



Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро

# Отчет о 26-м совещании Европейской региональной комиссии по сертификации ликвидации полиомиелита

Копенгаген, Дания  
18-20 июня 2012 г.

## Резюме

Участники 26-го совещания Европейской региональной комиссии по сертификации ликвидации полиомиелита (PKC) проанализировали ежегодные обновленные данные, представленные государствами-членами Европейского региона об их статусе территорий, свободных от полиомиелита. PKC проанализировала эти данные, чтобы определить, сохранил ли регион свой статус в 2011 году. PKC также определила факторы, которые угрожают будущему свободному от полиомиелита статусу Региона, и предложила мероприятия, которые должны быть выполнены государствами-членами и Региональным бюро ВОЗ для снижения риска циркуляции полиовируса в Регионе. На основании информации, представленной национальными комитетами по сертификации, PKC выражает уверенность, что в 2011 году дикие полиовирусы не циркулировали в Регионе. PKC напомнила всем государствам-членам, что Всемирная ассамблея здравоохранения объявила завершение ликвидации полиомиелита чрезвычайной ситуацией для общественного здравоохранения, и что до достижения глобальной ликвидации полиомиелита все страны должны поддерживать высокий уровень охвата иммунизацией и эффективный эпиднадзор.

### Ключевые слова

POLIOMYELITIS – prevention and control  
CERTIFICATION  
IMMUNIZATION PROGRAMS  
NATIONAL HEALTH PROGRAMS  
EPIDEMIOLOGIC SURVEILLANCE – standards  
CONTAINMENT OF BIOHAZARDS – standards  
LABORATORY INFECTION – prevention and control  
STRATEGIC PLANNING  
EUROPE

Запросы на публикации Европейского регионального бюро ВОЗ направляйте по адресу:

Publications  
WHO Regional Office for Europe  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, можно заполнить заявку на получение документов и информации или разрешения на цитирование или перевод на сайте Европейского регионального бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

### © Всемирная организация здравоохранения, 2013 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения по поводу юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, которые пока могут быть не согласованы.

Упоминание тех или иных компаний или продукции отдельных производителей 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 пишутся с прописной буквы.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

## СОДЕРЖАНИЕ

---

Сокращения.....	iv
Введение .....	1
Цели и задачи совещания.....	1
Стратегический план Глобальной инициативы по ликвидации полиомиелита на 2010 - 2012 гг.: прогресс и проблемы .....	2
Ежегодные обновленные данные Программы борьбы с полиомиелитом из Регионального бюро ВОЗ        3	
Введение к региональной оценке рисков.....	5
Северный/Балтийский субрегион.....	6
Западный субрегион .....	6
Южный субрегион .....	7
Центральный-Восточный субрегион.....	8
Центральный субрегион .....	8
Субрегион МЕСАСАР .....	9
Анализ обновленных национальных данных за 2011 год и доклады отдельных стран.....	10
Армения .....	10
Азербайджан .....	10
Босния и Герцеговина .....	11
Грузия .....	12
Греция.....	13
Кыргызстан.....	14
Польша .....	14
Румыния .....	15
Российская Федерация .....	16
Сербия .....	17
Таджикистан .....	17
Украина .....	18
Узбекистан .....	19
Работа европейской сети полиомиелитных лабораторий в 2011–2012 годах .....	19
Ежегодный доклад о прогрессе за 2011 год: обновленная информация о лабораторном контейнменте полиовирусов.....	20
Система управления лабораторными данными .....	21
Имитационная модель вспышки полиомиелита (POSE): обратная связь и планы на будущее.....	21
Региональный план мероприятий по поддержанию свободного от полиомиелита статуса Европейского региона (на 2012–2013 годы) на основе рекомендаций РКС 2012 года.....	22
Выводы НКС .....	23
Рекомендации НКС.....	23

## Сокращения

---

ИПВ	инактивированная полиомиелитная вакцина
НДИ	национальные дни иммунизации
НКС	национальный комитет по сертификации
НПЭВ	неполиомиелитные энтеровирусы
ОВП	острый вялый паралич
ОПВ	оральная полиомиелитная вакцина
ПЦР	полимеразная цепная реакция
РКС	Европейская региональная комиссия по сертификации ликвидации полиомиелита
СНДИ	субнациональные дни иммунизации
MECASCAR	Средиземноморье, Кавказ и республики Центральной Азии

## Введение

---

Двадцать шестое совещание Европейской региональной комиссии по сертификации ликвидации полиомиелита (РКС) состоялось 18 - 20 июня 2012 г. в Копенгагене, Дания. Совещание по поручению Регионального директора открыл д-р Guénaël Rodier, директор Отдела инфекционных болезней. Он поздравил РКС с десятой годовщиной объявления Региона свободным от полиомиелита и подчеркнул значение недавней резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения, которая объявила, что завершение ликвидации полиомиелита является чрезвычайной ситуацией для общественного здравоохранения (приложение 1). Председатель РКС д-р David Salisbury суммировал как последнее глобальное достижение то, что уже почти полтора года Индия остается свободной от полиомиелита, и подчеркнул как проблему, что дикие полиовирусы еще остаются эндемичными в трех странах. Он подчеркнул необходимость продолжать усилия для поддержания статуса Региона как территории, свободной от полиомиелита. Репортером совещания был д-р Harry Hull. Программа совещания представлена в приложении 2, а список участников – в приложении 4.

Основной задачей совещания был анализ ежегодной обновленной информации из всех государств-членов с обращением особого внимания на эпидемиологическую ситуацию в странах высокого риска. РКС проанализировала эти данные, чтобы определить, сохранил ли Регион свой статус территории, свободной от полиомиелита, в 2011 г. РКС также определила факторы, угрожающие в будущем свободному от полиомиелита статусу Региона, и предложила перечень мероприятий, которые должны быть выполнены государствами-членами и Региональным бюро ВОЗ для снижения риска циркуляции полиовирусов в Регионе.

## Цели и задачи совещания

---

Совещание имело следующие цели и задачи:

- ознакомить членов РКС с современным состоянием ликвидации полиомиелита в мире и в Регионе;
- проанализировать уроки, полученные в течение 10 лет поддержания «свободного от полиомиелита» статуса Европейского региона ВОЗ;
- проанализировать обновленную ежегодную информацию по полиомиелиту за 2011 год из всех европейских государств-членов;
- проанализировать современную ситуацию по поддержанию свободного от полиомиелита статуса в отдельных государствах-членах, которые относятся к группам высокого риска, и обсудить действия, которые должны быть предприняты для снижения риска и обеспечения свободного от полиомиелита статуса стран Региона;
- проанализировать современное состояние регионального лабораторного контейнента с учетом заноса диких полиовирусов типа 1 в отдельные страны в 2010 году;
- рекомендовать Региональному бюро ВОЗ стратегии и/или действия для укрепления усилий, направленных на поддержания свободного от полиомиелита статуса Региона, с обращением особого внимания на страны высокого риска;
- проанализировать рабочие процедуры РКС и обсудить план работы на **2011-2012** гг.

## **Стратегический план Глобальной инициативы по ликвидации полиомиелита на 2010 - 2012 гг.: прогресс и проблемы**

---

За последний год Глобальная инициатива по ликвидации полиомиелита добилась значительного прогресса, хотя до сих пор имеются и серьезные проблемы. Самое важное достижение – отсутствие в течение более 17 месяцев случаев полиомиелита, вызванных дикими полиовирусами, в Индии, которая является последней эндемичной страной в Регионе Юго-Восточной Азии ВОЗ. Эндемичными по полиомиелиту остаются только три страны - Афганистан, Нигерия и Пакистан, где циркуляция диких полиовирусов никогда не прерывалась. Количество случаев паралитического полиомиелита, вызванного дикими полиовирусами, в 2011 г. по сравнению с 2010 г. сократилось на 52% (649 случаев по сравнению с 1352 случаями). Количество заболеваний, вызванных дикими полиовирусами серотипа 1, уменьшилось на 54% (582 случая по сравнению с 1265 случаями), а количество заболеваний, вызванных дикими полиовирусами серотипа 3, уменьшилось на 23% (67 случаев по сравнению с 87 случаями).

Современная ситуация характеризуется резким снижением числа случаев в странах с возобновившейся циркуляцией вируса; кроме того, был установлен контроль над заносом полиовируса в 2011 г. из Пакистана в Китайскую Народную Республику. Что касается трех эндемичных стран, число случаев в Нигерии и Пакистане в первой половине 2012 года сократилось по сравнению с первой половиной 2011 года. Однако было отмечено резкое увеличение числа случаев в северных районах Нигерии. В настоящее время Нигерия и Пакистан являются единственными странами в мире, где циркулируют дикие полиовирус серотипа 3. В Нигерии возобновилась циркуляция вакцинно-родственных полиовирусов серотипа 2. Для Глобальной инициативы опасность представляют возможность международного распространения вируса из Нигерии в Мали и Чад (страны со слабым эпиднадзором), ухудшение доступа в южные районы Афганистана в результате вооруженного конфликта, политические изменения в Пакистане и предстоящий дефицит поставок оральной полиомиелитной вакцины (ОПВ).

Стратегический план на 2010-2012 гг. нацелен на глобальное прекращение циркуляции полиовирусов к концу 2012 г. Были поставлены четыре основные задачи. Однако выполнена была только одна из них – прекращение всех вспышек полиомиелита, которые начались в 2009 г. . Решение другой важной задачи – прекращение передачи всех диких полиовирусов к концу 2012 г. – остается иллюзорным, а две остальные задачи – прекращение всех случаев возобновленной циркуляции полиовирусов к концу 2010 года и прекращение любой циркуляции полиовирусов по крайней мере в двух из четырех эндемичных стран к концу 2011 года – не решены в намеченные сроки. На состоявшейся в мае 2012 года Всемирной ассамблее здравоохранения полиомиелит был объявлен программной чрезвычайной ситуацией для глобального общественного здравоохранения, что требует усиления чрезвычайных мер для достижения ликвидации. Намечены следующие чрезвычайные цели: (i) помочь Афганистану, Нигерии и Пакистану добиться необходимых уровней охвата иммунизацией к концу 2012 года; (ii) сохранить то, что было достигнуто в Анголе, Чаде и Демократической Республике Конго, и прекратить циркуляцию вируса к концу 2012 года; и (iii) улучшить подотчетность и координацию работы с партнерами, а также ликвидировать значительный дефицит средств, которые в настоящее время составляет 945 млн. долл. США. На своем совещании в мае 2012 года Независимый совет по мониторингу отметил, что 2,7 млн. детей остаются не вакцинированными в шести странах, где инфекция сохраняется в настоящее время, и подчеркнул важность иммунизации этих детей как в рамках плановой, так и дополнительной вакцинации. Совет отметил, что в этих странах инфицированы не все районы, но «укрытия» (места с большим количеством не вакцинированных детей) позволяют полиовирусам

персистировать, размножаться и затем попадать к восприимчивым детям. Именно ход вакцинации детей в таких местах покажет, будет ли выиграно или проиграно сражение с полиомиелитом. К настоящему времени в 4 странах за 2012 год было выявлено всего лишь 53 случая полиомиелита. Задача ликвидации полиомиелита становится тем сложнее, чем ближе мы подходим к достижению цели «ноль случаев». При полной финансовой поддержке и программной инновации для охвата прививками ключевых групп не вакцинированных детей эти цели могут быть достигнуты – будем надеяться, в следующем году.

### **Ежегодные обновленные данные Программы борьбы с полиомиелитом из Регионального бюро ВОЗ**

---

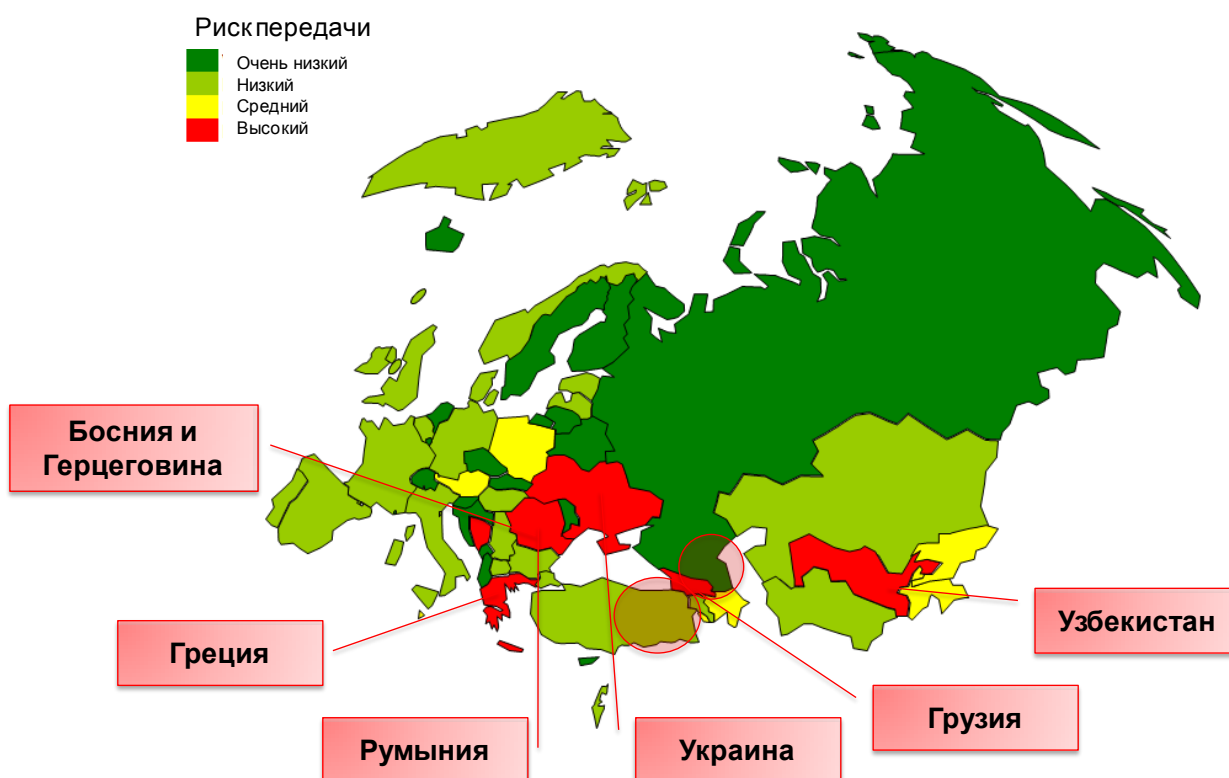
В 2010 году Европейский регион столкнулся с максимальной угрозой для своего статуса территории, свободной от полиомиелита, со времени регистрации последнего местного случая в Турции в 1998 году. Вспышка, вызванная диким полиовирусом типа 1 из Индии, распространилась на четыре страны Региона - Казахстан, Российскую Федерацию, Таджикистан и Туркменистан. Циркуляцию полиовируса удалось прервать через восемь месяцев, поэтому Регион смог сохранить свой статус территории, свободной от полиомиелита.

В большинстве стран Региона имеются сильные системы здравоохранения, поэтому любой случай паралитического полиомиелита будет диагностирован клинически и своевременно обследован лабораторными методами. Службы иммунизации функционируют хорошо, обеспечивая высокий и стабильный охват прививками тремя дозами полиомиелитной вакцины в подавляющем большинстве государств-членов. Страны осуществляют специальные программы на местах для охвата групп высокого риска (социально изолированные люди, перемещенные лица и беженцы), особенно в связи с проведением Европейской недели иммунизации. В целом качество эпиднадзора за полиовирусами остается в Регионе высоким, причем в 42 странах осуществляется надзор за острыми вялыми параличами (ОВП), в 41 стране – надзор за энтеровирусами и в 21 стране – надзор за окружающей средой. В целом показатели качества надзора за ОВП на национальном уровне остаются высокими. С другой стороны, заметны тенденции к снижению своевременности и полноты регистрации. Показатели качества надзора за ОВП остаются высокими в большинстве стран, которые прежде входили в состав Советского Союза, а также в Турции и Болгарии. В то же время качество эпидемиологического надзора недостаточно высокое в странах Западной, Центральной и Южной Европы, которые используют надзор за ОВП. Даже в странах с хорошо организованным надзором имеются регионы, где качество надзора недостаточно высоко. Страны Центральной Азии, где в 2010 году имела место вспышка полиомиелита, в целом смогли решить новую задачу по качеству надзора – выявлять ежегодно не менее 2 случаев ОВП на 100 тыс. детей в возрасте до 15 лет. Все большее число стран используют инактивированную полиомиелитную вакцину (ИПВ), причем 33 страны применяют только ИПВ, 10 стран используют одновременно ИПВ и ОПВ и только 10 стран применяют исключительно ОПВ. В большинстве стран охват иммунизацией на национальном уровне превышает 95%. Серьезную озабоченность вызывает ситуация в Украине, за последние несколько лет охват прививками снизился до неприемлемо низкого уровня (<80%). В 2011 году охват иммунизацией на национальном уровне был низким в Боснии и Герцеговине, а также в Румынии (где он составил только 89%). В странах с высоким качеством работы имеются области с низкими показателями, а в некоторых группах высокого риска сохраняются низкие уровни охвата прививками.

Региональное бюро ВОЗ поддерживает многие мероприятия на уровне стран для снижения риска циркуляции диких полиовирусов в случае их заноса. К числу таких мероприятий относятся: национальные и субнациональные мероприятия по иммунизации в семи странах высокого риска в 2011 и 2012 годах, анализ качества надзора в восьми странах, обучение специалистов в шести странах и оценка риска во всех государствах-членах. Хотя в настоящее время национальные планы готовности имеются в 44 странах, только 32 страны определили целевые группы, 42 страны сформулировали политику иммунизации и только 14 стран обеспечили достаточные запасы вакцины.

Из-за нехватки средств оценка риска становится экономически обоснованной и важной стратегией для повышения эффективности работы в Регионе. В целом риск циркуляции полиовирусов в Регионе остается низким. Однако результаты оценки показывают, что в шести странах (Босния и Герцеговина, Грузия, Греция, Румыния, Украина и Узбекистан) и в двух субнациональных регионах (Северный Кавказ в Российской Федерации и юго-восточные районы Турции) сохраняется высокий риск циркуляции полиовирусов в случае их заноса. Еще в пяти странах имеется средняя степень риска циркуляции полиовирусов после заноса (Австрия, Азербайджан, Кыргызстан, Польша и Таджикистан) (рис. 1).

**Рис.1. Риск циркуляции диких полиовирусов после их заноса, Европейский регион ВОЗ, 2012 г.**



Высокие уровни охвата иммунизацией и высокое качество эпидемиологического надзора должны сохраняться до тех пор, пока не будет сертифицирована глобальная ликвидация полиомиелита. Хотя большая часть средств для проведения этой работы выделяется из национальных бюджетов, необходима поддержка международного сообщества для финансирования специальных мероприятий на уровне стран и функционирования Регионального бюро. Так как объем этих средств ограничен, оценка рисков играет важную



роль в целенаправленном расходовании средств именно там, где в них имеется наибольшая потребность и где их эффективность будет наиболее высокой.

## **Введение к региональной оценке рисков**

---

Из-за сохраняющегося риска заноса диких полиовирусов все государства-члены Региона должны поддерживать высокий уровень охвата иммунизацией для предупреждения распространения вируса и высокое качество эпиднадзора для выявления циркуляции любых диких полиовирусов или вакцинно-родственных полиовирусов. Национальных средств не всегда достаточно, а возможности Регионального бюро оказывать техническую помощь и осуществлять финансовую поддержку ограничены. Региональное бюро использует постоянный процесс оценки рисков для целевого направления ресурсов в страны и географические регионы с наиболее высоким риском распространения диких полиовирусов после их заноса.

Процесс оценки рисков включает два главных компонента: еженедельную регистрацию результатов эпиднадзора за ОВП и официальную оценку рисков, проводимую ежегодно накануне совещания Региональной комиссии по сертификации. Методика официальной оценки рисков может меняться из-за изменения ситуации в Регионе и в связи с необходимостью соответствия глобальным требованиям и рекомендациям. Оценка риска основана на пяти показателях надзора, четырех показателях популяционного иммунитета и двух дополнительных показателях. Затем рассчитывают окончательный комплексный показатель оценки рисков, на основании которого страны относят к одной из четырех категорий – с высоким, средним, низким и очень низким риском. Приоритетные действия определяют на основании показателя оценки и численности населения страны.

Показатели надзора используют для определения способности национальной системы здравоохранения своевременно выявить случай полиомиелита. Это следующие показатели: критерий системы здравоохранения (паритет покупательной способности – доля расходов на услуги здравоохранения от внутреннего валового продукта); индекс ОВП ( $\geq 0.8$ ) включая устойчивость надзора за ОВП; своевременность еженедельной регистрации случаев ОВП и доступность результатов лабораторных исследований в случаях ОВП; использование систем дополнительного надзора (надзор за окружающей средой и/или надзор за энтеровирусами).

Показатели коллективного иммунитета используют для определения возможности передачи полиовирусов из-за недостаточного уровня поствакцинального иммунитета. К числу этих показателей относятся: охват плановой иммунизацией тремя дозами полиомиелитной вакцины за последние пять лет, территории с низким уровнем охвата иммунизацией (<90%), наличие значительных групп восприимчивых людей и меры, предпринятые для повышения уровня коллективного иммунитета.

При проведении формальной оценки рисков учитывают и другие факторы, чтобы оценить приверженность систем здравоохранения государств-членов делу ликвидации полиомиелита и их способность поддерживать свободный от полиомиелита статус своих стран. Это следующие факторы: (i) наличие национального плана готовности для реагирования в случае заноса полиовирусов, а также состояние этого плана – является ли он оперативным, всеобъемлющим и обновленным; и (ii) любые перебои в предоставлении услуг здравоохранения и/или осуществлении программы иммунизации. Используется также эпидемиологический корректирующий фактор, основанный на релевантной информации о надзоре за иммунизацией, собранной сотрудниками Отдела управляемых инфекций и иммунизации (VPI) во время посещения стран, а также полученной в результате контактов с национальными техническими

партнерами и из имеющихся данных и материалов оценок. Эпидемиологический корректирующий фактор основан на видах информации, доступной для сотрудников VPI, включая сведения о качестве и достоверности данных, наличие информации по субнациональным территориям, эпидемиологическую характеристику других инфекций, предупреждаемых с помощью вакцинации, а также прозрачность, организационные и операционные аспекты национальных систем здравоохранения.

Окончательную величину показателя оценки рисков (суммарный балл) рассчитывают на основании перечисленной выше информации и «фактора взвешивания», основанного на предварительно установленном процентном значении каждого компонента: эпиднадзор (30%), иммунитет (60%) и другие факторы (10%). Затем полученные показатели используют для определения, к какой из четырех групп относится каждая страна. Результаты оценки рисков по компонентам представляются Региональной комиссии по субрегионам (см. Приложение 3).

### **Северный/Балтийский субрегион**

---

Все страны субрегиона, за исключением Исландии, представили обновленные данные за 2011 год. В Дании Национальная комиссия по сертификации (НКС) не проводила совещания в 2004-2011 гг. Не известен современный статус Исландии. В этом субрегионе все страны применяют ИПВ, а уровни охвата иммунизацией на национальном уровне повсеместно высокие (>90%). В четырех странах (Эстония, Латвия, Литва и Норвегия) применяется надзор за ОВП, но из числа этих стран только в Литве и Норвегии в 2011 году достигнут высокий показатель ОВП. В Латвии показатель ОВП в 2011 году резко снизился. В Норвегии очень низок показатель своевременности регистрации случаев ОВП. В семи странах осуществляется надзор за энтеровирусами, а в четырех странах проводится надзор за окружающей средой. В большинстве стран исследовано достаточное количество проб и получены удовлетворительные показатели частоты выделения неполиомиелитных энтеровирусов (НПЭВ). В Эстонии, Финляндии, Латвии, Литве и Швеции имеются планы по поддержанию свободного от полиомиелита статуса этих стран. Все страны, за исключением Исландии, представили в РКС планы мероприятий на случай заноса диких полиовирусов. Все страны определили целевые группы и политику иммунизации, но только Дания и Литва уже выделили средства для закупок вакцины. Результаты окончательной оценки рисков показали, что качество эпиднадзора очень хорошее в пяти странах из восьми, хорошее в одной стране и удовлетворительное в двух странах. Уровни коллективного иммунитета очень высокие в пяти странах и высокие в трех странах.

### **Заключение**

---

Секретариат пришел к заключению, что имеется очень высокая вероятность того, что в 2011 году дикие полиовирусы не циркулировали в этом субрегионе и что существующими системами эпидемиологического надзора любой случай заноса диких полиовирусов будет выявлен своевременно. Риск циркуляции диких полиовирусов после их заноса является низким или очень низким. Стран, вызывающих беспокойство, в этом субрегионе нет.

### **Западный субрегион**

---

Обновленные данные за 2011 год представили все страны субрегиона, за исключением Монако. В Нидерландах и Швейцарии НКС не проводили совещаний в 2011 году. Остается неясным, проводила ли в 2011 году совещание НКС Соединенного Королевства. Во всех странах применяется исключительно ИПВ. Уровни охвата прививками повсеместно высокие, хотя Австрия и Монако не представили информацию об охвате иммунизацией в 2011 году. Во многих странах имеются группы высокого риска. Особое беспокойство вызывает наличие в Нидерландах больших групп людей, отказавшихся от иммунизации по религиозным

соображениям. Частые поездки жителей стран западного субрегиона в страны с эндемической циркуляцией полиовирусов и наоборот создают высокий риск заноса вирусов. Четыре страны осуществляют надзор за ОВП, но качество надзора низкое. Данные представляются очень несвоевременно. Германия в 2011 году прекратила осуществление программы надзора за ОВП, вскоре это же сделает и Ирландия. Во всех странах, за исключением Бельгии, Люксембурга и Монако, проводится надзор за энтеровирусами. За исключением Швейцарии число исследованных проб достаточно высоко, так же как высоки и показатели выделения НПЭВ. В Нидерландах осуществляется надзор за окружающей средой. Окончательные варианты планов по поддержанию свободного от полиомиелита статуса подготовлены в Австрии, Бельгии, Германии, Ирландии, Нидерландах и Соединенном Королевстве. Все страны уточнили свою политику иммунизации, хотя Бельгия и Германия не определили свои целевые когорты. Только Ирландия зарезервировала средства для закупки вакцины. Результаты оценки рисков показывают, что качество эпиднадзора в субрегионе варьирует от удовлетворительного (в пяти странах) до хорошего (в одной стране) и очень хорошего (в четырех странах), а уровни коллективного иммунитета – от высокого (в шести странах) до очень высокого (в четырех странах).

## Заключение

---

На основании анализа имеющихся данных секретариат пришел к выводу, что вероятность того, что в 2011 году дикие полиовирусы не циркулировали в этом субрегионе, очень высока, и что любой занос диких полиовирусов будет своевременно выявлен существующими системами эпиднадзора. Риск передачи диких полиовирусов после их заноса в странах этого субрегиона варьирует от очень низкого до среднего. Озабоченность вызывают такие страны как Австрия и Бельгия из-за недостаточно качественного надзора, а также Германия, Нидерланды и Соединенное Королевство из-за наличия в них групп высокого риска.

## Южный субрегион

---

Все страны субрегиона представили обновленные данные за 2011 год (хотя новые данные из Сан-Марино были представлены в Секретариат уже после совещания РКС). В Италии НКС отсутствует, а в Андорре, Хорватии и Мальте не было совещаний НКС. Официальный уровень охвата прививками превышает 90%, за исключением Сан-Марино (86%). В Греции оценочные данные об охвате иммунизацией (91%) есть только за 2006 год. Во всех странах применяется ИПВ. Надзор за ОВП осуществляется в 9 из 10 Южного субрегиона, за исключением только Сан-Марино. Качество надзора за ОВП в субрегионе является субоптимальным, только в Кипре, Греции и Португалии индекс ОВП составляет 0,9 и выше. Большинство стран регистрируют случаи ОВП недостаточно своевременно. В настоящее время в семи странах осуществляется надзор за энтеровирусами, а в четырех странах – надзор за окружающей средой. Количество проб, собранных для целей надзора за окружающей средой и энтеровирусами, обычно достаточно высоко, а показатель выделения НПЭВ является удовлетворительным. Во всех странах, за исключением Андорры и Сан-Марино, имеются планы реагирования на случай заноса диких полиовирусов. Однако в Греции, Израиле и Италии планы устарели, их необходимо обновить. Во всех планах определена политика иммунизации, хотя в Греции не обозначены целевые группы населения. Только Греция сообщила о том, что средства на закупку вакцин уже выделены. На основании результатов оценки рисков сделан вывод, что качество эпиднадзора в странах этого субрегиона является низким в 6 из 10 стран и хорошим только в одной стране. Уровни коллективного иммунитета во всех странах являются высокими или очень высокими.

## Заклучение

---

На основании имеющейся информации Секретариат пришел к заключению о субоптимальном качестве надзора за дикими полиовирусами в этом субрегионе, которое должно быть улучшено для обеспечения своевременного выявления диких полиовирусов в случае их заноса. Благодаря высоким уровням коллективного иммунитета очень вероятно, что дикие полиовирусы не циркулировали в данном субрегионе в 2011 году. Риск передачи диких полиовирусов в случае заноса в страны этого субрегиона варьирует от низкого и очень низкого в восьми странах до среднего (Мальта) и высокого (Греция). Греция является страной, которая вызывает озабоченность из-за низкого качества эпиднадзора, отсутствия обновленных данных об охвате иммунизацией и наличия групп высокого риска.

### **Центральный-Восточный субрегион**

---

Обновленные данные за 2011 год представили все страны субрегиона. В Черногории не было возможности создать НКС. В остальных странах субрегиона НКС были очень активными. Охват плановой иммунизацией во всех странах превышает 90%, за исключением Украины, где официальный уровень охвата прививками составляет 54-71%. В нескольких странах имеются значительные группы населения с низким охватом иммунизацией. Все страны проводят эпиднадзор за ОВП, однако его качество соответствует критериям сертификации только в Черногории, Республике Молдова и Украине. Своевременность регистрации случаев обычно хорошая. В пяти странах осуществляется надзор за энтеровирусами, а в двух странах – надзор за внешней средой. Хотя в процессе надзора за энтеровирусами и за внешней средой выделяются НПЭВ, частота их выделения в Украине ниже среднего показателя. Во всех странах, за исключением Боснии и Герцеговины, имеются окончательные варианты планов по поддержанию свободного от полиомиелита статуса. В Боснии и Герцеговине имеется проект плана. Срок действия такого плана в Албании закончился. Все страны уточнили политику иммунизации, однако в Республике Молдова не определены целевые когорты населения. Средства для закупки вакцины выделены в Албании, Боснии и Герцеговине, Черногории и Республике Молдова. Качество надзора считается удовлетворительным в четырех из восьми стран субрегиона. Выявлены противоречия в данных, полученных из бывшей Югославской Республики Македония. В трех странах качество надзора очень хорошее и ещё в одной стране – хорошее. Уровни коллективного иммунитета очень высокие в двух странах, высокие в трех странах и низкие в трех странах.

### **Заключение**

---

На основании этой информации Секретариат пришел к заключению: очень вероятно, что дикие полиовирусы не циркулировали в данном субрегионе в 2011 году, так как любой занос диких полиовирусов был бы выявлен с помощью существующих систем эпиднадзора. Риск распространения диких полиовирусов после их заноса высок в Боснии и Герцеговине, Румынии и Украине из-за неудовлетворительного состояния служб иммунизации. Ситуация в Украине продолжает вызывать серьезную озабоченность в связи с сохраняющимися в стране политическими проблемами.

### **Центральный субрегион**

---

Все страны этого субрегиона представили обновленные данные за 2011 год. В Болгарии и Венгрии НКС отсутствуют. В остальных пяти странах субрегиона НКС проводили совещания в 2011 году. Уровни охвата иммунизацией против полиомиелита остаются очень высокими; имеются единичные территории с низким охватом прививками. Формально надзор за ОВП осуществляется во всех странах, однако Словения не выявила ни одного случая ОВП по крайней мере с 2007 года. Удовлетворительные показатели надзора за ОВП отмечены только в Беларуси и Болгарии. Во всех странах показатели своевременности регистрации случаев остаются низкими. Все страны осуществляют надзор за энтеровирусами, а в четырех странах

проводится надзор за внешней средой. Хотя число исследованных проб обычно достаточно высокое, в Беларуси количество выделенных вакцинных вирусов и НПЭВ ниже, чем ожидалось. В Венгрии и Польшу планы мероприятий на случай заноса диких полиовирусов отсутствуют, а такие планы в Болгарии и Словении устарели. Целевая когорта определена только в Чешской Республике. Болгария, Чешская Республика и Словения определили свои политики иммунизации. Средства для закупки вакцин выделены в Болгарии и Словении. На основании результатов оценки рисков сделан вывод о том, что качество надзора низкое в Венгрии и Польше, удовлетворительное в Чешской Республике и Словакии, хорошее в Словении и очень хорошее в Беларуси и Болгарии. Во всех семи странах уровни охвата иммунизацией высокие или очень высокие

## Заключение

---

На основании имеющейся информации Секретариат пришел к заключению о том, что дикие полиовирусы, по всей вероятности, не циркулировали в данном субрегионе в 2011 году благодаря высоким уровням охвата иммунизацией и способности существующих систем надзора в большинстве стран выявить дикие полиовирусы, если бы они появились. В целом риск распространения диких полиовирусов в случае их заноса в большинстве стран этого субрегиона является низким или очень низким благодаря высокому качеству работы служб иммунизации и проведению дополнительного эпиднадзора. Странами, которые вызывают тревогу, являются Болгария из-за наличия групп высокого риска, а также Венгрия и Польша из-за низкого качества эпиднадзора, которое продолжает ухудшаться.

## Субрегион МЕКАКАР

---

Обновленные данные за 2011 год представили все страны субрегиона. В 2011 году НКС активно работали во всех странах МЕКАКАР, однако Туркменистан не сообщил о количестве проведенных заседаний НКС. Официальные заявления были представлены всеми странами. Все страны продолжают использовать ОПВ, хотя в Российской Федерации и Турции используются смешанные схемы иммунизации ИПВ и ОПВ. Официальные уровни иммунизации в странах МЕКАКАР были традиционно высокими и остаются такими сейчас, за исключением Грузии, где имеется значительное число территорий с низким охватом прививками. Все страны в 2010 и 2011 годах проводили национальные и субнациональные дни иммунизации (НДИ и СНДИ). В Узбекистане в 2012 году НДИ проводили два раза. В 2012 году Азербайджан и Российская Федерация дважды проводили СНДИ. Кыргызстан и Таджикистан планируют провести дополнительную иммунизацию в 2012 году. Грузия может провести мероприятия по дополнительной иммунизации в 2012 году. Надзор за ОВП осуществляется во всех странах, а его качество обычно хорошее или высокое за исключением Грузии. В большинстве стран проблемой является своевременность регистрации случаев. На большом количестве территорий в 2011 году не было выявлено случаев ОВП, особенно на Кавказе и в Турции. Результаты эпиднадзора не поступают из некоторых территорий, находящихся в зонах конфликтов. В четырех странах проводится надзор за энтеровирусами, а в шести странах – надзор за окружающей средой. Количество исследуемых проб обычно достаточное. Сообщалось о выделении большого количества вакцинных штаммов полиовирусов, что соответствует широкому применению ОПВ в данном субрегионе. Частота выделения НПЭВ соответствует ожидаемой. Во всех странах подготовлены окончательные варианты планов по поддержанию свободного от полиомиелита статуса. В Азербайджане, Казахстане и Российской Федерации не уточнены целевые группы населения для проведения вакцинации в случае заноса диких полиовирусов. Все страны определили политику иммунизации, однако только Армения, Российская Федерация, Турция и Туркменистан выделили средства для закупки вакцины. На основании результатов оценки рисков сделан вывод, что качество надзора очень хорошее в Казахстане и Российской Федерации; хорошее в Армении, Азербайджане, Грузии, Турции и Туркменистане;



удовлетворительное в Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане. Лабораторные пробы из Узбекистана не тестированы в лаборатории, аккредитованной ВОЗ. Уровни коллективного иммунитета очень высоки в Армении, Азербайджане и Узбекистане, но низкие в Грузии и средние в Таджикистане.

## Заключение

На основании имеющейся информации Секретариат пришел к заключению о том, что страны данного субрегиона в ответ на вспышку 2010 года предприняли эффективные шаги для повышения уровней иммунитета своего населения и качества надзора за ОВП, чтобы поддержать свободный от полиомиелита статус. Риск распространения диких полиовирусов в случае их заноса является умеренным или высоким в пяти странах этого субрегиона, в основном из-за наличия территорий с низкими уровнями иммунизации и несвоевременной регистрацией случаев ОВП. Серьезную озабоченность вызывают такие страны как Грузия (из-за недостаточно высокого уровня охвата плановыми прививками), Российская Федерация (районы Северного Кавказа), Таджикистан и Турция (юго-восточные районы) из-за недостаточно высокого качества надзора и низкого охвата плановой иммунизацией, а также Узбекистан – из-за недостаточно высокого качества эпиднадзора.

## Анализ обновленных национальных данных за 2011 год и доклады отдельных стран

В последующих разделах суммированы доклады НКС о состоянии ликвидации полиомиелита в их странах и комментарии РКС по докладу каждой НКС.

### Армения

Надзор за ОВП ухудшился в Армении в 2010 году. Показатель ОВП снизился с 0,89 в 2009 году до 0,62 в 2010 году. Адекватные пробы стула в 2010 году были собраны только в 62% случаев ОВП, в течение 48 часов после регистрации были обследованы 85% больных. В результате регулярного мониторинга показателей надзора, еженедельной отчетности и обратной связи, а также ежеквартальным контрольным проверкам, показатель ОВП увеличился до 0,90 в 2011 году, адекватные пробы стула были собраны в 91% случаев ОВП и 95% случаев были расследованы в течение 48 после выявления. По состоянию на 22-ю неделю 2012 года, адекватные пробы и своевременное расследование имели место в 100% случаев ОВП. В стране имеется несколько «молчащих» территорий. Был расследован один «горячий случай», завезенный из Грузии. Охват иммунизацией сохранялся на высоком уровне, охват прививками ОПВ3 составил 94% в 2009 году, 95% в 2010 году и 96,4% в 2011 году. В 2008 году было проведено два тура дополнительной иммунизации всех детей в возрасте <5 лет, охват прививками составил 98%. В 2009- 2011 мероприятия по дополнительной иммунизации не проводились. НКС пришла к заключению, что Армения сохраняет статус территории, свободной от полиомиелита, что случаи заноса диких полиовирусов будут выявлены своевременно и распространение вирусов будет предупреждено.

### Комментарии РКС о ситуации в данной стране

Отчет НКС принят. РКС выразила удовлетворение полнотой представленной информации и обоснованностью заявления о том, почему страну можно считать свободной от полиомиелита.

### Азербайджан

Азербайджан провел региональные учебные курсы в 2011 и 2012 годах для подготовки 280 медицинских работников по вопросам надзора за ОВП. Был проведен тщательный мониторинг

качества надзора в семи из восьми районов, где никогда ранее не выявляли случаи ОВП с момента организации надзора за ОВП в 1997 году. Число таких «молчащих» районов уменьшилось с восьми до четырех в 2012 году. Окончательная клиническая классификация была проведена во всех случаях ОВП, выявленных в 2010 и 2011 годах. Независимая оценка качества надзора за ОВП была проведена в мае 2012 года и позволила сделать вывод о том, что система надзора функционирует хорошо. Индекс надзора за ОВП был постоянно высоким и составил 0,98 в 2009 году, 1,0 в 2010 году и 1,0 в 2011 году. Охват иммунизацией высокий, официальный уровень охвата прививками ОПВ3 составил 95,7% в 2009 году, 97,1% в 2010 году и 97,8% в 2011 году. Однако оценочные показатели ЮНИСЕФ и ВОЗ были ниже, чем в представленных страной официальных данных. Было отмечено, что все больные ОВП, зарегистрированные с 2007 года, получили не менее трех доз ОПВ. Во время Европейских недель иммунизации в 2011 и 2012 года были иммунизированы соответственно 5481 и 4673 ребенка с ранее пропущенными дозами ОПВ. Оценку качества данных по иммунизации планируется провести в июле 2012 года. В 2011 году были проведены два тура СНДИ на территориях, граничащих с Дагестаном (Российская Федерация). Это мероприятие было нацелено на детей в возрасте до 5 лет и синхронизировано с СНДИ в Российской Федерации. При независимом мониторинге было установлено, что охват прививками во время СНДИ составил 97,3% и 98,3%. В 2012 году было проведено два тура СНДИ в районах с низкими уровнями охвата плановой иммунизацией, целевую группу составили дети в возрасте от 0 до 4 лет. Во время первого тура был достигнут уровень охвата 99,1%. Надзор за окружающей средой проводится на 10 территориях в приграничных районах. В 2011 году было исследовано 140 проб, НПЭВ были выделены из 12 (8,5%) проб. В настоящее время внедряется система электронной регистрации медицинской информации, которая будет использоваться для мониторинга охвата иммунизацией.

### Комментарии РКС о ситуации в данной стране

Отчет НКС принят. РКС выразила удовлетворение полнотой представленной информации и обоснованностью заявления о том, почему страну можно считать свободной от полиомиелита.

РКС отметила усилия, которые страна прилагает для внедрения системы электронной регистрации медицинской информации, что позволит получать более точные данные о численности населения и охвате иммунизацией и решать проблемы, связанные с незарегистрированными и не вакцинированными детьми

### Босния и Герцеговина

В Боснии и Герцеговине были предприняты шаги для укрепления надзора за ОВП путем улучшения коммуникаций между медицинскими работниками и руководящими органами общественного здравоохранения. Были определены общие стратегии для Федерации Боснии и Герцеговины и Сербской Республики в отношении иммунизации цыганского населения. Было проведено экспертное совещание педиатров и эпидемиологов. Были также проведены учения с имитацией вспышки полиомиелита, с участием медицинских работников из Черногории и Сербии. Индекс надзора за ОВП высокий и составлял 1 в 2009 году, 1,12 в 2010 году и 1,21 в 2011 году. Охват иммунизацией составил 90% в 2009 году, 91% в 2010 году и 91% в 2011 году. В 2011 году были предприняты шаги для улучшения охвата прививками, в том числе: принят документ о необходимости проверять прививочный анамнез ребенка во время каждого посещения медицинского учреждения; проведены мероприятия в рамках Европейской недели иммунизации 2011 года; проведено обучение «медиаторов» из числа цыганского населения; картографирование цыганских поселений; разработаны информационные материалы на цыганском и других местных языках: определена когорты цыганских детей для иммунизации; осуществляется обучение медицинских работников. В 2009-2011 года мероприятия по дополнительной иммунизации не проводились. План мероприятий по поддержанию статуса

территории, свободной от полиомиелита, был рассмотрен Советом министров. НКС твердо убеждена, что в 2011 году страна была свободна от полиомиелита, так как: программа иммунизации осуществляется в соответствии с рекомендациями ВОЗ; существует давняя традиция проведения программ иммунизации; иммунизация детей бесплатна и доступна; продолжается непрерывное обучение медицинских работников для улучшения качества надзора за ОВП; данные об охвате плановой иммунизацией показывают, что число кантонов/регионов с низкими уровнями охвата уменьшилось по сравнению с 2008 годом, года показатель из-за нехватки вакцины составил 83%; сбор проб стула осуществляется адекватно и своевременно с последующим их направлением в лабораторию в Рим; реформа системы здравоохранения не ухудшила оказание медицинской помощи населению.

### Комментарии РКС о ситуации в данной стране

---

РКС с удовлетворением отметила прогресс, достигнутый в решении ранее выявленных проблем относительно охвата иммунизацией и качества надзора за ОВП, а также отметила усилия, направленные на создание необходимого запаса вакцин.

Как и прежде, РКС выражает озабоченность в связи с отмечающимся в стране в течение многих лет увеличением когорты восприимчивых детей. Для определения субпопуляций с недостаточным иммунитетом полезными могут быть серологические исследования в национальных масштабах. Для решения проблемы коллективного иммунитета страна должна предусмотреть проведение кампаний дополнительной иммунизации.

НКС хотела бы получить информацию о том, каким образом были определены уровни охвата иммунизацией.

### Грузия

---

Надзор за ОВП, как плановый, так и активный, эффективен на районном и региональном уровнях. Активный надзор регулярно проводился эпидемиологами на районном уровне в определенных учреждениях и был адекватным в 2011 году. Индекс надзора за ОВП является достаточно высоким – 1,0 в 2009 году, 0,98 в 2010 году и 1,0 в 2011 году. Случаи ОВП были зарегистрированы в Абхазии, но не выявлялись в Южной Осетии. Больные ОВП из Осетии должны получать медицинскую помощь в Грузии и регистрироваться в этой стране. Общий уровень охвата иммунизацией был высоким – 93,4% в 2009 году, 88,4% в 2010 году и 90,5% в 2011 году. Перебои с запасами вакцины имели место в прошлом из-за проблем с закупками вакцин; в настоящее время вакцины закупаются через ЮНИСЕФ, поэтому поступают в страну бесперебойно. Европейская неделя иммунизации была использована для улучшения информированности населения по вопросам иммунизации. В настоящее время внедряется система электронной медицинской документации, которая будет использована для улучшения мониторинга уровней охвата иммунизацией. Контрольные визиты были осуществлены в 100 первичных медицинских учреждений в 30 районах страны для увеличения охвата иммунизацией и улучшения знаний и навыков медицинских работников. Подчищающую иммунизацию проводили в 2010 и 2011 годах в районах с охватом плановой иммунизацией менее 90%, причем целевую группу составили дети в возрасте от 0 до 14 лет. В Абхазии в 2010 году было проведено два тура СНДИ с охватом прививками 98,2% и 98,3%. Один раунд СНИД был проведен в Марнеульском районе, охват прививками составил 99,7%. Во время одного раунда подчищающей иммунизации в стране в 2010 году был достигнут охват 52,7%. В 2011 году в 26 районах было проведено два тура подчищающей иммунизации, при которых охват прививками составил 87,5% и 77,6%. Национальная полиомиелитная лаборатория осуществляет надзор за окружающей средой с 2000 года. Пробы для исследования берут в приграничных территориях, районах с низкими уровнями охвата, территориях с неудовлетворительными санитарно-гигиеническими условиями и курортных районах. При



исследовании в 2009-2011 годах 265 проб дикие полиовирусы не были обнаружены. НКС заявляет, что Грузия остается территорией, свободной от эндемичных и завозных диких полиовирусов, и сохраняет свой свободный от полиомиелита статус, поскольку были выполнены все необходимые и релевантные мероприятия.

### Комментарии РКС о ситуации в данной стране

---

РКС выразила удовлетворение усилиями страны, направленными на обеспечение вакцинами и получение материалов по надзору за ОВП из Абхазии. РКС отметила, что в прошлом из-за проблем с поставками вакцины показатели охвата иммунизацией варьировали в значительной степени, но выразила удовлетворение произошедшими переменами в системе закупок, которые позволяют иметь необходимый запас вакцины.

В стране необходимо провести оценку, какие возрастные группы населения и какие географические территории могут иметь недостаточный иммунитет и должны быть учтены при проведении кампаний иммунизации, чтобы ликвидировать эти недостатки.

Качество надзора за полиовирусами хорошее.

РКС приветствует желание НКС быть открытыми во время обсуждения слабостей национальной программы иммунизации и системы эпидемиологического надзора.

### Греция

---

Греция сохраняет активный надзор за ОВП на еженедельной основе в 25 больницах с участием 52 невропатологов, педиатров и врачей отделений интенсивной терапии. Недавно в систему были добавлены новые врачи с обращением особого внимания на молчание территории на субнациональном уровне. Дополнительное исследование было проведено в группах высокого риска с низким охватом иммунизацией (цыгане и иммигранты). При исследовании 158 проб дикие полиовирусы не были выделены. Индекс надзора за ОВП улучшился в 2011 году, увеличившись с 0,69 в 2009 году и 0,60 в 2010 году до 0,92 в 2011 году. Анализ показателей качества эпиднадзора за ОВП свидетельствует, что повторное обследование через 60-90 дней было проведено в 100% случаев ОВП, две пробы стула в течение 14 дней после начала паралича были взяты в 79% случаев и расследование в течение 7 дней после выявления было проведено в 87,5% случаев. В рамках системы плановой иммунизации дозы ИПВ вводят в возрасте 2 и 4 месяца, дополнительные дозы ИПВ - в 12-18 месяцев и в 4-6 лет. Результаты последнего национального иммунологического исследования в 2006 году показали, что охват двумя дозами в возрасте 12 месяцев составил 99,1%, а охват дополнительной дозой в 12-18 месяцев составил 98,1%. В настоящее время проводится новое исследование в национальных масштабах. Европейская неделя иммунизации была использована для улучшения отношения родителей к иммунизации. Была осуществлена программа дополнительной иммунизации, мобильная бригада на автомобиле смогла привить ИПВ 919 детей цыган и иммигрантов. Имеются достаточные запасы вакцины. Министерство здравоохранения создало новый национальный комитет по сертификации. Подготовка национального плана готовности находится в завершающей стадии.

### Комментарии РКС о ситуации в данной стране

---

РКС выразила удовлетворение усилиями страны, направленными в последние годы на улучшение качества надзора за ОВП, и уверенность в том, что дикие полиовирусы не циркулируют на территории страны. РКС также отметила усилия, направленные на улучшение иммунизации популяции цыган и беженцев.

В то же время нельзя согласиться с использованием результатов изучения уровней охвата в 2006 году для характеристики современной ситуации охвата прививками. Хотя в настоящее время проводится национальное изучение охвата иммунизацией, РКС настоятельно советует работникам национальной программы иммунизации разработать и использовать метод для постоянного надежного и быстрого определения уровней охвата иммунизацией в возрасте один год.

РКС обратилась к НКС с просьбой в трехмесячный срок повторно представить свой отчет с данными о современных уровнях охвата прививками.

## Кыргызстан

Качество надзора за ОВП улучшилось в 2011 году. В соответствии с временными требованиями о том, что ежегодно необходимо выявлять два случая ОВП на 100 000 детей в возрасте до 15 лет, показатель заболеваемости ОВП увеличился с 1,33 в 2009 году до 3,58 в 2010 году и 3,9 в 2011 году. В 2011 году в 100% случаев ОВП были собраны две адекватные пробы стула, т.е. показатель увеличился по сравнению с 95,5% в 2009 году и 96,7% в 2010 году. Соответственно, индекс ОВП составил 0,95 в 2009 году, 0,97 в 2010 году и 1,0 в 2011 году. Были решены проблемы транспортировки проб в региональную референс-лабораторию в Москву. Для решения проблемы герметичности и повреждения емкости с пробами были закуплены пластиковые контейнеры для сбора и транспортировки проб стула. Правительство увеличило финансирование на приобретение вакцин, так что в 2011 году за счет правительственных средств было закуплено 97% вакцин. Охват ОПВ3 составил 95,7% в 2009 году, 92,4% в 2010 году и 93,0% в 2011 году. В 2010 году были проведены два раунда НДИ в ответ на вспышку полиомиелита в Таджикистане; при этом вакцинировали детей в возрасте от 0 до 4 лет. Охват прививками составил 95,2% и 96,5%. Для раунда НДИ были проведены в 2011 году для иммунизации детей в возрасте 0-14 лет, с охватом прививками 95,0% и 95,9%. Детей в возрасте до 15 лет иммунизировали потому, что они не были вакцинированы в рамках Операции МЕКАКАР, которая была завершена в 1997 году. Вакцинация на местах с помощью мобильных бригад была проведена и в 2011 году в труднодоступных сельских районах и в поселениях мигрантов в окрестностях Бишкека. НКС считает, что в дикие полиовирусы не циркулируют в Кыргызстане, так как уже в течение 19 лет не было ни одного заболевания, вызванного дикими полиовирусами, с 2000 года был достигнут высокий уровень охвата иммунизацией (>90%), в 2010 и 2011 годах было проведено 4 раунда дополнительной иммунизации с охватом более 95%, а также существует эффективная система надзора за ОВП.

## Комментарии РКС о ситуации в данной стране

РКС выражает уверенность, что система эпиднадзора функционирует эффективно, и что дикие полиовирусы не циркулируют в Кыргызстане.

РКС удовлетворена тем, что программа иммунизации будет полностью финансироваться правительством в ближайшие пять лет.

РКС отметила, что были решены проблемы, связанные с транспортировкой проб в региональную референс-лабораторию.

РКС отметила, что имелись проблемы, касающиеся качества проб, и обратилась с просьбой к координатору лабораторной сети принять совместно с национальной системой эпиднадзора меры для решения этих проблем.

## Польша

Индекс надзора за ОВП был низким – 0,68 в 2009 году, 0,64 в 2010 году и 0,5 в 2011 году. Осуществляется дополнительный надзор в виде скрининга регистрации побочных явлений после

иммунизации для выявления случаев вакцинно-ассоциированного паралитического полиомиелита, которые могли быть пропущены системой надзора за ОВП. Уровни охвата плановой иммунизацией в Польше очень высоки; охват ИПВЗ составил 99% в 2009 и 2010 годах и 98,3% в 2011 году. Календарь плановой иммунизации включает введение трех доз ИПВ детям в возрасте до двух лет и дополнительную дозу ОПВ в возрасте 6 лет. Вакцинация является обязательной и бесплатной. Имеется небольшие по численности группы риска – цыгане и беженцы. В 2009–2011 годы мероприятия по дополнительной иммунизации не проводили. Рассматривался вопрос об укреплении эпиднадзора за ОВП, включая использование дополнительных форм надзора. Финансирование национальной полиомиелитной лаборатории недостаточное. Польский НКС убежден, что Польша остается свободной от полиомиелита.

### Комментарии РКС о ситуации в данной стране

РКС не может принять отчет НКС из-за недостаточно высокого качества данных. Высказана просьба, чтобы НКС пересмотрел свой доклад и представил исправленный вариант в течение 3 месяцев.

В докладе не было представлено четкой информации о методах расчета уровней охвата прививками. Создается впечатление, что для расчетов уровней охвата иммунизацией использовали число детей, родившихся в 2008 году, но не данные о рождении детей в текущие годы.

Показатели надзора не позволяют сделать с уверенностью заявление о том, что циркулирующие полиовирусы будут выявлены. Создается впечатление, что никто не взял на себя ответственность за иммунизацию цыган и других популяций высокого риска.

РКС выразила озабоченность в связи с низким качеством надзора за ОВП, что проявляется низкими показателями выявления случаев ОВП и недостаточной своевременностью регистрации.

Необходимо уточнить ответственности руководства системой надзора за ОВП, чтобы улучшить качество надзора,

В стране происходит накопление когорты восприимчивых детей. Представители страны должны уточнить, каким образом будут определены не иммунные когорты и какие шаги будут предприняты для решения этих проблем.

### Румыния

Качество надзора за ОВП в Румынии было низким, но в настоящее время улучшается. Индекс надзора за ОВП составлял 0,37 в 2009 году, 0,5 в 2010 году и 0,6 в 2011 году. Осуществляющие надзор точки получили обновленную информацию о надзоре за ОВП в 2012 году. Существует лучшее кросс-уведомление о случаях ОВП, которые были выявлены в других районах, а не по месту жительства пациентов. Было проведено дополнительное обучение эпидемиологов и семейных врачей. Паралич лицевого нерва был исключен из списка диагнозов для регистрации случая ОВП. Значительная часть остальных случаев ОВП приходится на синдром Гийена-Барре. Уровни охвата плановой иммунизацией были высокими – 93,6% в 2009 году, 89,2% в 2010 году и 92,1% в 2011 году. Снижение показателя в 2010 году было обусловлено изменениями в системах закупок и порядке бюджетного финансирования. Подчищающую иммунизацию не проводили. Иммунизацию на местах использовали для вакцинации цыганского населения. Мероприятия по дополнительной иммунизации в 2009–2011 годах не проводили. Румыния планирует перейти на надзор за окружающей средой после того, как охват иммунизацией достигнет 95%, и откажется от надзора за ОВП. НКС провел заседание в апреле 2012 года, чтобы проанализировать данные. В

2011 году случаи полиомиелита, вакцинно-ассоциированного паралитического полиомиелита или «горячие» случаи не регистрировали. Надзор за ОВП улучшается, убедительно подтверждая отсутствие диких полиовирусов в Румынии в 2011 году. Учитывая уровни охвата прививками и качество эпиднадзора, НКС считает, что страна остается свободной от полиомиелита.

### Комментарии РКС о ситуации в данной стране

РКС выразила удовлетворение мерами, предпринятыми для иммунизации цыганской популяции.

РКС отметила наличие эпизодов нехватки вакцины в последние годы, что было обусловлено изменениями системы закупок и недостаточным бюджетным финансированием.

Румыния должна разработать планы, выполнение которых обеспечит четкое выявление дефектов в популяционном иммунитете, а также проведение мероприятий для ликвидации этих дефектов.

Хотя РКС выражает озабоченность в связи с ухудшением качества эпиднадзора за ОВП за последнее время, очевидно и то, что данные не представлены в оптимальном виде для того, чтобы наиболее эффективно документировать качество надзора (прививочный анамнез больных ОВП).

Необходимо подтвердить высокое качество лабораторного надзора, прежде чем страна сможет для документации отсутствия циркулирующих полиовирусов использовать данные надзора за энтеровирусами и/или окружающей средой.

### Российская Федерация

Надзор за ОВП является хорошо организованным и эффективным. Показатель выявления случаев ОВП составлял 1,7 в 2009 году, 1,9 в 2010 году и 1,9 в 2011 году. Адекватные пробы стула были собраны в 94% случаев в 2009 году, 94,7% случаев в 2010 году и 93,9% случаев в 2011 году. Соответственно, индекс надзора за ОВП составлял 0,96 в 2009 году, 0,95 в 2010 году и 0,95 в 2011 году. Охват плановыми прививками высокий – 98% в 2009 году, 97,9% в 2010 году и 97,5% в 2011 году. В настоящее время в качестве временной меры ОПВ используют как третью дозу вакцины. Результаты серологического мониторинга населения показали, что только 0,4% из обследованных 27 тыс. человек не имели антител к полиовирусам всех трех серотипов. Однако дети составляли только 78% от числа этих обследованных людей. Интенсивные мероприятия по дополнительной иммунизации были проведены в 2009–2012 годах. В 2009 году был проведен один раунд СНДИ, охват прививками составил 97,7%. В 2010 году проведены два раунда СНДИ на 42 территориях, охват составил 98%, плюс к этому были проведены два дополнительных раунда СНДИ в Северо-Кавказском федеральном округе с охватом 99,5%. В 2011 году были проведены два раунда СНДИ на 47 территориях, охват иммунизацией составил 97,8%, плюс два дополнительных раунда СНДИ в Северо-Кавказском федеральном округе с охватом 99,7%. В 2012 году СНДИ были проведены на 62 территориях с охватами прививками 97% плюс два дополнительных раунда СНДИ в Северо-Кавказском федеральном округе с охватом 99,6%. Проводится интенсивный надзор за окружающей средой и энтеровирусами, исследуется большое число проб с высоким показателем выделения вакцинных вирусов Сэбина и НПЭВ. Результаты серологических исследований у маленьких детей в Республике Дагестан и в Чеченской Республике продемонстрировали очень высокие уровни иммунитета к полиовирусам типов 1 и 2, а иммунитет к полиовирусам типа 3 был выявлен более чем у 80% детей. НКС сделала вывод о том, что в Российской Федерации достигнуты и поддерживаются высокие уровни охвата иммунизацией, имеется эффективный и чувствительный надзор за полиовирусами и ОВП, и в 2011 году не были выявлены дикие полиовирусы или случаи заболеваний, подозрительные на полиомиелит, вызванный такими вирусами.

## Комментарии РКС о ситуации в данной стране

---

РКС благодарит Российскую Федерацию за тщательный и аккуратный отчет и выражает уверенность, что дикие полиовирусы не циркулируют в стране.

### Сербия

---

Система надзора за ОВП охватывает всех детей в возрасте до 15 лет. Были организованы контрольные визиты, особенно на молчащих территориях, чтобы объяснить важность такого надзора и повысить качество надзора за ОВП. Индексы показателя надзора были высокими в 2009 и 2010 годах – соответственно 0,94 и 0,90. Однако в 2011 году индекс резко снизился – до 0,50. В стране имеется стабильная система плановой иммунизации, обеспечивающая высокий охват прививками, несмотря на наличие групп высокого риска. Охват иммунизацией составил 97,4% в 2009 году, 97,1% в 2010 году и 97,6% в 2011 году. Во время Европейских недель иммунизации в 2009, 2010 и 2011 года во всех муниципалитетах была проведена дополнительная иммунизация с охватом менее 95%. В результате проведения иммунизации цыган на местах в 2009–2011 годах были вакцинированы 41550 цыганских детей в возрасте от 0 до 15 лет; полностью были вакцинированы 24871 ребенок (59,8%). В 2009–2011 годах мероприятия по дополнительной иммунизации не проводили. Доклад НКС основан на высоком охвате иммунизацией, наличии национального надзора за ОВП и качестве надзора за ОВП. Риск передачи вируса остается низким, однако сохраняется риск заноса; Сербию окружают страны, где высок риск циркуляции вируса. Основной угрозой свободному от полиомиелита статусу страны является низкий охват иммунизацией в группах высокого риска.

## Комментарии РКС о ситуации в данной стране

---

РКС выражает сомнения в точности величины знаменателя, использованного для расчетов уровней охвата прививками в Сербии.

РКС выражает озабоченность в связи с ухудшением качества надзора за ОВП в 2011 году и призывает страну принять меры для сохранения высокого качества эпидемиологического надзора до тех пор, пока не будет проведена сертификация глобальной ликвидации полиомиелита.

Могут потребоваться дополнительные мероприятия на местах для иммунизации цыганского населения.

### Таджикистан

---

Приоритетной задачей в 2011 году было улучшение надзора за ОВП на территории всей страны. Специальное внимание было уделено молчащим территориям и приграничным районам. Были предприняты шаги для обеспечения своевременной доставки проб в региональную референс-лабораторию в Москве. Анализ качества надзора за ОВП был проведен в июне 2011 года. В результате индекс надзора за ОВП увеличился с 0,85 в 2009 году и 0,83 в 2010 году до 0,96 в 2011 году. Уровни охвата плановой иммунизацией высокие и продолжают улучшаться, увеличившись с 93% в 2009 году до 95% в 2010 году и 97,2% в 2011 году. Были предприняты усилия для увеличения охвата прививками в отдаленных и труднодоступных районах. Медицинские учреждения получили дополнительное оборудование для холодной цепи. После вспышки 2010 года были проведены интенсивные мероприятия по дополнительной иммунизации; в 2010 году осуществили семь раундов НДИ и один раунд СНДИ с охватом прививками от 98,8% до 99,6%. В 2011 году были проведены два раунда НДИ, охват прививками детей целевой группы составил 99,3-99,6%. На осень 2012 года запланировано проведение НДИ и СНДИ. Независимая оценка

качества эпиднадзора также запланирована на третий квартал 2012 года. НКС пришел к выводу, что Таджикистан остается территорией, свободной от полиомиелита, о чем свидетельствуют высокое качество и эффективность надзора за ОВП, высокий охват прививками ОПВЗ, проведение качественных НДИ в 2010 и 2011 годах и высокий охват иммунизацией групп высокого риска (цыган).

### Комментарии РКС о ситуации в данной стране

РКС благодарит НКС за полный отчет и отмечает, что после вспышки, вызванной дикими полиовирусами в 2010 году, были достигнуты существенные улучшения в охвате иммунизацией и качестве надзора за ОВП.

РКС призывает правительство сохранять высокий уровень охвата иммунизацией и высокое качество эпиднадзора за ОВП до тех пор, пока не будет сертифицирована глобальная ликвидация полиомиелита.

### Украина

Качество эпиднадзора за ОВП в Украине было высоким, индекс надзора за ОВП составлял 1,0 в 2009, 2010 и 2011 годах. В 2011 году были зарегистрированы 127 случаев ОВП, показатель заболеваемости ОВП составил 1,96. На 11 из 27 административных территорий показатель заболеваемости ОВП был более 2,0. Индекс надзора за ОВП был выше 1 на дополнительных 25 территориях. В стране имелась только одна молчащая территория. В последние годы существенно ухудшился охват иммунизацией, снизившись с 92,5% в 2009 году до 79% в 2010 году и 71% в 2011 году. Это снижение явилось преимущественно результатом проблем с финансированием, из-за чего запас вакцин был недостаточным. Ожидается дополнительное финансирование. В 2009-2011 годах мероприятия по дополнительной иммунизации не проводили, нет их и в дальнейших планах. Проводится интенсивный надзор за окружающей средой и за энтеровирусами, однако частота выделения НПЭВ и вакцинных полиовирусов Сэбина была ниже ожидаемых показателей. Были проведены серологические исследования, которые показали высокие уровни иммунитета ко всем трем полиовирусам, однако возраст обследованных не был указан. На основании результатов чувствительной системы эпиднадзора за ОВП и данных дополнительного надзора за энтеровирусами НКС полагает, что в 2011 году Украина оставалась свободной от диких полиовирусов.

### Комментарии РКС о ситуации в данной стране

Охват плановой иммунизацией в Украине был низким в последние несколько лет, и в настоящее время остается на недопустимо низком уровне.

В настоящее время количество не вакцинированных детей приближается к величине целой когорты детей, родившихся в течение года, и является достаточно большим, чтобы позволить легко циркулировать завозным диким полиовирусам и/или вакцинно-родственным полиовирусам, что будет представлять угрозу не только для региональной программы, но и для Глобальной инициативы ликвидации полиомиелита.

РКС призывает страну немедленно обеспечить достаточный запас вакцины, чтобы быстро увеличить охват плановой иммунизацией до тех высоких показателей, которые имели место в прошлом, и провести кампании дополнительной иммунизации для вакцинации детей, которые пропустили свои плановые дозы вакцины.



Имеется настоятельная необходимость восстановить доверие к вакцинам как населения, так и профессионалов.

## Узбекистан

---

В начале января 2011 года Узбекистан принял пересмотренный показатель надзора за ОВП - 2 случая ОВП на 100 тыс. жителей в возрасте до 15 лет. Активный надзор был усилен благодаря еженедельным визитам эпидемиологов в определенные медицинские учреждения. Увеличилось и количество контрольных посещений. Показатель выявления случаев ОВП составил 1,22 в 2009 году, 1,49 в 2010 году и 2,18 в 2011 году. Индекс надзора за ОВП равнялся 0,98 в 2009 году, 0,97 в 2010 году и 0,96 в 2011 году. Охват плановой иммунизацией был и остается высоким, составив 98,4% в 2009 году, 98,3% в 2010 году и 99,7% в 2011 году. В связи со вспышкой полиомиелита в 2010 году в том же году были проведены четыре раунда НДИ и один раунд СНДИ, с показателями охвата прививками от 92,9% до 101%. В 2011 году были проведены два раунда НДИ, причем охват прививками в целевой группе населения достиг 100,2%. В докладе НКС сделан вывод о том, что в стране не были зарегистрированы случаи полиомиелита, вызванные дикими полиовирусами. Уровни охвата иммунизацией остаются высокими (>98%) с 1994 года. Продолжаются усилия для восстановления регулярных отправок проб стула в региональную референс-лабораторию в Москве. Имеющиеся результаты вирусологических исследований подтверждают отсутствие диких полиовирусов в Узбекистане.

## Комментарии РКС о ситуации в данной стране

---

РКС выразила удовлетворение действиями Узбекистана в ответ на региональную вспышку полиомиелита в 2010 году.

РКС также выразила удовлетворение теми мерами, которые были приняты для обеспечения повторного тестирования проб в Москве в 2011 году, но отметила, что пробы не отправляются с июня 2011 года. Очень важно, чтобы руководящие органы здравоохранения приняли меры для регулярной отправки проб в региональную референс-лабораторию, что позволит проводить внутритиповую дифференциацию выделенных полиовирусов. РКС выразила уверенность, что любые циркулирующие дикие полиовирусы будут выявлены.

РКС предупредила о необходимости постоянной бдительности в связи с близостью двух стран, эндемичных по полиомиелиту.

## Работа европейской сети полиомиелитных лабораторий в 2011–2012 годах

---

Европейская сеть полиомиелитных лабораторий (LabNet) играет центральную роль в поддержание статуса Региона как территории, свободной от полиомиелита, документируя отсутствие диких полиовирусов и обеспечивая быстрое выявление любых завозных полиовирусов или циркулирующих вакцинно-родственных полиовирусов. Лаборатории сети продолжают сохранять высочайший уровень профессионализма, обеспечивая быстрое исследование проб. В 2011 году от больных ОВП было исследовано 3188 проб, из которых было выделено 87 изолятов вакцинных штаммов. В семи процентах проб обнаружены неполиомиелитные энтеровирусы. Результаты выделения полиовирусов были своевременно переданы в 97% случаев, а результаты внутритиповой дифференциации в течение 60 дней были переданы в 99% случаев. Государства-члены сообщили, что в 2011 году всего было исследовано 129142 пробы по сравнению с 109144 пробами в 2010 году. При исследовании этих проб дикие полиовирусы не были обнаружены, однако было выделено 15 изолятов вакцинно-родственных полиовирусов, 1210 изолятов вакцинных штаммов Сэбина и 10474

изолята НПЭВ. Эти данные позволяют с уверенностью сказать, что дикие полиовирусы не циркулируют в Европейском регионе.

В лабораториях Сети, а также в клинических и исследовательских лабораториях при выявлении полиовирусов и энтеровирусов полимеразная цепная реакция в режиме реального времени (ПЦР) все больше и больше заменяет культуры клеток. Лабораторная сеть разрабатывает методы для проведения профессионального тестирования качества использования ПЦП в рамках Сети. Эту работу затрудняют проблемы, связанные с направлением панелей для проведения тестирования из-за существования в Регионе строгих законов, обеспечивающих биобезопасность. Возможны дополнительные задержки в связи с необходимостью получать разрешения на ввоз этих панелей. Был разработан более дешевый и в то же время более чувствительный и оперативный вариант ПЦР (“ракетная” ПЦР), которые используются в лабораториях Сети. В настоящее время Сеть пытается создать возможности для проведения внутритиповой дифференциации в национальной лаборатории Грузии, которая одновременно будет проводить это исследование для соседних стран. Был разработан проект руководства по надзору за энтеровирусами; можно ожидать, что данный документ будет опубликован в 2013 году. Была также разработана и внедрена Система управления лабораторными данными через интернет (СУЛД). Несмотря на ее эффективность и простоту, шесть лабораторий Сети все еще не используют эту Систему управления лабораторными данными. Сеть продолжает осуществлять подготовку вирусологов, проводит семинары по биобезопасности и управлению рисками, разрабатывает новые методы исследования и обеспечивает лаборатории Сети оборудованием и расходными материалами. В настоящее время имеется достаточное финансирование, однако в конце 2012 года закончится большой грант от Российской Федерации.

### Ежегодный доклад о прогрессе за 2011 год: обновленная информация о лабораторном контейнменте полиовирусов

Контейнмент полиовирусов является необходимым шагом для достижения глобальной ликвидации полиомиелита. Глобальная стратегия по контейнменту включает ликвидацию рисков путем уничтожения материалов, содержащих полиовирусы, практически во всех (за исключением нескольких) учреждениях и управление рисками в этих учреждениях с помощью строжайшего соблюдения необходимых правил техники безопасности. В Регионе завершена первая фаза мероприятий по контейнменту, обновленные данные о своей ситуации в 2011 году представили 50 стран; информация не прислали только Исландия, Монако и Сан-Марино.

В настоящее время 22 государства Европейского региона сообщили, что материалы, которые потенциально содержат дикие полиовирусы, хранятся в 254 лабораториях в 277 учреждениях. Из этого числа 84 лаборатории сообщили, что они хранят инфекционные материалы, содержащие дикие полиовирусы, включая запасы диких полиовирусов. Количество лабораторий, хранящих потенциально инфекционные материалы с дикими полиовирусами, существенно увеличилось из-за вспышки 2010 года. Изучение проб от детей, госпитализированных с заболеваниями гастроэнтеритом, могут представлять риск, так как не может быть гарантировано отсутствие диких полиовирусов в этих пробах. Лаборатории, проводящие исследование таких проб, должны следовать рекомендациям ВОЗ по биобезопасности при сборе, обработке и хранении проб стула, которые могут содержать полиовирусы. Из 31 страны поступила информация о том, что у них нет лабораторий, которые хранят инфекционные материалы, содержащие дикие полиовирусы.

В последнее время вопросам контейнмента не уделялось достаточного внимания из-за того, что все усилия были направлены на завершение глобальной ликвидации полиомиелита. Имеется необходимость получить от Глобальной программы ликвидации полиомиелита четкие



рекомендации в отношении контейнента для регионов, где уже завершена первая фаза мероприятий по контейнменту. Недавние случаи заражения работников предприятий, выпускающих ИПВ, а также обнаружение исследовательских материалов, контаминированных вирусами Сэбина, еще раз подтверждают важность контейнента полиовирусов в Европейском регионе.

### Система управления лабораторными данными

Была разработана Система управления лабораторными данными в интернете, которая использовалась применительно к полиомиелиту, а также кори и краснухе. Достоинством этой системы является возможность непосредственного ввода данных самими лабораториями и динамической связи лабораторных и эпидемиологических данных; после внедрения этой системы связь эпидемиологических идентификаторов (ЭПИД номеров) с эпидемиологическими данными о случаях ОВП увеличилась с 10% до более чем 90%. Информацию можно вносить, используя систему непосредственного ввода он-лайн, а также загружать эту информацию из уже существующих в лабораториях баз данных. Система снижает затраты времени, которые раньше были необходимы для дублирования регистрации, ввода и передачи данных. Она также позволяет лабораторным работникам и эпидемиологам легко обмениваться данными в режиме реального времени и использовать информацию о случаях ОВП. Эту систему использовала 41 из 49 региональных полиомиелитных лабораторий, представляющих 37 из 42 стран, осуществляющих эпиднадзор за ОВП, на долю которых приходится почти 98% случаев ОВП. В настоящее время прилагаются усилия для того, чтобы данную систему применяли все лаборатории, входящие в Региональную сеть полиомиелитных лабораторий.

### Имитационная модель вспышки полиомиелита (POSE): обратная связь и планы на будущее

Агентства по охране здоровья Соединенного Королевства провела в Сараево 14-15 декабря 2012 года учебный семинар по имитационной модели вспышки полиомиелита, в котором участвовали 37 специалистов из Боснии и Герцеговины, Черногории и Сербии. Целью семинара была апробация национального плана готовности. В соответствии со сценарием учений группа лиц с больным ребенком путешествовала по Балканам. Положительные результаты включали открытую и честную дискуссию с обратной связью и участием всех специалистов, критический анализ имеющихся планов мероприятий по полиомиелиту и возможность обменяться передовым опытом и улучшить информированность по вопросам, с которыми приходится сталкиваться странам-участникам. Были определены первоочередные потребности: регулярно анализировать и обновлять национальные планы; определять источники технической поддержки, устанавливать связи и определять триггеры: для стратегий с целью преодоления недостаточного охвата иммунизацией мигрирующих групп населения; для стратегий по закупкам вакцин; для выделения бюджетных средств и дополнительного финансирования, необходимого для реагирования на вспышку; для эффективных коммуникаций с профессиональными партнерами, средствами массовой информации и населением; для обучения руководящих работников и лиц, определяющих политику; для разработки стандартных протоколов исследования с целью ускорения подтверждения случаев. Был подготовлен и разослан отчет о семинаре. Аналогичный учебный семинар запланирован на конец 2012 года для стран Кавказа. Также разработан план учений для Соединенного Королевства.

## **Региональный план мероприятий по поддержанию свободного от полиомиелита статуса Европейского региона (на 2012–2013 годы) на основе рекомендаций РКС 2012 года**

---

У национальных программ иммунизации возникают непредвиденные проблемы по мере того, как страны внедряют ИПВ в свои календари плановой иммунизации – или в схемы с применением только этой вакцины, или в комбинации с ОПВ. Потенциальное внедрение бивалентных или моновалентных оральных полиомиелитных вакцин приведет к появлению дополнительных трудностей. В настоящее время имеется не менее десятка различных комбинированных вакцин, содержащих ИПВ. Национальные программы иммунизации предложили календари с использованием различных ИПВ-содержащих препаратов, что может запутать медицинских работников, осуществляющих вакцинацию, привести к увеличению количества ошибок и, возможно, к снижению показателей индивидуального и коллективного иммунитета против полиомиелита. Кроме того, такие сложные схемы иммунизации усиливают проблемы, возникающие при закупках вакцин, и могут способствовать увеличению общей стоимости закупаемых вакцин. Аналогичные проблемы могут возникнуть и при переходе от использования для плановой иммунизации трехвалентной оральной полиомиелитной вакцины к применению бивалентной ОПВ типов 1 и 3. Европейская техническая консультативная группа экспертов по иммунизации (ETAGE) должна учитывать, каким образом ВОЗ может оказать поддержку странам во внедрении схем плановой иммунизации, которые являются не только эффективными, но и экономически оправданными, и каким образом бивалентная ОПВ типов 1 и 3 может быть внедрена в схемы плановой иммунизации. Может возникнуть необходимость в совместной работе с Европейским агентством по лекарственным препаратам (European Medicines Agency), чтобы подготовить маркетинговые разрешения на новые препараты, содержащие полиовирусы. В Кроме того, уже в ближайшем будущем может возникнуть дефицит оральных полиомиелитных вакцин, что может нарушить возможности государств-членов контролировать вспышки полиомиелита.

Работа ВОЗ в области борьбы с полиомиелитом, помимо схем иммунизации и поставок вакцин, проводится по пяти главным направлениям: поддержка лабораторий; сбор данных; работа на уровне стран; коммуникации и безопасность; Региональная комиссия по сертификации ликвидации полиомиелита. Поддержка лабораторий включает внешний контроль качества, усовершенствование лабораторных методов, более интенсивный контроль, усиленный мониторинг своевременности исследований, транспортировка проб, система управления лабораторными данными, руководство по надзору за окружающей средой. Планы по улучшению сбора данных включают: переход 18 стран Региона от представления данных по электронной почте на регистрацию информации он-лайн, создание системы экстренного информирования ВОЗ и соответствующих координаторов, получение данных из проблемных районов и с территорий, охваченных военными конфликтами, где не проводится сбор медико-санитарной информации. Что касается потребностей стран, то Региональное бюро ВОЗ изучит возможность возобновления программы МЕКАКАР для проведения трансграничных программ иммунизации; будет оказывать необходимую помощь Украине, Боснии и Герцеговине, Грузии, Румынии, Азербайджану и Таджикистану; акцент будет сделан на регистрации случаев вакцинно-ассоциированного паралитического полиомиелита; готовность к реагированию на вспышки, включая проведение семинаров с использованием имитационных моделей, пересмотр имеющихся рекомендаций по разработке национальных планов готовности, определение оптимального времени для проведения иммунизации в ответ на вспышки и пути преодоления отказов от участия в кампаниях массовой иммунизации и мероприятиях по дополнительной иммунизации.

## Выводы НКС

---

На основании анализа данных, представленных на совещания, РКС выражает уверенность, что циркуляция диких полиовирусов в Европейском регионе ВОЗ отсутствует. Через десять лет после сертификации регион остается территорией, свободной от полиомиелита. Работа по ликвидации полиомиелита в Европейском регионе пока не завершена, поэтому страны должны, по меньшей мере, поддерживать (а еще лучше – усиливать) службы, которые обеспечивают профилактику полиомиелита. Риск возникновения случаев полиомиелита сохраняется до тех пор, пока продолжается циркуляция вирусов, особенно в Афганистане, Нигерии и Пакистане. Ни одна страна Европейского региона не свободна от такого риска. Риск возникновения случаев полиомиелита сохраняется также потому, что во многих странах отмечается снижение коллективного иммунитета. Все государства-члены должны обеспечить высокий охват иммунизацией. В ряде стран проводимый надзор нуждается в улучшении, особенно на западе Региона. Кроме того, в Регионе еще сохраняются «молчащие» территории.

## Рекомендации НКС

---

После анализа информации, содержащейся в материалах НКС и в доклад сотрудников Регионального бюро, РКС подготовила рекомендации, изложенные ниже.

### Общие вопросы

---

1. Региональный директор ВОЗ и председатель РКС должны направить письмо всем министрам здравоохранения с напоминанием, что Всемирная ассамблея здравоохранения объявила завершение ликвидации полиомиелита чрезвычайной ситуацией для общественного здравоохранения, и с призывом обеспечить своим национальным программам иммунизации возможность достижения высоких уровней охвата иммунизацией, проведение программ подчищающей иммунизации среди не вакцинированных групп населения и поддержание эффективного надзора за полиовирусами до тех пор, пока не будет достигнута глобальная ликвидация полиомиелита.

### НКС и их доклады

---

2. У РКС вызывает озабоченность то, что в некоторых государствах-членах отсутствуют функционирующие НКС. Все страны должны иметь НКС.
3. Несмотря на полученные просьбы, многие НКС все еще не указывают в своих докладах, какие методы были использованы для определения охвата плановой иммунизацией, включая данные о числителе и знаменателе. В докладах НКС должно быть четко указано, каким образом определяли знаменатели для расчета уровней охвата прививками. В доклад должны быть также включены любые дополнительные данные для определения уровней охвата иммунизацией (например, прививочный статус больных ОВП). Следует изменить шаблон ежегодного доклада для включения в него этой информации.
4. НКС должны четко документировать источники, обследуемые группы населения и методы анализа относительно проб, исследованных в рамках надзора за окружающей средой и надзора за энтеровирусами.
5. В докладах НКС из нескольких стран имелись противоречивая информация об уровнях охвата иммунизацией и данных эпиднадзора. НКС должны обеспечить точность и единообразие информации, включенной в ежегодные доклады.

### Национальные планы готовности

---

6. Только 14 из 44 государств-членов, имеющих национальные планы готовности, указали источники получения и финансирование закупок вакцины для реагирования на вспышки. Все страны Региона должны указывать источники поступления вакцин и средств на их приобретение, а также обновлять свои планы соответствующим образом.
7. Оперативное проведение мероприятий при возникновении вспышек имеет решающее значение для контроля любого заноса полиовирусов. Все государства-члены должны добиться того, чтобы в их планах готовности было указано, что первый раунд иммунизации в ответ на возникновение вспышки должен быть проведен в течении от двух до шести недель после обнаружения циркулирующих полиовирусов. Чем раньше будут проведены мероприятия на местах, тем выше будут шансы на ограничение передачи вируса.
8. План коммуникаций является важной составной частью любого плана реагирования на вспышку.
9. Государства-члены должны проводить учения для проверки своих планов готовности, чтобы выявить недостатки и внести в планы коррективы для устранения этих недостатков.

### Оценка рисков

---

10. Методы, использованные Секретариатом для оценки рисков, должны быть проанализированы и модифицированы, чтобы обеспечить их однородность и прозрачность.
11. Необходимы дополнительные критерии для корректировки полученных оценок (например, если известны дефекты в коллективном иммунитете в странах с низким риском или если представлено недостаточное количество данных).

### Иммунизация

---

12. Европейское региональное бюро вместе с Восточно-Средиземноморским региональным бюро ВОЗ должно изучить возможность координации будущих мероприятий по дополнительной иммунизации в приграничных районах соседних стран, как это осуществлялось в рамках Операции МЕКАКАР.
13. РКС отметила, что продолжению реализации программ вакцинации против полиомиелита могут угрожать проблемы, связанные с закупками вакцины, а также сложности национальных схем иммунизации.
14. Национальные программы должны обеспечить иммунизацию мигрантов и мобильных групп населения, особенно из стран, которые пока еще остаются эндемичными.
15. Национальные программы иммунизации должны обеспечить защиту от полиомиелита всем лицам, совершающим поездки из Европы в эндемичные страны.

### Вакцины

---

16. Так как для осуществления ответных мероприятий при возникновении вспышки может потребоваться трехвалентная, бивалентная или моновалентная ОПВ, которые в настоящее время не лицензированы руководящими органами здравоохранения многих стран, РКС просит Региональное бюро ВОЗ обратиться в Европейское агентство по лекарственным препаратам для инициации обсуждения вопроса о том, каким образом нелицензированные вакцины могут применяться в чрезвычайных ситуациях.

### Эпиднадзор

---

17. РКС отметила, что показатели выявления ОВП в ряде стран были очень низкими в течение многих лет. НКС просит председателей НКС обратиться в свои национальные программы эпиднадзора и либо повысить эффективность надзора за ОВП, либо разработать и внедрить альтернативные методы эпидемиологического надзора, с помощью которых можно получить убедительные доказательства отсутствия циркуляции в стране диких или вакцинно-родственных полиовирусов.
18. Так как в некоторых странах надзор за окружающей средой и надзор за энтеровирусами базируются на результатах исследования ограниченного числа проб, РКС просит национальные программы эпиднадзора увеличить количество собираемых и исследуемых проб.

## Лаборатории

---

19. РКС отметила увеличение количества проб, исследованных в лабораториях региональной сети, и подчеркнула ведущую роль лабораторий в подтверждении отсутствия циркулирующих полиовирусов в Регионе.
20. РКС выразила озабоченность тем, что лаборатории региональной сети имеют адекватное финансирование только до конца 2012 года, и призвала Региональное бюро ВОЗ приложить вместе с государствами-членами усилия для выделения средств, необходимых для поддержания работы как региональных, так и национальных лабораторий до тех пор, пока не будет проведена сертификация глобальной ликвидации полиомиелита.
21. РКС отметила, что во многих странах в рамках эпиднадзора за ОВП, а также надзоров за энтеровирусами и окружающей средой было выделено меньше, чем ожидалось, штаммов вакцинных полиовирусов и неполиомиелитных энтеровирусов, и обратилась с просьбой к региональной лабораторной сети установить причины этого к следующему совещанию РКС.
22. РКС поблагодарила региональную лабораторную сеть за внедрение новой системы управления лабораторными данными, что облегчит обмен данными между лабораториями и эпидемиологами и позволит снизить трудозатраты, необходимые для поддержания функционирования точной и полной базы данных. РКС поддержала усилия, направляемые на то, чтобы все государства-члены использовали данную систему.

## Контейнмент

---

23. РКС отметила важность контейнмента полиовирусов в предупреждении возобновления циркуляции полиовирусов после их искоренения и призвала Глобальную инициативу по ликвидации полиомиелита осуществлять дальнейшее руководство работой, после того как в регионе завершилось выполнение 1-й фазы мероприятий по контейнменту.
24. РКС отметила, что недавно были официально зарегистрированы случаи контактов работников с полиовирусами при производстве ИПВ. Так как находящиеся в Регионе крупные предприятия по производству ИПВ создают определенный риск, РКС подчеркнула необходимость соблюдения самых жестких требований биобезопасности для предупреждения утечки диких полиовирусов с этих предприятий.
25. РКС отметила, что до сих пор сохраняется риск непредумышленной контаминации хранящихся лабораторных проб, поэтому во всех странах должны быть предприняты шаги для уничтожения проб, в которых нет крайней необходимости.

## *Приложение 1*

### ПРЕСС-РЕЛИЗ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО БЮРО ВОЗ

Европейский регион отмечает десятую годовщину сертификации в качестве региона, свободного от полиомиелита

Пресс-релиз

Копенгаген, 21 июня 2012 года – Сегодня Европейский регион ВОЗ отмечает десятилетие с того дня, когда он был сертифицирован как свободный от полиомиелита. Прекращение местной передачи дикого полиовируса в 53 странах Региона явилось важной вехой в усилиях по ликвидации полиомиелита на глобальном уровне и способствовало наращиванию международных действий, направленных на достижение этой цели.

Сертификация стала итогом многолетних интенсивных усилий государств-членов, осуществленных при поддержке государственно-частной коалиции ВОЗ, Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), Ротари Интернэшнл и Центров по контролю и профилактике заболеваний США (CDC). Таким образом страны продемонстрировали высокую эффективность крупномасштабных, международно координированных кампаний вакцинации и специальных мер по охвату традиционно труднодоступных групп, таких как мигранты и представители кочевых народностей.

День, когда Регион получил свидетельство о том, что он свободен от полиомиелита, был заслуженно отмечен как важный праздник, и сегодня, десять лет спустя, можно дать весьма высокую оценку продолжающимся усилиям Региона по поддержанию этого статуса. Вместе с тем, за истекшие 10 лет встречались и проблемы, и трудности, прежде всего вследствие ослабления эпиднадзора за полиомиелитом и снижения иммунитета населения против данной инфекции. Полиовирус мог проникать в Регион достаточно легко из зараженных областей, однако до 2010 г. это не приводило к вспышкам благодаря оперативному выявлению случаев и высокому уровню вакцинации среди населения. К 2010 г. иммунный статус снизился до той точки, когда завоз дикого полиовируса 1-го типа привел к крупной вспышке полиомиелита в Таджикистане и трех соседних странах. Вспышка привела к развитию параличей у 478 человек, в том числе многих взрослых, и к 29 летальным исходам. Риск последующих опасных вспышек растет, что подчеркивает экстренную необходимость глобальной ликвидации полиомиелита.

“За последние десять лет мы добились больших успехов, и это приносит нам большую радость, – сказала директор Европейского регионального бюро ВОЗ Zsuzsanna Jakab. – Мы также увидели, что при возникновении проблем, таких как вспышка 2010 г., страны и международные партнеры смогли организовать быстрые и эффективные ответные действия. Это было мощным напоминанием о том, что мы можем достичь успеха, если работаем совместно в борьбе против общих угроз, однако важно подчеркнуть, что нельзя допускать самоуспокоенности. То, что мы делаем здесь, в Европе, имеет большое значение как для региональных, так и для глобальных усилий, направленных на ликвидацию полиомиелита”.

После вспышки 2010 г. Европейская региональная комиссия по сертификации ликвидации полиомиелита (РКС) дала высокую оценку затронутым странам, которые смогли оперативно предпринять необходимые меры для остановки распространения болезни. В августе 2011 г. она подтвердила, что Регион остается свободным от полиомиелита. На своем двадцать шестом

совещании, прошедшем на этой неделе в Копенгагене (Дания), РКС вновь подтвердила статус Региона как свободного от полиомиелита.

David Salisbury, председатель РКС, предупредил: “Угроза завоза и вспышек полиомиелита остается весьма реальной. Регион не должен ослаблять ни свои действия, ни политическую волю, направленные на поддержание своего статуса в качестве территории, свободной от полиомиелита. Я всемерно надеюсь, что при условии сохраняющейся приверженности со стороны государств и партнерских организаций, наша комиссия будет получать необходимые данные, которые позволят нам по-прежнему объявлять Европейский регион в качестве свободного от полиомиелита – до тех пор, пока не будет достигнута цель глобальной ликвидации этой инфекции”.

В настоящее время полиомиелит находится на самом низком уровне со времени начала регистрации: регистрируется меньше случаев, в меньшем числе районов и в меньшем числе стран, чем когда-либо ранее. Полиовирус остается эндемичным на отдельных территориях только трех стран, и ранее в этом году Индия отметила свой первый год без случаев полиомиелита. Тем не менее, до той поры пока полиомиелит не будет ликвидирован в мировом масштабе, все регионы, свободные от полиомиелита, включая и Европейский, остаются подверженными риску завоза вируса. Математическое моделирование показывает, что по самому пессимистическому сценарию ежегодное число новых случаев в масштабах всего мира в течение 10 лет может достигнуть 200 000. Для того чтобы полностью устранить этот риск, необходимо обеспечивать незамедлительное выявление вируса и высокий уровень иммунитета в европейских странах, а также помогать остающимся странам, где полиомиелит является эндемичным, добиться прекращения передачи. Отмечая серьезность данного риска для международного сообщества, Всемирная ассамблея здравоохранения приняла в мае с.г. резолюцию WHA65.5, где констатируется, что завершение ликвидации полиомиелита является “программной чрезвычайной ситуацией для глобального общественного здравоохранения”.

Для успешного достижения этой цели очень важно заполнить опасную брешь в финансировании в объеме 945 млн. долл. США. Дефицит критически необходимых фондов уже заставил отменить или сократить в этом году масштабы программ иммунизации в 24 странах высокого риска, в результате чего дети стали более уязвимы к полиомиелиту. В соответствии с недавними выводами независимого агентства мониторинга единственным самым значительным риском для успеха ликвидации полиомиелита является неудовлетворительная финансовая ситуация.

“Менее двух лет тому назад страны Европы объединили свои усилия в борьбе с опасной вспышкой на восточных границах Региона, – сказал Bruce Aylward, помощник Генерального директора ВОЗ по вопросам полиомиелита, чрезвычайных ситуаций и сотрудничества со странами (штаб-квартира ВОЗ). – Сегодня регистрируется меньше случаев полиомиелита, на меньшем числе территорий мира, чем когда-либо ранее, однако Европе будет по-прежнему угрожать ряд аналогичных вспышек, если она не вложит ресурсы в экстренный план ликвидации полиомиелита в последних остающихся резервуарах вируса. Щедрость граждан и правительств Европы будет иметь ключевое значение для защиты здоровья будущих поколений детей на все последующие времена”.

#### Примечания для редакторов

- Глобальную инициативу по ликвидации полиомиелита возглавляют национальные правительства, ВОЗ, Ротари Интернэшнл, CDC и ЮНИСЕФ, при поддержке со стороны ряда партнерских организаций, включая Фонд Билла и Мелинды Гейтс.

- С момента старта инициативы в 1988 г. заболеваемость полиомиелитом сократилась более чем на 99%. По данным на 1988 г., ежегодно свыше 350000 детей становились парализованными в более чем 125 эндемичных странах. В 2012 г., по состоянию на 14 июня, зарегистрировано лишь 73 случая и полиомиелит остается эндемичным только в 3 странах: Афганистан, Нигерия и Пакистан.
- На исторической церемонии, состоявшейся в Копенгагене в 2002 г., РКС официально заявила, что местная передача дикого полиовируса в Европейском регионе прекращена.
- Ссылки на дополнительную информацию:  
[Global Polio Emergency Action Plan 2012–2013, WHO headquarters, 2012](#)  
[Every missed child. Report of the Independent Monitoring Board of the Global Polio Eradication Initiative, WHO headquarters, 2012](#)  
[Financing; Global Polio Eradication Initiative Poliomyelitis, WHO/Europe](#)

**Контакты для получения дополнительной информации:**

Chelsea Hedquist  
Болезни, предупреждаемые с помощью  
вакцин, и иммунизация, ЕРБ ВОЗ  
Тел.: [+45 3917 1497](tel:+4539171497)  
Эл. почта: [che@euro.who.int](mailto:che@euro.who.int)

Robb Butler  
Болезни, предупреждаемые с помощью  
вакцин, и иммунизация, ЕРБ ВОЗ  
Тел.: [+45 21316128](tel:+4521316128)  
Эл. почта: [rbu@euro.who.int](mailto:rbu@euro.who.int)



## Приложение 2

### ПРОГРАММА СОВЕЩАНИЯ

#### Понедельник, 18 июня 2012 г.

##### Пленарное заседание 1. Прогресс в достижении глобальной ликвидации полиомиелита и поддержании свободного от полиомиелита статуса Европы

- 13.00 – 13.30 Открытие совещания  
*Д-р Guénaél Rodier, Европейское региональное бюро ВОЗ*
- 13.30 – 14.00 Стратегический план Глобальной инициативы по ликвидации полиомиелита на 2010-2012 годы: прогресс и проблемы  
*Д-р Dina Pfeifer, Европейское региональное бюро ВОЗ*  
Обсуждение
- 14.00 – 14.20 Обновленные ежегодные данные программы ликвидации полиомиелита из Европейского регионального бюро ВОЗ  
*Д-р Сергей Дешевой, Европейское региональное бюро ВОЗ*  
Обсуждение

##### Пленарное заседание 2. Устойчивость Европы, “свободной от полиомиелита”: анализ по эпидемиологическим субрегионам обновленных национальных данных за 2011 год

- 14.20 – 14.40 Введение к региональной оценке рисков  
*Д-р Dragan Jankovic, Европейское региональное бюро ВОЗ*
- 15.00 – 15.30 Субрегиональный анализ: обновленная информация за 2011 год из Северного / Балтийского (8 стран) и Западного (10 стран) эпидемиологического субрегиона  
*Д-р Vusala Allahveryieva, Европейское региональное бюро ВОЗ*
- 15.30 – 16.00 Субрегиональный анализ: обновленная информация за 2011 год из Южного (10 стран) и Центрально-Восточного (8 стран) эпидемиологического субрегиона  
*Д-р Dragan Jankovic, Европейское региональное бюро ВОЗ*
- 16.00 – 16.30 Субрегиональный анализ: обновленная информация за 2011 год из Центрального (7 стран) и МЕКАКАР (10 стран) эпидемиологического субрегиона  
*Д-р Shahin Huseynov, Европейское региональное бюро ВОЗ*

#### Вторник, 19 июня 2012 г.

##### Пленарное заседание 3. Обновленная информация из стран о мероприятиях и планах на 2012 год (страны с заносами в 2010 году, отдельные страны высокого риска и соседние страны)

- 09.00 – 10.20 Армения, Азербайджан, Босния и Герцеговина, Грузия
- 10.20 – 11.40 Греция, Кыргызстан, Польша, Румыния
- 12.00 – 13.00 Российская Федерация, Сербия, Таджикистан
- 14.00 – 14.40 Украина, Узбекистан

##### Пленарное заседание 4. Выводы РКС и рекомендации государствам-членам

- 17.00 – 18.00 Выводы РКС и рекомендации государствам-членам  
*Профессор David Salisbury, Председатель РКС*  
Общая дискуссия

**Пленарное заседание 5. Анализ работы Европейской сети полиомиелитных лабораторий в 2011-2012 годах, мероприятия по контейнменту в 2011–2012 годах и Региональный план действий**

09.00 – 09.20	Работа Европейской сети полиомиелитных лабораторий в 2011-2012 годах <i>Д-р Евгений Гаврилин, Европейское региональное бюро ВОЗ</i>
09.20 – 09.30	Ежегодный отчет о прогрессе за 2011 год – обновленные данные о лабораторном контейнменте полиовирусов <i>Д-р Галина Липская, Московский государственный университет</i>
09.30 – 09.50	Система управления лабораторными данными <i>М-р Ajay Goel, Европейское региональное бюро ВОЗ</i>
09.50 – 10.10	Имитационная модель вспышки полиомиелита: информация из Сараево, Босния и Герцеговина, декабрь 2011 года, и дальнейшие планы. <i>Hilary Mouldale, Vanessa Middlemiss, Агентство по охране здоровья Соединенного Королевства</i>
10.10 – 11.10	План действий (2012–2013 годы) по поддержанию свободного от полиомиелита статуса Европейского региона ВОЗ на основе рекомендаций РКС 2012 года. <i>Д-р Dina Pfeifer, д-р Сергей Дешевой, Европейское региональное бюро ВОЗ</i>
11.10 – 12.30	Анализ рабочих процедур РКС

Приложение 3

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ РИСКОВ

Страна	Качество надзора	Коллективный иммунитет	Другие факторы риска	Риск передачи после заноса вируса
<b>Северный/Балтийский субрегион</b>				
Дания	Очень хорошее	Высокий	Минимальные	Низкий
Эстония	Удовлетворит.	Очень высокий	Минимальные	Низкий
Финляндия	Очень хорошее	Очень высокий	Минимальные	Очень низкий
Исландия	Очень хорошее	Очень высокий	Средние	Очень низкий
Латвия	Удовлетворит.	Высокий	Минимальные	Низкий
Литва	Очень хорошее	Очень высокий	Средние	Очень низкий
Норвегия	Хорошее	Высокий	Минимальные	Низкий
Швеция	Очень хорошее	Очень высокий	Минимальные	Очень низкий
<b>Западный субрегион</b>				
Австрия	Удовлетворит.	Высокий	Минимальные	Средний <sup>a</sup>
Бельгия	Удовлетворит.	Высокий	Минимальные	Низкий
Франция	Очень хорошее	Высокий	Средние	Низкий
Германия	Очень хорошее	Высокий	Минимальные	Низкий
Ирландия	Удовлетворит.	Очень высокий	Минимальные	Низкий
Люксембург	Хорошее	Очень высокий	Средние	Очень низкий
Монако	Удовлетворит.	Очень высокий	Средние	Очень низкий
Нидерланды	Очень хорошее	Высокий	Минимальные	Очень низкий
Швейцария	Удовлетворит.	Очень высокий	Средние	Очень низкий
Соед. Королевство	Очень хорошее	Высокий	Минимальные	Низкий
<b>Южный субрегион</b>				
Андорра	Низкое	Очень высокий	Средние	Низкий
Хорватия	Удовлетворит.	Очень высокий	Минимальные	Очень низкий
Кипр	Удовлетворит.	Очень высокий	Минимальные	Очень низкий
Греция	Низкое	Высокий	Средние	Высокий <sup>b</sup>
Израиль	Низкое	Очень высокий	Минимальные	Низкий
Италия	Удовлетворит.	Высокий	Средние	Низкий
Мальта	Низкое	Высокий	Средние	Средний
Португалия	Низкое	Очень высокий	Минимальные	Низкий
Сан-Марино	Хорошее	Высокий	Средние	Низкий
Испания	Низкое	Высокий	Минимальные	Низкий
<b>Центральный-Восточный субрегион</b>				
Албания	Удовлетворит.	Очень высокий	Минимальные	Очень низкий
Босния и Герцеговина	Удовлетворит.	Низкий	Средние	Высокий
Черногория	Очень хорошее	Очень высокий	Минимальные	Очень низкий
Республика Молдова <sup>c</sup>	Очень хорошее	Высокий	Минимальные	Очень низкий
Румыния	Удовлетворит.	Низкий	Минимальные	Высокий
Сербия	Хорошее	Высокий	Минимальные	Низкий
Бывшая Югославская Респ.	Удовлетворит. <sup>d</sup>	Высокий	Минимальные	Низкий
Македония	Очень хорошее	Низкий	Значительные	Высокий
<b>Центральный субрегион</b>				
Беларусь	Очень хорошее	Очень высокий	Минимальные	Очень низкий
Болгария	Очень хорошее	Высокий	Средние	Низкий
Чешская Республика	Удовлетворит.	Очень высокий	Минимальные	Очень низкий
Венгрия	Низкое	Очень высокий	Средние	Низкий
Польша	Низкое	Высокий	Средние	Средний
Словакия	Удовлетворит.	Очень высокий	Минимальные	Очень низкий
Словения	Хорошее	Очень высокий	Средние	Очень низкий

Страна	Качество надзора	Коллективный иммунитет	Другие факторы риска	Риск передачи после заноса вируса
<b>Субрегион МЕКАКАР</b>				
Армения	Хорошее	Очень высокий	Минимальные	Низкий
Азербайджан	Хорошее	Очень высокий <sup>e</sup>	Минимальные	Средний
Грузия	Хорошее	Низкий	Минимальные	Высокий
Казахстан	Очень хорошее	Высокий	Минимальные	Низкий
Кыргызстан	Удовлетворит.	Высокий <sup>f</sup>	Значительные	Средний
Рос. Федерация	Очень хорошее	Высокий	Минимальные	Низкий <sup>g</sup>
Таджикистан	Удовлетворит.	Средний	Минимальные	Средний
Турция	Хорошее	Высокий	Минимальные	Низкий <sup>h</sup>
Туркменистан	Хорошее	Высокий	Минимальные	Низкий
Узбекистан	Удовлетворит.	Очень высокий	Минимальные	Высокий

<sup>a</sup> Значительные расхождения (>20%) между официальными данными об охвате иммунизацией и оценочными данными ВОЗ/ЮНИСЕФ.

<sup>b</sup> Нет обновленных данных об охвате иммунизацией с 2006 года.

<sup>c</sup> Исключая район Приднестровья.

<sup>d</sup> Противоречия в данных.

<sup>e</sup> Значительные расхождения (>20%) между официальными данными об охвате иммунизацией и оценочными данными ВОЗ/ЮНИСЕФ.

<sup>f</sup> Расхождения между материалами ежегодного доклада о прогрессе и данными совместной формы ВОЗ/ЮНИСЕФ.

<sup>g</sup> Высокий на Северном Кавказе.

<sup>h</sup> Высокий в юго-восточных районах.

<sup>i</sup> Пробы не исследовали в лаборатории, аккредитованной ВОЗ.

## *Приложение 4*

### СПИСОК УЧАСТНИКОВ

#### **Члены РКС**

Д-р Donato Greco

Высший институт здоровья (Isituto Superiore di Sanita)

Италия

Профессор Tarani Hovi

Национальный институт здоровья и благосостояния (National Institute for Health and Welfare)

Финляндия

Мисс Ellyn Ogden

Глобальный координатор ликвидации полиомиелита USAID

Соединенные Штаты Америки

Профессор David M Salisbury (*председатель*)

Директор отдела иммунизации

Департамент здравоохранения

Соединенной Королевство

Д-р Anton van Loon

Отдел вирусологии

Медицинский центр Утрехтского университета (University Medical Centre Utrecht)

Нидерланды

Профессор Adolf Windorfer

Eine Chance Für Kinder

Германия

#### **Страны**

##### **Армения**

*Представитель НПИ*

Д-р Gayane Sahakyan

Руководитель НПИ, старший специалист

Государственная гигиеническая и противоэпидемическая инспекция

Министерство здравоохранения

*Член НКС*

Д-р Gayane Melik-Andreasyan

Директор, Научно-исследовательский институт эпидемиологии,

Вирусологии и медицинской паразитологии

##### **Азербайджан**

*Представители НПИ*

Д-р Rana Yusifi

Руководитель, Отдел эпидемиологии, Республиканский центр гигиены и эпидемиологии

Д-р Sheyda Shikhaliyeva  
Доцент  
Заведующая кафедрой микробиологии и эпидемиологии  
Государственный институт последипломного образования врачей

#### **Босния и Герцеговина**

*Представитель НПИ*

Д-р Mitar Tesanovic  
Эпидемиолог  
Национальный институт общественного здравоохранения Сербской Республики

*Член НКС*

Д-р Drazenka Malicbegovic  
Заместитель министра  
Департамент здравоохранения  
Министерство гражданских дел

#### **Грузия**

*Руководитель НПИ*

Д-р Гиви Азурашвили  
Руководитель РПИ  
Национальный центр контроля болезней и общественного здравоохранения

*Член НКС*

Профессор Ираклий Павленишвили  
Председатель, НКС ликвидации полиомиелита  
Кафедра педиатрии  
Тбилисский государственный медицинский университет

#### **Греция**

*Член НКС*

Ms Alexandra Vernardaki  
Административный помощник НКС  
Бюро болезней, предупреждаемых вакцинацией  
Отдел эпидемиологического надзора и вмешательств

#### **Кыргызстан**

*Представитель НПИ*

Д-р Ольга Сафонова  
Заместитель директора, Республиканский центр иммунопрофилактики  
Министерство здравоохранения

*Член НКС не присутствовал*

#### **Польша**

*Представитель НПИ*

М-р Lukasz Kuryk  
Биотехнолог, Национальный институт здравоохранения, Национальный институт гигиены  
Отдел вирусологии

*Член НКС не присутствовал*

**Румыния**

Д-р Vioriga Gheorghiu  
Старший специалист по общественному здравоохранению  
Центр профилактики и контроля заразных болезней  
Институт здравоохранения

**Российская Федерация**

*Представители НПИ*

Д-р Ольга Евгеньевна Иванова  
Заведующая лабораторией вирусологии полиомиелита и энтеровирусных инфекций  
Институт полиомиелита и вирусных энцефалитов  
Академия медицинских наук

Д-р Надежда Морозова  
Руководитель Отдела эпиднадзора за инфекционными болезнями  
Федеральный центр гигиены и эпидемиологии  
Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

*Член НКС не присутствовал*

**Сербия**

*Представитель НПИ*

Д-р Goranka Loncarevic  
Руководитель Отдела профилактики и контроля заразных болезней  
Институт здравоохранения Сербии

*Член НКС*

Профессор Zorana Gledovic  
Институт эпидемиологии  
Медицинский факультет Белградского университета

**Таджикистан**

*Руководитель НПИ*

Д-р Шамсидин Джабиров  
Руководитель РПИ, Республиканский центр иммунопрофилактики  
Министерство здравоохранения

*Член НКС*

Д-р Саидбек Саторов  
Директор, Национальный научно-исследовательский институт профилактической медицины  
Министерство здравоохранения

**Украина**

*Представитель НПИ*

Д-р Ольга Губарь  
Руководитель  
Отдел здравоохранения, санитарного и эпидемиологического благополучия населения  
Отделение контроля качества служб здравоохранения  
Политика и санитарно-эпидемиологическое благополучие

*Член НКС*

Д-р Виктория Задорожная

Заместитель директора, Отдел иммунобиологических препаратов и иммунопрофилактики

Государственное учреждение “Государственный центр экспертизы”

Министерство здравоохранения

**Узбекистан**

*Руководитель НПИ*

Д-р Дилором А. Турсунова

Руководитель РПИ, Министерство здравоохранения

*Член НКС не присутствовал*

## **Представители**

### **Центры по контролю и профилактике заболеваний**

Д-р Nino Khetsuriani

Руководитель группы, Европейский регион

Отделение глобальной иммунизации (Global Immunization Division)

Соединенные Штаты Америки

### **Европейский Центр по контролю и профилактике заболеваний**

Paloma Carrillo-Santistevе

Сотрудник программы

Болезни, предупреждаемые вакцинацией

Швеция

### **Агентство по охране здоровья Соединенного Королевства**

Д-р John Simpson

Заместитель директора

Отдел реагирования в чрезвычайных ситуациях

М-с Vanessa Middlemiss

Руководитель учений (Готовность к чрезвычайным ситуациям)

Отдел реагирования в чрезвычайных ситуациях

М-с Hilary Mouldsdale

Руководитель учений (Готовность к чрезвычайным ситуациям)

Отдел реагирования в чрезвычайных ситуациях

### **Детский фонд Организации Объединенных наций**

Д-р Oya Zeren Afsar

Специалист по иммунизации

Региональное бюро ЮНИСЕФ для стран ЦВЕ/СНГ

Швейцария



## **Наблюдатель**

Д-р Anthony I. Adams  
Председатель Глобальной комиссии по сертификации ликвидации полиомиелита  
Профессор общественного здравоохранения  
Австралия

## **Репортер**

Д-р Harry Hull  
HF Hull & Associates  
Соединенные Штаты Америки

## **Временные советники и консультанты**

Д-р Георгий Петрович Облапенко  
Консультант  
Болезни, предупреждаемые вакцинацией, и Программа иммунизации

Д-р Галина Юрьевна Липская  
Временный советник  
Болезни, предупреждаемые вакцинацией, и Программа иммунизации

## **Всемирная организация здравоохранения**

### **Европейское региональное бюро**

Мс Малика Абдусалямова  
Ассистент программы  
Болезни, предупреждаемые вакцинацией, и Программа иммунизации

Д-р Вусала Аллавердыева  
Национальный специалист  
Страновой офис ВОЗ, Азербайджан

Мс Наташа Аллен  
Секретарь  
Болезни, предупреждаемые вакцинацией, и Программа иммунизации

Д-р Сергей Дешевой  
Медицинский специалист  
Болезни, предупреждаемые вакцинацией, и Программа иммунизации

Д-р Nedret Emiroglu  
Заместитель директора  
Отдел инфекционных болезней, безопасности здоровья и окружающей среды

Д-р Евгений Гаврилин  
Координатор, Сеть полиомиелитных лабораторий  
Болезни, предупреждаемые вакцинацией, и Программа иммунизации

М-р Ajay Goel  
Технический специалист  
Болезни, предупреждаемые вакцинацией, и Программа иммунизации

Д-р Шахин Гусейнов  
Технический специалист, VPI CARK  
Страновой офис ВОЗ, Узбекистан

Dr Dragan Jankovic  
Технический специалист  
Болезни, предупреждаемые вакцинацией, и Программа иммунизации

Д-р Георгий Хурцикашвили  
Национальный специалист  
Страновой офис ВОЗ, Грузия

Д-р Mick Mulders  
Лабораторный специалист, Корь/краснуха  
Болезни, предупреждаемые вакцинацией, и Программа иммунизации

Д-р Ahmed Novo  
Страновой офис ВОЗ, Босния и Герцеговина

Д-р Dina Pfeifer  
Руководитель программы  
Болезни, предупреждаемые вакцинацией, и Программа иммунизации

Д-р Guénaél Rodier  
Директор  
Отдел инфекционных болезней, безопасности здоровья и окружающей среды

**Восточно-Средиземноморское региональное бюро**

Д-р Ali Jaffer Mohamed  
Консультант по вопросам здравоохранения  
Министерство здравоохранения  
Оман

**Переводчики**

Мс Елена Горная  
М-р Георгий Пигнастый  
Российская Федерация