Marinaccio A, Iavicoli S. Occupational cancer in Italy: evaluating the extent of compensated cases in the period 1994–2006. Am J Ind Med. 2009;52:859–67.
13. Директива Совета 83/477/ЕЕС от 19 сентября 1983 г. о защите работников от рисков, связанных с использованием асбеста на производстве (вторая отдельная Директива в значении Статьи 8 Директивы 80/1107/ЕЕС). In: EUR-Lex [веб-сайт]. Brussels: European Union; 2015 (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:31983L0477>, по состоянию на 19 августа 2015 г.).
14. Zanetti R, Schmidtman I, Sacchetto L, Binder-Fouccard F, Bordoni A, Coza D et al. Completeness and timeliness: cancer registries could/should improve their performance. Eur J Cancer. 2015; 51(9):1091–8 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24393522>, по состоянию на 16 августа 2015 г.).
15. Oksa P, Wolff H, Vehmas T, Pallasaho P, Frilander H, editors. *Asbestos, Asbestosis, and Cancer: Helsinki Criteria for Diagnosis and Attribution 2014*. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health; 2014 (http://www.ttl.fi/en/publications/Electronic_publications/Documents/Asbestos_web.pdf, по состоянию на 16 августа 2015 г.).
16. Toolkit for the elimination of asbestos-related diseases [веб-сайт]. Kitakyushu: University of Occupational and Environmental Health, Japan and Ulsan: Occupational Safety and Health Research Institute; 2013 (<http://envepi.med.uoeh-u.ac.jp/toolkit/index.html>, по состоянию на 19 августа 2015 г.).
17. Директива 2009/148/ЕС Европейского парламента и Совета Европейского союза от 30 ноября 2009 г. о защите работников от рисков, связанных с воздействием асбеста на рабочих местах. Official Journal of the European Union. 2009;330:28-36 (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2009:330:0028:0036:EN:PDF>, по состоянию на 17 августа 2015 г.).
18. Резолюция Европейского парламента от 14 марта 2013 г., касающаяся угроз для здоровья, связанных с использованием асбеста в профессиональной деятельности, и возможностей прекращения использования всех существующих видов асбеста (2012/2065(INI)). Luxembourg: European Parliament; 2013 ([http://www.europarl.europa.eu/RegData/seance_pleniere/textes_adoptes/definitif/2013/03-14/0093/P7_TA\(2013\)0093_2_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/seance_pleniere/textes_adoptes/definitif/2013/03-14/0093/P7_TA(2013)0093_2_EN.pdf). По состоянию на 17 августа 2015 г.).
19. Practical guidelines for the information and training of workers involved with asbestos removal or maintenance work, Brussels: European Union; 2012 (<https://osha.europa.eu/en/legislation/guidelines/practical-guidelines-for-the-information-and-training-of-workers-involved-with-asbestos-removal-or-maintenance-work>, по состоянию на 31 августа 2015 г.).
20. A practical guide on best practice to prevent or minimise asbestos risks in work that involves (or may involve) asbestos: for the employer, the workers and the labour inspector, <http://www.opw.ie/en/media/Euro%20Commission%20guide%20to%20best%20practice%20on%20asbestos.pdf>
21. European Occupational Diseases Statistics (EODS). Phase I: methodology. Brussels: European Commission; 2000

- (<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=3153&langId=en>, по состоянию на 31 августа 2015 г.).
22. Report on the current situation in relation to occupational diseases' systems in EU Member States and EFTA/EEA countries, in particular relative to Commission Recommendation 2003/670/EC concerning the European Schedule of Occupational Diseases and gathering of data on relevant related aspects. Brussels: European Commission; 2013.
23. Conference on occupational diseases in the EU. The system(s) and their role: way forward. Brussels, 3-4 December 2013. In: Employment, social affairs and inclusion [website]. Brussels: European Commission; 2015
(<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=88&langId=en&eventsId=940&moreDocuments=yes&tableName=events&typeId=92>, по состоянию на 19 августа 2015 г.).
24. Резолюция WHA60.26. Здоровье работающих: глобальный план действий. В: Шестидесятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, Женева, 14-23 мая 2007 г. Резолюции и решения Приложения Женева: ВОЗ; 2007 г. (WHASS1/2006–WHA60/2007/REC/1; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA_WHA60-Rec1/R/reso-60-ru.pdf, по состоянию на 17 августа 2015 г.).
25. Здоровье населения мира и внешняя политика. Шестидесят седьмая сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2012 г. (A/67/L.36; http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/67/L.36, по состоянию на 17 августа 2015 г.).
26. OneHealth tool. In: Cost effectiveness and strategic planning (WHO-CHOICE) [веб-сайт]. Женева: WHO; 2015 (<http://www.who.int/choice/onehealthtool/en/>, по состоянию на 18 августа 2015 г.).

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Письменные замечания представителя Казахстана (представленные после совещания в рамках заключительных консультаций по тексту отчета)

Замечание 1

К сожалению, ВОЗ в своих оценках не предоставляет информации о вкладе влияния различных видов асбеста в асбестообусловленную заболеваемость и смертность. При этом существует широкий консенсус относительно того, что способность вызывать заболеваемость у различных видов асбеста существенно отличается. Так, сами авторы оценок смертности в своих работах признают различие во вкладе типов волокон в общую смертность, например, когда два типа минерала – хризотил и амфиболы рассматриваются отдельно в работе Concha-Barrientos и Дрисколл и другие *The global burden of disease due to occupational carcinogens*, 2005 (1).

Считаем крайне необходимым указывать в таких оценках смертности оценивать и указывать вклад различных видов асбеста в общую смертность и заболеваемость.

Замечание 2

Касательно самого существования порога, пока не имеется единого мнения по поводу уровня, на котором он установлен, и научное общество признает, что этот порог существует, однако он еще не был определен. Именно так это трактуется в документе Международной программы по химической безопасности, «Гигиенические критерии состояния окружающей среды № 203», от 1998 г. где в заключительной части указано:

10. ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

- а) Воздействие хризотилового асбеста создает повышенный риск асбестоза, рака легких и мезотелиомы, степень которого подчиняется зависимости доза-эффект. Какого-либо порогового значения для канцерогенных рисков выявлено не было.*

Именно подход о пороговости воздействия хризотила используется в нашей стране и во многих других, в том числе развитых странах при регулировании использования данного вещества, где установлены предельно допустимые концентрации вещества в воздухе рабочей зоны и атмосферном воздухе.

В связи с вышеизложенным просим скорректировать трактование отсутствия безопасного воздействия в соответствии с документом «Гигиенические критерии состояния окружающей среды № 203» и международной регуляторной практикой.

Замечание 3

По мнению нашей страны, дифференцированный подход к регулированию различных форм асбеста является важнейшим элементом решения Ассамблеи ВОЗ, который необходимо внедрять при реализации программ по элиминации асбестообусловленных заболеваний. К сожалению, в настоящее время этот подход не находит отражение в работе.

Библиография

1. Driscoll T, Imel Nelson D, Steenland K, Leigh J, Concha-Barrientos M, Fingerhut M, et al. The global burden of disease due to occupational carcinogens. American Journal of Industrial Medicine. 2005;48:419–31 (<http://www.cdc.gov/niosh/nas/rdrp/appendices/chapter5/a5-6.pdf>, по состоянию на 19 августа 2015 г.).
2. Environmental Health Criteria 203. Chrysotile asbestos. Geneva: WHO; 1998 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42104/1/9241572035_eng.pdf, по состоянию на 18 августа 2015 г.).

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Программа

10 июня 2014 г.

- 8:30 Регистрация
- 9:00 Приветственное обращение руководителя Европейского центра ВОЗ по окружающей среде и охране здоровья (*Elizabet Paunovic*)
- 9:10 Представление участников, назначение председателя и составителей отчетов, утверждение предварительной повестки дня и предварительной программы
- 9:20 Презентация предварительных результатов, представленных государствами-членами, в отношении разработки национальных планов элиминации заболеваний, связанных с асбестом (*Elizabet Paunovic u Aliya Kosbayeva*)
- 9:50 Текущая деятельность Комиссии ЕС по проблеме асбеста на рабочем месте (*Jorge Costa-David*)
- 10:15 Воздействие асбеста и его мониторинг в Финляндии: эпидемиология заболеваний, связанных с асбестом (*Timo Tuomi*)
- 11:00 *Перерыв на кофе*
- 11:30 Заболевания, связанные с асбестом, в Италии: частота случаев и новые критерии для этиологической оценки (*Silvia Fustinoni, Carolina Mensi u Dario Consonni*)
- 12:15 Регистр по мезотелиоме Ломбардии, Италия: организационные аспекты и основные результаты в 2000-2012 гг. (*Silvia Fustinoni, Carolina Mensi u Dario Consonni*)
- 13:00 *Обед*
- 14:00 Обеспечение всеобщего охвата работающих услугами здравоохранения (*Ivan Ivanov*)
- 14:45 Система эпиднадзора за профессиональными заболеваниями как основа для охраны здоровья работающих и роль национальных и субнациональных служб здравоохранения:

Разработка электронной системы эпиднадзора и регистра по профессиональным заболеваниям, включая ЗСА, в Сербии - трудности и направления дальнейших действий (*Petar Bulat*)

Электронный регистр случаев производственного травматизма - практическая демонстрация программного обеспечения (*Petar Bulat*)
- 15:30 *Перерыв на кофе*
- 16:00 Регистрация онкологических заболеваний, включая профессиональные онкологические заболевания, в том числе связанные с асбестом (*Stefano Rosso, Европейская сеть раковых*

регистров)

- 16:30 Критерии диагностики профессиональных ЗСА (*Thomas Kraus*)
- 17:00 Асбест, асбестоз и рак: Хельсинкские критерии диагностики и атрибуции (*Timo Tuomi*)
- 17:30 Обсуждение
- 17:45 Завершение первого дня работы
- 18:30 Прием в Клубе Боннского университета (организован ВОЗ)

11 июня 2014 г.

- 9:00 Повышение уровня информированности и единый подход к элиминации ЗСА для работников разных секторов, неправительственных организаций и местного населения (*Jovanka Karadzinska–Bislimovska*)
- 9:45 Использование инструментария для элиминации ЗСА (*Eun-Kee Park*)
- 10:30 Обсуждения и предложения
- 11:00 *Перерыв на кофе*
- 11:30 Практические занятия в малых группах, определение дальнейших направлений деятельности и требуемого участия ВОЗ
- 13:00 *Обед*
- 14:00 Согласование дальнейших шагов, направлений деятельности и последующего развития процесса
- 15:30 *Перерыв на кофе*
- 16:00 Обсуждение и закрытие совещания

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Участники

Албания

Arben Luzati

Руководитель Отдела охраны здоровья и окружающей среды

Институт общественного здравоохранения

Тирана

Армения

Овсеп Ованесян

Национальный центр по контролю и профилактике заболеваний

Министерство здравоохранения Армении

Ереван

Азербайджан

Мирза Казимов

Профессор, Кафедра общей гигиены

Азербайджанский медицинский университет

Баку

Беларусь

Григорий Косяченко

Руководитель, Лаборатория гигиены труда

Центр гигиены окружающей среды

Минск

Босния и Герцеговина

Ognjen Perazic

Отдел медицины труда

Институт гигиены труда и спорта Республики Сербской

Баня-Лука

Aida Vilic-Svraka

Отдел гигиены окружающей среды

Федеральный институт общественного здравоохранения

Сараево

Грузия

Инга Гвинерия

Руководитель, Отдел профилактической токсикологии

НИИ Медицины труда и экологии им. Н.Махвиладзе

Тбилиси

Казахстан

Айгуль Аманбекова

Заместитель директора по клинической работе

Национальный центр гигиены труда и профессиональных заболеваний

Главный внештатный профпатолог Министерства здравоохранения

Караганда

Кыргызстан

Омор Касымов
Директор
Научно-производственное объединение «Профилактическая медицина»
Министерство здравоохранения
Бишкек

Черногория

Borko Vajić
Специалист по вопросам гигиены
Национальный координатор Европейского процесса “Окружающая среда и здоровье”
Отдел экологии здоровья
Институт общественного здравоохранения Черногории
Подгорица

Республика Молдова

Valeriu Goncea
Заместитель начальника
Департамент общественного здоровья
Министерство здравоохранения
Кишинев

Российская Федерация

Наталья Костенко
Заместитель директора
Департамент охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия человека
Министерство здравоохранения Российской Федерации
Москва

Евгений Ковалевский
Ведущий научный сотрудник
Научно-исследовательский институт медицины труда
Российской академии медицинских наук
Москва

Сербия

Aleksandar P.S. Milovanovic
Институт гигиены труда и радиационной безопасности
Белград
Сербия

Таджикистан

Мухамадкул Каримов
Руководитель, Отдел гигиены труда
Служба государственного санитарно-эпидемиологического надзора
Душанбе

Бывшая югославская Республика Македония

Jordan Minov
Институт гигиены труда
Сотрудничающий центр ВОЗ по гигиене труда
Скопье

Туркменистан

Бегенчмырад Жепбаров
Руководитель, Лабораторный контроль на рынках
Экспериментальная зона Центра технологий
Государственная санитарно-эпидемиологическая служба
Ашхабад

Временные советники

Petar Bulat
Заместитель декана, Школа медицины Белградского университета
Белград
Сербия

Dario Consonni
Отдел эпидемиологии, Сотрудничающий центр ВОЗ по гигиене труда
Clinica del Lavoro "Luigi Devoto" Fondazione IRCCS
Ca' Granda – Поликлиника Ospedale Маджоре и Миланский университет
Милан
Италия

Silvia Fustinoni
Профессор, Кафедра клинических наук и общественного здравоохранения
Сотрудничающий центр ВОЗ по гигиене труда, Clinica del Lavoro "Luigi Devoto"
Fondazione IRCCS Ca' Granda
Поликлиника Ospedale Маджоре и Миланский университет
Милан
Италия

Jovanka Karadzinska-Bislimovska
Профессор, Институт гигиены труда
Сотрудничающий центр ВОЗ по гигиене труда
Скопье
Бывшая югославская Республика Македония

Thomas Kraus
Профессор, Институт гигиены труда и социальной медицины
Медицинский центр, RWTH Аахенский университет,
Аахен
Федеративная Республика Германия

Carolina Mensi
Регистр по мезотелиоме Ломбардии
Регистр по синоназальным онкологическим заболеваниям
Сотрудничающий центр ВОЗ по гигиене труда, Clinica del Lavoro "Luigi Devoto"
Fondazione IRCCS Ca' Granda
Поликлиника Ospedale Маджоре и Миланский университет
Милан
Италия

Eun-Kee Park
Адъюнкт-профессор
Медицинский колледж, Университет Косин
Медицинские гуманитарные науки и социальная медицина
Пусан
Республика Корея

Stefano Rosso
Европейская сеть раковых регистров
Пьемонтский раковый регистр – CPO
Via San Francesco da Paola 31
Турин
Италия

Timo Tuomi
Профессор
Институт гигиены труда Финляндии
Хельсинки
Финляндия

Представители других организаций

Европейская комиссия

Jorge Costa-David
Генеральный директорат по вопросам занятости, социальным делам и общественной интеграции
Отдел EMPL В3: Здоровье, безопасность и гигиена на рабочем месте
Люксембург

Всемирная организация здравоохранения

Европейское региональное бюро

Европейский центр по окружающей среде и охране здоровья, Бонн

B er enice Borchers
Интерн

Aliya Kosbayeva
Технический сотрудник, Гигиена труда, экологические воздействия и риски

Jeongim Park (Составитель отчета)
Гигиена труда, экологические воздействия и риски
(Прикомандирован из Университета СунЧонХян, Асан, Республика Корея)

Elizabet Raunovic
Руководитель ЕЦОСЗ

Luisa Schulte
Интерн

Helena Shkarubo
Ассистент программы, Экологические воздействия и риски

Irina Zastenskaya
Технический сотрудник, Химическая безопасность, экологические воздействия и риски

Штаб-квартира

Ivan Ivanov
Научный сотрудник по вопросам оздоровления окружающей среды

Переводчики-синхронисты

Erika Rubinstein
Дюссельдорф
Федеративная Республика Германия

Thomas Küstermann
Бохум
Федеративная Республика Германия

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) была создана в 1948 г. как специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, чтобы действовать в качестве руководящего и координирующего органа в международной работе по здравоохранению санитарии. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро, каждое из которых действует согласно собственной программе, отражающей специфику здравоохранения и здоровья населения в странах этого региона.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая югославская Республика
Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Черногория
Швейцария
Швеция
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Чешская Республика
Эстония

В июне 2014 года Европейским региональным бюро ВОЗ был проведен семинар по оценке хода работы, проведенной в некоторых странах Европейского региона ВОЗ по выполнению обязательств, принятых в Пармской декларации по окружающей среде и охране здоровья (2010 г.) в отношении разработки национальных программ по элиминации заболеваний, связанных с асбестом, в Европейском регионе ВОЗ к 2015 г. На семинаре обсуждались проблемы, с которыми сталкиваются страны в этой связи, а также участие ВОЗ в решении этих задач в будущем.

Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения

Marmorvej 51 DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: 45 45 33 70 01 Эл. почта: ceh@euro.who.intВебсайт: www.euro.who.int

Оригинал: английский