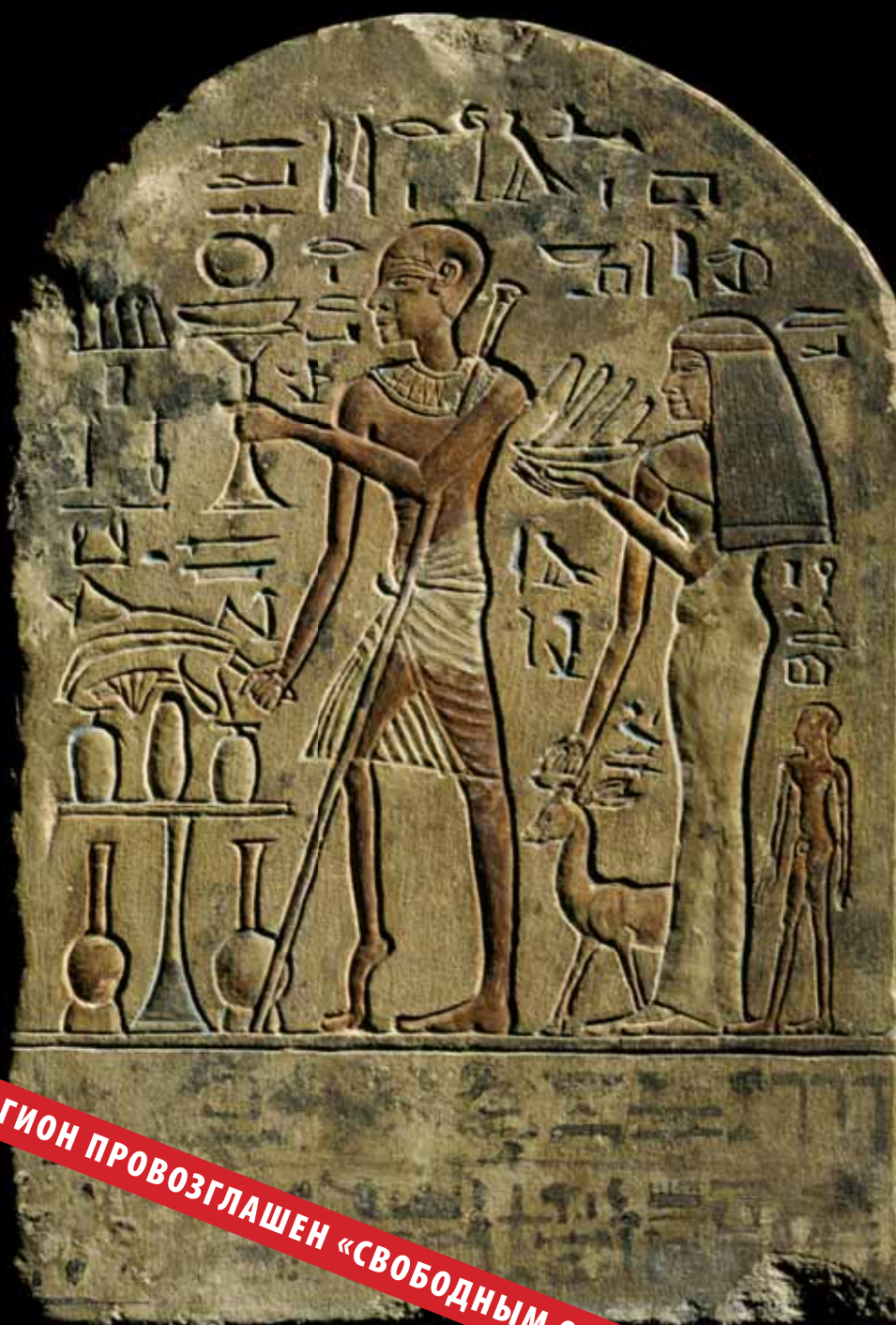


Сертификация ликвидации полиомиелита

Пятнадцатое совещание Европейской
региональной комиссии по сертификации
Копенгаген, 19-21 июня 2002 года



ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОН ПРОВОЗГЛАШЕН «СВОБодным от ПОЛИОМИЕЛИТА»



ЕВРОПА

Сертификация
ликвидации полиомиелита

Пятнадцатое совещание
Европейской региональной
комиссии по сертификации

Заявки на публикации Регионального бюро ВОЗ направляйте по адресу:

по эл. почте: publicationrequests@euro.who.int (для получения копий публикаций)
permissions@euro.who.int (для получения разрешения на копирование)
pubrights@euro.who.int (для получения разрешения на перевод)

по почте: Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen 0, Denmark

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

ПОЛИОМИЕЛИТ – профилактика и контроль
СЕРТИФИКАЦИЯ
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР - стандарты
ПРОГРАММЫ ИММУНИЗАЦИИ
КОНТЕЙНМЕНТ ПОЛИОВИРУСОВ
НАЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ЕВРОПА

© Всемирная организация здравоохранения, 2005 год

Все права охраняются. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения положительно относится к просьбам разрешить копирование или перевод своих публикаций, как частично, так и полностью.

Использованные в данном документе обозначения и опубликованные материалы не представляют официального мнения Всемирной организации здравоохранения по вопросам, касающимся официального статуса любой страны, территории, города или района или их властей, а также определения границ этих образований. Если в таблице указано «страна или территория», это относится к странам, территориям, городам или районам. Пунктирные линии на картах обозначают ориентировочные границы, по которым еще не достигнуто окончательное соглашение.

Упоминание конкретных компаний или товаров отдельных производителей не означает, что они рекламируются или рекомендуются Всемирной организацией здравоохранения или что им отдается предпочтение по сравнению с другими аналогичными компаниями или продуктами, которые не упомянуты в документе. За исключением случаев технических ошибок, названия патентованных препаратов пишутся с заглавной буквы.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует полноты и точности информации, содержащейся в данном документе, и не несет ответственность за какие-либо негативные последствия, возникшие в результате его использования. Точки зрения, высказанные авторами или редакторами, не обязательно являются результатом обсуждения или официальной политикой Всемирной организации здравоохранения.

Отпечатано в Дании



ЕВРОПА

Сертификация
ликвидации полиомиелита

Пятнадцатое совещание Европейской
региональной комиссии по
сертификации

Копенгаген, 19-21 июня 2002 года

РЕФЕРАТ

Пятнадцатое совещание Европейской региональной комиссии по сертификации ликвидации полиомиелита (РКС) состоялось в Европейском региональном бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в Копенгагене, Дания, 19-21 июня 2002 года. Во время этого уникального совещания РКС проанализировала документацию, подготовленную 51 страной региона, чтобы принять историческое решение – сертифицировать Европейский регион ВОЗ как «территорию, свободную от полиомиелита». Совещание имело следующие задачи: оценить прогресс в подготовке сертификации ликвидации полиовируса в Европейском регионе, обсудить мероприятия, которые необходимо продолжать в период после сертификации (а именно, укрепление служб иммунизации, усиление надзора за полиовирусами и дальнейшее развитие региональной сети полиомиелитных лабораторий), и предоставить членам комиссии информацию о региональной и глобальной ситуации в отношении ликвидации полиомиелита. Совещание РКС включало два пленарных и четыре закрытых заседания. Решение о сертификации было основано на результатах изучения детальной научной информации, представленной каждой страной, и дополненной материалами оценки, проведенной сотрудниками ВОЗ, с обращением особого внимания на состояние надзора за полиовирусами в каждой стране. Каждый национальный комитет по сертификации представил в РКС официальное заявление с доказательствами того, что в течение предшествующих трех лет в их стране не было циркуляции местных штаммов диких полиовирусов. Кроме того, во время совещания 16 стран представили комиссии специальные доклады. На основании тщательного анализа всей представленной информации РКС пришла к заключению, что циркуляции местных штаммов диких полиовирусов была прервана во всех странах Европейского региона (51 государство); 21 июня 2002 года комиссия сертифицировала Европейский регион ВОЗ как территорию, свободную от полиомиелита. РКС подчеркнула, что до тех пор, пока не будет проведена глобальная ликвидация полиомиелита, сохраняется возможность заноса полиовирусов с территорий, эндемичных по полиомиелиту, поэтому каждая страна Региона должна сохранить высокие уровни охвата прививками против полиомиелита и высокое качество надзора за полиовирусами.

Содержание

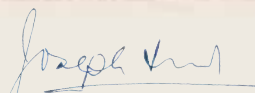
Введение		1
Глава 1	Церемония подписания сертификата в Новой карлсбергской глиптотеке <i>Выступления д-ра Марка Данзона (Marc Danzon), регионального директора Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения; сэра Джозефа Смита (Joseph Smith), председателя Европейской региональной комиссии по сертификации; г-на Рудольфа Хорндлера (Rudolf Horndler), представителя Ротари интернэшнл; г-на Филиппа О'Брайена (Philip O'Brien), Европейского регионального директора ЮНИСЕФ; д-ра Дэвида Флеминга (David Fleming), исполнительного директора Центров по контролю и профилактике болезней США, Атланта; г-жи Эллин Огден (Ellyn Ogden), представителя Агентства по международному развитию США); д-ра Даниэла Тарантола (Daniel Tarantola), директора Отдела вакцин и биологических препаратов, ВОЗ, Женева; д-ра Георгия Облапенко, медицинского сотрудника Европейского регионального бюро ВОЗ</i>	9
Глава 2	Европейская региональная комиссия по сертификации	35
Глава 3	Пленарное заседание Европейской региональной комиссии по сертификации 20 июня 2002 года	47
Глава 4	Пленарное заседание Европейской региональной комиссии по сертификации 21 июня 2002 года	59
Глава 5	Закрытые заседания Европейской региональной комиссии по сертификации	65
Приложения	1. Программы совещаний	83
	2. Эпидемиологический анализ данных, представленных национальными комитетами по сертификации в Европейскую региональную комиссию по сертификации ликвидации полиомиелита. Анализ по субрегиональным зонам	87
	3. Пресс-релизы	131
	4. Список участников	135

СЕРТИФИКАТ

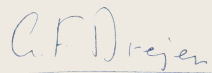
ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОН

РЕГИОНАЛЬНАЯ КОМИССИЯ ПО СЕРТИФИКАЦИИ
ЛИКВИДАЦИИ ПОЛИОМИЕЛИТА

НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ,
ПРЕДСТАВЛЕННЫХ НАЦИОНАЛЬНЫМИ
СЕРТИФИКАЦИОННЫМИ КОМИТЕТАМИ
51 ГОСУДАРСТВА РЕГИОНА,
КОМИССИЯ ЗАКЛЮЧАЕТ,
ЧТО ПЕРЕДАЧА ЭНДЕМИЧНОГО
ДИКОГО ПОЛИОВИРУСА
ПРЕРВАНА ВО ВСЕХ СТРАНАХ РЕГИОНА.
КОМИССИЯ ОБЪЯВЛЯЕТ
ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОН С
СЕГОДНЯШНЕГО ДНЯ СВОБОДНЫМ
ОТ ПОЛИОМИЕЛИТА.



SIR JOSEPH SMITH, CHAIRMAN



DR GEORGE F. DREJER



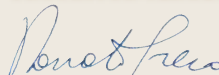
PROFESSOR MARGARETA BÖTTIGER



PROFESSOR SERGEY G. DROZDOV



PROFESSOR ISTVAAN DÖMÖK



DR DONATO GRECO



DR WALTER DOWDLE



PROFESSOR BURGHARD STÜCK

КОПЕНГАГЕН, 21 ИЮНЯ 2002 Г.



Пятнадцатое совещание Европейской региональной комиссии по сертификации ликвидации полиомиелита было очень специфическим. Это было совещание, на котором Комиссия, известная как Региональная комиссия по сертификации (РКС), рассмотрела официальную документацию, представленную 51 страной, чтобы принять историческое решение: сертифицировать Европейский регион Всемирной организации здравоохранения как «свободный от полиомиелита».

Формальный процесс сертификации в Европе был начат в марте 1996 года, когда РКС – независимая группа международных экспертов в области общественного здравоохранения – провела свое первое совещание для обсуждения критериев и стратегий сертификации Европейского региона.

До совещания члены РКС получили все необходимые национальные документы и тщательно изучили представленные материалы. Во время совещания, которое состоялось в



Европейском региональном бюро Всемирной организации здравоохранения (Копенгаген, Дания) 19-21 июня, РКС работала интенсивно, выясняя специфические вопросы и обсуждая документы с определенными странами. РКС провела четыре закрытых заседания и две пленарные сессии. Поздно вечером 20 июня РКС пришла к заключению, что циркуляция местных полиовирусов была прекращена. РКС объявила свое решение о сертификации Европейского региона ВОЗ

Председатель Европейской региональной комиссии по сертификации сэр Джозеф Смит (Joseph Smith) объявляет Европейский регион свободным от полиомиелита, Новая карлсбергская глиптотека, Копенгаген, 21 июня 2002 года.

как региона, свободного от полиомиелита, на утреннем пленарном заседании 21 июня 2002 года.



Сэр Джозеф Смит, председатель Региональной Сертификационной Комиссии, вручает сертификат о ликвидации полиомиелита в Европейском регионе д-ру Марку Данзону, региональному директору ВОЗ.

Сэр Джозеф Смит (Joseph Smith), председатель Региональной комиссии по сертификации (РКС) открыл совещание, а д-р Роберто Бертоллини (Roberto Bertollini), директор группы технической поддержки, по поручению регионального директора ВОЗ зачитал приветственный адрес. Секретарями совещания были д-р Георгий Облапенко, д-р Недрет Эмироглу (Nedret Emiroglu) и д-р Стивен Вассиляк (Steven Vassilak). Репортером совещания был д-р Рэй Сандерс (Ray Sanders). Программа совещания приведена в приложении 1, а список участников – в приложении 5.

Этот отчет об историческом совещании начинается с церемонии подписания сертификата в Новой карлсбергской глипготекке; далее приведено подробное описание РКС и процесса сертификации. В отчете также представлены материалы, документально освещающие два пленарных заседания комиссии и обсуждение во время закрытого совещания РКС.

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ

Совещание имело следующие цели и задачи:

- оценить прогресс в сертификации ликвидации полиомиелита в Европейском регионе ВОЗ;
- обсудить дальнейшие действия в Европейском регионе в период после сертификации (укрепление программ иммунизации, усиление надзора и лабораторной сети);
- ознакомить представителей стран-членов ВОЗ с современной региональной и глобальной ситуацией (тактика мероприятий после сертификации и состояние плановой иммунизации).

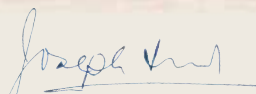
В начале пленарного совещания был продемонстрирован выпущенный ВОЗ видеофильм «Европа, свободная от полиомиелита – 2002», в котором была описана история ликвидации полиомиелита и реализация этой программы в Европейском регионе.

CERTIFICATE

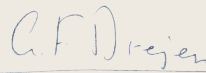
WORLD HEALTH ORGANIZATION
EUROPEAN REGION

REGIONAL COMMISSION FOR THE CERTIFICATION
OF POLIOMYELITIS ERADICATION

THE COMMISSION CONCLUDES,
FROM EVIDENCE PROVIDED
BY THE NATIONAL
CERTIFICATION COMMITTEES
OF THE 51 MEMBER STATES,
THAT THE TRANSMISSION
OF INDIGENOUS WILD POLIOVIRUS
HAS BEEN INTERRUPTED
IN ALL COUNTRIES OF THE REGION.
THE COMMISSION ON THIS DAY
DECLARES THE EUROPEAN REGION
POLIOMYELITIS-FREE.



SIR JOSEPH SMITH, CHAIRMAN



DR GEORGE F. DREJER



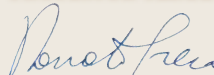
PROFESSOR MARGARETA BÖTTIGER



PROFESSOR SERGEY G. DROZDOV



PROFESSOR ISTVAAN DÖMÖK



DR DONATO GRECO



DR WALTER DOWDLE



PROFESSOR BURGHARD STÜCK

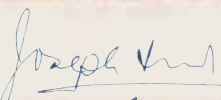
COPENHAGEN, 21 JUNE 2002

CERTIFICAT

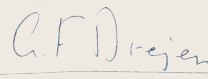
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
RÉGION EUROPÉENNE

COMMISSION RÉGIONALE POUR LA CERTIFICATION
DE L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE

LA COMMISSION CONCLUT,
SUR LA BASE DES DONNÉES
COMMUNIQUÉES PAR
LES COMMISSIONS NATIONALES
DE CERTIFICATION
DES 51 ÉTATS MEMBRES,
QUE LA TRANSMISSION
DU POLIOVIRUS SAUVAGE
INDIGÈNE A ÉTÉ INTERROMPUE
DANS TOUS LES PAYS DE LA RÉGION.
LA COMMISSION DÉCLARE
AUJOURD' HUI LA RÉGION EUROPÉENNE
INDEMNE DE POLIOMYÉLITE.



SIR JOSEPH SMITH, PRÉSIDENT



DR GEORGE F. DREJER



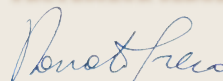
PROFESSEUR MARGARETA BÖTTIGER




PROFESSEUR SERGEY G. DROZDOV



PROFESSEUR ISTVAAN DÖMÖK



DR DONATO GRECO



DR WALTER DOWDLE



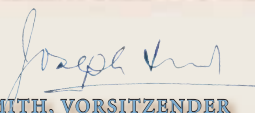
PROFESSEUR BURGHARD STÜCK

COPENHAGUE, LE 21 JUIN 2002

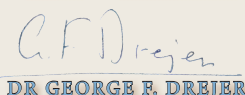
ZERTIFIKAT

WELTGESUNDHEITSORGANISATION
EUROPÄISCHE REGION
REGIONALKOMMISSION FÜR DIE BESTÄTIGUNG
DER POLIO-ERADIKATION

ANHAND DER VON DEN NATIONALEN
ZERTIFIKATIONSAUSSCHÜSSEN
DER 51 MITGLIEDSTAATEN
VORGELEGTEN FAKTEN KOMMT
DIE KOMMISSION ZU DEM SCHLUSS,
DASS DIE ÜBERTRAGUNG VON
EINHEIMISCHEM POLIO-WILDVIRUS
IN SÄMTLICHEN LÄNDERN
DER REGION UNTERBROCHEN WORDEN IST.
DIE KOMMISSION ERKLÄRT
DIE EUROPÄISCHE REGION HEUTE
ZUR POLIOFREIEN REGION.



SIR JOSEPH SMITH, VORSITZENDER



DR GEORGE F. DREJER



PROFESSOR MARGARETA BÖTTIGER



PROFESSOR SERGEY G. DROZDOV



PROFESSOR ISTVAAN DÖMÖK



DR DONATO GRECO



DR WALTER DOWDLE



PROFESSOR BURGHARD STÜCK

KOPENHAGEN, 21. JUNI 2002

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ
ЕВРОПЕЙСКОЙ РЕГИОНАЛЬНОЙ КОМИССИИ ПО СЕРТИФИКАЦИИ
21 ИЮНЯ 2002 ГОДА

Церемония подписания сертификата в Новой карлсбергской глиптотеке

*Вступительное слово д-ра Марка Данзона (Marc Danzon),
регионального директора, Европейское региональное бюро ВОЗ*

Историческое решение сертифицировать Европейский регион Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) как регион, свободный от полиомиелита, было объявлено сегодня утром на заседании Европейской региональной комиссии по сертификации ликвидации полиомиелита (РКС) в Копенгагене. Это решение – самое выдающееся событие в области общественного здравоохранения в новом тысячелетии. Оно означает, что в Европейском регионе дикие полиовирусы больше не циркулируют. Это означает, что около 873 миллионов человек, живущих в 51 стране-члене ВОЗ, теперь могут не опасаться возможности заражения местными штаммами диких полиовирусов.

Европейский регион свободен от местных случаев полиомиелита уже в течение более трех лет. Последний случай полиомиелита, обусловленный местным диким полиовирусом, был выявлен на востоке Турции в 1998 году, когда вирус вызвал паралитическое заболевание у двухлетнего невакцинированного мальчика. Однако сохраняется угроза заноса полиовируса из стран, которые продолжают оставаться эндемичными. Как мы видели в 2001 году, было выявлено три случая полиомиелита среди цыганских детей в Болгарии и один случай непаралитического заболевания в Грузии; все эти случаи были обусловлены заносом полиовирусов из Индии. Как вы помните, в Нидерландах 10 лет назад занос полиовируса в группу людей, отказавшихся от вакцинации, вызвал развитие паралитических заболеваний у 71 человека, из которых двое умерли.

Дорога к ликвидации полиомиелита в Европейском регионе началась в 1988 году, вскоре после призыва Всемирной ассамблеи здравоохранения ликвидировать полиомиелит. Чтобы освободить мир от этой болезни, была создана группа партнеров, в которую вошли ВОЗ, Ротари интернэшнл, Центры по контролю и профилактике болезней США (CDC) и ЮНИСЕФ. Успех в Европе был достигнут благодаря осуществлению беспрецедентной серии скоординированных национальных кампаний иммунизации, известной как «Операция МЕКАКАР», в которой участвовали 18 эндемичных по полиомиелиту стран и территорий в Европейском и Восточно-Средиземноморском регионах ВОЗ. В период с 1995 года по 1998 год шестьдесят миллионов детей в возрасте до пяти лет ежегодно получали по две дополнительные дозы полиомиелитной



вакцины. С 1997 года в этих странах в рамках операции МЕКАКАР на территориях высокого риска было начато осуществление специальной кампании массовой иммунизации «от двери к двери». Кампании дополнительной иммунизации продолжались в странах с высоким риском вплоть до 2002 года. Это согласованное осуществление иммунизации в соседних странах стало моделью для глобальной ликвидации болезни.

Независимая группа международных экспертов в области общественного здравоохранения, которые составили Региональную комиссию по сертификации, приступила к осуществлению формального процесса сертификации в Европе ликвидации полиомиелита в 1996 году. Я очень хорошо помню день, когда мне пришлось открывать первое совещание комиссии по сертификации в Париже в марте 1996 года. Это было историческое заседание, с которого Региональная комиссия по сертификации только начинала свою работу и на котором впервые обсуждались вопросы для уточнения и определения механизмов, процедур и критериев сертификации. Со времени того совещания прошло шесть лет; за это время и программа ликвидации полиомиелита, и мероприятия по сертификации благодаря сотрудничеству и интенсивной работе значительно окрепли и достигли максимально возможного уровня, что, в конечном счете, и позволило объявить регион свободным от полиомиелита!

Со времени начала реализации Глобальной программы ликвидации полиомиелита в 1988 году уже два региона ВОЗ были сертифицированы как регионы, свободные от полиомиелита – Американский регион ВОЗ в 1994 году и Западно-Тихоокеанский регион ВОЗ в 2000 году. Число случаев полиомиелита уменьшилось с примерно 350 тысяч в 125 странах в 1988 году до всего лишь 480 случаев в 10 странах, остающихся эндемичными, в 2001 году.

Успех, который мы празднуем сегодня, является результатом огромных совместных усилий, приложенных всеми (51) странами-членами, напряженной работы работников здравоохранения в полевых условиях, а также координируемого ВОЗ постоянного международного сотрудничества в партнерстве с Ротари интернэшнл, CDC (Атланта), ЮНИСЕФ и Агентства по международному развитию США (USAID). Огромную поддержку программе оказал ряд стран-доноров региона, а также благотворительные организации. Мы празднуем результаты истинного международного сотрудничества, направленного на достижения благополучия наших детей во всех странах нашего региона!

Однако мы не можем почивать на лаврах. Необходимо продолжать осуществление мероприятий, чтобы поддерживать высокие уровни охвата плановыми прививками, используя в необходимых случаях мероприятия по дополнительной иммунизации, и обеспечить высокое качество лабораторного надзора за полиовирусами и мероприятий по их контейменту до тех пор, пока не будет достигнута глобальная ликвидация полиомиелита. Таким образом, битва с полиомиелитом не может считаться законченной, пока полиомиелит не будет ликвидирован в глобальных масштабах! Эта работа будет продолжена и в нашем регионе: как вы знаете, Региональное бюро получило твердые заверения всех министерств здравоохранения в том, что мероприятия по иммунизации и надзору будут продолжаться.

Я с огромным удовольствием поздравляю вас всех с этим огромным достижением в реализации программы ликвидации полиомиелита не только в Европейском регионе, но и во всем мире. Я с большим удовольствием объявляю это историческое заседание открытым.

Выступление сэра Джозефа Смита (Joseph Smith), председателя Региональной комиссии по сертификации

Европейский регион простирается от Гренландии на северо-западе до восточных окраин России и от северных побережий Европы и Азии до греческого острова Крит на юге. Около 873 миллионов человек проживают в 51 стране региона, включая Турцию, Израиль и республики Центральной Азии. Для сертификации этого огромного и многообразного региона как территории, свободной от полиомиелита, необходимы убедительные данные и тщательная научная оценка информации.



В 1995 году Глобальная комиссия по сертификации (ГКС) сформулировала основные принципы и критерии для проведения сертификации. Позже ГКС пришла к заключению, что термин «ликвидация» следует употреблять только в контексте глобальной сертификации; вначале региональные комиссии должны сертифицировать «прекращение циркуляции местных штаммов диких полиовирусов»; такой статус можно кратко обозначить как статус «свободный от полиомиелита». Региональная комиссия по сертификации (РКС) впервые собралась в 1996 году, чтобы решать свои задачи, руководствуясь рекомендациями ГКС, включая необходимость до проведения сертификации поддержания статуса, свободного от полиомиелита, в течение не менее чем 3 лет, при условии осуществления тщательного надзора и тестирования, чтобы исключить возможность скрытой циркуляции полиовируса.

Сертификация возможна только при условии успешной ликвидации полиомиелита. В процессе своей работы Комиссия наблюдала за осуществлением интенсивных кампаний иммунизации, которые привели к прекращению циркуляции полиовирусов в регионе. Речь идет не только о национальных программах иммунизации, но и о массовой иммунизации в рамках операций «МЕКАКАР» и «МЕКАКАР-плюс», которые координировали ежегодную работу в 18 сотрудничающих странах Европейского региона ВОЗ и Восточно-Средиземноморского региона ВОЗ в период с 1995 года до настоящего времени.

Сертификация возможна только при условии успешной ликвидации полиомиелита. В процессе своей работы Комиссия наблюдала за осуществлением интенсивных кампаний иммунизации, которые привели к прекращению циркуляции полиовирусов в регионе. Речь идет не только о национальных программах иммунизации, но и о массовой иммунизации в рамках операций «МЕКАКАР» и «МЕКАКАР-плюс», которые координировали ежегодную работу в 18 сотрудничающих странах Европейского региона ВОЗ и Восточно-Средиземноморского региона ВОЗ в период с 1995 года до настоящего времени.

Деление стран на эпидемиологические группы

Комиссия согласилась, что к решению стоящих перед ней задач необходимо подходить дифференцированно. Поэтому уже на своем первом совещании в 1996 году комиссия приняла предложение ВОЗ разделить страны региона на семь эпидемиологических групп. В первые четыре группы вошли западные, северные и балтийские, центральные и южные страны, которые уже считались свободными от полиомиелита в течение более 8 лет. В следующую группу вошли недавно эндемичные страны центральной и восточной Европы, где полиомиелит отсутствовал в течение 3-8 предшествующих лет. В шестой группе (страны «МЕКАКАР» в восточной части региона) и в седьмой группе (Российская Федерация) в течение трех предшествовавших лет регистрировались эндемичные случаи полиомиелита; все эти страны приняли участие в операции «МЕКАКАР».

Доказательства для проведения сертификации

Решение комиссии о прекращении циркуляции диких полиовирусов в любой стране должно базироваться на результатах изучения информации, представленной самой страной, и в особенности – на материалах о результатах надзора за полиовирусами, подтвержденных оценочными миссиями ВОЗ.

Надзор за острыми вялыми параличами (ОВП)

Первопроходцем в решении задачи ликвидации полиомиелита оказался Американский регион ВОЗ, который был сертифицирован как регион, свободный от полиомиелита, в 1994 году. На примере стран Южной Америки было продемонстрировано, что надзор за случаями ОВП является надежным средством для подтверждения отсутствия циркуляции диких вирусов. Для проведения такого надзора необходимо выявлять случаи ОВП у детей и исследовать на полиовирусы пробы стула от этих детей на ранней стадии заболевания. Однако организовать надзор за ОВП оказалось сложно в Северной Америке, где случаи полиомиелита не выявлялись уже в течение многих лет. Аналогичная сложная ситуация возникла и во многих странах Западной Европы, где педиатры не считали необходимым доказывать считавшееся самоочевидным отсутствие случаев полиомиелита. Соответственно РКС и ВОЗ проявили особое внимание при оценке этой информации.

Хотя надзор за ОВП является самым важным методом оценки ситуации, комиссия использовала различную дополнительную информацию, в том числе: национальные статистические данные по здравоохранению; результаты надзора за энтеровирусами; результаты надзора за окружающей средой; результаты лабораторных исследований на полиовирусы; данные по группам повышенного риска; сведения о лабораторном контейнменте полиовирусов; методическую документацию о проведенных мероприятиях.

Национальные статистические данные по здравоохранению

Использованы национальные статистические данные о заболеваемости и смертности населения, информация об уровнях охвата прививками против полиомиелита в стране, а также сведения о числе зарегистрированных случаев полиомиелита и данные об обеспеченности населения врачами. Использовали также статистические данные ООН и сведения, опубликованные в докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения за 2000 год. Эту информацию принимали во внимание в интегрированном виде как подтверждение стабильности и доступности медицинских служб, а также как косвенные показатели вероятности того, что дети с острыми паралитическими заболеваниями не останутся незамеченными врачами и что им будут обеспечены соответствующее обследование, постановка диагноза и лечение.

Надзор за энтеровирусами

Надзор за энтеровирусами предусматривает исследования на полиовирусы проб стула инфицированных пациентов; такой надзор осуществляют путем специальных плановых исследований проб стула или путем применения рутинных диагностических лабораторных тестов. Ценность этой информации зависит от возраста, количества и особенностей обследованной популяции, а также природы заболеваний у обследованных больных.

Надзор за окружающей средой

Вирусологическое исследование проб сточных вод на полиовирусы является непрямым методом обнаружения выделения в окружающую среду полиовирусов жителями района, откуда со-

бираются сточные воды. Этот метод, обозначаемый термином «надзор за окружающей средой» разработали и использовали в нескольких странах – например, в Финляндии и Нидерландах, где он оказался весьма ценным для мониторинга территорий проживания субпопуляций, по религиозным причинам отказавшихся от плановых прививок. Собранная при использовании данного метода информация оказалась полезной и в других случаях – например, при осуществлении мониторинга в лагерях для беженцев.

Лабораторные исследования на полиовирусы

На результатах таких исследований основан надзор, поэтому очень важно, чтобы исследования на полиовирусы выполнялись надлежащим образом. В связи с этим ВОЗ создала региональную сеть аккредитованных референс-лабораторий, которые должны удовлетворять соответствующим стандартам и регулярно проводить тестирование «слепых» проб, чтобы гарантировать правильность получаемых результатов исследований.

Группы риска

Особое значение имеет информация об уровнях охвата прививками и результатах надзора в группах населения, где имеется наиболее высокий риск инфицирования дикими полиовирусами. К числу таких групп относятся цыгане, которые нередко пересекают границы государств и которые поэтому трудно охватить вакцинацией или надзором. Группами повышенного риска являются также беженцы и перемещенные лица, которых, к сожалению, достаточно много в конфликтных районах Европейского региона. Также к группам высокого риска относятся политические беженцы, прибывшие из эндемичных регионов, и жители районов, граничащих с эндемичными странами.

Лабораторный контейнмент полиовирусов

Нельзя гарантировать действительное отсутствие случаев полиомиелита, если существует угроза «утечки» полиовирусов из лабораторий. Поэтому ВОЗ разработала включающий несколько этапов процесс «контейнмента», который на первом этапе предполагает создание национальных реестров лабораторий, в которых могут храниться пробы, содержащие дикие полиовирусы. Одним из требований для проведения региональной сертификации было представление документации, подтверждающей завершение (или близость к завершению) первой фазы процесса контейнмента.

Документация о проведенных мероприятиях

Комиссия выработала стандартные формы таблиц, информации и комментариев, в соответствии с которыми должна быть представлена национальная документация – так называемое «Оперативное руководство». Использование унифицированной формы представления документации облегчило интерпретацию и анализ данных и помогло выявить пробелы в представленной информации.

Процесс сертификации

Региональный директор ВОЗ обратился к министрам здравоохранения каждой страны с просьбой создать независимый Национальный комитет по сертификации (НКС), членами которых должны быть авторитетные ученые, не принимающие непосредственного участия в проведении мероприятий по ликвидации полиомиелита. Задачей НКС была тщательная оценка (а в необходимых случаях и утверждение) информации, собранной национальными работниками

здравоохранения в соответствии с «Оперативным руководством», подготовленном для представления на рассмотрение Региональной комиссии. Таким образом, в действительности каждая НКС высказывала независимое суждение о состоянии ликвидации полиомиелита в своей стране.

На последующих заседаниях, которые проводились в разных странах региона, Комиссия анализировала подготовленные комплекты национальной документации. Еще до совещания все члены комиссии изучали документацию; при этом по каждой стране два члена комиссии проводили более тщательный анализ документов. Независимую оценку материалов проводили также сотрудники Регионального бюро ВОЗ. Затем комиссия собиралась, чтобы обсудить данные и сформулировать предварительное заключение, еще до устного представления информации председателями каждого НКС. Затем представителям НКС можно было задать вопросы для уточнения неясных моментов, и затем, после дополнительного закрытого обсуждения, РКС формулировала окончательное заключение для каждого национального комитета по сертификации.

Далее в условленное время каждый НКС представлял обновленную информацию, включая сведения о работе, проведенной в соответствии с замечаниями и рекомендациями РКС. Этот процесс дополняли ознакомительные визиты челнов РКС в отдельные ключевые страны, в том числе в районы Европейского региона, где недавно были выявлены случаи полиомиелита – такие как Албания, Азербайджан, Болгария, Грузия, район Косово, Узбекистан и Турция. Работа РКС подкреплялась результатами технических визитов в страны сотрудников Регионального бюро ВОЗ и экспертов-консультантов, которые оценивали качество проводимого эпидемиологического надзора.

До проведения региональной сертификации каждый НКС должен был представить подписанное заявление с обоснованием своего вывода о том, что территория страны была свободна от циркуляции местных штаммов диких полиовирусов в течение трех последних лет. Для РКС существенное значение имело такое официальное заявление, подписанное высококвалифицированными профессионалами, хорошо знающими ситуацию в своей стране.

Восточно-Средиземноморский регион ВОЗ (ВСМР)

В Восточно-Средиземноморском регионе был достигнут огромный прогресс в ликвидации полиомиелита, несмотря на существенные социально-экономические трудности в нескольких странах, а также сохраняющиеся на ряде территорий конфликтные ситуации. Тем не менее, в 2002 году в ВСМР продолжалась регистрация местных случаев полиомиелита, а лица, нелегально перемещающиеся через границы, могли занести дикие полиовирусы в страны Европейского региона. Поэтому два региона ВОЗ работали в тесном сотрудничестве, прежде всего – в рамках операции «МЕКАКАР». Члены обеих региональных комиссий присутствовали на совещаниях комиссии другого региона, а на большинстве заседаний РКС были представлены новые данные о ситуации в ВСМР.

Заносы диких полиовирусов

До завершения глобальной ликвидации диких полиовирусов недавно инфицированные путешественники могут занести полиовирусы из эндемичных стран в другие регионы мира. Соответственно необходимо предупредить возможные вспышки среди представителей групп населения, слабо охваченных иммунизацией, путем поддержания высоких уровней охвата прививками и с помощью проводимого надзора, чтобы оперативно выявить случаи заноса и провести соответствующие мероприятия. Глобальная комиссия считает, что при наличии убе-

дительных данных о быстром прекращении циркуляции занесенных вирусов сам факт заноса не влияет на статус территории, уже сертифицированной комиссией как регион, свободный от полиомиелита.

Региональная комиссия проанализировала сообщения о двух случаях заноса, выявленных в Европейском регионе в течение 3 лет после регистрации последнего местного случая в Турции в ноябре 1998 года. Первый случай заноса был выявлен в марте 2000 года в Болгарии среди цыганского населения, где дикие полиовирусы были выделены из проб стула от двух заболевших детей и от двух детей без клинических признаков полиомиелита. Второй случай заноса был выявлен в Грузии в сентябре 2001 года, когда дикий полиовирус был выделен от ребенка с менингоэнцефалитом. В обоих случаях результаты генотипирования показали, что штаммы полиовирусов были занесены с индийского субконтинента. В обеих странах было проведено тщательное эпидемиологическое расследование и осуществлены интенсивные кампании иммунизации; аналогичные действия были предприняты в соседних странах с обращением особого внимания на иммунизацию цыганского населения в случае заноса в Болгарию. Интенсивные лабораторные исследования многочисленных проб подтвердили отсутствие последующей циркуляции полиовирусов.

Сертификация

Наконец в 2001 году была достигнута стадия процесса, когда дикие полиовирусы не регистрировались в регионе в течение около трех лет, что означало близость момента сертификации региона. Комиссия приняла решение провести этот процесс в два этапа и рассмотреть не только доказательства отсутствия случаев полиомиелита и прогресс в лабораторном контейнменте полиовирусов, но также проанализировать способность стран распознавать случаи заноса вирусов и проводить соответствующие мероприятия, а также национальные планы действий по проведению необходимых мероприятий в период после сертификации.



Вечернее пленарное заседание, Новая карлсбергская глипготекa, 21 июня 2002 года. Участники слушают выступление сэра Джозефа Смита (Joseph Smith).

Был проведен тщательнейший анализ всей собранной информации, которая была получена в унифицированном виде из всех стран. Члены комиссии изучили эти документы и затем собрались для их обсуждения на четырнадцатое совещание в марте 2002 года. Существенную помощь в работе РКС оказало детальная оценка ситуации, подготовленная сотрудниками Регионального бюро ВОЗ.

На этом совещании были также заслушаны доклады представителей 16 ключевых стран региона. Выбор этих стран был обусловлен различными причинами – например, необходимостью уточнить, насколько удалось восстановить качество надзора после ликвидации конфликтов, а также оценить прогресс в области лабораторного контейнента диких полиовирусов. Особое внимание было уделено докладом представителей Болгарии и Грузии в связи с недавними случаями заноса диких вирусов в эти страны с индийского субконтинента.

РКС пришла к выводу в марте 2002 года, что имеется реальная возможность в июне 2002 года сертифицировать регион как территорию, свободную от полиомиелита, при условии своевременного получения отсутствующей информации и отсутствии до этого момента новых случаев заноса диких полиовирусов. Комиссия подчеркнула, что до момента глобальной ликвидации полиомиелита сохраняется опасность возникновения вспышек полиомиелита в результате заноса вируса, особенно в популяциях высокого риска. Поэтому чрезвычайно важно, чтобы все страны гарантировали сохранение высоких уровней охвата прививками и высокое качество надзора за полиовирусами.

На пятнадцатом совещании 21 июня 2002 года, после рассмотрения представленной дополнительной информации, включая отчеты о проверочных визитах членов комиссии и сотрудников ВОЗ в ключевые страны, Региональная комиссия по сертификации заявила о прекращении циркуляции местных штаммов диких полиовирусов в Европейском регионе ВОЗ и объявила, что регион является территорией, свободной от полиомиелита.

Будущее

Иммунизация и надзор

Учитывая риск, связанный с заносом диких полиовирусов, Европейский региональный комитет ВОЗ принял в 2000 году резолюцию о необходимости поддержания высоких уровней охвата прививками и высокого качества надзора за полиовирусами до тех пор, пока не будет достигнута глобальная ликвидация полиомиелита. Подчеркивая сохраняющуюся актуальность этой резолюции, региональный директор обратился в 2002 году к министрам здравоохранения с просьбой представить информацию о планах дальнейшей работы по поддержанию высоких уровней иммунизации и качества надзора, включая планы мероприятий на случай заноса диких полиовирусов.

Контейнмент

Глобальный план мероприятий ВОЗ по лабораторному контейнменту осуществляется в несколько этапов. Для сертификации региона страны должны завершить выполнение мероприятий первой фазы этого плана – проведение инвентаризации всех лабораторий. Теперь важное значение приобретает выполнение следующих этапов процесса. К моменту проведения глобальной сертификации необходимо уничтожить все материалы, содержащие дикие полиовирусы, или подтвердить их хранение в соответствии с существующими требованиями биологической безопасности третьего уровня.

Ежегодный анализ новых данных

Региональная комиссия планирует в дальнейшем проводить ежегодные совещания для рассмотрения обновленной информации из всех НКС. При этом имеется в виду анализ данных о продолжающемся надзоре и уровнях охвата прививками, а также сведений о дальнейшем прогрессе в лабораторном контейменте, для чего будут использованы как собираемые данные, так и результаты проверочных визитов в отдельные страны.

Благодарности

Достижение статуса европейского региона как территории, свободной от полиомиелита, стало возможным в результате огромной работы, проведенной работниками здравоохранения в своих учреждениях и в полевых условиях во всех странах региона. Поддержку этой работе оказывали и ВОЗ, и ее партнеры, а также министерства здравоохранения стран региона; действительно, исключительное значение для успеха в каждой стране имела политическая поддержка на самом высоком уровне. Работа продолжалась несмотря на экономические сложности и сохраняющиеся конфликтные ситуации, иногда даже в опасных условиях. Для обеспечения полной иммунизации каждого ребенка полевые работники и сотрудники лабораторий обеспечивали высокое качество надзора, что имело решающее значение не только для проведения сертификации, но и позволяло выявлять проблемы, требующие повышенного внимания. Именно успех всех этих усилий и самозабвенный труд во всех странах региона позволил Комиссии заявить о прекращении циркуляции местных штаммов диких полиовирусов во всем европейском регионе.

Комиссия высоко оценивает работу председателей и членов национальных комитетов в 51 стране региона, которые исчерпывающе и открыто отвечали на все вопросы региональной комиссии и охотно выполняли все рекомендации.

Комиссия выражает благодарность своему секретарю, д-ру Дэвиду Солсбэри (David Salisbury), за его высококвалифицированный вклад в работу комиссии, а также его прекрасную работу в качестве репортера большинства совещаний. Мы благодарим также д-ра Николая Чайку и д-ра Рея Сандерса (Ray Sanders), которые выполняли обязанности репортеров на остальных совещаниях.

Необходимо выразить благодарности многим другим специалистам, в том числе экспертам. Которые помогали Комиссии в ее работе, а также сотрудникам ВОЗ, работавших в полевых условиях в странах региона. Партнеры ВОЗ в программе ликвидации полиомиелита – Ротари Интернэшнл, CDC (Атланта), ЮНИСЕФ и Агентство международного развития США – не только непосредственно участвовали в выполнении программы ликвидации полиомиелита, но и внесли существенный вклад в работу наших совещаний.

РКС выражает особую благодарность группе специалистов по полиомиелиту в Европейском региональном бюро в Копенгагене. С особым удовольствием хочется отметить выдающуюся руководящую роль д-ра Георгия Облапенко, а также огромный вклад его коллег д-ра Галины Липской и д-ра Стивена Вассиляка (Steven Vassilak). Среди тех, кто помогал Комиссии в работе – технические работники секретариата, которыми руководили Иоханна Келер (Johanna Kehler) и Татьяна Михаэльсон (Tatiana Michaelson), чью преданность делу и исключительную помощь в работе нельзя переоценить.

Выступление г-на Рудольфа Хорндлера (Rudolf Horndler), представителя Ротари интернэшнл

Благодарю Вас за такое вступление. Как гражданин Европы, я чрезвычайно горд и счастлив быть свидетелем этого исторического момента. Но, говоря от имени более чем 1,2 миллионов членов Ротари клубов в 163 странах и особенно от имени более чем 250 тысяч европейских ротарианцев, я также хочу выразить нашу гордость и счастье в связи с таким историческим достижением. Я хочу заверить вас, что мы сделаем все, что в наших силах, чтобы ничто не помешало реализации нашей мечты о мире, свободном от полиомиелита. Я хотел бы пригласить вас вместе со мной вспомнить об участии Ротари Интернэшнл в нашей борьбе против полиомиелита.



В 1979 году ротарианцы на Филиппинах, с помощью Фонда Ротари, впервые осуществили национальную кампанию иммунизации. Этому примеру последовали другие страны. Вдохновленные успехами этих национальных кампаний, в 1985 году Ротари интернэшнл впервые в истории человечества приступила к реализации глобальной гуманитарной акции – борьбе против полиомиелита.

В противоположность широко распространенному мнению, даже среди ротарианцев, 16 лет назад, когда Ротари интернэшнл обратила свое внимание и начала осуществление своих усилий в борьбе с этой инфекцией, даже сама организация не намеревалась, не планировала и не обещала ликвидировать полиомиелит. Все, что мы планировали и обещали в 1985 году – это только собрать достаточно средств (по подсчетам того времени – около 120 миллионов долларов США), чтобы обеспечить иммунизацию всех детей на нашей планете бесплатной оральной полиомиелитной вакциной к 2005 году, то есть к столетию организации Ротари интернэшнл.

Однако вместо 120 миллионов долларов было собрано более 220 миллионов долларов в виде пожертвований и донорских взносов, причем наибольшее количество средств было собрано европейскими странами. С учетом дополнительных пожертвований, к 2005 году финансовый вклад ротарианцев в глобальную борьбу против полиомиелита составит около 500 миллионов долларов. Помимо финансовой помощи, Ротари Интернэшнл могла также рассчитывать на добровольное участие в кампании огромного числа своих членов и других людей, мобилизованных ротарианцами, которые оказывали огромную помощь в организации социальной мобилизации и материально-техническом обеспечении во время проведения кампаний иммунизации.

Поэтому, когда в мае 1988 года Всемирная ассамблея здравоохранения призвала все страны-члены и ВОЗ к глобальной ликвидации полиомиелита, Ротари Интернэшнл была готова и с энтузиазмом присоединилась к широкой коалиции партнеров для достижения этой высокой цели. Эту работу возглавили ВОЗ, Ротари Интернэшнл, CDC и ЮНИСЕФ, к которым присоединились руководящие органы здравоохранения во всех странах, эндемичных по полиомиелиту. Эта программа – первый пример успешного сотрудничества общественного и частного секторов.

Главной задачей Ротари интернэшнл в этой коалиции было обеспечение вакцинами, мобилизация добровольцев для оказания помощи при проведении кампаний иммунизации, координация усилий всех партнеров, поддержка и материальное обеспечение всех мероприятий программы ликвидации полиомиелита – создание и функционирование лабораторной сети, проведение надзора и социальной мобилизации.

Позвольте мне привести несколько конкретных примеров участия Ротари интернэшнл в нашей совместной борьбе против полиомиелита. Только в течение выходных дней 10 декабря 2000 года в Индии около 2,5 миллионов добровольцев иммунизировали 152 миллиона детей, причем среди этих добровольцев были десятки тысяч индийских ротарианцев, их друзей и членов их семей. И еще один пример из Европы. В начале 90-х годов в Румынии, несмотря на заверения властей об охвате программой иммунизации всех детей, в некоторых районах страны возникали все новые и новые случаи полиомиелита. Мы установили, что в цыганских субпопуляциях детей укрывали от иммунизации, так как опасались, что правительство под видом иммунизации попытается осуществить стерилизацию цыганского населения. Специальная группа ротарианцев, возглавляемая нашим незабвенным другом Марио Грасси (Mario Grassi), смогла убедить неформальных лидеров цыганской субпопуляции, в результате чего впервые в истории все цыганские дети были вакцинированы, что положило конец эре полиомиелита в Румынии. Позже мы добились аналогичного успеха в Болгарии при проведении разъяснительной работы среди «сомневающих и отказывающихся» родителей в группах национальных меньшинств.

Очень сложная ситуация сложилась, когда албанцы в провинции Косово отказались от вакцинации, проводимой сербскими органами здравоохранения. И снова ротарианцы смогли разъяснить им преимущества проведения иммунизации. Аналогичные проблемы возникали и были успешно преодолены и в других странах Центральной и Восточной Европы.

К Европейскому региону ВОЗ относятся не только страны, географически расположенные в Европе; поскольку в прежние времена к этому региону относился весь Советский Союз, то теперь регион расширился и включает не только Российскую Федерацию, но и новые независимые государства. Поэтому в настоящее время регион простирается от Атлантики до Тихого океана, от Северного ледовитого океана до Гималаев и Черного моря; в результате регион граничит с несколькими странами высокого риска – такими, как Афганистан, Иран, Ирак и Пакистан, которые относятся к Восточно-Средиземноморскому региону ВОЗ.

Однако координация в проведении мероприятий по иммунизации в этих двух регионах ВОЗ была достигнута только в 1995 году, когда благодаря интенсивной работе Марио Грасси - моего предшественника на посту председателя Европейского регионального комитета ПолиоПлюс, в прошлом директора Ротари интернэшнл - началось осуществление операции МЕКАКАР.

Термином «операция МЕКАКАР» обозначают координируемые усилия по ликвидации полиомиелита в Восточно-Средиземноморском регионе, на Кавказе и в республиках Центральной Азии. Эти территории имеют решающее значение в реализации программы ликвидации полиомиелита, так как именно здесь находятся несколько стран, где еще недавно продолжалась циркуляция диких полиовирусов.

Без проведения операции МЕКАКАР мы, вероятно, не смогли бы сегодня праздновать наши огромные достижения. Очень жалко, что мой большой друг Марио Грасси, внесший огромный вклад в решение этой проблемы, не дожил до сегодняшнего дня, чтобы присоединиться к нашему торжеству.

Однако, несмотря на этот успех и наши сегодняшние огромные достижения, в глобальной борьбе с полиомиелитом мы должны решить серьезную проблему финансового дефицита в сумме 275 миллионов долларов. Этот дефицит может послужить серьезным препятствием на пути достижения нашей цели – обеспечить в 2005 году вакцинацию каждого ребенка на нашей планете.

Ликвидация полиомиелита является одним из приоритетных направлений работы Ротари Интернэшнл. Чтобы помочь решить проблему дефицита в размере 275 миллионов долларов,

ротарианцы приступят к поиску дополнительных средств в сумме 80 миллионов долларов, которые должны быть собраны в период с июля 2002 года по июль 2003 года.

Ротарианцы также продолжают работать

Кроме того, ротарианцы продолжают свою активность, чтобы убедить национальные правительства и частный сектор инвестировать средства в освобождение мира от полиомиелита. Продолжается активность специальной рабочей группы Ротари Интернэшнл, которая успешно вовлекает в эту работу общественные силы и средства частного сектора. Правительства стран-доноров уже передали программе ликвидации полиомиелита более миллиона долларов. К числу этих стран относятся Нидерланды, которые выделили самые большие средства из всех европейских стран, а также Дания, которая принимает нас сегодня, и моя собственная страна Германия.

Сейчас ротарианцев нередко спрашивают: «А что вы будете делать после решения проблемы полиомиелита?». На этот вопрос существует только один возможный ответ. Вопрос об участии ротарианцев в решении других проблем общественного здравоохранения может рассматриваться только после того, как будет завершена программа ликвидации полиомиелита. Пока не будет закончена эта работа, мы не можем распылять наше внимание к проблеме и наши средства, мы должны полностью сосредоточиться на достижении этой самой амбициозной цели, когда-либо стоявшей перед человечеством - «МИР БЕЗ ПОЛИОМИЕЛИТА».

Выступление г-на Филиппа О'Брайена (Philip O'Brien), директора Европейского регионального бюро ЮНИСЕФ

Для меня большая честь представлять ЮНИСЕФ на сегодняшнем историческом торжестве. Признание статуса Европейского региона как территории, свободной от полиомиелита, является



огромным успехом системы здравоохранения в охране здоровья детей нашего региона и гигантским шагом вперед к достижению глобальной ликвидации полиомиелита. Необходимость достижения этой цели была вновь подтверждена на недавней специальной сессии ООН по проблемам детства «Мир для детей», на которой народы мира подтвердили намерение добиться глобальной ликвидации полиомиелита к концу 2005 года.

Сертификация Европы как региона, свободного от полиомиелита – это результат надежного сотрудничества, в котором в течение 14 лет участвовала 51 страна региона, чтобы добиться поставленной благородной цели. Именно это партнерство позволило нам не только поддерживать программы плановой иммунизации детей и успешно проводить национальные дни иммунизации, но и осуществить кампании иммунизации в конфликтных районах и трудных территориях, а также реализовать амбициозные кампании иммунизации в приграничных территориях соседних стран. Огромный прогресс был достигнут в организации вакцинации детей в наиболее труднодоступных группах населения в регионе – в группах этнических меньшинств, на конфликтных территориях, а также среди беженцев и перемещенных лиц.

ЮНИСЕФ присоединяется к благодарностям, которые были сегодня высказаны в адрес организаций, правительств и отдельных лиц, которые все вместе способствовали созданию Европы, свободной от полиомиелита. Это признание вполне заслужено, и мы в ЮНИСЕФ удовлетворены тем, что и мы сыграли определенную роль как в достижении этого регионального успеха, так и в осуществлении глобальной программы.

В прошлом году, благодаря финансовой поддержке, полученной от Ротари Интернэшнл, американского правительства, Центров по контролю и профилактике болезней и других спонсоров, ЮНИСЕФ закупила и направила органам здравоохранения миллиард доз оральной полиомиелитной вакцины (ОПВ). За последние 3 года ЮНИСЕФ было закуплено и направлено в страны Европейского региона ВОЗ около 177 миллионов доз ОПВ общей стоимостью более 10 миллионов долларов США. Работающие в разных странах сотрудники ЮНИСЕФ сотрудничали с различными партнерами, чтобы обеспечить функционирование холодовой цепи, мобилизовать население и добиться заинтересованности политического руководства, чтобы в конечном счете обеспечить выполнение всех мероприятий по ликвидации полиомиелита.

Но мы не должны успокаиваться на достигнутом. В 2001 году случаи полиомиелита были выявлены в Болгарии и Грузии. В обоих случаях дети в цыганских общинах были инфицированы дикими полиовирусами индийского происхождения. Заразившиеся дети ранее не были вакцинированы. Мы должны **достичь и поддерживать** высокие уровни охвата **плановой** иммунизацией, включая прививки против полиомиелита, делая при этом все, что в наших силах,

чтобы защитить *всех* детей. Я не сомневаюсь, что все вместе мы сможем это сделать. При той великолепной работе, которую ВОЗ выполнила и продолжает выполнять в поддержку улучшенной системы иммунизации и усиленного надзора.

Поэтому наши сегодняшние задачи предельно ясны. **Вместе** мы должны сохранить это историческое достижение в охране здоровья детей Европы. **Вместе** мы должны обеспечить права *всех* детей на защиту от болезней. Это – одна из целей, одобренных странами региона на конференции в защиту детей Европы и Центральной Азии, которая состоялась в Берлине в мае 2001 года. На этой конференции впервые в истории собрались все страны Европы и Центральной Азии, чтобы обсудить проблемы детей, чтобы продемонстрировать наличие солидарности и заинтересованности в регионе, где были разрушены стены и барьеры и где границы между государствами становятся все более прозрачными, что создает угрозу и для распространения болезней.

Заинтересованность и моральная ответственность идут рука об руку в профилактике заноса диких вирусов, что помогает остальным странам освобождаться от полиомиелита и сохранять этот статус. В ближайшие годы поддержка со стороны Европейского Союза и других промышленно развитых стран будет сохранять свое огромное значение, в равной мере, как и поддержка со стороны частного сектора для продолжения производства вакцины.

Выступление д-ра Дэвида Флеминга (David Fleming), исполнительного директора, Центры по контролю и профилактике болезней США (CDC), Атланта

Для меня – огромная честь и истинное удовольствие представлять Центры по контролю и профилактике болезней США и правительство Соединенных Штатов Америки на этом собрании, где отмечаются результаты героической работы в регионе по окончательной ликвидации полиомиелита с лица земли. В этой работе, возглавляемой Всемирной организацией здравоохранения, участвовала 51 страна Европейского региона ВОЗ.



Это – действительно историческое достижение, которым все вы, работавшие так долго и напряженно, должны гордиться. Я думаю, что инициатива ликвидации полиомиелита может служить моделью для будущих программ общественного здравоохранения как в Европейском регионе, так и в других регионах, так как она продемонстрировала, чего мы можем добиться при правильном понимании цели, наличии соответствующего руководства и заинтересованного участия на всех уровнях.

История ликвидации полиомиелита в этом регионе очень примечательна. Основы для этой инициативы были заложены в 1995 году, когда была реализована идея о координации действий в 18 странах этого региона и Восточно-Средиземноморского региона, чтобы ликвидировать последние очаги полиомиелита. Новая инициатива, получившая название «Операция МЕКАКАР», поставила цель охватить прививкой оральной полиомиелитной вакциной во время проведения согласованных национальных дней иммунизации каждого ребенка, чтобы прекратить циркуляцию полиовирусов на большей части Европейского и Азиатского континентов. Результаты этой работы оказались настолько успешными, что накопленный опыт, в особенности в отношении сотрудничества между правительствами отдельных стран, объединенных общей целью, оказал существенное влияние на подходы к ликвидации полиомиелита во всем мире.

Ликвидация полиомиелита представляет собой хорошую модель для организации тесного сотрудничества между современной лабораторной наукой и практикой общественного здравоохранения в глобальных масштабах. Перед нами стоит задача распространить в других регионах опыт, накопленный при выполнении операции МЕКАКАР. Мы также должны завершить финальную стадию ликвидации полиомиелита и процесса сертификации в глобальных масштабах, чтобы навсегда зафиксировать достижения операции МЕКАКАР.

Центры по контролю и профилактике болезней пользуются возможностью выразить благодарность всем странам Европейского региона, Всемирной организации здравоохранения, Ротари Интернэшнл, ЮНИСЕФ, ЮСЭЙД и всем остальным партнерам, кто участвовал в выполнении инициативы, за возможность участвовать в этой работе, внести свой вклад в ее выполнение и извлечь уроки из этого исторического партнерства.

Я хотел бы закончить свое краткое выступление менее официально. Сотрудники Центров по контролю и профилактике болезней навсегда сохраняют теплые воспоминания о многочисленных друзьях и коллегах в Европейском регионе, с кем мы имели удовольствие работать вместе. Многие из вас присутствуют сегодня здесь, поэтому я пользуюсь возможностью лично поздравить вас с триумфальными результатами вашей работы. Опыт наших Центров как организа-

ции-партнера, интенсивно участвующей в осуществлении программы ликвидации полиомиелита не только в регионе, но и в глобальных масштабах, позволяет нам выразить надежду на то, что в будущем международное сотрудничество, аналогичное сотрудничеству при ликвидации полиомиелита, позволит решить самые сложные проблемы, стоящие перед человечеством. Имея опыт такого сотрудничества, вместе мы вместе сможем это сделать.

Выступление г-жи Эллин Огден (Ellyn Ogden), представителя
Агентства по международному развитию США (USAID)

По поручению директора Агентства по международному развитию США (ЮСЭЙД) Эндрю Нэтсиоса (Andrew Natsios), я хотела бы поблагодарить Комиссию по сертификации за приглашение ЮСЭЙД участвовать в этом исключительном событии. Я поздравляю все страны Европейского региона ВОЗ с достижением поставленной цели – сертификации региона, а также с прогрессом в осуществлении ваших программ иммунизации. Мы гордимся той работой, которую провели вакцинаторы, добровольцы, министерства здравоохранения и все организации, включая Ротари Интернэшнл, работавшие в партнерстве для достижения этой цели,



Лидирующая роль, которую сыграла ВОЗ как в Европе, так и в Восточно-Средиземноморском регионе, была несомненной и стабильной, включая беспрецедентное сотрудничество в реализации операции МЕКАКАР. Это позволило открыто и профессионально решать повседневные задачи, а также преодолевать возникающие по ходу дела многочисленные трудности. Я хочу выразить особую благодарность д-ру Георгию Облапенко – для каждого было большой честью и удовольствием работать вместе с ним. ЮСЭЙД отмечает искреннее стремление всех сотрудников Европейского регионального бюро ВОЗ обеспечить абсолютную достоверность всех данных по программе ликвидации полиомиелита. Это отмечают все спонсоры инициативы, и это полностью соответствует высоким стандартам программы.

Возможно, что программа ликвидации полиомиелита в значительно большей степени, по сравнению с другими программами в области общественного здравоохранения, отражает наше искреннее желание как профессионалов и гуманитариев не оставить без внимания ни одного ребенка. Мероприятия по ликвидации полиомиелита открыли нам глаза на маргинальные группы населения, а также на «труднодостижимых» детей; именно они наиболее уязвимы для болезней и страданий. Мы должны всегда помнить о них, как и о проблемах в области охраны их здоровья. Мы можем использовать кампанию ликвидации полиомиелита как фундамент для укрепления всех служб общественного здравоохранения и для построения мирного общества.

Хотя мы собрались здесь, чтобы отпраздновать ликвидацию полиомиелита в Европейском регионе, мы должны помнить о том, насколько хрупким является это состояние. Нам еще предстоит пройти долгую дорогу, прежде чем мы сможем отказаться от вакцинации против полиомиелита. Поддерживать до этого момента статус территорий, свободных от полиомиелита, может оказаться даже сложнее, чем добиться прекращения циркуляции диких вирусов. При отсутствии этой инфекции будет сложно сохранять высокое качество надзора и выявлять единичные случаи циркуляции вируса. Кроме того, приоритетное значение имеет завершение всех мероприятий по лабораторному контейменту полиовирусов.

Хотя мы собрались здесь, чтобы отпраздновать ликвидацию полиомиелита в Европейском регионе, мы должны помнить о том, насколько хрупким является это состояние. Нам еще предстоит пройти долгую дорогу, прежде чем мы сможем отказаться от вакцинации против полиомиелита. Поддерживать до этого момента статус территорий, свободных от полиомиелита, может оказаться даже сложнее, чем добиться прекращения циркуляции диких вирусов. При отсутствии этой инфекции будет сложно сохранять высокое качество надзора и выявлять единичные случаи циркуляции вируса. Кроме того, приоритетное значение имеет завершение всех мероприятий по лабораторному контейменту полиовирусов.

Европа уже не та, какой она была в 1988 году, когда мы приступали к ликвидации полиомиелита, и она продолжает изменяться. Мы должны быть готовы к тому, чтобы решать проблемы общественного здравоохранения в изменяющихся условиях. Миграции населения и полити-

ческие кризисы требуют пристального внимания и свидетельствуют о необходимости внесения корректив в наши планы. В обозримом будущем мы должны продолжать осуществление мониторинга за уровнем охвата плановыми прививками на субнациональных уровнях, обращая при этом особое внимание на группы повышенного риска, в которых может потребоваться дополнительная иммунизация. В этом отношении у Европейского региона имеется реальная возможность оказать помощь другим регионам мира, что многими, по моему мнению, недооценивается.

ЮСЭЙД выступает в защиту фундаментального права каждого ребенка получить все необходимые прививки в течение первого года жизни; однако сегодня в обеспечении вакцинами имеются серьезные проблемы. Мы должны разрабатывать новые стратегии для того, чтобы обеспечить каждому ребенку доступ к этим мероприятиям, характеризующимся наибольшей экономической эффективностью в здравоохранении.

По мере того, как Глобальная программа будет перемещать центр своего внимания на страны и регионы, остающиеся эндемичными, Европейский регион будет, несомненно, «уходить в тень», хотя сегодня он вполне заслуженно находится в центре внимания. Для осуществления мероприятий в период после сертификации потребуются дальнейшая поддержка министерств здравоохранения, а также выделение соответствующих технических и финансовых средств. Потребности Европейского региона в финансовых, технических и кадровых ресурсах не должны быть исключены из бюджета Глобальной программы ликвидации полиомиелита. У нас имеется определенный риск того, что теперь, когда полиомиелит ликвидирован в регионе, доноры и партнеры «умоют руки» и покинут Европу, считая, что «дело сделано». Это совершенно не соответствует истинным потребностям. Чтобы защитить наши четырехмиллиардные инвестиции в глобальную программу ликвидации полиомиелита, мы должны продолжать нашу работу и искать новых партнеров. У нас также имеется возможность, основываясь на опыте и достижениях реализации программы ликвидации полиомиелита, укрепить программы плановой иммунизации и усилить надзор за другими болезнями, имеющими значение для общественного здравоохранения. Нам хотелось бы, чтобы накопленный опыт шире использовался в программах борьбы с болезнями, в том числе и всеми нашими донорами в регионе.

ЮСЭЙД надеется, что вы поделитесь своим видением будущих перспектив, и что все страны региона объединятся для решения проблем в период после сертификации. Мы считаем, что наши средства в регионе были израсходованы очень рационально и что они были использованы с наибольшей пользой для достижения самой лучшей из всех возможных целей – для предупреждения случаев смертности и инвалидности среди детей. Мы также знаем, что эта работа не будет закончена до самого победного конца – Американское правительство продолжит поддержку программе ликвидации полиомиелита через такие учреждения как USAID и CDC. ЮСЭЙД продолжает активно помогать реализации программы ликвидации полиомиелита. Оказанная нами с 1988 года помощь в сумме более 240 миллионов долларов продолжает использоваться для поддержки кампаний по дополнительной иммунизации, лабораторной сети, надзора, коммуникаций и научных исследований в области ликвидации полиомиелита. В прошлом году мы увеличили объем нашей помощи Афганистану, Судану и Сомали - в дополнение к продолжающейся финансовой и технической поддержке других приоритетных стран Африки, Южной Азии и Ближнего Востока. Большая часть нашей помощи поступает в эти страны через наших партнеров – таких, как ВОЗ, ЮНИСЕФ, ведущие неправительственные организации и другие технические проекты ЮСЭЙД, например, БЭЙСИКС (BASICS).

Однако, помимо этих технических аспектов программы ликвидации полиомиелита, на меня особое впечатление произвело то, в какой степени этот опасный вирус повлиял на жизни ог-

ромного числа людей. Кто может знать, сколько людей было бы затронуто вирусом, которые распространился – от ребенка к ребенку – из Индии в Болгарию? Почему у одних детей развились паралитические заболевания, а у других детей не развились? Это – только отдельные примеры загадок нашей жизни.

Когда я была ребенком, мой дедушка рассказывал мне, что я могу гордиться тем, что в моем роду были цыганские принцы и принцессы. Я не знаю, правда ли это или просто семейное предание. Но я твердо знаю, что именно благодаря вашим усилиям мои дети, независимо от того, есть ли цыганская кровь в их жилах или нет, на каком берегу или в какой стране они живут, теперь могут радоваться миру, который еще на один шаг стал ближе к заветной цели – мир без полиомиелита. Вы, добровольцы и работники общественного здравоохранения, являетесь истинными героями этой истории. Я уверена в том, что если бы сегодня здесь присутствовали мои дети или дети из ваших стран, они сказали бы вам «спасибо».

Разрешите еще раз от всего сердца поздравить вас.

Выступление д-ра Даниэля Тарантола (Daniel Tarantola),
директора Отдела вакцин и биологических препаратов, ВОЗ, Женева

Я присутствую сегодня здесь для того, чтобы сказать несколько слов от имени Глобальной инициативы ликвидации полиомиелита. Мне хотелось бы начать свое выступление с выражения моей благодарности вам, представителям Европейского региона, и поздравить вас с этим монументальным достижением. Европейский регион внес огромный вклад в глобальные усилия



по ликвидации полиомиелита. Вы прекрасно справились со своей работой, и вы заслуживаете самой большой благодарности от регионов, где полиомиелит все еще является реальностью и где борьба с этой инфекцией все еще продолжается.

Глобальная инициатива выражает также благодарность всем донорам в Европейском регионе за поддержку, оказанную программам ликвидации полиомиелита в странах, испытывающих экономические трудности и расположенных в регионах, эндемичных по полиомиелиту. Эти страны продолжают нести большие расходы, связанные с ликвидацией полиомиелита, и иногда платят за эту работу даже жизнями своих медицинских работников, когда они стремятся попасть в районы, где находятся нуждающиеся в иммунизации дети.

Нам все еще предстоит очень долгий путь. Пока не будет проведена глобальная сертификация ликвидации полиомиелита, необходимо продолжать иммунизацию каждого ребенка. Нам необходимо сохранить высокое качество системы надзора. Нам необходимо осуществлять мероприятия по лабораторному контейменту, чтобы вирус оставался на хранении в безопасных лабораториях и не получил возможности снова распространиться по нашей планете. Чтобы осуществить все это, нам необходимы в глобальных масштабах тысячи медицинских работников – подготовленных, мобилизованных и вдохновленных результатами ликвидации полиомиелита. И нам нужны также такие люди, как добровольцы Ротари Интернэшнл или Красного Креста, которые только за время проведения одной кампании в Индии всего за несколько дней вакцинировали 125 миллионов детей. Нам необходимы люди и, кроме того, нам нужны деньги.

Средства, необходимые для реализации Глобальной инициативы ликвидации полиомиелита, велики. Только в этом году нам не хватает на текущие расходы 60 миллионов долларов. Эта сумма кажется огромной, однако одна совсем невелика в сравнении с дальнейшими экономическими выгодами благодаря выполнению программы ликвидации полиомиелита – программы, которая имеет гораздо большее значение, чем просто снижение заболеваемости и инвалидности от одной болезни.

С точки зрения глобальных перспектив ликвидации полиомиелита, огромные достижения, которые мы отмечаем сегодня, являются еще одним шагом в будущее нашего общественного здравоохранения. Инициатива ликвидации полиомиелита доказала свою эффективность, способствуя укреплению всех служб общественного здравоохранения. Улучшение системы здравоохранения будет способствовать прогрессу человеческого общества, а этот прогресс, в свою очередь, будет способствовать ликвидации бедности, что в конечном итоге приведет к уменьшению болезней и страданий людей. Поэтому, с точки зрения глобальных перспектив,

сегодня мы празднуем нечто гораздо большее, чем просто освобождение Европы от полиомиелита. Мы празднуем выполнение программы, которая объединила работников общественного здравоохранения, добровольцев, доноров и других людей в единую команду, которая борется за лучшее будущее для всех наших детей.

Выступление д-ра Георгия Облапенко,
 медицинского сотрудника Европейского регионального бюро ВОЗ

Прошлой ночью я долго не мог заснуть, после того как узнал, что Комиссия намерена провозгласить Европейский регион свободным от полиомиелита. Я думал о том, насколько изменится жизнь в Европе, свободной от полиомиелита. Должен признаться, что я не осознал



пока никакой разницы; я понял, что должно пройти определенное время, прежде чем мы в полной мере сможем осознать значение этого события, значение слов «ЕВРОПА, СВОБОДНАЯ ОТ ПОЛИОМИЕЛИТА». Сегодня у всех у нас – действительно великий день!

Дорога к Европе, свободной от полиомиелита, была долгой и трудной. Есть множество людей, которые заслуживают истинной благодарности. Я хочу начать свое выступление с выражения признательности всем тем, кто отдал свой профессионализм, знания и душу достижению нашей общей цели – ликвидации полиомиелита в Европейском регионе. Мы можем и должны гордиться этим огромным успехом. Сертификация Европы как территории, свободной от полиомиелита, является ярким примером настоящего партнерства – успешного сотрудничества многих стран, существенно отличающихся друг от друга, организаций, учреждений и людей доброй воли. Она является прекрасным примером успешного объединения для того, чтобы сделать новое поколение – детей XXI века – более здоровыми и богатыми!

Спасибо всем нам!

Мне хочется назвать многих людей, которые заслуживают особой благодарности за их огромный вклад в достижение этого успеха. Я хотел бы, прежде всего, поблагодарить д-ра **Ральфа Хендерсона (Ralf Henderson)**, директора Расширенной программы иммунизации ВОЗ, который первым поставил вопрос о ликвидации полиомиелита на сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, которая одобрила Инициативу глобальной ликвидации полиомиелита 13 мая 1988 года и призвала все страны к сотрудничеству в этой гуманнейшей работе.

Ключом к успеху ликвидации полиомиелита в Европейском регионе явилась операция МЕКАКАР, которая является уникальной операцией в рамках здравоохранения. Восемнадцать стран Европейского и Восточно-Средиземноморского регионов объединили свои усилия и скоординировали мероприятия по ликвидации полиомиелита в период с 1995 года по 2001 год. Было очень трудно обеспечить вакциной каждого ребенка в самых труднодоступных уголках этих регионов, но этого удалось достигнуть, равно как удалось поддерживать высокий уровень охвата прививками и высокое качество надзора. Операция МЕКАКАР являла собой не только объединение усилий правительств и министерств; она была проявлением чрезвычайной преданности делу и усердной работы многих людей. Я мысленно возвращаюсь к весне 1995 года, к первому туру операции МЕКАКАР. Это было в Казахстане, недалеко от границы с Китаем. Руководитель местного органа здравоохранения, главный врач области и я собирались провести оценку качества национальных дней иммунизации (НДИ) в отдаленном населенном пункте. По дороге туда мы встретили всадника на лошади – это был офтальмолог, который возвращался из этой далекой деревни, где он только что вакцинировал детей. На лошади была корзина со льдом, в которой лежала ОПВ. Я спросил его: «Как настроение? Вы ведь офтальмолог... такая

грязная дорога... такой дальний путь!». И он ответил: «Настроение превосходное! Я чувствую себя прекрасно, в самом деле! Знаете ли Вы, что сегодня 18 стран этого региона объединили свои усилия, чтобы иммунизировать детей и ликвидировать полиомиелит? И будьте уверены – мы сделаем это!». И они действительно провели огромную работу. Поэтому мы шлем нашу огромную сердечную благодарность всем работникам здравоохранения, которые отдали столько сил, чтобы одержать победу над этой древней инфекцией.

Европейское региональное бюро ВОЗ осуществляло руководство программой и координировало мероприятия, однако «полиомиелитная команда» не смогла бы работать так эффективно без мощной поддержки со стороны руководящих работников Европейского бюро. Поэтому я хочу выразить глубокую сердечную благодарность д-ру **Джо Асваллу (Jo Asvall)**, региональному директору ВОЗ в 1990-2000 годах, который постоянно поддерживал программу, особенно на ранних этапах операции МЕКАКАР и во время сложной вспышки полиомиелита в Албании в 1996 году. Я хочу также выразить нашу большую благодарность и признательность д-ру **Марку Данзону (Marc Danzon)**, нынешнему региональному директору, кто продолжал активно и уверенно поддерживать эту важную программу, не жалея своего времени и энергии и не теряя веры в успех.

Выражая свои благодарности и признательности в этот яркий и прекрасный день, я хотел бы вспомнить наших партнеров и друзей, которые ушли от нас и не могут отпраздновать с нами сегодняшний день.

- **Д-р Марио Грасси (Mario Grassi)**, первый председатель Европейского ротарианского комитета «ПолиоПлюс». Марио активно пропагандировал программу ликвидации полиомиелита и поддерживал осуществление соответствующих стратегий в нашем регионе, особенно в бывшей Югославии.
- **Д-р Бруно Мартэн (Bruno Martain)**, координатор иммунизации в региональном бюро ЮНИСЕФ, в том числе и программы ликвидации полиомиелита в нашем регионе в наши самые трудные 1993-1997 годы. Бруно в огромной степени способствовал успеху реализации операции МЕКАКАР в республиках Кавказа.
- **Д-р Хенрик Зофман (Henrik Zoffmann)**, бывший директор Расширенной программы иммунизации ВОЗ, кто оказывал огромную поддержку выполнению европейской региональной программы.
- **Д-р Ко Кейя (Ko Keja)**, один из ключевых работников Расширенной программы иммунизации (HGB) в штаб-квартире ВОЗ, который практически инициировал усилия по ликвидации полиомиелита в Турции.
- **Д-р Иван Масар (Ivan Masar)**, который являлся координатором РПИ в Словакии. Иван внес огромный вклад в разработку региональных программ иммунизации и ликвидации полиомиелита; он был председателем Европейской консультативной группы, и мы многое позаимствовали из его богатого опыта эпидемиолога и работника общественного здравоохранения.
- И особенно я хотел бы вспомнить сегодня д-ра **Мирзобали Яхеева**, главного врача Вашского района Таджикистана. Он проводил оценку качества выполнения НДИ в 1995 году, во время гражданской войны в Таджикистане. ЮНИСЕФ удалось добиться прекращения военных действий на «неделю спокойствия». Однако во время работы в полевых условиях вооруженная группа афганских террористов обстреляла автомобиль д-ра Яхеева, и он погиб.

«Полиомиелитная команда» благодарит и приветствует всех наших друзей и коллег, которые сыграли важную роль в достижении этого успеха. Мы прекрасно знаем, что одним из самых важных компонентов усилий по ликвидации полиомиелита является высококачественный надзор; в странах Европы Региональная сеть полиомиелитных лабораторий сыграла решающую роль в обеспечении высокого качества надзора. Я хотел бы сердечно поблагодарить вирусологов и весь персонал всех лабораторий за ту ключевую роль, которую они сыграли в достижении нашего успеха. Лабораторные работники прилагали максимум усилий, чтобы своевременно обеспечить программу результатами исследований, нередко проводя в лабораториях дни и ночи. Очень важно подчеркнуть, что Европейская сеть полиомиелитных лабораторий является высоко профессиональной и надежной благодаря упорному труду регионального координатора лабораторной работы **д-ра Галины Липской**, которая является великолепным вирусологом и организатором.

Партнерство! Невозможно переоценить роль партнерства в антиполиомиелитной коалиции. *Доверие, уважение, открытость и готовность к координированным действиям* – вот основные характеристики этого прекрасного партнерства. Мы все очень разные – вот почему мы обладаем такой силой; *ни один* из нас в одиночку не может быть так силен, как мы сильны *все вместе*. Я абсолютно уверен, что только благодаря этому крепкому и эффективному партнерству мы смогли освободить Европу от полиомиелита. Я помню кризис, который возник на утреннем заседании в январе 1995 года, когда мы готовились к началу операции МЕКАКАР. Все страны-партнеры согласились на одновременно проведение НДИ, однако у нас не было ресурсов для закупки вакцины. К полудню этого дня Комитет Ротари ПолиоПлюс сообщил о том, что Ротари Интернэшнл выделил ЮНИСЕФ 5 миллионов долларов для приобретения ОПВ, и **м-р Кван (Kwon)** из Отдела поставок ЮНИСЕФ в Копенгагене уже успел подсчитать, сколько кубических сантиметров составит весь груз, чтобы обеспечить своевременную доставку вакцины! Я также вспоминаю, как в трудных ситуациях (а таких моментов было немало) **д-р Стив Кочи (Steve Cochi)** и «полиомиелитная команда» CDC в Атланте оказывали нам поддержку, в которой мы так нуждались.

В духе этого великого партнерства я должен обязательно назвать имена многих наших друзей, которые по тем или иным причинам не смогли присутствовать на этой исторической церемонии, имена коллег, которые все эти годы работали вместе с нами. Это – **д-р Ник Уорд (Nick Ward)**, первый координатор Глобальной инициативы ликвидации полиомиелита; **д-р Марк Палланш (Mark Pallansch)** и **д-р Олен Кью (Olen Kew)**, вирусологи из CDC в Атланте; г-н **Боб Киган (Bob Keegan)**, организатор здравоохранения в CDC в Атланте; **д-р Руди Тангерманн (Rudi Tangermann)** из штаб-квартиры ВОЗ; **д-р Мэри Агоч (Mary Agocs)** в CDC в Атланте и **д-р Брус Эйлуорд (Bruce Aylward)**, координатор Глобальной инициативы ликвидации полиомиелита в штаб-квартире ВОЗ.

У меня не хватает слов, чтобы выразить мою огромную признательность и мою глубокую благодарность сотрудникам Регионального бюро ВОЗ. В течение многих лет эта команда работала очень напряженно в неимоверно сложных условиях, чтобы превратить мечту о Европе, свободной от полиомиелита, в реальность. Я вспоминаю много наших совещаний, которые затягивались за полночь, чтобы закончить подготовку документов для проведения срочных мероприятий, а также как во время вспышки полиомиелита в Албании в 1996 году **д-р Стив Василяк (Steve Wassilak)** нередко отправлял сообщения по электронной почте в три часа ночи. В европейской региональной полиомиелитной команде всегда царил очень дружественная, и в то же время очень ответственная атмосфера; именно это было необходимо для выполнения нашей работы! Поэтому я хочу воспользоваться этой уникальной возможностью и сердечно

поблагодарить полиомиелитную команду Европейского регионального бюро ВОЗ за напряженную работу и постоянную поддержку, которую вы оказывали мне.

Наконец, мне доставляет огромное удовольствие выразить благодарность Европейской региональной комиссии по сертификации. Европейская комиссия обладает исключительной компетентностью; с момента нашей первой встречи в 1996 году она выработала очень элегантный стиль работы в духе доверия, уравновешиваемого критическим научным подходом.

Итак, давайте вместе порадуемся нашему празднику! Мы все работали очень напряженно и поэтому мы можем испытывать законную гордость. Однако нам нужно сохранить наши достижения до тех пор, пока циркуляция вирусов полиомиелита не будет прекращена полностью в глобальных масштабах, а все существующие вирусы будут храниться в безопасных условиях. Дикие полиовирусы все еще находятся рядом с нами, поэтому высокие уровни охвата плановой иммунизацией и высококачественный надзор за ОВП являются ключевыми элементами для поддержания статуса территории, свободной от полиомиелита. Работа не закончена, пока не будет достигнута полная победа!

Европейская региональная комиссия по сертификации

Независимая группа международных экспертов в области здравоохранения, которые вошли в состав Региональной комиссии по сертификации, приступили к осуществлению формального процесса сертификации Европы как территории, свободной от полиомиелита, в 1996 году. Первое совещание Европейской региональной комиссии по сертификации ликвидации полиомиелита состоялось в Международном детском центре в Париже 7-8 марта 1996 года. Члены региональной комиссии были назначены региональным директором Европейского регионального бюро ВОЗ. Члены комиссии не несли непосредственной ответственности за выполнение мероприятий по ликвидации полиомиелита в своих странах, поэтому при их работе в составе региональной комиссии по сертификации не возникал конфликт интересов.



Слева направо: д-р Георг Дрейер (George F. Drejer); профессор Сергей Дроздов; профессор Бурхард Штюк; профессор Иштван Дёмек (István Dömök); профессор Маргарета Бёттигер (Margareta Böttiger); сэр Джозеф Смит (Joseph Smith); д-р Уолтер Даудл (Walter Dowdle); д-р Донато Греко (Donato Greco).

Были утверждены следующие задачи комиссии:

- оценить план мероприятий и календарный план сертификации ликвидации полиомиелита в Европейском регионе;
- утвердить или изменить предложенное качество надзора для сертификации неэндемичных, недавно эндемичных и эндемичных стран региона;
- составить список документов, которые должна будет представлять каждая страна региона для сертификации ликвидации полиомиелита;
- одобрить протокол сбора данных об уровнях охвата прививками и надзоре, а при необходимости предложить представить обновленную документацию для сертификации ликвидации полиомиелита;
- разработать, при необходимости, новые методы для подтверждения ликвидации полиомиелита в неэндемичных странах или на территориях высокого риска эндемичных и недавно эндемичных стран, где не были выполнены установленные критерии качества надзора;
- посещать, при необходимости, отдельные страны для анализа или проверки мероприятий по ликвидации полиомиелита;
- постоянно анализировать документацию по ликвидации полиомиелита в каждой стране или регионе и сообщать результаты анализа и рекомендуемые мероприятия региональному директору и соответствующим национальным комитетам;
- передавать нерешенные вопросы по сертификации для обсуждения в Глобальную комиссию по сертификации ликвидации полиомиелита;
- сертифицировать, если и когда это возможно, ликвидацию циркуляции диких полиовирусов в Европейском регионе Всемирной организации здравоохранения, а также представить в Глобальную комиссию документацию, необходимую для подтверждения региональной сертификации.

Комиссия отметила соответствие в Европейском регионе руководящих принципов, рекомендованных на первом совещании Глобальной комиссии по сертификации ликвидации полиомиелита в 1995 году.

Процесс региональной сертификации

Региональный директор ВОРЗ направил министру здравоохранения каждой страны предложение создать независимый Национальный комитет по сертификации (НКС), членами которого должны быть высококвалифицированные научные работники медицинского профиля, не принимающие непосредственного участия в выполнении мероприятий по ликвидации полиомиелита. Задачей НКС являлась тщательная оценка, а при соответствующей ситуации – и одобрение информации, собранной национальными работниками и включенной в «Оперативное руководство», подготовленное для представления на рассмотрение Региональной комиссии. Таким образом, национальные комитеты по сертификации должны проводить независимую оценку ситуации по полиомиелиту в своих собственных странах.

На последующих совещаниях, которые состоялись в различных странах региона, региональная комиссия рассмотрела комплекты документов, представленных различными странами. Все члены комиссии до начала совещания изучали представленную страной документацию, а два члена комиссии проводили более тщательный анализ документов каждой страны. Сотрудники Регионального бюро ВОЗ также проводили независимую оценку национальных данных. Затем комиссия собиралась, чтобы обсудить эти данные, а также сформулировать предварительное заключение, прежде чем председатель каждого НКС сделает устное сообщение. Далее у

представителей НКС можно было уточнить неясные моменты, а затем, после дополнительного *закрытого* обсуждения, РКС формулировала окончательное заключение для каждого национального комитета по сертификации.

Позже в обусловленное время каждый НКС представлял обновленные данные, включая информацию о работе, которая была проведена в соответствии с замечаниями и рекомендациями РКС. Этот процесс дополняли ознакомительные визиты челнов РКС в некоторые ключевые страны, включая районы Европейского региона, где недавно были выявлены случаи полиомиелита – такие как Албания, Азербайджан, Болгария, Грузия, район Косово, Узбекистан и Турция. Выводы РКС дополнительно подкреплялись результатами технических визитов в страны сотрудников Регионального бюро ВОЗ и экспертов-консультантов, оценивавших качество проводимого эпидемиологического надзора.

Наконец в 2001 году возникла ситуация, когда местные случаи, обусловленные дикими полиовирусами, не регистрировались в регионе уже более трех лет, в результате чего создавалась возможность для проведения сертификации уже в ближайшее время. Комиссия решила провести сертификацию в два этапа и рассмотреть не только доказательства отсутствия полиомиелита и прогресс в лабораторном контейнменте полиовирусов, но также оценить способность стран выявлять случаи заноса вирусов и проводить соответствующие мероприятия, а также национальные планы мероприятий по проведению необходимых действий в период после сертификации.

Был проведен тщательный анализ всей собранной информации, которая была получена из всех стран по стандартной форме. Члены комиссии изучили эти документы и в марте 2002 года собрались для их обсуждения на четырнадцатое совещание. Существенную помощь в работе РКС оказало детальная оценка ситуации, подготовленная Региональным бюро ВОЗ.

На данном совещании были также заслушаны доклады представителей 16 ключевых стран региона. Выбор этих стран был обусловлен различными причинами – например, необходимостью уточнить, насколько удалось восстановить качество надзора после ликвидации конфликтов, а также оценить дальнейший прогресс в лабораторном контейнменте диких полиовирусов. Особое внимание было уделено сообщениям представителей Болгарии и Грузии в связи с недавними случаями заноса в эти страны диких вирусов с индийского субконтинента.

В марте 2002 года РКС пришла к выводу, что, вероятно, в июне 2002 года может возникнуть реальная возможность сертифицировать регион как территорию, свободную от полиомиелита, при условии своевременного получения отсутствующей информации и отсутствии до этого момента новых случаев заноса диких полиовирусов.

До проведения региональной сертификации каждый НКС должен был представить подписанное заявление с обоснованием своего вывода о том, что территория страны была свободна от циркуляции местных штаммов диких полиовирусов в течение трех последних лет. Такое официальное заявление, подписанное высококвалифицированными профессионалами, хорошо знающими ситуацию в своей стране, имело существенное значение для РКС.

Вечером 20 июня 2002 года РКС единогласно пришла к заключению о возможности объявить Европейский регион Всемирной организации здравоохранения как «регион, СВОБОДНЫЙ ОТ ПОЛИОМИЕЛИТА».

Комиссия подчеркнула, что до тех пор, пока дикий вирус не будет ликвидирован в глобальных масштабах, сохраняется возможность возникновения вспышек полиомиелита в результате заноса вируса, особенно в группах населения с высоким риском. Поэтому чрезвычайно важно, чтобы все страны обеспечили сохранение высоких уровней охвата прививками и высокое качество эпидемиологического надзора.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ РЕГИОНАЛЬНОЙ КОМИССИИ ПО СЕРТИФИКАЦИИ

**СЭР ДЖОЗЕФ СМИТ (JOSEPH SMITH)**

Джозеф Смит окончил медицинский факультет Университета в Уэльсе в 1953 году. После работы молодым врачом в больнице и службы в Королевском военно-воздушном флоте д-р Смит поступил в Лабораторную службу общественного здравоохранения (Public Health Laboratory Service) для получения специальности медицинский микробиолог. С 1960 по 1965 год он был преподавателем, а затем старшим преподавателем последипломного образования в отделении бактериологии и иммунологии Лондонской школы гигиены и тропической медицины (London School of Hygiene and Tropical Medicine) и проводил научно-исследовательскую работу по патогенезу и профилактике столбняка. В 1965 году он стал консультантом по бактериологии в Radcliffe Infirmary, Оксфорд, и преподавателем бактериологии в Оксфордском университете, одновременно продолжая исследования по столбняку. После назначения руководителем отдела бактериологии в исследовательских лабораториях Уэлком (Wellcome Research Laboratories) и работы семейным врачом в Лондоне он стал в 1971 году заместителем директора лаборатории эпидемиологических исследований в Лабораторной службе общественного здравоохранения (PHLS). Здесь он проводил научные исследования по эпидемиологии и иммунопрофилактике гриппа, дифтерии и полиомиелита. Он является автором и соавтором около 140 научных публикаций. В 1976 году он был назначен директором Национального института биологических стандартов и контроля (National Institute for Biological Standards and Control) и оставался на этой должности до 1985 года, когда стал директором Лабораторной службы общественного здравоохранения Англии и Уэльса (PHLS). С этой должности он ушел на пенсию в 1993 году. В 1989-1994 годах он являлся профессором Ноттингемского университета, а в 1991 году был посвящен в рыцари.

Сэр Джозеф Смит являлся членом многочисленных комитетов и комиссий Департамента здравоохранения Соединенного Королевства, сохраняя постоянный интерес к проблемам иммунизации. В частности, он входил в Комитет по безопасности лекарств (председателем подкомитета по биологическим препаратам), Объединенный комитет по вакцинации и иммунизации (председателем подкомитетов по гриппу и по кори и краснухе), Объединенный комитет по побочным реакциям на вакцины; Консультативную группу экспертов по СПИДу и в Британскую фармакопейную комиссию (председателем иммунологического комитета). Он был членом Совета по медицинским научным исследованиям и председателем нескольких консультативных комитетов, включая Комитет по разработке вакцин, Бюро научных исследований по тропической медицине, комитет по вирусам обезьян, Комитет по клиническому изучению вакцин против

СПИДа, Рабочая группа по губчатой энцефалопатии, а также членом Бюро грантов на биологические исследования. В период с 1982 по 1994 год он был почетным гражданским консультантом по иммунизации в Британской армии. В течение двух лет, с 1995 по 1997 год, он был председателем Управляющего совета Лондонской школы гигиены и тропической медицины. В настоящее время он является членом Рабочей группы по защите от биологического оружия Королевского общества, совета «Международного журнала экспериментальной патологии» и председателем Европейской региональной комиссии ВОЗ по сертификации, а с 2001 года – членом Глобальной комиссии ВОЗ по сертификации ликвидации полиомиелита.

ЧЛЕНЫ РЕГИОНАЛЬНОЙ КОМИССИИ ПО СЕРТИФИКАЦИИ



ПРОФЕССОР МАРГАРЕТА БЁТТИГЕР (MARGARETA BÖTTIGER)

Маргарета Бёттигер окончила медицинский факультет Каролинского института в Стокгольме в 1954 году. После подготовки по педиатрии в больнице Бельвю в Нью-Йорке а также по педиатрии и бактериологии в Каролинской больнице в Стокгольме она начала с 1957 года работать в отделе полиомиелита и вирусологии Национальной бактериологической лаборатории в Стокгольме. С 1957 по 1967 год она провела интенсивное изучение живой и инактивированной полиомиелитных вакцин, в результате чего в 1966 году защитила докторскую диссертацию в Каролинском институте. С 1967 по 1971 год она была преподавателем в Каролинском институте и имела исследовательский грант от Шведского совета медицинских исследований. В 1971 году она вернулась в Национальную бактериологическую лабораторию, где приступила к работе в отделе эпидемиологии и продолжала проводить исследования по вакцинам в лабораторном отделе. В 1976 году она была назначена профессором и заведующей эпидемиологическим отделом. Одновременно профессор Бёттигер являлась национальным эпидемиологом Швеции и занимала эту должность до ее ухода на пенсию в 1993 году.

В течение всего этого времени профессор Бёттигер продолжала проводить иммунологические и экологические исследования по проблеме полиомиелита, а также исследования по многим другим проблемам эпидемиологии. Была проведена оценка результатов внедрения новых вакцин и иммунизации против кори (с 1971 года), краснухи (с 1973 года), эпидемического паротита (с 1978 года) и тривакциной против кори, паротита и краснухи (с 1982 года). Она проводила также исследования по бактериальным вакцинам (против дифтерии, столбняка, туберкулеза, коклюша

и Нiв-инфекции), однако проблема полиомиелита всегда занимала центральное место в работе профессора Бёттигер как ученой.

С 1971 года профессор Бёттигер участвовала в анализе всех крупных вспышек инфекционных болезней, имевших место в Швеции. С 1983 года основной сферой ее исследовательских интересов стал СПИД. Она является автором и соавтором около 250 публикаций, а также членом многочисленных шведских и европейских комитетов и комиссий. Профессор Бёттигер была экспертом-консультантом глобальной и европейской консультативных групп Всемирной организации здравоохранения по Расширенной программе иммунизации, членом президиума Шведского совета медицинских исследований, а также бюро инспектирования данных. Кроме того, она работала в составе Эпидемиологической группы по СПИДу Европейского Союза, была членом консультативного комитета Шведского национального министерства здравоохранения, Шведской администрации по пищевым продуктам и Комиссии по СПИДу правительства Швеции.

В настоящее время профессор Бёттигер является членом Европейской региональной комиссии ВОЗ по сертификации ликвидации полиомиелита.



ПРОФЕССОР ИШТВАН ДЁМЕК (ISTVÁN DÖMÖK)

Иштван Дёмек окончил медицинский факультет университета в Будапеште в 1950 году. Затем он продолжил обучение на медицинском факультете последипломного образования в Будапеште – по клинической лаборатории (1955 год), лаборатории общественного здравоохранения (1961) и медицинской микробиологии (1980 год). В 1960 году Венгерской академией наук он был удостоен степени доктора наук.

В 1950 году профессор Дёмек начал проведение научных исследований в отделе вирусологии Национального института общественного здравоохранения. С 1958 по 1969 год он был руководителем отдела диагностической вирусологии. В период с 1973 по 1988 год он был руководителем отдела вирусологии, а в 1974-1984 годы – руководителем отделения эпидемиологии и микробиологии. С 1984 по 1997 год профессор Дёмек был заместителем генерального директора Национального института общественного здравоохранения.

Профессор Дёмек в течение длительного времени плодотворно сотрудничал с Всемирной организацией здравоохранения, начиная с 1967 года, когда он был назначен членом комитета экспертов ВОЗ по вирусным инфекциям. Он был руководителем группы вирусологов ВОЗ в Энтеббе (Уганда) и членом консультативной группы ВОЗ по живой полиовирус-

ной вакцине. С 1973 по 1979 год профессор Дёмек был координатором «Совместного изучения маркеров штаммов полиовирусов, выделенных при наличии временной связи с использованием живой полиовирусной вакцины».

В Венгрии профессор Дёмек был активным работником и одним из ведущих специалистов в области общественного здравоохранения, эпидемиологии и микробиологии. Он являлся членом редколлегий нескольких научных журналов, автором 101 публикации по различным проблемам, включая диагностику вирусных инфекций, полиомиелит, вирусные гепатиты и ВИЧ/СПИД.

Профессор Дёмек стал членом Европейской региональной комиссии ВОЗ по сертификации ликвидации полиомиелита в 1996 году и оставался активным и авторитетным членом этой комиссии до его кончины в 2004 году. Его очень не хватает членам комиссии и его коллегам во Всемирной организации здравоохранения.



ДОКТОР УОЛТЕР ДАУДЛ (WALTER DOWDLE)

Доктор Уолтер Даудл является членом рабочей группы по выживанию и развитию детей (Task Force for Child Survival and Development) в Атланте, штат Джорджия, где он является директором Лаборатории подготовки к контейнменту полиовирусов Департамента здравоохранения США и консультантом Глобальной инициативы ВОЗ по ликвидации полиомиелита.

До того, как д-р Даудл стал членом этой рабочей группы, он был в 1987-1994 годах заместителем директора Центров по контролю и профилактике болезней (Centers for Disease Control and Prevention) в Атланте, а в 1989-1990 годах и в 1993 году - директором CDC. В 1968-1979 годах он был директором Сотрудничающего центра ВОЗ по гриппу, в 1964-1984 годах - преподавателем факультета общественного здравоохранения Университета Северной Каролины, а в 1972-1973 годах - почетным исследователем факультета медицинских исследований Джона Картина Австралийского национального университета в Канберре.

Доктор Уолтер Даудл получил медицинское образование в Колледж-Парк Университета штата Мэриленд и начал работать вирусологом в CDC, где позже он был руководителем отделения респираторной вирусологии, директором вирусологического отделения, заместителем директора по науке, директором CDC и заместителем директора по проблемам ВИЧ/СПИДа. Он имеет огромный опыт исследований по вирусологии, разработке и оценке вакцин, а также разработки политики иммунизации. В

настоящее время сферу научных интересов д-ра Даудла составляют полиомиелит, грипп, ВИЧ-инфекция и малярия.

Он добился широкого признания коллег в период его работы во многих научных обществах. В 1995 году за исследования в области здравоохранения он был награжден престижной премией «Sigma Xi Lifetime Achievements Award», в 1993 году получил награду CDC как «чемпион профилактики», а в 1992 году был удостоен награды Главного хирурга США за примерную службу. Дважды – в 1982 и 1989 годах – он получал специальные премии Президента США (US Presidential Distinguished Executive Award). Он был президентом эпидемиологического совета Армии США в 1992-1994 годах и президентом Американского общества микробиологов в 1989-1990 годах. Он также был членом многочисленных научных и редакционных советов.

Д-р Даудл получил дипломы об образовании в Алабамском университете. Он женат на Мэйбл Ирене Даудл, у них трое детей. В период с 1948 по 1952 год он служил в медицинских частях Армии США и Военно-воздушных сил США в Германии и в Корее.

Доктор Уолтер Даудл является членом Европейской региональной комиссии ВОЗ по сертификации ликвидации полиомиелита с 1996 года.



ДОКТОР ГЕОРГ ДРЕЙЕР (GEORGE F. DREJER)

Д-р Дрейер окончил медицинский факультет Лейденского университета в 1965 году и затем продолжил обучение в резидентуре по акушерству и педиатрии, а также прослушал курс по тропической медицине в Королевском институте тропической медицины в Амстердаме.

С 1967 по 1975 год д-р Дрейер работал суперинтендантом и врачом общей практики в различных больницах в Камеруне. Именно здесь он познакомился с клиническими особенностями полиомиелита, приобретя непосредственный опыт работы в этой области. В 1975-1979 годах он прошел дополнительное обучение как педиатр общей практики в Детской больнице Юлианы в Гааге. В течение дальнейших 20 лет д-р Дрейер работал педиатром общей практики и неонатологом в нескольких больницах в Гааге, до того как стать старшим консультантом по неонатологии и руководителем отделения интенсивной терапии для новорожденных в Детской больнице Юлианы. После окончания работы клиницистом в Гааге он участвовал в течение двух лет в работе специального проекта в Христианском медицинском центре Килиманджаро; целью проекта была организация последипломного обучения педиатров в сельских больницах северных районов Танзании. Д-р Дрейер был назначен старшим консультантом и

лектором по педиатрии в Центральной больнице королевы Елизаветы и медицинском колледже Малавийского университета в Блантире, где он уделял особое внимание вопросам перинатологии.

Д-р Дрейер был членом многих комитетов и комиссий и неоднократно участвовал в различных миссиях, работая в области охраны здоровья детей и последипломного обучения медицинских работников в Европе и Африке. В их числе – оценка резидуальных проявлений полиомиелита через 10 лет после иммунизации в Буркина Фасо (1990 год) и организация педиатрической скорой медицинской помощи в Анголе по проекту организации «Врачи без границ»; он также является членом рабочей группы организации «Врачи без границ» по последипломному обучению румынских медицинских работников в Нидерландах.

Д-р Дрейер является членом Европейской региональной комиссии ВОЗ по сертификации ликвидации полиомиелита с 1996 года.



ПРОФЕССОР СЕРГЕЙ ДРОЗДОВ

Сергей Григорьевич Дроздов окончил Кубанский государственный медицинский институт в Краснодаре (Россия) в 1952 году. В том же году он поступил для дальнейшего обучения в Институт вирусологии Академии медицинских наук СССР в Москве. В 1956 году д-р Дроздов получил степень кандидата медицинских наук по специальности «вирусология». В 1955 году он стал младшим научным сотрудником в только что организованном Институте полиомиелита и вирусных энцефалитов АМН СССР. В 1958 году д-р Дроздов стал старшим научным сотрудником, а в 1959 году – руководителем лаборатории эпидемиологии полиомиелита. В 1965 году д-р Дроздов получил степень доктора медицинских наук по вирусологии и эпидемиологии. С 1965 по 1971 год д-р Дроздов был сотрудником Отдела вирусных болезней в штаб-квартире ВОЗ в Женеве, Швейцария. В 1971 году он был назначен заместителем директора Института полиомиелита и вирусных энцефалитов, а с 1972 года он является директором этого института.

В 1978 году профессор Дроздов был избран членом-корреспондентом Академии медицинских наук СССР, а в 1984 году он стал действительным членом этой Академии.

Область научных интересов и профессиональной деятельности профессора Дроздова включает вирусологию, эпидемиологию, профилактику и ликвидацию полиомиелита; клещевой энцефалит; геморрагические лихорадки; ротавирусный гастроэнтерит; вирусология окружающей среды; биологическая безопасность в вирусологических лабораториях. Резуль-

таты научных исследований профессора Дроздова представлены более чем в 350 публикациях в научных журналах и бюллетенях, четырех монографиях и нескольких главах в различных руководствах. Кроме того, в Институте полиомиелита и вирусных энцефалитов проводятся фундаментальные научные исследования по общей и медицинской вирусологии, включая полиомиелит, энтеровирусные инфекции, клещевой энцефалит, геморрагические лихорадки, аренавирусные инфекции, вирусные гепатиты и бешенство. Производственный отдел института, созданный в 1957 году, выпускает полиовирусные вакцины, а также вакцины против клещевого энцефалита, бешенства и желтой лихорадки.

Профессор Дроздов является членом Глобальной комиссии ВОЗ по сертификации ликвидации полиомиелита с 1995 года, а с 1996 года – членом Европейской региональной комиссии ВОЗ по сертификации ликвидации полиомиелита.



ДОКТОР ДОНАТО ГРЕКО (DONATO GRECO)

Донато Греко родился в Неаполе, Италия, в 1947 году. Он получил диплом по медицине и хирургии в Неаполе в 1971 году и продолжил обучение в области медицины и общественного здравоохранения, получив специальные степени по инфекционным, тропическим и субтропическим болезням в Неапольском университете в 1974 году, по профилактической медицине и гигиене в Неапольском университете в 1977 году и по медицинской статистике в Римском университете в 1982 году. Д-р Греко прошел также обучение по проблемам общественного здравоохранения в Лондонской школе гигиены и тропической медицины, в Центрах по контролю и профилактике болезней США в Атланте на курсах по Расширенной программе иммунизации ВОЗ в Москве. Д-р Греко работал практическим врачом в инфекционной больнице имени Д.Кутуньо в Неаполе в течение 9 лет, прежде чем перешел на работу в Центральный институт здравоохранения (Istituto Superiore di Sanita) в Риме, где он создал лабораторию эпидемиологии и биологической статистики.

В 2004 году, после 26 лет работы в лаборатории эпидемиологии, где его основное внимание было уделено изучению эпидемиологии инфекционных болезней, д-р Греко был назначен генеральным директором отдела профилактики болезней в Министерстве здравоохранения Италии и директором только что организованного Национального центра по контролю болезней (ССМ). К этому времени он был уже автором более ста научных публикаций.

В течение более чем 20 лет д-р Греко способствовал укреплению служб общественного здравоохранения путем участия в работе различных коми-

тетов, комиссий и консультативных групп в Италии, Европейском Союзе и Всемирной организации здравоохранения. В течение этого времени он был директором Сотрудничающего центра ВОЗ по проблемам здоровья и надзору за болезнями в Центральном институте здравоохранения в Риме.

Д-р Греко является членом Европейской региональной комиссии ВОЗ по сертификации ликвидации полиомиелита с 1996 года.



ПРОФЕССОР БУРГХАРД ШТЮК (BURGHARD STÜCK)

Бургхард Штюк получил медицинское образование в Свободном университете в Берлине, Германия (Freie Universität Berlin), где он получил диплом врача в 1955 году. С 1955 по 1962 год д-р Штюк прошел обучение в интернатуре и резидентуре по неврологии, терапии и педиатрии в университетской больнице при Свободном университете в Берлине. Благодаря стипендии НАТО с 1962 по 1964 год он работал в Нью-Йорке в отделении иммунологии опухолей в Институте исследований по проблемам рака Слоун-Кеттеринг (Sloan-Kettering Institute for Cancer Research). В 1966 году д-р Штюк получил степень доктора медицинских наук и до 1974 года работал нештатным врачом в детской больнице Свободного университета в Берлине. В 1971 году он стал профессором педиатрии. В течение 20 лет, с 1974 по 1994 год, профессор Штюк был руководителем отдела педиатрии в университетской больнице имени Рудольфа Вирхова в Берлине.

В период с 1977 по 1998 год профессор Штюк был членом Национального консультативного комитета по иммунизации в Институте Роберта Коха в Берлине. Он также был членом Комитета по иммунизации Немецкой ассоциации по борьбе с вирусными заболеваниями (DVV) с 1975 по 2002 год.

Профессор Штюк является членом Европейской региональной комиссии ВОЗ по сертификации ликвидации полиомиелита с 1996 года.

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ
ЕВРОПЕЙСКОЙ РЕГИОНАЛЬНОЙ КОМИССИИ ПО СЕРТИФИКАЦИИ
20 ИЮНЯ 2002 ГОДА

Современная ситуация в Европейском регионе, в Восточно-Средиземноморском регионе и в глобальных масштабах



Слева направо:

*д-р Рей Сандерс (Ray Sanders), д-р Недрет Эмироглу (Nedret Emiroglu),
д-р Донато Греко (Donato Greco), сэр Джозеф Смит (Joseph Smith),
д-р Георгий Облапенко и д-р Даниэл Тарантола (Daniel Tarantola).*

ОБЗОР СИТУАЦИИ В ЕВРОПЕЙСКИХ СУБРЕГИОНАХ

В 1996 году для облегчения анализа ситуации в крупном и сложном регионе РКС рекомендовала разделить Европейский регион на 6 субрегиональных зон. Это следующие субрегионы:

- 1. Северный/Балтийский**
- 2. Западный**
- 3. Центральный**
- 4. Южный**
- 5. Центральный/Восточный**
- 6. Страны МЕКАКАР, Российская Федерация**

Анализ ситуации в каждом из этих субрегионов основан на оценке 10 компонентов организации медицинского обслуживания населения и проведения мероприятий по ликвидации полиомиелита. Описание использованных компонентов, а также резюме результатов оценки по каждому субрегиону представлены в приложении 2.

1. СЕВЕРНЫЙ/БАЛТИЙСКИЙ СУБРЕГИОН

(Дания, Эстония, Финляндия, Исландия, Латвия, Литва, Норвегия, Швеция)

Реформы в здравоохранении продолжают во всех странах этого субрегиона, а медицинские службы считаются хорошими или очень хорошими. Население имеет хороший доступ к службам иммунизации, а медицинские службы обладают потенциалом для выявления и правильной диагностики любого случая паралитического заболевания, если таковое возникнет. Уровень охвата плановыми прививками очень высокий; в большинстве стран используется только инактивированная полиомиелитная вакцина (ИПВ) или эта вакцина в сочетании с оральной полиомиелитной вакциной (ОПВ). Нет никаких свидетельств того, что в данном субрегионе могут существовать значительные группы населения, привитые не полностью.

Качество надзора в субрегионе высокое. Хотя системы надзора за острыми вялыми параличами (ОВП) существуют только в Эстонии, Латвии, Литве и Норвегии, почти все страны имеют системы надзора за энтеровирусами приемлемого качества, а в нескольких странах для получения дополнительных данных существует надзор за объектами окружающей среды. Системы контроля качества для лабораторий, проводящих исследования на энтеровирусы, имеются в Дании, Эстонии, Финляндии, Исландии, Латвии и Швеции.

Мероприятия по лабораторному контейменту осуществляются успешно почти во всех странах, слабый прогресс отмечается только в Швеции. На территории субрегиона имеется ограниченное число лабораторий, в которых сохраняются дикие полиовирусы; при этом все эти лаборатории работают с соблюдением режима биологической безопасности BSL-2/полио. Вероятность циркуляции местных штаммов диких полиовирусов оценивается как очень низкая, залогом чего являются хорошо функционирующие службы здравоохранения, обеспечивающие высокий уровень охвата прививками и высокое качество надзора. В странах имеются хорошие возможности для выявления любого случая возможного заноса диких полиовирусов.

2. ЗАПАДНЫЙ СУБРЕГИОН

(Австрия, Бельгия, Франция, Германия, Ирландия, Люксембург, Монако, Нидерланды, Швейцария, Соединенное Королевство)

Во всех странах этого субрегиона имеются хорошие или очень хорошие системы здравоохранения, обеспечивающие хороший доступ к медицинскому обслуживанию. Однако в нескольких крупных странах отсутствуют данные об охвате прививками, поскольку в настоящее время там отсутствуют системы для сбора такой информации. Несмотря на отсутствие этих данных, обычно считают, что системы плановой иммунизации достаточно эффективны и обеспечивают иммунизацию всеми плановыми прививками более 90% детей ко времени их поступления в школу. В Нидерландах имеется уязвимая группа населения, которая насчитывает около 300 тысяч человек, отказывающихся от вакцинации по религиозным соображениям; кроме того, во многих странах имеются достаточно сильные группы противников вакцинации. Во всех странах субрегиона, за исключением Великобритании, используется ИПВ.

В 2001 году системы надзора за ОВП были созданы только в 50% стран, причем качество их функционирования оставляло желать лучшего, особенно в отношении показателя сбора адекватных проб стула. Вместо надзора за ОВП некоторые страны используют данные, собираемые сетью надзора за энтеровирусами. Системы надзора за энтеровирусами функционируют хорошо, однако получаемая информация является сложной и трудна для обобщения. В целом, в этих странах отсутствуют системы сбора и обработки данных, которые позволяли бы легко

анализировать материалы в соответствии с требованиями инициативы по ликвидации полиомиелита. В дополнение к системе надзора за энтеровирусами, по крайней мере, в двух странах (во Франции и Нидерландах) имеются хорошо функционирующие системы надзора за окружающей средой.

Мероприятия по контейнменту осуществляются медленно, хотя во всех странах имеется возможность осуществить все намеченные планы и завершить к концу текущего года инвентаризацию всех имеющихся лабораторий. Этот субрегион, вероятно, является наиболее сложным в плане осуществления мероприятий по контейнменту, так как в него входят европейские страны с наибольшим количеством исследовательских, частных и учебных лабораторий.

Считается, что вероятность длительной циркуляции полиовирусов в этом субрегионе очень низка, так как во всех этих странах имеются хорошо развитые системы общественного здравоохранения, гарантирующие населению легкий доступ к медицинскому обслуживанию, качественный надзор за паралитическими заболеваниями и высокие уровни охвата прививками. Последний завозной случай полиомиелита был зарегистрирован во Франции в 1995 году, а дикие полиовирусы были обнаружены в последний раз в сточных водах во Франции в 1996 году, что демонстрирует хороший потенциал для выявления завозных случаев и вирусов. Последнюю в данном регионе вспышку, вызванную дикими полиовирусами, наблюдали в Нидерландах в 1993 году; она была отмечена среди людей, которые отказались от иммунизации по религиозным соображениям.

3. ЦЕНТРАЛЬНЫЙ СУБРЕГИОН

(Беларусь, Болгария, Чешская Республика, Венгрия, Польша, Словакия, Словения)

В большинстве стран субрегиона реформы системы здравоохранения продолжают развиваться, медицинское обслуживание населения хорошее или очень хорошее. Население имеет хороший доступ к службам иммунизации, а существующие системы здравоохранения имеют достаточный потенциал для своевременного выявления и диагностики паралитических заболеваний, а также для проведения необходимых мероприятий.

Во всех странах достигнут очень высокий уровень охвата плановыми прививками; все страны используют в своих программах иммунизации ОПВ, хотя в настоящее время несколько стран переходят на комбинированное применение ОПВ и ИПВ. После заноса диких полиовирусов в Болгарию в 2001 году в этой стране были проведены интенсивные мероприятия по дополнительной иммунизации; кроме того, дополнительная вакцинация представителей групп повышенного риска была проведена в Венгрии и Словакии.

Качество надзора за ОВП высокое в половине стран, а в остальных странах – удовлетворительное. В большинстве стран, помимо мероприятий по надзору за ОВП, осуществляется также надзор за энтеровирусами, а в двух странах проводится также надзор за окружающей средой. В целом, после заноса вируса в Болгарию качество дополнительных мероприятий по надзору улучшилось.

Значительный прогресс достигнут в проведении мероприятий по лабораторному контейнменту полиовирусов; в субрегионе были выявлены только семь лабораторий, в которых может храниться инфекционный материал, содержащий дикие полиовирусы; все эти лаборатории работают с соблюдением требований режима BSL-2/полио.

В настоящее время нет никаких данных, которые свидетельствовали бы о продолжающейся циркуляции полиовирусов в Болгарии или в соседних странах; все имеющиеся факты говорят о том, что успешное осуществление программ иммунизации обеспечило полное прекращение

циркуляции вируса. Благодаря хорошему качеству надзора и высоким уровням охвата прививками вероятность продолжения циркуляции местных штаммов диких полиовирусов в этом субрегионе очень низка.

4. ЮЖНЫЙ СУБРЕГИОН

(Андорра, Хорватия, Греция, Израиль, Италия, Мальта, Португалия, Сан-Марино, Испания)

Страны этого субрегиона имеют хорошие или очень хорошие системы общественного здравоохранения, причем население имеет хороший доступ к службам иммунизации и к профилактическим программам. Уровни охвата прививками высокие; при этом страны используют или только ОПВ, или живую вакцину в сочетании с ИПВ.

Надзор за ОВП организован только в семи из девяти стран, а качество его остается очень низким, особенно в отношении показателей сбора проб стула. Однако в шести странах в дополнение к надзору за ОВП существует качественный надзор за энтеровирусами, а в трех странах осуществляются программы надзора за окружающей средой.

Мероприятия по контейменту были осуществлены во всех странах за исключением Португалии, где эти мероприятия реализуются очень медленно. За исключением итальянских лабораторий, очень небольшое число лабораторий сохраняют инфекционные материалы, потенциально контаминированные дикими полиовирусами.

Хотя Андорра и Сан-Марино не представили информацию по надзору, в связи с небольшой численностью населения этих стран (менее 100 тысяч человек в двух странах) циркуляция полиовирусов в них не сможет поддерживаться. При наличии хорошо функционирующих систем здравоохранения, высоких уровней охвата прививками и интенсивных систем надзора вероятность длительной циркуляции диких полиовирусов в этом субрегионе представляется очень низкой.

5. ЦЕНТРАЛЬНЫЙ/ВОСТОЧНЫЙ СУБРЕГИОН

(Албания, Босния и Герцеговина, Бывшая Югославская Республика Македония, Республика Молдова, Румыния, Украина, Федеральная Республика Югославия)

В этом субрегионе реформы систем здравоохранения находятся в переходном периоде; качество медицинских служб удовлетворительное, население имеет достаточно хороший доступ к медицинскому обеспечению и к службам иммунизации. Во всех странах для осуществления программ иммунизации используется исключительно ОПВ, а уровень охвата прививками высокий. Тем не менее, высказывались опасения в связи с существованием не привитых полностью субпопуляций в Федеральной Республике Югославии и, особенно, в Боснии и Герцеговине. Сообщения о недавних кампаниях по дополнительной иммунизации, осуществленных в этих регионах, позволяют надеяться, что ОПВ получили не менее 90% целевых групп населения.

Во всех странах имеются хорошие системы надзора за ОВП с высокими показателями качества надзора как на национальном, так и на субнациональном уровнях. Единственным исключением была Босния и Герцеговина, однако недавно были проведены специальные мероприятия для усиления системы надзора, в результате чего к 2002 году был отмечен значительный прогресс. В Республике Молдова и Федеральной Республике Югославии также имеются хорошо функционирующие системы надзора за энтеровирусами. В Албании ежегодно проводятся исследования проб стула у здоровых детей в возрасте до 15 лет, а также лабораторная диагностика диарейных заболеваний у детей. В Украине имеется мощная система надзора за энтеро-

вирусами, хотя эта система и не соответствует стандартам контроля качества, установленным ВОЗ. В Молдове также функционирует система надзора за окружающей средой.

Мероприятия по контейменту были осуществлены во всех странах этого субрегиона. Здесь имеется только три национальных лаборатории, где инфекционные материалы с дикими полиовирусами хранятся в соответствии с требованиями режима BSL-2/полио.

Циркуляцию диких полиовирусов в этом субрегионе не обнаруживали со времени вспышки 1996 года, которая возникла в результате заноса диких полиовирусов в Албанию и Федеральную Республику Югославию. Учитывая существование относительно хороших систем здравоохранения, высоких уровней охвата прививками и качественных систем надзора можно сделать вывод о том, что вероятность циркуляции диких полиовирусов в этом субрегионе очень низка.

6. СТРАНЫ МЕКАКАР И РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

(Армения, Азербайджан, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Российская Федерация, Таджикистан, Турция, Туркменистан, Узбекистан)

На страны этого субрегиона приходится 33% численности населения Европейского региона; здесь имеются наименее развитые системы здравоохранения и отмечаются самые высокие показатели детской смертности. Эти страны входят в зону, которая еще недавно была эндемичной; здесь же были зарегистрированы последний случай обнаружения местных диких полиовирусов и последний случай заноса. В настоящее время здесь осуществляются реформы систем здравоохранения, хотя и сейчас население имеет хороший доступ к медицинской помощи, а службы иммунизации и эпидемиологического надзора являются адекватными. Все страны для осуществления программ иммунизации используют исключительно ОПВ, а для достижения и поддержания высоких уровней иммунизации в течение последних трех лет проводили интенсивные кампании по дополнительной иммунизации населения.

Во всех странах для выявления случаев полиомиелита используется система надзора за ОВП, хотя, как показал опыт идентификации диких полиовирусов в Грузии, может быть получена важная дополнительная информация благодаря интенсивным лабораторным исследованиям клинических проб и осуществлению надзора за окружающей средой. Качество надзора за ОВП обычно высокое, причем как на национальном, так и на субнациональном уровнях показатели качества надзора являются хорошими.

Мероприятия по контейменту осуществляются успешно; все страны, за исключением Грузии, завершили инвентаризацию всех своих лабораторий и составление национальных реестров. Всего лишь несколько лабораторий в субрегионе располагают материалами, которые могут содержать дикие полиовирусы.

Благодаря высокому уровню коллективного иммунитета, достигнутого при проведении плановой вакцинации и мероприятий по дополнительной иммунизации, а также качественному надзору за ОВП и дополнительному надзору за энтеровирусами, вероятность циркуляции местных штаммов диких полиовирусов представляется очень низкой. Однако в нескольких странах имеется высокий или средний риск возобновления циркуляции диких полиовирусов в случае заноса. К числу этих стран относятся Российская Федерация (регион Северного Кавказа), Таджикистан, Турция (юго-восточная часть страны), Азербайджан, Грузия и Узбекистан.

ЗАНОСЫ ДИКИХ ПОЛИОВИРУСОВ В СТРАНЫ РЕГИОНА: ПОЛУЧЕННЫЕ УРОКИ

В 2001 году в Европейском регионе были обнаружены два случая заноса диких полиовирусов – в Болгарию и Грузию; все имеющиеся данные свидетельствуют об очень ограниченной циркуляции вирусов после заноса в обоих случаях. Учитывая интенсивную циркуляцию вирусов, продолжающуюся в Пакистане и Афганистане, а также в северных районах Индии, следует признать, что в регионе сохраняется высокий риск заноса инфекции. В связи с этим исключительно важное значение имеет разработка во всех странах региона рекомендованных для подготовки национальных планов действий по поддержанию статуса, свободного от полиомиелита. Все страны должны обладать потенциалом для выявления случаев заноса полиовирусов и проведения эффективных мероприятий с целью предупреждения возобновления их циркуляции. Создание системы, которая обеспечит проведение эффективных мероприятий для предупреждения циркуляции вирусов после их заноса, имеет ключевое значение в сохранении статуса региона как территории, свободной от полиомиелита.

Уроки, извлеченные во время предыдущих случаев заноса полиовирусов (в Нидерланды, Соединенные Штаты Америки и Канаду в 1978 году, в Нидерланды и Канаду в 1992 году, в Китай в 1999 году, а также в Иран в 1999 году) убедительно продемонстрировали, что оперативное проведение всех необходимых мероприятий после обнаружения диких полиовирусов имеет решающее значение в ограничении их циркуляции и предупреждении дальнейшего распространения, а также в сохранении доверия населения к инициативе ликвидации полиомиелита. Эти примеры также убедительно показали, что случаи заноса вирусов на территории, свободные от полиомиелита, не являются какими-то исключительными событиями.

В 2001 году имели место два случая заноса полиовирусов в Европейский регион; при этом ответные мероприятия в Болгарии были оперативными и эффективными. Результаты внутри-типовой дифференциации были получены уже через 10 дней после первичного выделения вирусов, система надзора была усилена уже через 3 дня, а национальные дни иммунизации (НДИ) проведены в течение ближайших 30 дней. Все соседние страны после заноса вируса также оперативно провели необходимые мероприятия, усилив надзор и выявив группы повышенного риска и осуществив их вакцинацию. Результаты молекулярного секвенирования показали, что вирус может иметь происхождение из северных районов Индии, а материалы эпидемиологического расследования подтвердили заключение о том, что Индия является наиболее вероятным источником заноса вирусов. Второй случай заноса был выявлен в октябре 2001 года в Грузии в районе, расположенном недалеко от границы с Арменией и Азербайджаном. Здесь был выявлен ребенок с подозрением на менингит, который выделял с фекалиями дикие полиовирусы. В данном случае, так как у больного отсутствовал диагноз ОВП, была отмечена задержка в направлении выделенных штаммов полиовирусов для проведения внутри-типовой дифференциации. Кроме того, в этом случае ответные мероприятия осуществлялись не так оперативно, как в Болгарии, хотя был усилен надзор, а также были проведены мероприятия по дополнительной иммунизации. И в этом случае вирус, по-видимому, был занесен из северных районов Индии, хотя четкие эпидемиологические данные в пользу такого заключения отсутствовали.

Принципиальный урок, извлеченный из этого случая к настоящему времени, состоит в том, что можно вскоре ожидать новые случаи заноса. Все страны региона, особенно граничащие с эндемичными территориями, имеющие тесные экономические и культурные связи с эндемичными территориями, а также имеющие группы населения, не привитые полностью, должны

усилить своевременность мероприятий по надзору и обеспечить быструю регистрацию подозрительных случаев и их эпидемиологическое расследование. Концепция эпидемиологически и клинически подозрительных случаев – так называемых «горячих случаев» - в настоящее время имеет гораздо большее значение, чем когда-либо прежде, а быстрая регистрация и расследование таких случаев по-прежнему очень актуальны, если Европа намерена и в дальнейшем оставаться территорией, свободной от полиомиелита.

ПРОГРЕСС В ЛИКВИДАЦИИ ПОЛИОМИЕЛИТА В ВОСТОЧНО-СРЕДИЗЕМНОМОРСКОМ РЕГИОНЕ

В Восточно-Средиземноморском регионе циркуляция диких полиовирусов продолжается в четырех странах; высоко интенсивная циркуляция имеет место в Пакистане и Афганистане, а низко интенсивная циркуляция сохраняется в Сомали и Египте. В Судане последний случай полиомиелита был зарегистрирован в апреле 2001 года; в настоящее время эта страна считается свободной от полиомиелита. В 2001 году во всех этих пяти странах были осуществлены интенсивные мероприятия по дополнительной иммунизации и усилен эпидемиологический надзор; в 2002 году эти мероприятия были продолжены. Серьезной проблемой для региона является то, что в трех эндемичных или недавно эндемичных странах (Афганистан, Сомали и Судан) продолжаются внутренние конфликты, из-за чего не всегда возможен доступ к иммунизации тех детей, которым необходимы прививки.

К настоящему времени достигнуто высокое качество надзора за ОВП почти во всех странах Восточно-Средиземноморского региона; в большинстве стран в 2001 году показатель выявления случаев ОВП составлял ≥ 1 , а 2 пробы стула были взяты у 83% больных. Субоптимальный показатель сбора проб стула, отмеченный в Сомали в 2001 году, был улучшен в 2002 году. В 2001 году в регионе были зарегистрированы 140 случаев полиомиелита, связанных с дикими полиовирусами (Пакистан – 116, Афганистан – 11, Сомали – 7, Египет – 5, Судан – 1 случай). За истекший период 2002 года здесь были зарегистрированы 23 подтвержденных случая – 19 случаев в Пакистане и по 2 случая в Афганистане и Сомали. В Пакистане и Афганистане продолжают циркулировать полиовирусы типов 1 и 3, тогда как в последнее время в Сомали были обнаружены только вирусы типа 3.

Хотя в Пакистане продолжается широкомасштабная циркуляция диких полиовирусов, количество «инфицированных» районов за последние 2 года существенно сократилось; в 2002 году случаи, обусловленные дикими полиовирусами, были отмечены только в 13 районах. Основные эндемичные очаги в настоящее время располагаются в приграничных территориях вблизи границы между Пакистаном и Афганистаном. В Сомали за истекший период 2002 года было выявлено только 2 случая полиомиелита; качество надзора за ОВП высокое, однако показатель взятия проб стула составляет всего лишь 62% и должен быть улучшен. В Египте за 2001 год было зарегистрировано 5 случаев (на территории двух губерний). За истекший период 2002 года случаи полиомиелита не обнаруживали, хотя дикие полиовирусы были изолированы из проб сточных вод, собранных в пяти местах вдоль реки Нил. Последняя положительная проба, в которой были обнаружены дикие полиовирусы, была взята в апреле.

За последние 2 года в Восточно-Средиземноморском регионе был достигнут существенный прогресс в ликвидации полиомиелита. В настоящее время наиболее важными задачами являются сохранение завоеванных позиций и достижение цели ликвидации полиомиелита.

ОБЗОР СИТУАЦИИ В РЕГИОНЕ: ГОТОВЫ ЛИ МЫ К СЕРТИФИКАЦИИ?

На своем четырнадцатом заседании в марте 2002 года РКС проанализировала документацию из 51 страны, определила перечень необходимой дополнительной документации и сформулировала следующий перечень условий, необходимых для сертификации:

- представление убедительных доказательств о принятии эффективных мер после заноса диких полиовирусов в Болгарию и Грузию;
- подтверждение того, что страны региона достигли значительного прогресса в осуществлении лабораторного контейнента диких полиовирусов;
- получение из всех стран региона (51 страна) высококачественной обновленной документации, подтверждающей отсутствие в этих странах случаев полиомиелита, а также планов работы для поддержания статуса стран, свободных от полиомиелита, после проведения сертификации.

Правительства Болгарии и Грузии представили документы, информирующие о проведенных ими мероприятиях в связи с заносами диких полиовирусов в 2001 году, а также свидетельства о том, что проблема заноса вирусов была ими успешно решена. Кроме того, члены РКС посетили обе эти страны для оценки эпидемиологической ситуации и анализа проведенных мероприятий. Мероприятия в обеих странах были очень эффективными; были быстро проведены мероприятия по дополнительной иммунизации для ограничения потенциального распространения вируса, усилен надзор и улучшена целевая направленность служб иммунизации. Все имеющиеся данные убедительно подтверждают заключение о том, что в обеих странах был оперативно установлен контроль за случаями заноса, в результате чего было предупреждено возобновление циркуляции диких полиовирусов.

Выполнение Регионального плана мероприятий по контейненту лабораторных запасов диких полиовирусов за минувшие 2 года успешно продолжалось. Данные по лабораторному контейненту в отдельных странах были суммированы и представлены по субрегионам (приложение 2). Были отмечены некоторые задержки в выполнении плана, особенно в некоторых западно-европейских странах. Региональное бюро ВОЗ осуществляло тщательный мониторинг развития событий, а в случаях необходимости оказывало техническую помощь и поддержку. К настоящему времени все страны представили отчеты о прогрессе в выполнении мероприятий по контейненту; 41 из 51 стран-членов завершили составление национального реестра лабораторий и представили заключительный доклад, подписанный министром здравоохранения. Значительный прогресс был достигнут и в остальных 10 странах региона. Ожидается, что все страны смогут представить в РКС заключительный доклад по лабораторному контейненту в течение 2002 года.

Было показано, что качество надзора за дикими полиовирусами в течение последних трех лет постоянно улучшалось; в 2001 году средний по региону показатель выявления случаев неполиомиелитных ОВП составил 1,15 случая, а две пробы стула были собраны у 81% больных. Это высокое качество надзора сохранилось и в первом квартале 2002 года. Ежегодно в рамках Региональной сети полиомиелитных лабораторий производится исследование более чем 7000 проб стула от больных ОВП, а также около 3000 дополнительных проб от контактных лиц; при этом более чем в 75% случаев результаты исследования становятся известными в течение 28 дней после поступления проб в лаборатории. Во многих странах региона существенным дополнением к эпидемиологическому надзору за ОВП является надзор за энтеровирусами и надзор за окружающей средой. В 1999-2001 годах лабораториями этой сети, участвующими в

осуществлении надзора за энтеровирусами, для выявления полиовирусов было исследовано более 158 тысяч проб стула. В течение последних трех лет не было обнаружено ни одного местного штамма диких полиовирусов.

Кроме того, были предприняты усилия для оценки вероятности циркуляции местных штаммов диких полиовирусов с помощью комплексного индекса эпидемиологического надзора. В число критериев для расчета этого показателя входят состояние системы общественного здравоохранения, качество мероприятий по надзору и продолжительность периода отсутствия полиомиелита. На основе имеющихся оценочных данных можно с уверенностью высказать предположение, что все страны региона имеют хороший потенциал для своевременного выявления любого случая паралитического полиомиелита.

Была проведена оценка потенциального риска возобновления циркуляции диких полиовирусов в результате их заноса. Для проведения такой оценки использовали шесть основных критериев: уровень охвата прививками, показатели коллективного иммунитета, доля субпопуляций с высокой степенью риска, качество надзора, качество эпидемиологических служб и медицинской помощи населению, а также санитарно-гигиенический уровень жизни. По результатам этой оценки был сделан вывод, что повышенный риск возобновления циркуляции диких полиовирусов существует только в Боснии и Герцеговине, Нидерландах, Северо-Кавказском регионе Российской Федерации, Таджикистане и юго-восточных районах Турции. К группе стран с меньшей степенью риска относятся Азербайджан, Грузия, Греция и Узбекистан.

Региональное бюро ВОЗ разработало и распространило типовой Национальный план мероприятий для поддержания статуса территории, свободной от полиомиелита. В плане должны быть указаны мероприятия, осуществление которых необходимо для поддержания высоких уровней охвата плановыми прививками, мероприятия по дополнительной иммунизации населения (в случае их необходимости), мероприятия для поддержания высокого качества надзора, основанного на результатах лабораторных исследований, а также мероприятия, которые следует провести в случаях заноса диких полиовирусов. Детальные планы мероприятий были получены из 45 стран региона (из 51), а из остальных 6 стран были получены официальные сообщения о том, что данной проблеме министерства уделяют серьезное внимание, и были перечислены основные мероприятия.

В заключение необходимо отметить, что в регионе выполнены все предварительные условия для сертификации, сформулированные РКС; вся документация поступила на рассмотрение в РКС. Секретариат ВОЗ убежден, что в настоящее время Европейский регион готов к проведению сертификации.

НАЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ИММУНИЗАЦИИ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ

После разработки и утверждения совместной регистрационной формы ВОЗ и ЮНИСЕФ, стало возможным собирать и анализировать стандартизованную информацию об уровнях охвата прививками и показателях заболеваемости в каждой стране Европейского региона. Помимо прочего, совместная форма позволяет собирать ежегодные данные о показателях заболеваемости, схемах иммунизации, источниках поступления вакцины, уровнях охвата прививками и показателях работы систем иммунизации. Собранные данные уточняются и анализируются в штаб-квартире ВОЗ в Женеве; сведения о каждой стране публикуются в виде традиционных печатных документов, а также представлены в интернете.

Материалы из стран Европейского региона показали, что с 1990 года уровень охвата прививками увеличился и что в настоящее время охват прививками вакцинами, используемыми

в рамках Расширенной программы иммунизации, достаточно высок (более 90%). Более того, зарегистрированные показатели заболеваемости инфекциями, управляемыми с помощью средств специфической профилактики, сейчас низки. Однако возникают вопросы о качестве представленной информации, так как были обнаружены расхождения между официальными данными об уровне охвата прививками и оценочными данными, полученными при выборочном анализе. Вызывают также озабоченность данные на субнациональном уровне, особенно в тех случаях, когда агрегированные национальные данные наводят на мысль о том, что за высокими показателями охвата прививками могут скрываться значительные различия показателей на отдельных территориях или в отдельных субпопуляциях. Больше внимание должно быть уделено своевременности проведения мероприятий по иммунизации, а не только сбору общих цифр об охвате прививками. Небезосновательна тревога в отношении возможности того, что низкие показатели заболеваемости могут быть следствием неполного выявления и неполной регистрации случаев, а не действительного отсутствия заболеваний. В целом, в настоящее время уделяется больше внимания качеству собираемой информации, ее полноте, оперативности и точности.

Странам региона рекомендовано теперь уделять больше внимания улучшению служб иммунизации, повышению уровней охвата прививками и проведением вакцинации каждого индивидуума в целевых группах населения. Для осуществления этого необходимо улучшить доступ к населению путем применения инновационных подходов – например, проведению прививок на местах («вакцинация на выезде») и «пульсовых кампаний». Необходимо повысить уровень использования служб иммунизации, сократить количество невакцинированных лиц и отказаться от ложных противопоказаний к вакцинации. Странам рекомендовано принять стратегии, направленные на целевые группы населения и на группы наиболее высокого риска: бедные городские жители, население отдаленных сельских районов, различные меньшинства и мигранты. Для проведения вакцинации представителей этих трудно достижимых групп населения необходимо стратегическое планирование на местном уровне, вместе с созданием потенциала для улучшения работы на местах.

Дополнительное внимание должно быть также уделено другим аспектам выполнения программ иммунизации, в частности, холодовой цепи, логистике и безопасности иммунизации. Хотя эти направления работы являются (и всегда были) приоритетными, нехватка финансовых ресурсов в некоторых странах не позволяет с уверенностью заявлять, что потребности в этом всегда удовлетворяются в полном объеме. Очень важно, чтобы на местах был создан необходимый потенциал, чтобы инфраструктуры функционировали эффективно благодаря получению нужного оборудования и материалов, а также, чтобы руководство выполнением программ на местах соответствовало их целям.

Были внедрены индикаторы на флаконах с вакциной (vaccine vial monitors – VVM), которые были хорошо приняты специалистами и применяются достаточно широко. Все чаще используются самоблокирующиеся (auto-disable – AD) шприцы и контейнеры для сбора отходов; во многих странах организованы системы надзора за неблагоприятными проявлениями после иммунизации (НППИ). Однако для эффективного функционирования эти системы должны быть усилены. Странам рекомендовано улучшить использование запасов вакцин, особенно путем организации мониторинга на каждом уровне, а также осуществлять оценку потребностей на субнациональном уровне. В настоящее время проблемой, требующей особого внимания, является безопасность иммунизации – как в плане обеспечения безопасности инъекций, так и в отношении уничтожения отработанных материалов. Сейчас проводятся оценки ситуации, а в регионе интенсивно внедряются самоблокирующиеся шприцы и контейнеры для сбора отходов.

Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации (ГАВИ) – это международная коалиция многочисленных партнеров, включая национальные правительства, международные организации – такие, например, как Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Всемирный Банк и большое количество благотворительных организаций. ГАВИ оказывает финансовую помощь внедрению новых и недостаточно используемых вакцин – таких, например, как вакцина против гепатита В, вакцина против инфекции, обусловленной *Haemophilus influenzae* типа В (Hib), и вакцина против желтой лихорадки. ГАВИ также оказывает поддержку служб иммунизации и программ по безопасным инъекциям. Специальный алгоритм используется для оценки возможности получения странами средств из фонда этой организации и для определения того, куда выделенные средства должны быть направлены. Из 74 стран, которые могут рассчитывать на помощь альянса, 64 страны уже представили свои заявки, из которых к настоящему времени одобрены 53 заявки. Из этих 53 стран 11 стран находятся в Европейском регионе.

В регионе был достигнут значительный прогресс во внедрении вакцины против гепатита В; уже 40 стран включили эту вакцину в свои программы плановой иммунизации. Вакцина против Hib-инфекции широко используется в странах Западной Европы, однако очень слабо применяется в других странах Европейского региона. Многим странам необходимо провести оценку масштабов проблемы Hib-инфекции и потребностей в ресурсах, прежде чем приступить к внедрению этой вакцины в календарь прививок. Хотя внедрение новых препаратов осуществляется в целом достаточно успешно, необходимо добиться улучшения ситуации по использованию новых вакцин во многих странах региона.

Помимо создания возможностей для ускорения внедрения в практику новых вакцин, опыт работы ГАВИ показал успешность усилий по укреплению служб иммунизации путем внедрения оценки программ, разработки многолетних планов вакцинации населения, мобилизации ресурсов и координации всей работы, а также большего внимания проблеме безопасности инъекций. Совместная работа с ГАВИ позволяет создать возможности для расширения инфраструктуры и потенциала служб иммунизации, а также использованию накопленного опыта в других странах региона.

В целом, в странах региона имеются сильные, хорошо функционирующие программы иммунизации, однако работать существующим инфраструктурам приходится в стрессовой ситуации. Нередко политическое руководство не оказывает действенной поддержки выполнению долговременных программ иммунизации, следствием чего является недостаточный объем ресурсов, выделяемых службам иммунизации. Необходимо обеспечить сохранение созданных систем, добиваясь дальнейшего прогресса в осуществлении программ, улучшая инфраструктуру и совершенствуя мониторинг мероприятий, которые будут способствовать повышению качества и эффективности мероприятий. Существенное значение для дальнейшего прогресса имеет разработка многолетних национальных планов иммунизации с четким анализом современной ситуации в отдельных странах, определением круга неотложных проблем и указанием дальнейших перспектив работы служб иммунизации.

Регион активно продолжает осуществление программ борьбы с инфекциями, в частности, ликвидации полиомиелита, борьбы с дифтерией, элиминации кори и профилактики синдрома врожденной краснухи (СВК). Реализация программы ликвидации полиомиелита была очень успешной, и хорошие уроки могут быть извлечены из этого успеха. В настоящее время сложилась благоприятная ситуация по дифтерии; после вспышки 1994 года уровень заболеваемости существенно снижен. Заболеваемость корью существенно уменьшилась за последние 20 лет, причем в большинстве стран используется комбинированная вакцина против кори, эпидеми-

ческого паротита и краснухи (вакцина КПК, или «MMR»). Однако в Российской Федерации заболеваемость краснухой остается высокой. Стратегический план борьбы с корью и СВК нацелен на прерывание циркуляции вируса кори к 2010 году и предупреждение случаев СВК (до уровня менее 1 случая на 100 тысяч новорожденных). Для достижения этих целей были сформулированы шесть ключевых стратегий:

- достичь и поддерживать высокие уровни охвата прививками двумя дозами коревой вакцины,
- создать условия для получения второй дозы коревой вакцины,
- осуществлять целевые мероприятия в отношении групп населения, восприимчивых к краснушной инфекции,
- обеспечить защиту женщин репродуктивного возраста,
- усилить системы эпидемиологического надзора,
- облегчить доступ к информации по иммунизации.

Критическими компонентами этих стратегий являются общественная и политическая поддержка программ наряду с мобилизацией ресурсов, укреплением программ плановой иммунизации и усилением надзора, а также, что имеет особое значение – созданием соответствующей лабораторной сети.

В дальнейшем работа ВОЗ должна быть сфокусирована на национальном уровне путем оценки национальных потребностей и приоритетов, поддержки мероприятий на уровне стран, мобилизации технических и финансовых ресурсов, развитием национального потенциала и осуществлением деятельности в соответствии с региональными приоритетами. Координация в масштабах региона будет усилена благодаря улучшению обмена информацией и опытом работы, более эффективной поддержке программ и мобилизации ресурсов, лучшей координации поддержки со стороны партнеров и формированием инфраструктуры для повышения потенциала. Приоритеты следующего года включают усиление служб, осуществляющих плановую иммунизацию населения, путем укрепления существующих инфраструктур, повышения качества и безопасности иммунизации, а также созданием условий для улучшения руководства программами. Следует улучшить процесс внедрения новых вакцин, продолжить мероприятия по борьбе с дифтерией, а также как можно раньше приступить к реализации стратегического плана элиминации кори и предупреждения СВК.

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ
ЕВРОПЕЙСКОЙ РЕГИОНАЛЬНОЙ КОМИССИИ ПО СЕРТИФИКАЦИИ
21 ИЮНЯ 2002 ГОДА

Мероприятия в период после сертификации

ЛИКВИДАЦИЯ ПОЛИОМИЕЛИТА: ГЛОБАЛЬНЫЙ ПРОГРЕСС, СТРАТЕГИИ И ПЛАНЫ МЕРОПРИЯТИЙ В ПЕРИОД ПОСЛЕ СЕРТИФИКАЦИИ

За последние 18 месяцев в глобальных масштабах было отмечено значительное уменьшения числа зарегистрированных случаев полиомиелита – с 2971 случая в 2000 году до 498 случаев в 2001 году. За первые 5 месяцев 2002 года было выявлено менее 200 случаев полиомиелита. Это снижение числа зарегистрированных случаев представляется очень существенным, особенно если принимать во внимание повсеместное увеличение чувствительности надзора за острыми вялыми параличами (ОВП). В период с 2000 по 2001 год число стран, эндемичных по полиомиелиту, сократилось с 20 до десяти. По оценочным

данным, со времени начала реализации Глобальной инициативы по ликвидации полиомиелита в 1998 году удалось предупредить более пяти миллионов случаев паралитических заболеваний, преимущественно в развивающихся странах. Имеются убедительные данные, свидетельствующие о ликвидации заболеваний, обусловленных полиовирусом типа 2. Последний случай, вызванный

диким полиовирусом 2-го типа, был зарегистрирован в октябре 1999 года. Бангладеш и Демократическая Республика Конго, которые ранее были территориями с интенсивной циркуляцией полиовирусов, уже свободны от полиомиелита в течение более года. В настоящее время на планете остаются только пять стран с интенсивной циркуляцией полиовирусов: Индия, Пакистан, Афганистан, Нигерия и Нигер. На долю этих стран пришлось более 85% случаев полиомиелита, зарегистрированных в 2001 году. Африканский рог (Сомали, Судан и Эфиопия), Египет и Ангола считаются территориями с низкой циркуляцией полиовирусов, которую при осуществлении целенаправленных мероприятий по надзору и иммунизации можно будет уже в ближайшее время добиться прекращения циркуляции полиовирусов.

По мере того, как Глобальная инициатива по ликвидации полиомиелита приближается к достижению поставленной цели, появились новые проблемы, в частности, возникновение в двух



Сэр Джозеф Смит (Joseph Smith – в центре) объявляет о решении РКС сертифицировать Европейский регион ВОЗ как территорию, свободную от полиомиелита.

регионах эпидемий, обусловленных вакцинно-родственными полиовирусами (ВРПВ), а также нарастающая необходимость разработки стратегии иммунизации против полиомиелита в период после ликвидации этой инфекции. Результаты анализа ретроспективных данных показывают, что в 80-х годах XX века в Египте могла иметь место вспышка, обусловленная ВРПВ типа 2, хотя нет никаких данных о том, что вспышки, вызванные ВРПВ, были в прошлом частым явлением. Случаи полиомиелита, обусловленные ВРПВ типа 1, были выявлены в Гаити и Доминиканской Республике в 2000 и 2001 годах (21 случай с вирусологическим подтверждением диагноза), а также на Филиппинах в 2001 году (три случая с вирусологическим подтверждением и один контактный случай). Анализ нуклеотидных последовательностей вирусного генома выделенных штаммов показал наличие более 2% отличий от вакцинного штамма Сэбина; это наводит на мысль о том, что эволюция вируса продолжалась в течение около двух лет до регистрации случаев паралитических заболеваний. В настоящее время исследователи считают, что низкий уровень охвата прививками может быть фактором риска для появления ВРПВ. Это означает, что в Европейском регионе ВОЗ возрастет риск возникновения вспышек, обусловленных ВРПВ, если будут снижены уровни охвата прививками против полиомиелита. Если не будут сохранены высокие уровни охвата прививками и если не будет выработана полноценная стратегия иммунизации в период после ликвидации, обыденным явлением могут стать вспышки полиомиелита, связанные с ВРПВ.

Учитывая быстрый прогресс, достигнутый за последнее время в прекращении циркуляции диких полиовирусов, было ускорено выполнение программы работ по разработке стратегии иммунизации в период после сертификации. ВОЗ вместе со своими партнерами координирует выполнение научных исследований, результаты которых необходимы для выработки глобального консенсуса о самой безопасной и наиболее эффективной стратегии иммунизации в период после ликвидации диких полиовирусов. Сохраняется необходимость проведения открытой дискуссии в масштабах значительно более широкой аудитории и с участием работников здравоохранения, эпидемиологов и научных экспертов, которые не принимали непосредственного участия в выполнении программы ликвидации полиомиелита. Необходимо также обсудить различные ресурсы и варианты, имеющиеся в каждом субрегионе.

НОВЫЕ ДАННЫЕ О СИТУАЦИИ В СТРАНАХ

НИДЕРЛАНДЫ: НАДЗОР ЗА ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДОЙ КАК ДОПОЛНЕНИЕ К НАДЗОРУ ЗА ОВП В ПОПУЛЯЦИЯХ ВЫСОКОГО РИСКА

Хотя надзор за ОВП осуществляется в Нидерландах с 1992 года, система регистрации работает слабо. Надзор за энтеровирусами используется в качестве дополнительной системы надзора, в рамках которой ежегодно проводятся исследования около 10 тысяч проб стула. С 1993 года ежегодно выделяется около 650 штаммов энтеровирусов, из которых от одного до трех штаммов идентифицируются как полиовирусы. Все выделенные штаммы полиовирусов были вакцинно-родственными вирусами (типа Сэбина), а поскольку в Нидерландах для иммунизации детей используется инактивированная вакцина, выделение всех этих штаммов всегда было результатом заноса из стран, применяющих ОПВ.

Надзор за окружающей средой для выявления полиовирусов начали применять в Нидерландах по приказу министерства здравоохранения как ответную меру на вспышку заболеваний, вызванных дикими полиовирусами в ортодоксальной религиозной общине. Эта вспышка наблюдалась в период с сентября 1992 года по февраль 1993 года в религиозной общине, которая

обычно отказывается от вакцинации. Анализ эпидемиологических и вирусологических данных показал, что надзор за окружающей средой оказался эффективным средством во время этой вспышки. Дикие полиовирусы были обнаружены на территории высокого риска за неделю до регистрации первых клинических случаев заболевания, а при ретроспективных исследованиях было установлено наличие вируса, обусловившего вспышку, в пробах, собранных за три недели до выявления первого случая заболевания. Во время этой вспышки дикие полиовирусы типа 3 были обнаружены в 23 из 269 проб, собранных в районе выхода сточных вод с территории проживания общины, пораженной вспышкой. После регистрации последнего клинического случая дикие полиовирусы больше не обнаруживались, что подтверждало вывод о завершении вспышки.

С августа 1988 года по февраль 1999 года был реализован проект по более тщательному мониторингу за циркуляцией энтеровирусов в четырех населенных пунктах, где проживали представители ортодоксальной религиозной общины. Ежедневно в каждой деревне собирали для исследования по одному литру сточных вод; с помощью культурального исследования энтеровирусы были обнаружены в 41 пробе (37%), а с помощью специфической ОТ-ПЦР энтеровирусы выявили в 76 пробах (68%). Полиовирусы не были обнаружены ни в одной собранной пробе.

С 1999 года надзор за окружающей средой был использован для целей мониторинга в нескольких выбранных деревнях указанной территории высокого риска (то есть в местах, связанных со вспышкой 1992 года) и в нескольких средних школах. Пробы собирали в 15 местах, в течение года в каждом месте брали не более семи проб. Всего в течение года было собрано 105 проб, в том числе 63 пробы в школах и 42 пробы в деревнях. Полиовирусы не были выявлены ни в одной пробе, собранной с марта 1993 года, однако более чем в 20% проб, взятых в школах, и более чем в 50% проб, собранных в деревнях, были обнаружены неполиомиелитные энтеровирусы. Для мониторинга за циркуляцией энтеровирусов использовали типирование штаммов, выделенных из объектов окружающей среды. Надзор за окружающей средой был также целенаправленно использован на других территориях высокого риска, в частности, в трех основных центрах, через которые проходит большая часть иммигрантов, а также популяция иммигрантов в Роттердаме во время вспышки, обусловленной полиовирусами типа 3 в Кабо Верде. На этих территориях полиовирусы не были обнаружены.

Было установлено, что надзор за окружающей средой в Нидерландах является важным средством в дополнение к надзору за ОВП в популяциях высокого риска. Однако остается неясным, сможет ли рутинный надзор за окружающей средой быть надежным средством для мониторинга полиовирусов в крупных городах со значительной популяцией иммигрантов. Очень важно подчеркнуть, что информацию, полученную при исследовании проб из окружающей среды, всегда следует рассматривать как дополнительную информацию к результатам надзора за ОВП, который остается «золотым стандартом» для программ ликвидации полиомиелита.

ИСПАНИЯ: НАДЗОР ЗА ЭНТЕРОВИРУСАМИ И НАЦИОНАЛЬНАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ СЕТЬ

В 1998 году в Испании была организована субнациональная сеть лабораторий, производящих исследования на энтеровирусы, для использования в рамках системы надзора за ОВП. С 1999 года эти лаборатории осуществляют надзор за энтеровирусами с помощью тестирования проб от госпитализированных больных с тяжелыми неврологическими заболеваниями. С того времени сеть значительно расширила свою деятельность и осуществляет изучение штаммов энтеровирусов, которые были выделены в других лабораториях, не входящих в систему надзора

за ОВП. Все штаммы энтеровирусов пересылаются в Национальную полиомиелитную лабораторию для подтверждения и характеристики в соответствии с методами, рекомендованными ВОЗ.

Выделение вирусов осуществляется на клетках линий L20B, RD, HEp2 и фибробластах, хотя в Испании не все субнациональные лаборатории имеют возможность работать с клетками L20B. Для выявления антигенов энтеровирусов используется также реакция иммунофлуоресценции. Все лаборатории сообщают о результатах своей работы ежемесячно, а также проводят контрольные исследования чувствительности используемых клеточных культур; эту работу координирует Национальная полиомиелитная лаборатория. Кроме того, Национальная полиомиелитная лаборатория использует ОТ-ПЦР для характеристики выделенных штаммов энтеровирусов. В прошлом с помощью ПЦР проводили внутритиповую дифференциацию всех штаммов полиовирусов. С недавних пор все лаборатории для диагностических целей начали применять ОТ-ПЦР, разработанную CDC. В соответствии с рекомендациями ВОЗ, у всех штаммов, исследованных с помощью ОТ-ПЦР, проводится секвенирование области VP1 вирусного генома.

С 1999 года ежегодно лабораториями сети производится исследование от одной до полутора тысяч проб, а также около 6,5 тысяч проб от соответствующих больных. В 1999 году частота обнаружения энтеровирусов составляла 7%, в 2000 году – 14%, а в 2001 году положительные результаты при исследовании на энтеровирусы были получены в 13% проб. Из 75 штаммов полиовирусов, выделенных к настоящему времени, 47% штаммов были обнаружены в пробах стула; частота выделения полиовирусов составила 0,9%. Только 12% штаммов были выделены от больных с острыми вялыми параличами; большинство из остальных штаммов были выделены от больных с серозными (асептическими) менингитами.

Создается впечатление, что в Испании надзор за энтеровирусами является эффективным средством дополнительного надзора; с его помощью получена ценная для общественного здравоохранения информация по эпидемиологии энтеровирусов, которую ни в коем случае не удалось бы получить в рамках надзора только за случаями ОВП.

ФРАНЦИЯ: ЛАБОРАТОРНЫЙ КОНТЕЙНМЕНТ ПОЛИОВИРУСОВ

Хотя во Франции процесс лабораторного контейнмента полиовирусов начинался медленно, в настоящее время эти мероприятия осуществляются в полном соответствии с утвержденным Национальным планом действий по лабораторному контейнменту полиовирусов. Этот процесс начался с оценки ситуации в лабораториях системы общественного здравоохранения. Был составлен предварительный список, включавший 5869 лабораторий; в каждую лабораторию был направлен специальный вопросник. К настоящему времени заполненные анкеты поступили из 3644 лабораторий (62%). Из числа этих лабораторий инфекционный материал, содержащий полиовирусы, хранится в 26 лабораториях (0,7%), а потенциально инфекционный материал – в 67 лабораториях (2%).

Считается, что за пределами сектора общественного здравоохранения имеется около трех тысяч лабораторий; в настоящее время составляется список этих лабораторий. Была создана межведомственная группа из представителей различных министерств, которая должна провести оценку лабораторий, не входящих в систему министерства здравоохранения. Для оценки ситуации в этих лабораториях будет использован тот же подход, что и в системе общественного здравоохранения.

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ: ПЛАН МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПОДДЕРЖАНИИ СТАТУСА ТЕРРИТОРИИ, СВОБОДНОЙ ОТ ПОЛИОМИЕЛИТА

В Российской Федерации была разработана успешно осуществленная «Программа ликвидации полиомиелита», с высокими уровнями охвата прививками против полиомиелита, высококачественным надзором за ОВП и сильной национальной лабораторной сетью. Теперь в национальном плане действий по ликвидации полиомиелита основное внимание должно быть уделено продолжению реализации всех этих мероприятий для сохранения статуса территории, свободной от полиомиелита.

Значительное внимание в «Национальном плане действий для сохранения статуса территории, свободной от полиомиелита» уделено подготовке медицинских работников. Это имеет первоочередное значение для сохранения высокого качества надзора за ОВП в настоящее время, когда цели в этой области уже достигнуты. Помимо обучения медицинских работников на некоторых территориях будут осуществляться проверочные визиты на места для проведения дополнительной разъяснительной работы о важности надзора.

Сеть полиомиелитных лабораторий продемонстрировала свой высокий потенциал и значительно улучшила показатели своей работы за последние годы. Используя накопленный опыт работы данной сети, по этой модели будет организована новая лабораторная сеть для осуществления надзора за энтеровирусами, в основу которой будет положена существующая сеть полиомиелитных лабораторий. В настоящее время ежегодно на энтеровирусы производится исследование около 40 тысяч проб, однако для этих исследований иногда применяются устаревшие методы; кроме того, отсутствует контроль качества. В рамках надзора за окружающей средой ежегодно производится исследование около 10 тысяч проб сточных вод. Можно надеяться, что уроки создания сети полиомиелитных лабораторий для надзора за ОВП позволят ускорить внедрение новых методов исследования на энтеровирусы и системы контроля качества. Ожидается, что с помощью лабораторной сети для надзора за энтеровирусами будет получена ценная дополнительная информация.

Уровни охвата плановыми прививками на территории Российской Федерации остаются достаточно высокими, хотя на двух территориях – в республике Ингушетия и в Чеченской Республике – эти уровни еще низки. Программа ликвидации полиомиелита должна прилагать все усилия, чтобы повысить уровень охвата плановыми прививками на этих территориях. В «Национальном плане действий» указано на необходимость организации мониторинга за уровнем охвата прививками на районном уровне, чтобы добиться снижения числа районов с низкими уровнями иммунизации и сосредоточить проведение мероприятий по дополнительной иммунизации на тех территориях, где они окажутся наиболее эффективными. Еще одной проблемой является поддержание высоких уровней охвата плановыми прививками среди мигрантов. Например, в настоящее время дети из Чеченской Республики проживают во многих областях Российской Федерации. Необходимо предпринять попытки для создания специального реестра этих детей и гарантировать их обеспечение медицинской и профилактической помощью, включая иммунизацию против полиомиелита.

В подготовленном в Российской Федерации «Плане действий» учтены требования ВОЗ к проведению лабораторного контейнента диких полиовирусов. Создан национальный реестр лабораторий, в которых хранятся полиовирусы и потенциально инфекционные материалы. Следующим шагом по контейнменту должно стать соблюдение во всех лабораториях, работающих с полиовирусами, режима биологической безопасности BSL-2/polio, что позволит свести к минимуму риск внутрилабораторного инфицирования.

19, 20 И 21 ИЮНЯ 2002 ГОДА

Закрытые заседания РКС

ПРИСУТСТВОВАЛИ:

Сэр Джозеф Смит (Joseph Smith), председатель РКС
Проф. Маргарита Боттигер (Margareta Böttiger), член РКС
Проф. Иштван Домок (Istvaan Dömök), член РКС
Д-р Уолтер Даудл (Walter Dowdle), член РКС
Д-р Георг Дрейер (George F. Drejer), член РКС
Проф. Сергей Дроздов (Sergey G. Drozdov), член РКС
Д-р Донато Греко (Donato Greco), член РКС
Проф. Бургхард Штук (Burghard Stück), член РКС

Д-р Энтони Адамс (Anthony Adams), представитель Глобальной комиссии по сертификации
Д-р Роуз Лик (Rose Leke), представитель Глобальной комиссии по сертификации
Д-р Абдулахи Дэриа (Abdullahi Deria), представитель РКС, Восточно-Средиземноморский регион
Проф. Нтуту Эндрю Мафохане (Ntutu Andrew Mafojane), представитель РКС, Африканский регион

Д-р Недрет Эмироглу (Nedret Emiroglu), Европейское региональное бюро ВОЗ
Д-р Галина Липская (Galina Lipskaya), Европейское региональное бюро ВОЗ
Д-р Георгий Облапенко (George Oblapenko), Европейское региональное бюро ВОЗ
Д-р Стивен Вассиляк (Steven Wassilak), Европейское региональное бюро ВОЗ
Д-р Роланд Саттер (Roland Sutter), штаб-квартира ВОЗ
Д-р Рей Сандерс (Ray Sanders), Европейское региональное бюро ВОЗ, репортер

Во время проведения 15-го совещания Региональной комиссии по сертификации (РКС) члены РКС и приглашенные участники провели 4 закрытых заседания. Программа заседаний приведена в приложении 1. Не все перечисленные выше участники присутствовали на всех заседаниях.

ОТЧЕТ О ЗАКРЫТЫХ ЗАСЕДАНИЯХ ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ РАЗДЕЛЫ:**Закрытое заседание РКС 19 июня 2002 года**

- 1) Современная ситуация в Грузии;
- 2) Развитие ситуации в Боснии и Герцеговине;
- 3) Анализ документации, затребованной от всех стран.

Закрытое заседание РКС 20 июня 2002 года (утро)

- 4) Ситуация в Германии, Греции, Ирландии и Словении.

Закрытое заседание РКС 20 июня 2002 года (вечер)

- 5) Окончательное рассмотрение документации, представленной странами, и принятие решения о статусе Европейского региона как региона, свободного от полиомиелита.

Закрытое заседание РКС 21 июня 2002 года

- 6) Обсуждение повестки дня последующих заседаний и планов работы на будущее.

ЗАКРЫТОЕ ЗАСЕДАНИЕ РКС 19 ИЮНЯ 2002 ГОДА**1. Современная ситуация в Грузии**

В соответствии с рекомендациями 14-го заседания Региональной комиссии по сертификации (РКС), из Грузии были запрошена обновленная информация о состоянии мероприятий, связанных с заносом диких полиовирусов, повышением уровня охвата прививками и представлением документации для сертификации.

а) Доказательства ликвидации случая заноса диких полиовирусов.

В сентябре 2001 года, после 10-летнего периода отсутствия полиомиелита, в Марнеульском районе Квемо-Картлинской области Грузии был выявлен подтвержденный случай непаралитического заболевания, обусловленного диким полиовирусом. Клинически случай был диагностирован как вирусный менингоэнцефалит. Заболевание было выявлено у шестилетнего мальчика из народности азери, не получившего всех прививок. Результаты вирусологических исследований показали, что выделенный дикий полиовирус был родственен современным штамм, циркулирующим в северных районах Индии, на основании чего был сделан вывод о заносе инфекции в регион. Тем не менее, в результате эпидемиологического расследования не было выявлено никаких эпидемиологических связей с северной Индией ни у больного, ни у контактных лиц.

Ответные мероприятия в связи с заносом вируса, которые начали осуществлять в декабре 2001 года, заключались в усилении активного надзора за ОВП и в ретроспективном анализе всех историй болезни данной больницы, начиная с января 2001 года. Благодаря этим мерам был выявлен один ранее не зарегистрированный случай ОВП, хотя дополнительные случаи полиомиелитоподобных заболеваний или заболеваний, совместимых с полиомиелитом, не были обнаружены. В конце 2001 года и январе 2002 года был проведен учебный семинар по ОВП, что привело к улучшению регистрации случаев ОВП и повышению показателей сбора проб стула. В декабре 2001 года в деревне, где жил больной, и в пяти соседних деревнях была проведена подчищающая иммунизация. Охват прививками при этом составил 95%. Второй тур подчи-

щающей иммунизации был проведен в тех же деревнях в январе 2002 года, а охват прививками теперь составил 98%.

В декабре и январе от лиц, контактировавших с больным дома и в больнице, были собраны 47 проб стула. Все собранные пробы стула были исследованы, однако дикие полиовирусы в них не были обнаружены. При серологических исследованиях у всех 47 контактных лиц были обнаружены антитела ко всем трем типам полиовирусов в высоких титрах. С января по апрель 2002 года была проведена национальная кампания по исследованию проб стула на полиовирусы; при этом были исследованы 740 проб стула от 634 госпитализированных больных и от 106 здоровых детей из 10 областей Грузии. Ни в одном случае дикие полиовирусы не были обнаружены, хотя в 20 пробах были выявлены вакцинные полиовирусы Сэбина, а в 5 пробах – неполиомиелитные энтеровирусы. Из проб сточных вод, собранных в период с сентября 2001 года по февраль 2002 года, были выделены только вакцинные полиовирусы Сэбина и неполиомиелитные энтеровирусы.

В феврале и марте 2002 года были успешно проведены два тура национальных дней иммунизации, направленных на детей в возрасте до 6 лет. Охват прививками в целом по стране составил соответственно 92,6% и 95,6%. На региональном уровне только 2 территории (Тбилиси и Квемо-Картли) сообщили об уровнях охвата прививками менее 90%. При анализе по административным территориям (районы города) было установлено, что уровень охвата прививками при проведении первого тура иммунизации составил более 90% в 89,4% случаев, а при проведении второго тура - в 92,4% случаев.

Даже при наличии усиленных мероприятий по надзору с декабря 2001 года, то есть с момента начала проведения специальных исследований, не было получено никаких данных, которые свидетельствовали бы о продолжающейся циркуляции диких полиовирусов.

б) Мероприятия по улучшению охвата прививками среди детей в возрасте до 12 месяцев.

Значительные усилия были направлены на улучшение своевременности проведения вакцинации. Охват тремя дозами прививок против полиомиелита (ОПВ3) был увеличен с 90,5% в 1999 году до 93,6% в 2000 году, а затем до 97,3% к концу 2001 года. Однако боязнь возможных побочных реакций после иммунизации и использование многими медицинскими работниками ложных противопоказаний к вакцинации могли быть причинами несвоевременного проведения прививок. Для проведения мониторинга своевременности вакцинации и для улучшения организации прививочной кампании были внедрены новые отчетные формы. Обучение медицинских работников районного уровня по вопросам безопасности иммунизации и противопоказаниям к вакцинации запланировано на третий квартал 2002 года.

Были созданы семь мобильных бригад для проведения вакцинации, чтобы повысить уровни охвата прививками в приграничных районах и на труднодоступных территориях. Эти бригады проводили подворную иммунизацию на территориях повышенного риска с сентября 2001 года; к настоящему времени ими вакцинированы более 2750 детей.

в) Разработка плана мероприятий для поддержания высокого качества надзора и высоких уровней охвата прививками в период после сертификации.

Министерством труда, здравоохранения и социального обеспечения был разработан и утвержден «План мероприятий по поддержанию статуса, свободного от полиомиелита». Этот план предусматривает проведение субнациональных дней иммунизации в третьем квартале 2002 года, улучшение охвата прививками в приграничных районах и популяциях высокого риска, а также улучшения качества плановой вакцинации, чему будет способствовать формулиро-

вание более реальных целевых показателей на районном уровне. Планом также предусмотрено усиление мероприятий по надзору с использованием специальных исследований проб стула в национальных масштабах, расширения программ надзора за окружающей средой и усиления надзора за энтеровирусами. Однако качественное осуществление этих мероприятий будет зависеть от изыскания необходимых ресурсов.

г) Состояние мероприятий по лабораторному контейменту диких полиовирусов.

Заключительный доклад из Грузии был представлен в Европейское региональное бюро ВОЗ 24 мая 2002 года. Национальная полиомиелитная лаборатория при Национальном центре контроля болезней является единственным учреждением в Грузии, где могут храниться материалы, потенциально инфицированные полиовирусами; режим работы в этой лаборатории соответствует требованиям биологической безопасности уровня BSL-2/полио.

д) Дополнительная информация с территорий, контролируемых сепаратистами в Автономной Республике Абхазии и бывшей автономной области Южная Осетия (регион Цхинвали).

По оценкам специалистам, на этих территориях проживает немного детей (около 55 тысяч), поэтому отсутствие данных из этих районов не оказывает существенного влияния на качество всей информации, представленной для проведения сертификации. Однако для получения максимально полной картины правительство приложило значительные усилия для сбора дополнительной информации. В Абхазии в 1995-1997 годах в рамках программы МЕКАКАР были проведены национальные дни иммунизации; при этом удалось добиться высоких уровней охвата прививками. Была выделена вакцина для проведения мероприятий по дополнительной иммунизации в 2002 году, однако пока еще нет детальной информации о результатах проведения этих мероприятий. В недавнем сообщении из Абхазии указано, что в течение первых пяти месяцев 2000 года уровень охвата прививками ОПВ3 составил 75% детей целевой группы; это значительно лучше, чем в предшествующие годы. В начале 2002 года благодаря спонсорской поддержке ВОЗ было проведено обучение медицинских работников среднего уровня; кроме того, запланированы дополнительные учебные семинары. Согласно имеющимся сообщениям, в Абхазии в 2000 году был выявлен один случай ОВП; для проведения дальнейшего обследования и лечения этот пациент был направлен в Сочи (Российская Федерация).

Из Южной Осетии имеется более скудная информация. Охват прививками при проведении НДИ в 1997 году составил при проведении первого тура 54%, а во время второго тура – 64%. Информация об уровнях охвата прививками в настоящее время отсутствует. Дикие полиовирусы не были обнаружены в пробах из окружающей среды, собранных в конце 2001 года и исследованных в Национальной полиомиелитной лаборатории в Тбилиси. В странах и на территориях, граничащих с Грузией, уровень охвата прививками и качество надзора за ОВП высокие, поэтому очень маловероятно, что соседние страны или территории могут послужить источником диких полиовирусов.

Заключение РКС:

Комиссия с признательностью отмечает усилия, которые были предприняты Грузинским национальным комитетом по сертификации для выполнения ранее сформулированных комиссией рекомендаций и предложений, и считает, что все эти рекомендации были выполнены. Нет никаких возражений или препятствий, которые помешали бы принять обновленную документацию, представленную Грузинским национальным комитетом по сертификации.

2) Развитие ситуации в Боснии и Герцеговине

На своем 14-м заседании Региональная комиссия по сертификации обратилась с просьбой к Боснии и Герцеговине представить новейшую информацию об уровнях охвата прививками ОПВ, а также о мероприятиях по усиленному надзору за ОВП и лабораторному контейменту.

а) Плановая иммунизация против полиомиелита

Наблюдалось стабильное улучшение уровней охвата прививками; в настоящее время мониторинг состояния иммунизации детей тремя дозами ОПВ осуществляется в Боснии и Герцеговине ежемесячно. Однако в Сербской Республике такой мониторинг проводится все еще только один раз в год, причем нет никаких данных о возможности улучшения ситуации в ближайшем будущем. С 1998 года отмечается постоянное увеличение уровня охвата прививками, причем в 2002 году во всех кантонах показатель составил более 90%. Однако все еще имеется некоторая неопределенность в отношении происхождения и достоверности величины знаменателя, который используется для определения показателя охвата прививками.

б) Надзор за ОВП

Благодаря спонсорской помощи со стороны ВОЗ в апреле 2002 года в Сараево и Банья Луке были проведены учебные курсы по надзору за ОВП. Эти курсы были рассчитаны на врачей, работающих «в полевых условиях»; в них участвовали преимущественно педиатры и эпидемиологи. Для национальной программы иммунизации было бы очень полезно организовать еще одни аналогичные курсы во второй половине текущего года.

За первые 5 месяцев 2002 года были зарегистрированы и обследованы 2 случая ОВП. У обоих больных были взяты адекватные пробы стула, при исследовании которых полиовирусы не были обнаружены. В марте 2002 года в Бжелине, Сербская Республика, был выявлен дополнительный «горячий» случай. Ребенок был направлен на лечение в Белград, Югославия, где из проб стула были выделены полиовирусы 3-го типа (штамм Сэбина). В деталях информации по этому случаю имеются некоторые противоречия, так как данные поступают из трех стран (Босния и Герцеговина, Сербская Республика и Федеральная Республика Югославия). Тем не менее, все стороны абсолютно уверены, что данный случай не связан с дикими полиовирусами.

в) Лабораторный контеймент диких полиовирусов

В стране продолжается инвентаризация всех лабораторий; к настоящему времени в реестр уже включены 84 государственных лаборатории. Создается впечатление, что имеется еще список частных лабораторий, однако он пока не был представлен. Пока не известно, какое количество из 84 лабораторий, с которыми установлены контакты, ответили на вопросники. Тем не менее, пока что ни в одной из ответивших лабораторий не выявлены дикие полиовирусы, а в 24 микробиологических лабораториях имеются потенциально инфекционные материалы. В дальнейшем будет необходимо проконтролировать завершение составления реестра лабораторий и получение ответов из всех лабораторий.

Заключение РКС:

Комиссия с удовлетворением отмечает усилия, которые были предприняты для реализации программы в очень сложной ситуации, существующей в Боснии и Герцеговине. Хотя представленная документация вполне приемлема для решения неотложных вопросов, для продолжения и расширения работы потребуется долговременная помощь со стороны ВОЗ и международно-

го сообщества. В Комиссии сохраняется озабоченность в отношении способности национальных органов здравоохранения поддерживать существующий уровень охвата прививками и качество надзора в период после сертификации, когда все еще будет сохраняться высокий риск заноса полиовирусов.

Обновленная документация, представленная Национальным комитетом по сертификации Боснии и Герцеговины, не вызвала возражений со стороны членов Комиссии.

3) АНАЛИЗ ДОКУМЕНТАЦИИ, ЗАТРЕБОВАННОЙ ОТ ВСЕХ СТРАН

Комиссия пересмотрела требования к документации, которую должны представить все страны-члены ВОЗ, и ее статус.

а) Национальный план мероприятий по поддержанию статуса, свободного от полиомиелита

Хотя для проведения региональной сертификации в этом документе нет настоятельной необходимости, план мероприятий потребуется в самом ближайшем будущем, поэтому он должен быть представлен или находиться в процессе подготовки к представлению. К настоящему времени такие планы были получены из 45 стран (из 51 страны региона). Пока что такие планы не поступили из Австрии, Греции, Исландии, Люксембурга, Монако и Сан-Марино. Однако из всех этих шести стран были получены заверения в проведении мероприятий для поддержания статуса, свободного от полиомиелита.

б) Прогресс в осуществлении контейнента – национальный список всех лабораторий и результаты оценки ситуации, создание национальных реестров

Существенный прогресс был достигнут в завершении инвентаризации всех имеющихся в каждой стране лабораторий и составлении национальных реестров. Заключительные доклады о выполнении этой работы были получены из большинства стран, хотя в некоторых странах продолжается путаница с определением понятия «потенциально инфекционный материал». Полностью завершенные доклады были получены из 40 стран, а промежуточные доклады были получены еще из 8 стран. Однако вызывают некоторое сомнение полнота и аккуратность проведения инвентаризации лабораторий.

в) Подписанные заявления национальных комитетов по сертификации

Каждая страна должна представить официальное заявление, подписанное членами национального комитета по сертификации, свидетельствующее о том, что проанализированы все имеющиеся данные, и что комитет убежден в отсутствии диких полиовирусов в этой стране. В настоящее время проводится анализ таких заявлений из всех стран; эти заявления подписаны или всеми членами комитета, или председателем комитета.

ЗАКРЫТОЕ ЗАСЕДАНИЕ РКС 20 ИЮНЯ 2002 ГОДА (утро)

4) Современная ситуация в Германии, Греции, Ирландии и Словении.

Региональная комиссия попросила Германию, Грецию, Ирландию и Словению представить информацию о мероприятиях, обеспечивающих высокие уровни охвата прививками и высокое качество надзора в отдельных группах повышенного риска.

а) Новая информация из Германии

В Национальный комитет по сертификации была направлена просьба представить дополнительную информацию об охвате плановыми прививками, охвате прививками в группах высокого риска, мероприятиях по надзору за ОВП и внедрении рекомендаций по лабораторному контейнменту полиовирусов.

В Германии население неохотно вакцинирует детей младшего возраста, поэтому лучшей возрастной группой для определения показателей охвата прививками являются дети в возрасте от 3 до 5 лет. Результаты серологических исследований, проведенных в период с марта 2001 года по март 2002 года, продемонстрировали высокие уровни охвата прививками как среди детей в возрасте от 3 до 5 лет, так и в возрастной группе от 6 до 9 лет; эти данные свидетельствуют об увеличении уровня охвата прививками за последние годы. Учитывая потенциальный риск инфекции для непривитых или не полностью привитых детей в возрасте младше 3 лет, Министерство здравоохранения совместно с педиатрами разработало новый проект для мониторинга вакцинального статуса у детей в возрасте от 2 до 3 лет. Ожидается, что этот проект позволит обнаружить любые существенные изъяны в национальных показателях охвата прививками.

Единственная существенная группа повышенного риска в Германии – это беженцы и иммигранты, недавно прибывшие в страну, особенно из стран бывшего Советского Союза. Детей беженцев иммунизируют во время их пребывания в специальных центрах для перемещенных лиц, поэтому они не представляют опасности. Проблему представляют иммигранты, недавно прибывшие в страну, так как они обычно не знакомы с системой иммунизации детей в Германии и поэтому не обращаются в медицинские учреждения для вакцинации их детей. Эта проблема требует дальнейшего изучения и наблюдения.

Качество системы надзора за ОВП было недостаточно высоким, однако за последние месяцы произошло определенное улучшение; ожидается, что в текущем году показатель выявления ОВП может составить 0,7 или 0,8. Увеличение показателя выявления случаев ОВП сопровождалось улучшением показателя сбора проб стула. В настоящее время для улучшения использования данных и повышения эффективности системы внедряется система нулевой отчетности, которую необходимо представлять один раз в 2 недели. В дополнение к системе надзора за ОВП предложено создать систему надзора за энтеровирусами. В системе здравоохранения Германии надзор за инфекциями, подлежащими регистрации, осуществляется через систему медицинского страхования; если энтеровирусы будут включены в список возбудителей, подлежащих регистрации, будет создана система надзора за этими вирусами. В Нижней Саксонии начинается внедрение системы надзора за асептическими менингитами, которую предложено расширить и использовать также в других регионах страны. Даже если система надзора за ОВП не совсем совершенна, а системы дополнительного надзора во многих районах страны окончательно не сформированы, в Германии население имеет 100%-ный доступ к медицинским службам, поэтому любой ребенок с паралитическим заболеванием не ускользнет от внимания органов здравоохранения.

Ответная реакция лабораторий на проведение национальной инвентаризации существенно улучшилась со времени последнего представления документации в РКС. К настоящему времени около 99% лабораторий ответили на вопросник; ответы не поступили только из 4 лабораторий (из более чем 3600 лабораторий, с которыми были установлены контакты). В настоящее время инфекционные материалы, в которых могут содержаться дикие полиовирусы, имеются в 49 лабораториях, из которых 14 лабораторий намерены хранить эти материалы и в дальнейшем. В Германии был принят новый закон о защите населения от возбудителей инфекционных заболеваний; этот закон обязывает лаборатории, имеющие инфекционные материалы, в кото-

рых могут содержаться дикие полиовирусы, работать до глобальной сертификации ликвидации диких полиовирусов в соответствии с режимом BSL-2, а после сертификации соблюдать требования режима BSL-4.

б) Новая информация из Греции

Национальный комитет по сертификации получил запрос на представление дополнительной информации о мероприятиях для достижения адекватных уровней охвата прививками в группах повышенного риска и улучшения качества надзора за ОВП.

Уровень охвата прививками среди большей части населения Греции достаточно высок; в частности, охват прививками ОПВ3 превышает 97%. Точную величину охвата прививками оценить достаточно трудно, так как около 75% прививок делается в частном секторе. Однако в стране имеются три основные группы высокого риска, уровень охвата прививками в которых является недостаточным; это – цыгане, кочевники и недавние иммигранты. В каждой из этих групп имеются разные уровни охвата прививками; службы, осуществляющие иммунизацию населения, должны быть нацелены на удовлетворение специфических потребностей каждой перечисленной группы.

В 1998 и 1999 годах была проведена подчищающая иммунизация, направленная на цыганское население. Это мероприятие предусматривало введение различных вакцин в трех основных регионах страны. Была разработана интенсивная программа укрепления здоровья для поддержания высоких уровней охвата прививками и обеспечения этим группам населения общего доступа к получению медицинской помощи. Программа укрепления здоровья осуществлялась в виде иммунизации на выезде во временные прививочные пункты («аутрич-программы») и была нацелена на популяцию, традиционно ведущую кочевой образ жизни. В рамках этой программы за последние 3 года были иммунизированы более 6000 детей из семей кочевников и 540 детей из цыганских семей. В последние годы отмечается приток иммигрантов в Грецию; многие иммигранты прибывают из соседних стран, но есть также иммигранты из стран Азии и Африки. Многие иммигранты являются нелегальными; были предприняты попытки легализовать этих иммигрантов и обеспечить им доступ к учреждениям системы здравоохранения. Медицинское обслуживание, включая иммунизацию детей, осуществляется во всех лагерях беженцев и лагерях временного пребывания иммигрантов. Недавний опыт обслуживания самых обездоленных популяций и групп высокого риска послужил основанием для предложения реорганизовать оказание первичной медицинской помощи для более полного удовлетворения потребностей этих групп населения.

Осуществление надзора за ОВП было начато в Греции в марте 1998 года; для этого используется система еженедельной нулевой отчетности. После «замедленного старта» в настоящее время показатель выявления случаев ОВП приближается к единице, однако показатель взятия проб стула остается низким, варьируя от 50% до 55%. Однако, учитывая наличие в целом хорошего доступа к медицинским службам, Комитет считает, что при возникновении любого случая полиомиелита или паралитического заболевания существует очень высокая вероятность того, что такой случай будет зарегистрирован и расследован. В дополнение к надзору за ОВП будет проведена оценка уровней охвата прививками среди детей в возрасте от 24 до 36 месяцев. Предполагается, что такая оценка будет осуществляться повторно каждые 3 года.

в) Новая информация из Ирландии

В Национальный комитет по сертификации была направлена просьба представить дополнительную информацию о доступе населения к медицинскому обслуживанию (особенно для

групп повышенного риска – таких, как путешественники), а также о проведении мероприятий для мониторинга уровня охвата прививками и улучшения качества надзора за ОВП.

В Ирландии мероприятия по иммунизации координирует Программа первичной иммунизации детей; иммунизацией должны быть охвачены все группы населения. Национальные рекомендации по иммунизации были выпущены в 1998 году и вскоре будут пересмотрены. Согласно этим рекомендациям, иммунизация населения осуществляется, прежде всего, через систему врачей общей практики с использованием реестров иммунизации, которые ведет каждый врач. Уровень охвата прививками ОПВ3 в 2001 году составил 84%, хотя в реальности он, вероятно, выше, так как обработка данных несовершенна и нуждается в улучшении. Иммунизация в Ирландии ведется на добровольной основе, а причиной низкого охвата прививками является недостаточная инициатива со стороны родителей и наличие мощного антивакцинального лобби. При детальном анализе программы иммунизации, проведенном в мае 2002 года, была выявлена необходимость усиления инфраструктуры службы иммунизации, чтобы улучшить обработку данных, разработать новую стратегию коммуникаций и информации и улучшить координацию всех мероприятий. Для внедрения необходимых изменений правительство Ирландии выделяет на последующие 5 лет 15 миллионов евро для улучшения служб иммунизации.

Группами риска в Ирландии являются беженцы и мигрирующие группы, которых местное население называет «тинкерами». Для этих групп были организованы специальные центры и осуществляется иммунизация на выезде, а для тинкеров созданы мобильные медицинские клиники. Аналогично другим странам, где имеются такие же группы населения, должны быть организованы специальные мероприятия, направленные на эти группы риска; кроме того, для работы с этими субпопуляциями выделены специальные медицинские сестры.

Для улучшения надзора за ОВП и поддержание его высокого качества в ближайшем будущем планируется организовать систему активного надзора. Она будет дополнена усиленной системой надзора за энтеровирусами, которая уже создана.

г) Новая информация из Словении

В Национальный комитет по сертификации была направлена просьба представить дополнительную информацию об уровнях охвата прививками, особенно среди субпопуляций повышенного риска, а также о результатах мероприятий по надзору за ОВП.

Основной группой повышенного риска в Словении являются цыгане, численность которых достигает 8 тысяч человек и которые проживают преимущественно в 5 районах страны. Анализ уровней охвата прививками в этой субпопуляции был выполнен весной 2002 года. Из тысячи детей дошкольного и школьного возраста, которые участвовали в исследовании, около 95% получили, по крайней мере, одну дозу ОПВ, 915 детей получили 3 дозы ОПВ и 80% получили 4 дозы ОПВ. На основании этих результатов было принято решение расширить масштабы анализа и использовать методику подворных (поквартирных) обходов.

Система надзора за ОВП была организована в Словении в 1993 году и включает ежемесячную нулевую регистрацию. В настоящее время в системе активного надзора участвуют 10 больниц. Учитывая численность населения, в стране ожидают выявления ежегодно трех случаев ОВП, а показатель заболеваемости ОВП должен составлять от 1 до 3 случаев в год. Национальный комитет отметил, что участие в программе ликвидации полиомиелита и необходимость представления документации по ликвидации полиомиелита вообще способствовали стимулированию всей национальной Расширенной программы иммунизации. Политические лидеры и медицинские работники оказывают полную поддержку программе ликвидации полиомиелита,

а национальный комитет по сертификации выражает уверенность, что ни один случай полиомиелита или паралитического заболевания не будет пропущен.

Заключение РКС:

Комиссия с удовлетворением отмечает усилия национальных комитетов по сертификации Германии, Греции, Ирландии и Словении в подготовке дополнительной информации для региональной сертификации. Представленная дополнительная документация удовлетворяет требованиям региональной комиссии; тем не менее, все страны должны продолжить работу по повышению уровней охвата прививками и улучшению качества надзора в период после региональной сертификации.

ЗАКРЫТОЕ ЗАСЕДАНИЕ РКС 20 ИЮНЯ 2002 ГОДА (ВЕЧЕР)

5) Заключительное обсуждение документации, представленной национальными комитетами, и обсуждение статуса Европейского региона как территории, свободной от полиомиелита.

Рассмотрев всю документацию, представленную странами Европейского региона ВОЗ, Региональная комиссия по сертификации пришла к заключению, что документация полностью соответствует всем требованиям для сертификации, сформулированным на 14-м заседании РКС в Копенгагене в марте 2002 года. Комиссия рада сообщить о своем единогласном решении - сертифицировать Европейский регион как территорию, свободную от полиомиелита.

Тем не менее, Комиссия считает необходимым дать некоторые разъяснения по определению ликвидации полиомиелита: чего в действительности удалось добиться в Европе и каким образом необходимо представить эти достижения странам-членам ВОЗ? Секретариату ВОЗ была передана просьба - продолжать работу по данной проблеме. В октябре 2002 года планируется провести техническое совещание специально для выработки стратегии по проведению дополнительной иммунизации, поддержанию надзора на качественном уровне и завершению мероприятий по лабораторному контейнменту. Это совещание может быть также использовано для разработки специального определения понятия ликвидации полиомиелита применительно к Европейскому региону.

Необходимо также помнить, что задача, поставленная программой ликвидации полиомиелита, решена пока не полностью, так как предстоит еще большой объем работы для того, чтобы интегрировать достижения в ликвидации полиомиелита в существующие системы общественного здравоохранения в ряде стран Европы. В частности, созданная система информации по полиомиелиту является прекрасной моделью для разработки новых информационных систем в здравоохранении. Следует также наладить обратную связь с некоторыми странами, чтобы разъяснить необходимость улучшения работы по нескольким направлениям.

ЗАКРЫТОЕ ЗАСЕДАНИЕ РКС 21 ИЮНЯ 2002 ГОДА

б) Информация о других совещаниях и планы на будущее

Региональной комиссии была представлена информация о недавних совещаниях и о развитии событий в других регионах, а также предложения по дальнейшей работе.

а) Совещание Глобальной комиссии по сертификации, Женева, апрель 2002 года.

Применительно к Американскому региону, совещание обратило особое внимание на мероприятия по повышению уровней охвата прививками и улучшению надзора в Гаити и Бразилии, так как возникли опасения в связи со снижением качества работы перед лицом сохраняющейся

угрозы как случаев заноса диких полиовирусов, так и возможности возникновения вспышек, обусловленных вакцинно-родственными полиовирусами. После региональной сертификации в 1994 году Региональная комиссия по сертификации и национальные комитеты по сертификации были распущены или упразднены. Однако в настоящее время возникла необходимость в том, чтобы все страны региона представили информацию, подтверждающую отсутствие полиомиелита в регионе. Было высказано предложение, чтобы национальные комитеты по контейменту, сформированные в настоящее время в каждой стране, стали основой для восстановления национальных комитетов по сертификации.

Доклад о современной ситуации в регионе, представленный председателем Европейской РКС, был принят с удовлетворением. Западно-Тихоокеанский регион проинформировал о мероприятиях после сертификации, отметив медленный прогресс в решении проблем контеймента. Региональная комиссия Восточно-Средиземноморского региона привела информацию о прогрессе в ликвидации полиомиелита в регионе, обратив особое внимание на проблемы, с которыми пришлось столкнуться в Египте и Пакистане. РКС региона Юго-Восточной Азии сообщила о прогрессе в ликвидации полиомиелита в Индии, а также высказала озабоченность в отношении координации мероприятий по ликвидации полиомиелита между Индией и Пакистаном. РКС Африканского региона, хотя пока и находится еще в начале пути, представила данные о прогрессе в ликвидации полиомиелита в странах, которые все еще остаются эндемичными. К настоящему времени только 17 из 46 стран региона создали национальные комитеты по сертификации; такая ситуация требует принятия безотлагательных мер. Было высказано предложение, чтобы следующее совещание Глобальной комиссии по сертификации было проведено в Африканском регионе.

Были проведены анализ и обсуждение прогресса во внедрении программы лабораторного контеймента запасов диких полиовирусов, а также высказано предложение - опубликовать второе издание Глобального плана мероприятий по контейменту и выбрать метод для оценки качества мероприятий по контейменту. Было также проанализировано современное состояние работы по вакцинно-родственным полиовирусам (ВРПВ); Комиссия отметила, что в период до апреля 2002 года дополнительные вспышки не были зарегистрированы.

Глобальная комиссия высказала озабоченность в связи с тем, что глобальная сертификация ликвидации полиомиелита может рассматриваться некоторыми странами как сигнал для прекращения иммунизации, а не как сигнал к началу процесса, который в дальнейшем может привести к отказу от иммунизации. Настоятельно необходимо дополнительное открытое обсуждение политики и мероприятий после проведения сертификации, а также ускорение проведения научных исследований, которые будут направлены на изучение проблем, возникающих после проведения сертификации.

Еще один повод для озабоченности РКС связан с необходимостью принятия специальных правил о членстве в различных комиссиях и комитетах, участвующих в процессе сертификации. Поскольку в настоящее время некоторые специалисты одновременно входят в состав нескольких комитетов или комиссий, а в некоторых случаях они также принимают активное участие в процессе ликвидации полиомиелита, складывается ситуация, чреватая возникновением конфликта интересов. Как правило, считается, что пребывание в составе региональных комиссий не является препятствием для вхождения в Глобальную комиссию по сертификации, при условии, что в такой ситуации эти члены лишаются права голосовать по вопросам, касающимся их собственных регионов. Однако остаются опасения в отношении членов национальных комитетов по сертификации, которые одновременно входят в состав региональных комиссий, а также в отношении специалистов, участвующих в мероприятиях по ликвидации

полиомиелита, если они входят в состав региональных комиссий своих регионов. Штаб-квартира ВОЗ должна пересмотреть правила формирования комиссий и комитетов, а также требования к их составу. В настоящее время предпринимаются усилия для составления перечня членов всех комитетов и комиссий, чтобы достоверно установить, нет ли случаев возникновения конфликта интересов. Для сохранения доверия населения к процессу сертификации очень важно, чтобы методические и практические аспекты ликвидации полиомиелита были отделены от нормативных и юридических аспектов. Для сведения: члены региональных комиссий назначаются директорами региональных бюро ВОЗ, а генеральный директор ВОЗ назначает членов Глобальной комиссии. Региональные комиссии подотчетны директорам региональных бюро ВОЗ, а эти региональные бюро работают от имени генерального директора ВОЗ.

В связи с изложенным, Глобальная комиссия выражает озабоченность в связи со своей многочисленностью и своим составом; комиссия прилагает усилия для приглашения новых членов. В частности, комиссия приглашает для работы женщин, чтобы скорректировать существующий в настоящее время гендерный дисбаланс.

б) Анализ ситуации в Западно-Тихоокеанском регионе через 18 месяцев после региональной сертификации

Западно-Тихоокеанский регион был объявлен свободным от полиомиелита в октябре 2000 года. В ноябре 2000 года были зарегистрированы первые случаи вспышки, обусловленной вакцинно-родственными полиовирусами (ВРПВ) в Гаити и Доминиканской Республике. После того, как Американский регион был объявлен свободным от полиомиелита, РКС была распущена. В дальнейшем возникали вопросы о возможной связи между прекращением контроля за мероприятиями по ликвидации полиомиелита со стороны комиссии и возникновением условий, которые привели к развитию вспышки. Специалисты Западно-Тихоокеанского региона высказали мнение, что нельзя допустить такое развитие событий в их регионе; поэтому РКС была сохранена, а во все страны региона была направлена просьба - ежегодно представлять доклады о мероприятиях по ликвидации полиомиелита.

Странам было рекомендовано сохранять настороженность в отношении возможных вспышек, обусловленных ВРПВ, а также сохранять качественный надзор и продолжать дополнительную иммунизацию, чтобы защитить себя от возможных заносов диких полиовирусов. Кроме того, страны должны представлять ежемесячно информацию о результатах надзора за ОВП, показателях качества надзора и потенциале для выявления случаев, сходных с полиомиелитом. Нескольким странам региона, особенно странам, где имеются районы с низкими уровнями охвата прививками ОПВ, предложено продолжить мероприятия по дополнительной иммунизации, а сведения об уровнях охвата прививками должны поступать из всех стран. Ежемесячные сообщения из всех стран будут суммированы региональными бюро ВОЗ и представлены в обобщенном виде в Региональные комиссии по сертификации.

То, что регион продолжает активно осуществлять мероприятия в соответствии с целями программы ликвидации полиомиелита, было четко продемонстрировано выявлением на Филиппинах в 2001 году случаев полиомиелита, обусловленных ВРПВ. Первый случай был успешно выявлен и охарактеризован в рамках существующей системы надзора за ОВП, а внедрение усиленного надзора позволило очень быстро выявить все остальные случаи. Вспышка была успешно подавлена с помощью проведения местной подчищающей иммунизации и проведенных в масштабах всей страны национальных дней иммунизации. С сентября 2001 года не было выявлено ни одного нового случая.

Мероприятия по контейменту лабораторных запасов диких полиовирусов осуществляются в регионе успешно, хотя в Китае, Корее, Японии и Австралии прогресс идет относительно медленными темпами. Установлен контакт со всеми странами, которые еще не завершили составление списка всех лабораторий и проведение их инвентаризации; всем этим странам предложено завершить работу по контейменту в течение ближайших нескольких месяцев. Для РКС очень важно продолжать оказывать влияние на страны с тем, чтобы они завершили решение всех задач, что необходимо для глобальной сертификации.

в) Информация о совещании Технической консультативной группы, Женева, апрель 2002 года

Участники совещания проанализировали прогресс, которого удалось добиться в ликвидации полиомиелита за последние 12 месяцев, а также рассмотрели планы работы на следующий год, особенно в вопросах, касающихся персонала и финансирования работы. Был проанализирован стратегический план на 2001-2005 годы и предложения по внесению корректив в план работы на 2002-2003 годы. Техническая консультативная группа согласилась с тем, что в Европейском регионе были выполнены все общие требования, необходимые для проведения сертификации, но в то же время подчеркнула важность сохранения в ближайшие годы статуса региона, свободного от полиомиелита.

Техническая консультативная группа твердо поддержала проведение мероприятий по дополнительной иммунизации в странах повышенного риска, а также на территориях с низкими уровнями охвата прививками; в то же время необходимо тщательно планировать эти мероприятия, чтобы избежать дефицита средств и проблем с нехваткой вакцины. В настоящее время в рамках глобальной инициативы по ликвидации полиомиелита к концу текущего года возникнет дефицит средств в сумме 60 миллионов долларов. Ситуация на 2003 год выглядит несколько лучше, так как Всемирный Банк и Ротари интернэшнл планируют оказать значительную финансовую помощь. Тем не менее, необходимо решить проблему имеющего место в настоящее время дефицита ресурсов; предполагается провести специальное совещание по проблеме нехватки финансирования.

В отношении политики иммунизации, принятой странами после сертификации, остается один важный вопрос, который вызывает опасения; он связан с сохранением потенциала стран выявлять возможные случаи реинтродукции диких полиовирусов и осуществлять необходимые мероприятия. ВОЗ координирует программу научных исследований, которые касаются многих наиболее актуальных вопросов, связанных с политикой иммунизации после ликвидации полиомиелита. Однако имеется настоятельная необходимость привлечь к обсуждению проблемы значительно более широкую аудиторию, особенно работников здравоохранения, эпидемиологов и научных сотрудников, которые непосредственно не участвуют в реализации программы ликвидации полиомиелита. Необходимо провести форумы для обсуждения различных аспектов проблемы применительно к каждому геополитическому блоку. Недавно такой форум прошел в Аннеси, Франция; его результаты оказались очень полезными для ознакомления с отношением широких слоев общества к программе ликвидации полиомиелита и к идее о прекращении вакцинации против полиомиелита после ликвидации инфекции.

Техническая консультативная группа высказала также мнение о том, что Инициатива ликвидации полиомиелита должна играть более значительную роль в укреплении систем здравоохранения. В частности, необходимы более прочные связи между Программой ликвидации полиомиелита и Расширенной программой иммунизации. Хотя определенный прогресс в этом отношении имеет место, необходимо еще приложить очень много усилий для того, чтобы эти программы действовали совместно, а не в оппозиции. Один из очевидных первых шагов в этом

направлении – установление контактов между системами надзора за ОВП и надзора за столбняком новорожденных и корью.

г) Информация о 8-м совещании Восточно-Средиземноморской РКС

В работе совещания в качестве наблюдателей участвовали два члена Европейской РКС, которых также пригласили участвовать в закрытом заседании РКС. Участники совещания проанализировали прогресс в странах региона, которые свободны от полиомиелита, а также обсудили ситуацию в 5 странах, остающихся эндемичными. Восточно-Средиземноморская РКС применяет принципиально те же методы сбора информации и анализа представленных данных, которые используются в Европейском регионе.

Один из членов Европейской РКС поднял вопрос о низкой эффективности работы членов других комиссий, которые приглашены только в качестве наблюдателей. Было высказано предложение о более активном обмене между регионами членами комиссий и о более открытом обмене информацией между странами. Чем более открытым будет весь процесс, тем больше возможностей будет создано для постановки вопросов и для проверки достоверности информации, представленной отдельными странами. Так как члены региональных комиссий работают вместе, как самодостаточная команда, будет трудно полностью интегрировать в их работу членов других комиссий; однако обмен документацией и информацией может осуществляться более эффективно, чем в настоящее время. Открытые заседания создают лучшие возможности для откровенных дискуссий и свободного обмена информацией, хотя в процессе принятия решений должны участвовать только постоянные члены данной комиссии. Этого можно добиться путем проведения небольших закрытых заседаний РКС без участия каких-либо посторонних лиц, которые могут быть заинтересованы в том или ином исходе совещания. Вероятно, по данному вопросу не может быть однозначного решения, и разные регионы придут к своим собственным решениям; тем не менее, очень важно пропагандировать и стимулировать обмен идеями по проблеме ликвидации полиомиелита, а также по проведению сертификации и возможным стратегиям после ее завершения.

д) Формат ежегодных докладов стран в РКС

Каждая страна региона должна ежегодно представлять в РКС новый доклад о мероприятиях по ликвидации полиомиелита. Секретариат ВОЗ предлагает следующую структуру таких докладов:

1. Мероприятия по иммунизации

- Уровень охвата прививками за самый последний год, по которому имеются данные (средний показатель по стране в целом и список территорий с уровнями охвата менее 80%)
- Сообщение о любых мероприятиях по дополнительной иммунизации (обоснование их проведения, место проведения, величина и характеристика целевых групп населения, достигнутые уровни охвата прививками и т.д.)
- Описание уровней охвата прививками в любых субпопуляциях высокого риска и действия, предпринятые для повышения уровней охвата
- Результаты любых проведенных сероэпидемиологических исследований или изучения уровней охвата прививками
- Описание любых изменений в политике плановой иммунизации (например, переход к использованию ИПВ вместо ОПВ)

- Любая дополнительная информация или комментарии, касающиеся мероприятий по иммунизации населения

2. Мероприятия по надзору за ОВП

- Данные по этому разделу представляют только страны, где осуществляется надзор за ОВП. Страны, где надзор за ОВП не организован, должны представить дополнительную информацию о результатах мероприятий по дополнительному надзору.
- Показатели качества надзора за ОВП на национальном уровне
- Географическое распределение случаев ОВП (таблица или карта зарегистрированных /ожидаемых случаев)
- Описание всех «горячих» случаев и проведенных ответных мероприятий
- Окончательная классификация каждого случая ОВП
- Данные обо всех случаях, совместимых с полиомиелитом (список, результаты эпидемиологического расследования, описание проведенных мероприятий)
- Сведения о любых специальных мерах, предпринятых для усиления надзора на территориях или в субпопуляциях повышенного риска
- Результаты контроля качества лабораторных исследований (применительно ко всем субнациональным лабораториям, участвующим в осуществлении надзора за ОВП)
- Данные о выделении полиовирусов и результаты их идентификации (использованные методы, количество исследованных проб стула от больных с ОВП и количество исследованных проб стула от других больных, количество выделенных штаммов полиовирусов и количество штаммов, направленных в референс-лабораторию для проведения внутритиповой дифференциации [ВТД], результаты ВТД всех исследованных штаммов полиовирусов)
- Результаты расследования всех случаев заноса диких полиовирусов или вспышек, обусловленных вакцинно-родственными полиовирусами, а также описание проведенных мероприятий
- Количество случаев, обусловленных вакцинно-родственными полиовирусами, и описание этих случаев
- Любая дополнительная информация или комментарии, касающиеся проблемы надзора за ОВП

3. Дополнительный надзор

- Детали и результаты осуществленных мероприятий по надзору за энтеровирусами (в соответствии с рекомендациями ВОЗ)
- Детали и результаты осуществленных мероприятий по надзору за окружающей средой (в соответствии с рекомендациями ВОЗ)
- Любая другая информация или комментарии, касающиеся проблемы дополнительного надзора

4. Мероприятия по контейменту

- Последняя информация о результатах инвентаризации лабораторий в стране и составления реестра лабораторий
- Результаты всех проведенных мероприятий по проверке качества лабораторного контеймента (с использованием рекомендаций ВОЗ)

- Детальная информация о любых материалах, содержащих дикие полиовирусы, которые были уничтожены или направлены в лаборатории, соответствующие требованиям режима BSL-3/полио
- Любая дополнительная информация или комментарии, касающиеся проблемы лабораторного контейнента

5. Контроль за выполнением рекомендаций РКС

- Детальная информация о мероприятиях, проведенных в соответствии с рекомендациями, полученными от РКС
- Количество проведенных заседаний национального комитета по сертификации, а также резюме по каждому заседанию с перечислением основных выводов и рекомендаций
- Любая другая информация или комментарии, связанные с выполнением рекомендаций РКС

Детальная структура ежегодных докладов будет разработана секретариатом ВОЗ и представлена для обсуждения на следующем совещании РКС.

е) План работы РКС на 2002 год и на 2003 год

Секретариат ВОЗ представил календарный план мероприятий, намеченных на 2002 год и на 2003 год. Региональная комиссия представит свой доклад о признании Европейского региона свободным от полиомиелита Европейскому региональному комитету ВОЗ в сентябре 2002 года; очень важно, чтобы подготовка всей документации была завершена заблаговременно до этого совещания.

Ближайшей задачей является контроль за представлением оставшимися странами планов мероприятий по поддержанию статуса территорий, свободных от полиомиелита. Предполагается провести в некоторых странах рабочие семинары, чтобы подготовить для правительств этих стран информацию о том, каким образом эти планы могут быть реализованы. Кроме того, в октябре будет проведено совещание по разработке дальнейших стратегий по ликвидации полиомиелита для Европейского региона; это совещание будет использовано для разработки и обсуждения предложений по стратегиям иммунизации в период после глобальной сертификации.

В период с октября по декабрь 2002 года будет осуществлена проверка ситуации в тех странах, которые пока еще не завершили составление списка лабораторий и реестров, необходимых для осуществления лабораторного контейнента диких полиовирусов. Возможно, что придется организовать рабочие визиты по вопросам контейнента в некоторые проблемные страны. В начале 2003 года планируется провести подготовку нескольких консультантов для оценки качества мероприятий по контейменту с использованием недавно разработанных методов.

Шестнадцатое совещание РКС состоится в марте 2003 года; предполагается, что это совещание состоится одновременно с совещанием руководителей программ иммунизации или с совещанием стран, которые являются участниками проекта МЕКАКАР. Усиливается необходимость совместить надзор за ОВП с надзором за другими инфекционными заболеваниями, входящими в Расширенную программу иммунизации; будут приложены усилия, чтобы сделать это в течение 2003 года. Секретариат ВОЗ разработает также План работы РКС и представит его в комиссию в течение этого года



Европейская региональная комиссия по сертификации и «команда ликвидации полиомиелита» ВОЗ, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, 21 июня 2002 года.

Слева направо (первый ряд): проф. Сергей Дроздов; д-р Недрет Эмироглу (Nedret Emiroglu); д-р Георг Дрейер (George F. Drejer); проф. Иштван Дёмек (István Dömök); Таня Михаэльсон (Tanya Michaelson); д-р Уолтер Даудл (Walter Dowdle); Иоханна Келер (Johanna Kehler); проф. Маргарета Бёттигер (Margareta Böttiger); сэр Джозеф Смит (Joseph Smith); д-р Даниэл Тарантола (Daniel Tarantola); д-р Галина Липская; д-р Хелена Копека (Helena Koreska); Шэрон Стил (Sharon Steel).

Слева направо (второй ряд): проф. Бурхард Штюк (Burghard Stück); д-р Стивен Вассиляк (Steven Vassilak); д-р Рей Сандерс (Ray Sanders); д-р Георгий Облапенко; д-р Донато Греко (Donato Greco); д-р Роланд Самтер (Roland Sutter); Юлия Йенкс (Julie Jenks); д-р Рафи Асланян.

WORLD HEALTH ORGANIZATION
REGIONAL OFFICE FOR EUROPE
WELTGESUNDHEITSORGANISATION
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE
ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО

Пятнадцатое совещание Региональной комиссии
по сертификации ликвидации полиомиелита
Копенгаген, Дания, 19-21 июня 2002 года

5037088/4

Программа

Среда, 19 июня

16.30–18.00 **Закрытое заседание Региональной комиссии по сертификации (РКС)**
Анализ обновленных документов, представленных странами

Четверг, 20 июня

08.30–10.00 **Закрытое заседание Региональной комиссии по сертификации**
Анализ обновленных документов, представленных странами

09.30–10.30 Регистрация всех участников

10.30 Открытие пленарного заседания председателем РКС

10.45 Пленарное заседание №1. Современная ситуация в Европейском регионе, в Восточно-Средиземноморском регионе и в глобальных масштабах

10.45 Анализ ситуации в субрегионе 1

11.05 Анализ ситуации в субрегионе 2

11.30 *Перерыв*

12.00 Анализ ситуации в субрегионе 3

12.20 Анализ ситуации в субрегионе 4

12.40 **Заносы диких полиовирусов в страны Региона:
полученный опыт (Европейское бюро ВОЗ)**

13.00–14.00 *Обед*

14.00 Прогресс в ликвидации полиомиелита в регионе (**ВСМР бюро ВОЗ**)

14.30 Обзор ситуации в регионе: готовы ли мы к сертификации?

15.00 Обсуждение

15.30 *Перерыв*

16.00 Национальные программы иммунизации в Европейском регионе

16.30 Обсуждение

17.00 **Закрытие пленарного заседания**

17.30 **Закрытое заседание Региональной комиссии по сертификации**
Анализ обновленных документов, представленных странами

Пятница, 21 июня

09.00	Заявление Региональной комиссии по сертификации
09.15	Пленарное заседание №2. Мероприятия после сертификации – Ликвидация полиомиелита: глобальный прогресс, стратегии и планы в период после сертификации (Штаб-квартира ВОЗ)
09.45	Обсуждение
10.00	<i>Перерыв</i>
10.30	Продолжение обсуждения
11.00-13.00	Обновленная информация из разных стран (20 мин. доклады + 10 мин. обсуждение)
11.00	Надзор за окружающей средой, его использование в качестве дополнения к надзору за энтеровирусами при мониторинге территорий высокого риска или специфических групп населения (Нидерланды)
11.30	Роль лабораторных исследований на энтеровирусы в надзоре (Испания)
12.00	Контейнмент: национальные мероприятия после выполнения требований к 1-й фазе сертификации (Франция)
12.30	План поддержания статуса территории, свободной от полиомиелита (Российская Федерация)
13.00	Закрытие совещания Региональной комиссии по сертификации
13.00-14.00	Обед
14.00	Закрытое заседание Региональной комиссии по сертификации

Примечание. Если после рассмотрения всех представленных материалов Региональная комиссия по сертификации сочтет возможным объявить 51 страну Европейского региона ВОЗ как территории, свободные от полиомиелита, предполагается провести официальную церемонию вечером 21 июня 2002 года (с 18.00 до 21.00), чтобы отпраздновать это историческое событие.

WORLD HEALTH ORGANIZATION
REGIONAL OFFICE FOR EUROPE
WELTGESUNDHEITSORGANISATION
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE
ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО

Закрытые заседания РКС
Пятнадцатое совещание Региональной комиссии
по сертификации ликвидации полиомиелита
Копенгаген, Дания, 19-21 июня 2002 года

5037088/4

Предварительная программа

Среда, 19 июня 2002 года

16.30–18.00 **Закрытое заседание Региональной комиссии по сертификации**
Грузия: заключительный отчет о выполнении мероприятий в связи с заносом
диких полиовирусов
Босния и Герцеговина: отчет о выполнении рекомендаций РКС
Анализ обновленных документов, представленных странами

Четверг, 20 июня

08.30–10.00 **Закрытое заседание Региональной комиссии по сертификации**
Заседание посвящено рассмотрению документации из отдельных стран:
Германия, Греция, Ирландия, Словакия (каждый доклад по 10 мин. – о
мероприятиях, проведенных для повышения уровня охвата прививками и
улучшения качества надзора в субпопуляциях высокого риска)
17.00–20.00 Анализ обновленных документов, представленных странами (прод.)
Закрытое заседание Региональной комиссии по сертификации

Пятница, 21 июня

10.00-11.00 Пресс-конференция
14.00 **Закрытое заседание Региональной комиссии по сертификации**
Информация о совещании Глобальной комиссии по сертификации –
Женева, апрель 2002 года
Документы для ежегодного представления новой информации в РКС
План работы РКС на 2002-2003 годы

WORLD HEALTH ORGANIZATION
REGIONAL OFFICE FOR EUROPE
WELTGESUNDHEITSORGANISATION
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE
ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО

Пятнадцатое совещание Региональной комиссии
по сертификации ликвидации полиомиелита
Копенгаген, Дания, 21 июня 2002 года

5037088/4

Церемония в Новой карлсбергской глиптотеке

18.00 ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ Региональной комиссии по сертификации
(с участием представителей Европейских стран-членов, партнеров, экспертов
и сотрудников ВОЗ)

Открытие заседания – д-р Марк Данзон (Marc Danzon), региональный
директор, ЕРБ ВОЗ

Открытие заседания – сэр Джозеф Смит (Joseph Smith), председатель
Региональной комиссии по сертификации

Заявление Региональной комиссии по сертификации

Подписание сертификата (в сопровождении музыки)

Д-р Марк Данзон (Marc Danzon), региональный директор, ЕРБ ВОЗ

Выступления представителей партнеров:

Ротари интернэшнл: Рудольф Хондлер (Rudolf Horndler)

CDC, Атланта: Д-р Дэвид Флеминг (David Fleming)

ЮНИСЕФ: Филипп О'Брайен (Philip O'Brien)

ЮСЭЙД: Эллин Огден (Ellyn Ogden)

Штаб-квартира ВОЗ: д-р Даниэл Тарантола (Daniel Tarantola)

Секретариат ЕРБ ВОЗ: д-р Георгий Облапенко

19.00-21.00 Прием в зимнем саду

СИТУАЦИЯ В РЕГИОНЕ:
ИНФОРМАЦИЯ, ПРЕДСТАВЛЕННАЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ КОМИССИИ ПО
СЕРТИФИКАЦИИ ЛИКВИДАЦИИ ПОЛИОМИЕЛИТА

Эпидемиологический анализ
данных, представленных
национальными комитетами по
сертификации
в Европейскую региональную
комиссию
по сертификации ликвидации
полиомиелита

Анализ по субрегиональным
зонам

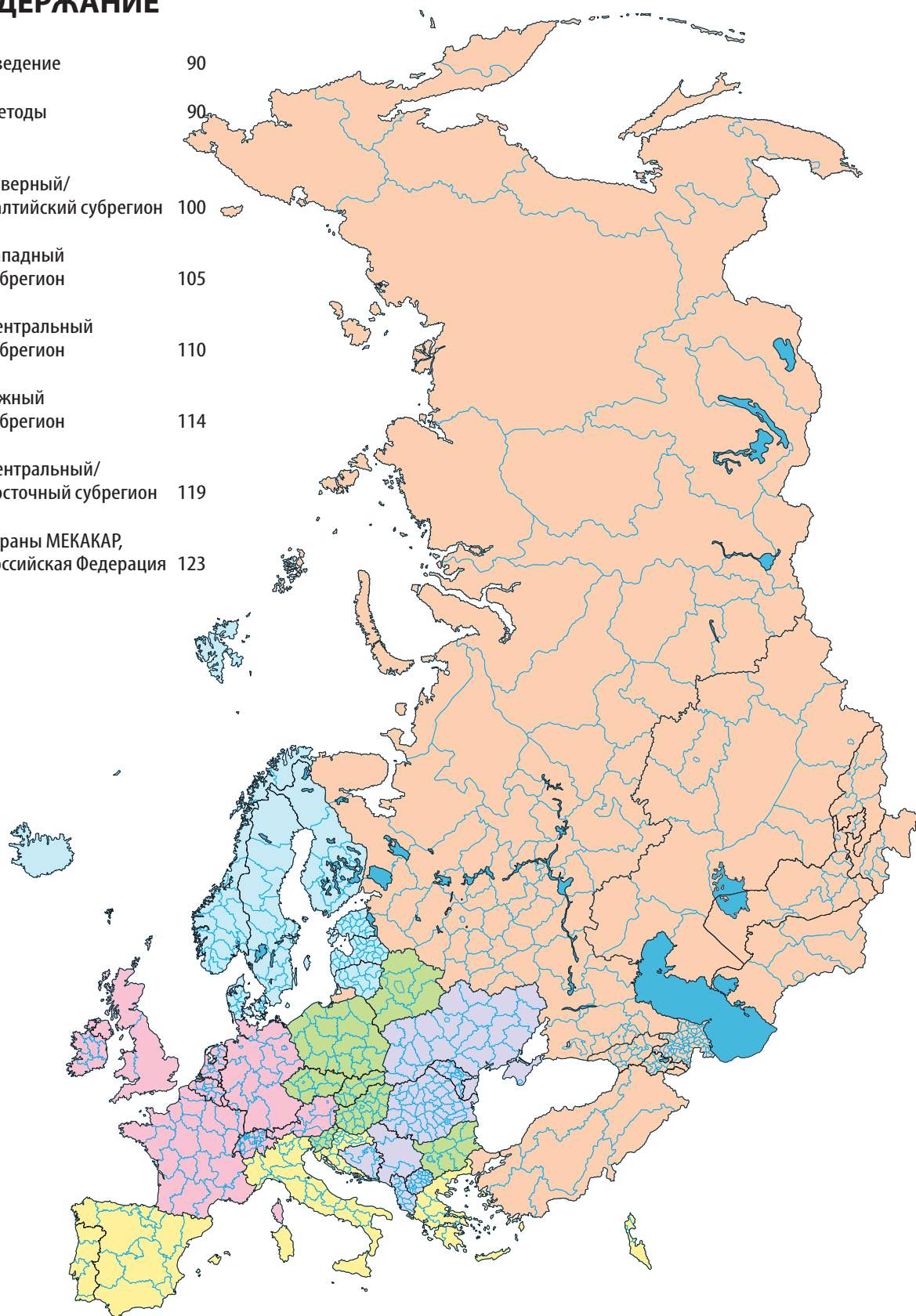
*Георгий Облапенко,
Steven Wassilak,
Nedret Emiroglu,
Галина Липская,
Евгений Гаврилин,
Mary Agocs,
Louise Gare*

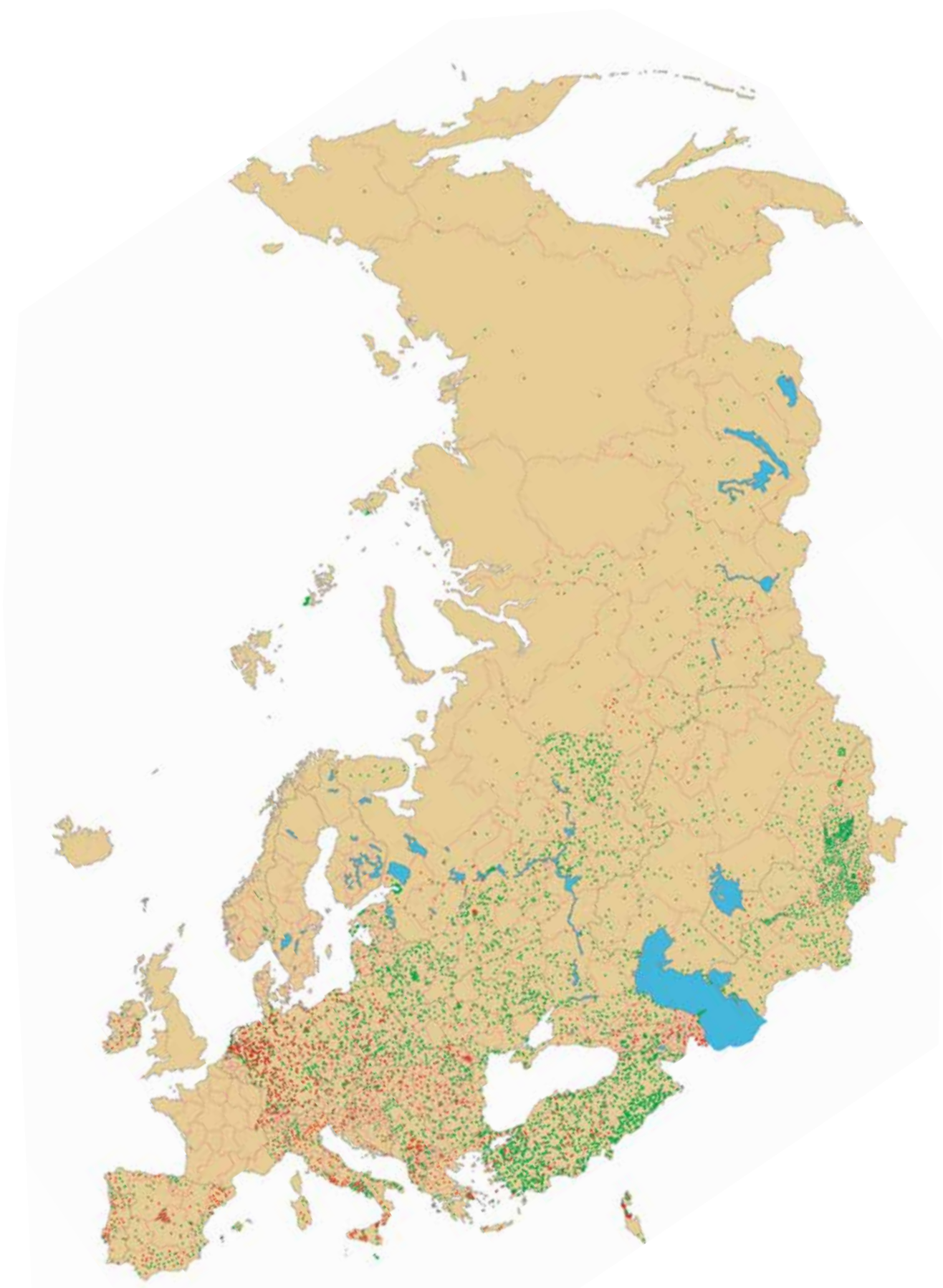
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

КОПЕНГАГЕН, ДАНИЯ
20-21 ИЮНЯ 2002 ГОДА

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	90
Методы	90
○ Северный/ Балтийский субрегион	100
● Западный субрегион	105
● Центральный субрегион	110
● Южный субрегион	114
○ Центральный/ Восточный субрегион	119
● Страны МЕКАКАР, Российская Федерация	123





ВВЕДЕНИЕ

В этом документе представлен эпидемиологический анализ всех имеющихся данных, результаты которого являются основой для заключения о прекращении циркуляции местных штаммов дикого полиовируса в Европейском регионе ВОЗ. Анализ проведен по шести субрегиональным зонам, на которые все страны региона были разделены Региональной комиссией по сертификации в 1996 году. Поскольку последний подтвержденный случай полиомиелита, вызванный местным штаммом дикого полиовируса, имел место в ноябре 1998 года, оценка была проведена за период с 1999 года до настоящего времени (до 19 июня 2002 года).

Перечень субрегионов:

1. Северный/Балтийский
2. Западный
3. Центральный
4. Южный
5. Центральный / Восточный
6. Страны-участницы операции МЕКАКАР, Российская Федерация

Центральный/Восточный субрегион, а также страны-участницы операции МЕКАКАР и Российская Федерация являются территориями, которые еще недавно были эндемичными. В этих странах случаи полиомиелита, вызванные местными штаммами дикого полиовируса, регистрировались после 1990 года (кроме того, в этих странах имели место конфликтные ситуации и/или они имели общие границы со странами, где случаи полиомиелита были зарегистрированы после 1990 года). Анализ включал десять следующих компонентов:

1. Состояние систем здравоохранения;
2. Виды используемых полиомиелитных вакцин, уровни охвата плановыми прививками, дополнительная иммунизация;
3. Вакцино-ассоциированный паралитический полиомиелит (ВАПП): случаи за период с 1999 по 2001 год;
4. Выявление циркуляции полиовирусов: надзор за ОВП и дополнительная информация;
5. Последние выявленные случаи полиомиелита и/или последние случаи выделения диких полиовирусов;
6. Заноса полиовирусов (и мероприятия, проведенные после недавних заносов);
7. Оценка потенциального риска распространения полиовирусов после их заноса в страну;
8. Состояние лабораторного контейнента диких полиовирусов и потенциально инфекционных материалов;
9. Поддержание статуса «страна, свободная от полиомиелита»;
10. Заключение.

МЕТОДЫ

Национальные сертификационные комитеты и официальные органы здравоохранения каждой страны представили Региональной комиссии по сертификации несколько документов. Национальный комитет каждой страны представил «Отчет о мероприятиях, проведенных в 1999-2001 годах». Отдельные государства-члены ВОЗ представили ответы на вопросы и комментарии Ре-

гиональной Комиссии, а в январе 2002 года все страны и территории представили подробные заключительные отчеты с обновленными данными. Для получения некоторой дополнительной информации использовались прямые контакты с правительственными структурами и министерствами здравоохранения отдельных стран. Сведения об источниках информации, использованной при составлении данного регионального обзора, приведены ниже.

Сотрудники Европейского регионального бюро ВОЗ проанализировали всю информацию о надзоре и иммунизации и обсуждали эти материалы с членами Региональной комиссии по сертификации на каждом заседании Комиссии. Вместе с заключительными отчетами, которые были представлены странами в январе 2002 года, эти материалы были использованы сотрудниками ВОЗ для анализа и оценки, результаты которых представлены ниже. Приведенные выводы и заключения были сформулированы сотрудниками Европейского регионального бюро ВОЗ.

1. СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- **База данных ВОЗ «Здоровье для всех»:** Показатель детской смертности и сведения о числе дипломированных врачей на 100 тысяч жителей – по данным, представленным в Европейское региональное бюро ВОЗ центральными национальными статистическими органами.
- **Документ ЮНИСЕФ о положении детей в мире (*State of the World's Children 2000*):** Показатель смертности детей первого года жизни и показатель смертности детей в возрасте до 5 лет – оценочные данные ЮНИСЕФ.

Примечание: В некоторых странах отмечены значительные различия в сведениях о детской смертности по данным ВОЗ и оценкам ЮНИСЕФ. ВОЗ получает информацию из национальных статистических органов. С 90-х годов отмечается неполная регистрация рождений и смертей, особенно в республиках Центральной Азии и странах Кавказского региона, охваченных военными действиями или экономическими кризисами. Статистическое определение термина «показатель смертности детей первого года жизни» в республиках бывшего СССР отличается от стандартного определения ВОЗ. Поэтому истинная величина этого показателя в некоторых новых независимых государствах может быть на 10-80% выше официальных данных. Данные ЮНИСЕФ применительно к странам Центральной Азии и Кавказа основаны на информации, опубликованной в Demographic and Health Survey.

- **Документ ВОЗ «Доклад о состоянии здравоохранения в мире за 2000 год»:** В 2000 году штаб-квартира ВОЗ (Женева) ввела новый интегрированный показатель, характеризующий состояние системы здравоохранения (Health System Status indicator), который должен отражать количественно состояние системы здравоохранения каждой страны. В докладе 2000 года приведены данные, характеризующие состояние систем здравоохранения в 1997 году. Этот показатель является результатом комплексной оценки достижений страны в области охраны здоровья населения и предоставления медицинских услуг, а также финансовых затрат на здравоохранение. Все страны Европейского региона на основании этих интегральных показателей вошли в число 75% лучших стран мира. Затем страны Европейского региона были ранжированы по этому показателю и распределены на четыре группы. Системы здравоохранения в странах Европейского региона, которые вошли в первые две группы европейских стран, были оценены как «очень хорошие»; в третью группу вошли страны с «хорошими» показателями систем здравоохранения, а четвертую группу составили страны Европейского региона, в которых системы здравоохранения были оценены как «удовлетворительные».

2. ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ПОЛИОМИЕЛИТНЫЕ ВАКЦИНЫ, ОХВАТ ПЛАНОВЫМИ ПРИВИВКАМИ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ИММУНИЗАЦИИ

- **Национальная политика использования вакцин**, для профилактики полиомиелита во всех странах региона, была изложена в ежегодных отчетах руководителей национальных программ иммунизации, представленных в Европейское региональное бюро ВОЗ в 2001 году; при этом странами была использована совместная отчетная форма, предложенная ВОЗ и ЮНИСЕФ.
- **Данные об уровнях охвата прививками в разных странах** были собраны из источников, приведенных ниже. Однако было установлено, что нередко данные об охвате детей иммунизацией не отражали состояние иммунитета в детской популяции, особенно в отношении своевременности вакцинации детей к возрасту первого года жизни. Поэтому национальные органы здравоохранения и международные консультанты использовали другие источники информации для оценки достоверности официальных данных о проценте детей, подучивших определенное количество доз вакцины.
- **База данных ВОЗ «Здоровье для всех»:** Данные за 1998 и 1999 годы о проценте детей, иммунизированных тремя дозами полиомиелитной вакцины к возрасту один год, были представлены в Европейское региональное бюро ВОЗ центральными национальными статистическими органами. При отсутствии этих сведений в базе данных «Здоровье для всех» использовали информацию из документации национальных комитетов по сертификации.
- **Совместная отчетная форма ВОЗ/ЮНИСЕФ:** Процент детей, иммунизированных тремя дозами полиомиелитной вакцины к возрасту один год – данные за 2000 и 2001 годы были представлены в Европейское региональное бюро в ежегодных отчетах руководителей национальных программ иммунизации. При отсутствии этих данных к 19 июня 2002 года использовали информацию из документации национальных комитетов по сертификации или считали, что такие данные отсутствуют.
- **Заявки в Вакцинный фонд Глобального альянса по вакцинам и иммунизации (ГАВИ):** При обращении за помощью в Вакцинный фонд 11 стран, которые соответствуют критериям этого фонда, для получения поддержки, должны указывать в заявке сведения об уровнях охвата прививками. Эти данные также были использованы для оценки достоверности официальных материалов об уровне охвата прививками, полученными из ранее перечисленных источников информации.
- **Европейский наблюдательный пункт за системами здравоохранения** при Европейском региональном бюро ВОЗ представил данные о прогрессе в осуществлении странами реформ в области здравоохранения.

3. ВАКЦИНО-АССОЦИИРОВАННЫЙ ПАРАЛИТИЧЕСКИЙ ПОЛИОМИЕЛИТ (ВАПП), СЛУЧАИ ЗА ПЕРИОД 1999 – 2001 ГОДЫ

- Эта информация основана на сведениях о случаях подозрительных на ВАПП (у вакцинированных детей, у контактных лиц или в результате заражения в коллективе). Такие данные были представлены в Европейское региональное бюро ВОЗ к 19 июня 2002 года в виде обновленной информации по каждой стране в соответствии с индивидуальными запросами, направленными органам эпидемиологического надзора в 2001 году. Европейское региональное бюро ВОЗ в 1997 году рекомендовало использовать стандартное определение случая ВАПП; в соответствии с этим определением, для постановки такого диагноза необходимо

выделение вакцинного полиовируса (типа Сэбина) при наличии остаточных параличей или летального исхода (или при невозможности контрольного клинического обследования заболевшего).

- Для стандартизации представленных данных, и в связи с отсутствием сведений о числе детей, получивших первую дозу или о суммарном числе использованных доз вакцины, был введен показатель частоты случаев ВАПП, который определяли как количество случаев ВАПП, соответствующих рекомендованному ВОЗ определению случая, зарегистрированных за год на один миллион выживших детей.
- Информацию, касающуюся ситуации до 1999 года, собирали, но не анализировали по всем странам. Число случаев ВАПП в период до 1999 года учитывали только для оценки общей чувствительности системы надзора.

4. ВЫЯВЛЕНИЕ ЦИРКУЛЯЦИИ ПОЛИОВИРУСОВ: НАДЗОР ЗА ОВП И ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

- Для сертификации региона использовали информацию, собранную с помощью трех систем надзора: надзор за ОВП, который применяли в большинстве стран, надзор за энтеровирусами (ЭВ) и надзор за окружающей средой.
- Данные об острых вялых параличах (ОВП) отражают информацию, которая поступает еженедельно в базу данных Европейского регионального бюро ВОЗ из национальных органов здравоохранения. Эти данные могут до некоторой степени отличаться от сведений в документах, представленных национальными сертификационными комитетами. Индекс ОВП – это произведение, полученное при умножении показателя заболеваемости ОВП на 100 тысяч детей в возрасте до 15 лет (этот показатель не может превышать 1,0) на процент адекватных проб стула, взятых от больных в течение 14 дней от начала паралитического заболевания.

Примечание: пробы стула считают адекватными, если в странах, которые недавно были эндемичными, от больного в течение 14 дней от начала паралитического заболевания взяты 2 пробы стула (так называемый стандартный индекс), а в неэндемичных странах в течение 14 дней от начала паралитического заболевания должна быть взята одна проба стула (модифицированный индекс, который во всех странах используется также для оценки данных в субнациональных масштабах).

- Данные за 2002 год были включены провизорно, по состоянию за 23 недели – были зарегистрированы все случаи ОВП, выявленные до 7 июня 2002 года, а показатели заболеваемости неполиомиелитными ОВП на 100 тысяч детей были рассчитаны на год.
- Все лабораторные исследования проб от больных ОВП в 2000-2001 годах были проведены в лабораториях, аккредитованных ВОЗ. В 1999 году некоторые пробы в Украине и Узбекистане были протестированы в лабораториях, не аккредитованных ВОЗ, однако все штаммы полиовирусов, выделенные от таких больных, были исследованы в соответствующих региональных полиомиелитных референс-лабораториях. В Региональной сети полиомиелитных лабораторий за 1999-2001 годы было исследовано более 7 тысяч проб стула: при этом местные штаммы диких полиовирусов обнаружены не были (рис. 1).
- С использованием индикаторов качества надзора за ОВП были созданы карты двух типов, на которых была представлена информация о субнациональных модифицированных индексах надзора за ОВП на административных территориях первого субнационального уровня.

На многоцветных картах территории с небольшой численностью населения (где за 1999-2001 годы можно было ожидать менее одного случая ОВП на 100 тысяч жителей в год) не закрашивались, если там не были зарегистрированы случаи с адекватными пробами стула. Кроме того, были составлены также точечные карты с указанием ожидаемого числа случаев ОВП на каждой территории первого субнационального уровня за период 1999-2001 годов. Если на территориях первого субнационального административного уровня было зарегистрировано ожидаемое число случаев (или больше) и адекватные пробы стула были взяты от больных, эти территории были обозначены точками зеленого цвета. Если же число зарегистрированных случаев на территориях первого субнационального

административного уровня было меньше ожидаемого или если адекватные пробы стула не были взяты, определяли разницу между ожидаемым и фактическим числом случаев и обозначали такую территорию точкой красного цвета.

- Информация о результатах дополнительного надзора за энтеровирусами и надзора за окружающей средой была получена из документации по сертификации, представленной в январе 2002 года и дополненной новыми материалами из некоторых стран в период до 19 июня 2002 года. В случаях, когда информация была получена от партнеров национальной полиомиелитной лаборатории, это было указано в сопроводительном тексте.
- В большинстве новых независимых государств бывшего Советского Союза систематическое исследование проб на энтеровирусы не проводится. В тех странах, где существует лабораторная сеть, до сих пор отсутствуют надежные системы контроля качества и стандартизации вирусологических исследований в субнациональных лабораториях, не входящих в сеть полиомиелитных лабораторий; поэтому такие данные не были использованы для анализа.
- Дополнительная информация об энтеровирусах включала как результаты, полученные рутинной системой надзора при плановом исследовании проб (клинические материалы от больных а также от здоровых людей), так и результаты выборочных обследований проб стула от больных и здоровых людей; эта информация приведена в таблицах. Материалы надзора за энтеровирусами отражают результаты исследований проб стула, если такая информация была доступна; если исследовались все клинические материалы, это было указано в сопроводительном тексте. По некоторым странам, где имелась соответствующая информация, приведены данные о соотношении численности населения и числа проб, чтобы можно было судить о плановой работе системы лабораторного надзора. Эта информация касается результатов обследования всего населения, если только в сопроводительном тексте не указано, что речь идет о детях в возрасте до 15 лет.

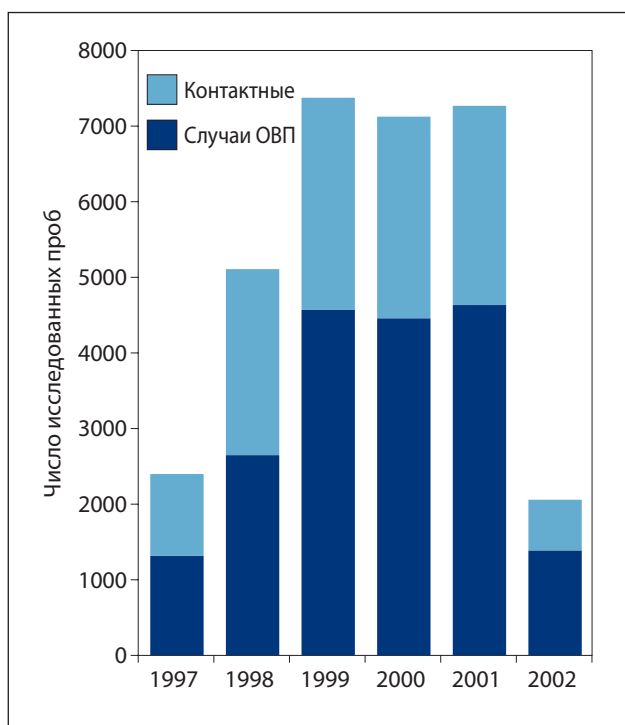


Рис 1: Объем работы Региональной сети полиомиелитных лабораторий 1997 г. – апрель 2002 г.

- Во многих странах Европейского региона имеются сложившиеся системы для осуществления дополнительного надзора (особенно надзора за энтеровирусами); эта информация приведена в анализе по эпидемиологическим зонам. Европейская региональная комиссия по сертификации обсуждала проблему дополнительного надзора (как за энтеровирусами, так и за окружающей средой) в 2000 году и пришла к выводу, что эта информация может быть использована при проведении сертификации. В рамках лабораторной сети, осуществляющей надзор за энтеровирусами, в 1999-2001 годах было исследовано более 158 тысяч проб стула, но местные штаммы диких полиовирусов при этом не были обнаружены (рис. 2).
- Специальные усилия были предприняты для оценки вероятности циркуляции в регионе местных штаммов диких полиовирусов. Результаты такой оценки были основаны на применении «комплексного индекса надзора за 1999-2001 годы». Суждение об отсутствии циркуляции местных штаммов диких полиовирусов базировалось на нескольких критериях. Эти критерии включали следующие показатели: оценку систему здравоохранения в доступности отношении для пациентов с паралитическими заболеваниями, качество надзора за ОВП и дополнительного вирусологического надзора, выявление случаев ВАПП и случаев завозного полиомиелита в 1999-2001 годах, оценку плановой вакцинации и дополнительной иммунизации, а также продолжительности периода после регистрации последнего случая полиомиелита (табл. 1).

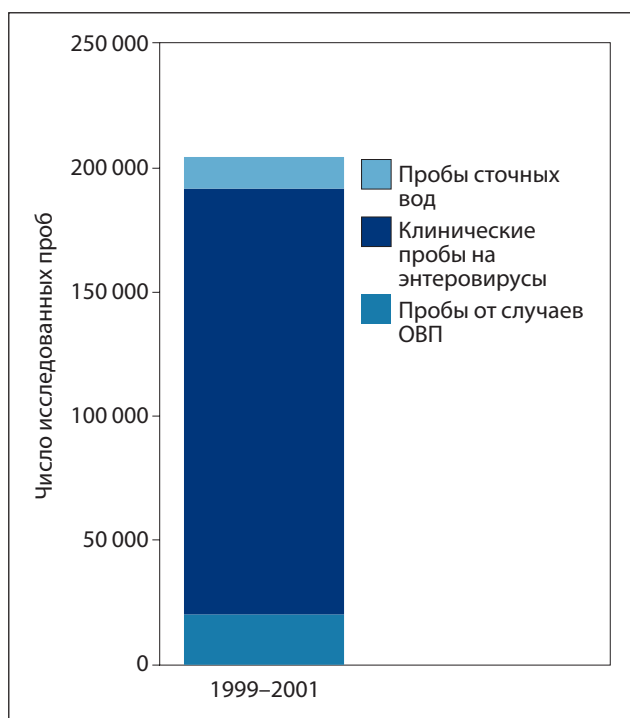


Рис 2: Общее число проб, исследованных на полиовирусы с негативным результатом, 1999-2001 гг.

Критерии	Баллы
Медицинское обслуживание = удовлетворительное	0
Медицинское обслуживание = хорошее	1
Медицинское обслуживание = очень хорошее	2
Число лет после последнего местного случая полиомиелита	
< 5 лет	0
5-9 лет	1
10-19 лет	2
≥ 20 лет	3
Критерии	
Нет надзора за ОВП, показатель ОВП =	0
Показатель ОВП >0 – 0,59	1
Показатель ОВП 0,6 – 0,79	2
Показатель ОВП 0,8 – 1,0	3
Исследования на энтеровирусы (ЭВ) проводятся	1
Постоянный надзор за ЭВ с контролем качества	2
Надзор за окружающей средой с контролем качества	1

Таблица 1. Критерии для комплексного индекса надзора, 1999-2001 гг.

- Вероятность не выявленной циркуляции местных штаммов диких полиовирусов в период с 1999 года по настоящее время оценивали как ОЧЕНЬ НИЗКУЮ, НИЗКУЮ, СРЕДНЮЮ или ВЫСОКУЮ, в зависимости от величины «комплексного индекса надзора».
- Результаты оценки: вероятность циркуляции местных штаммов диких полиовирусов в Европейском регионе в 1999-2001 годах является ОЧЕНЬ НИЗКОЙ (рис. 3).

5. ПОСЛЕДНИЕ СЛУЧАИ ПОЛИТОМИЕЛИТА И /ИЛИ ПОСЛЕДНИЕ СЛУЧАИ ВЫДЕЛЕНИЯ ДИКИХ ПОЛИОВИРУСОВ

- Информация была получена из «Отчета о мероприятиях, проведенных в 1999-2001 годах», из обновленных национальных данных, включая подробную сводку, представленную в январе 2002 года, а также во время непосредственных контактов с лицами, ответственными за проведение надзора в отдельных странах. На карте представлен год регистрации последнего эндемичного случая полиомиелита в каждом субрегионе (рис. 4).
- Завозной случай определили как случай полиомиелита, выявленный у человека инфицированного за пределами своей страны; случаи, связанные с заносом определяли как случаи полиомиелита, выявленные у людей, которые имели непосредственный контакт с больными, инфицированным за пределами страны.
- В 1999-2001 годы заносы диких полиовирусов из эндемичных территорий, подтвержденные результатами геномного анализа, расценивали как случаи, связанные с завозными случаями полиомиелита.

6. ЗАНОСЫ ДИКИХ ПОЛИОВИРУСОВ (И МЕРОПРИЯТИЯ, ПРОВЕДЕННЫЕ ПОСЛЕ НЕДАВНИХ ЗАНОСОВ)

- Штаммы диких полиовирусов считали завозными, если результаты секвенирования вирусного генома указывали на то, что данный вирус был занесен из известных резервуаров полиовируса или из эндемических территорий.
- Очень важные данные по вирусологическому надзору и информацию о мероприятиях, проведенных для ликвидации вспышки, собирали для того, чтобы оценить не произошло ли распространение циркуляции полиовируса на более обширные географические территории и/или в течение чрезмерно продолжительного периода времени (например, в течение 6 месяцев и дольше).
- Для сбора информации использовали технические визиты сотрудников и консультантов ВОЗ в страны, представленные странами обновленные и дополненные сведения, а также дополнительную документацию, запрошенную от некоторых стран, где недавно были зарегистрированы случаи заноса полиовирусов (Болгария и Грузия).

7. ОЦЕНКА ПОТЕНЦИАЛЬНОГО РИСКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПОЛИОВИРУСОВ ПОСЛЕ ИХ ЗАНОСА

- Потенциальный риск распространения полиовирусов после заноса оценивали на основании анализа надежности системы эпидемиологического надзора (включая показатели качества надзора за ОВП), уровней популяционного иммунитета (на основании уровней охвата плановыми прививками и дополнительной иммунизацией), наличия в стране достаточно



Рис 3: Вероятность циркуляции местных диких полиовирусов в Европейском регионе ВОЗ, 1999-2001 гг.

■ Очень низкая

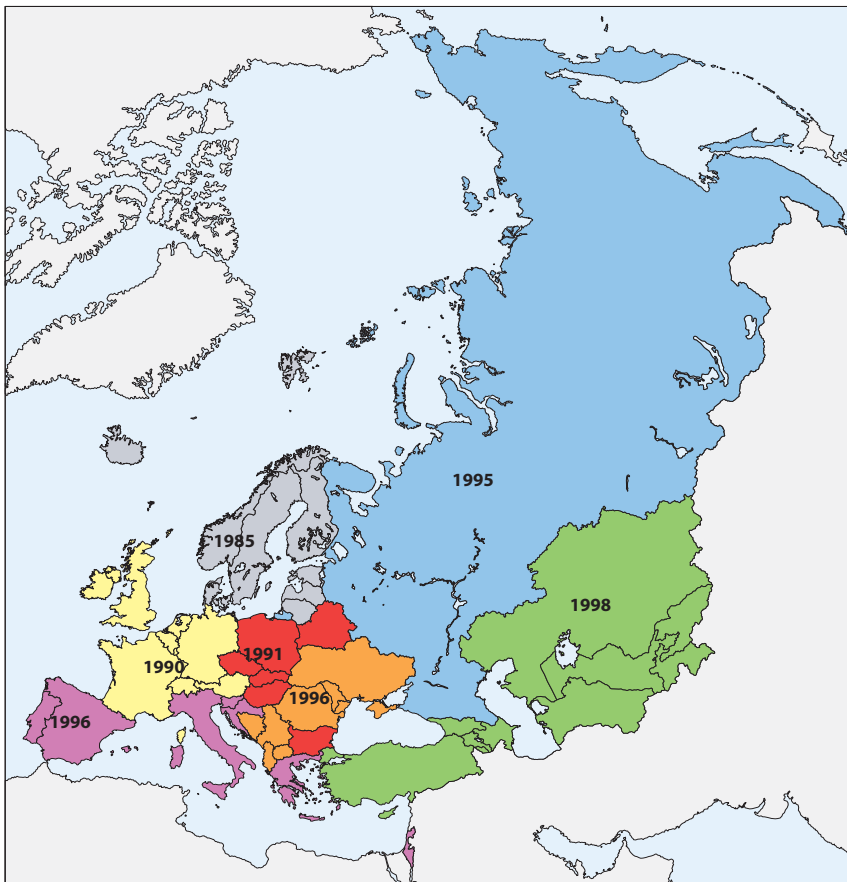


Рис 4: Последние случаи полиомиелита, вызванные эндемичными полиовирусами, в эпидемиологических зонах Европейского региона

Регионы

- Северный/Балтийский
- Западный
- Центральный
- Южный
- Центральный/Восточный
- Россия
- МЕКАКАР

многочисленных уязвимых групп населения или групп повышенного риска, а также санитарно-гигиенического состояния.

- Степень риска оценивали как НИЗКУЮ, СРЕДНЮЮ или ВЫСОКУЮ.
- В подавляющем большинстве стран риск распространения полиовирусов после заноса оценен как НИЗКИЙ (рис. 5). К числу стран со средней степенью риска относятся Азербайджан, Грузия, Греция и Узбекистан. Только несколько стран региона оценены как территории с высоким риском распространения полиовирусов после заноса: Босния и Герцеговина, Нидерланды, северо-кавказский регион Российской Федерации, Таджикистан и юго-восточные регионы Турции.

8. СОСТОЯНИЕ ЛАБОРАТОРНОГО КОНТЕЙНМЕНТА ДИКИХ ПОЛИОВИРУСОВ

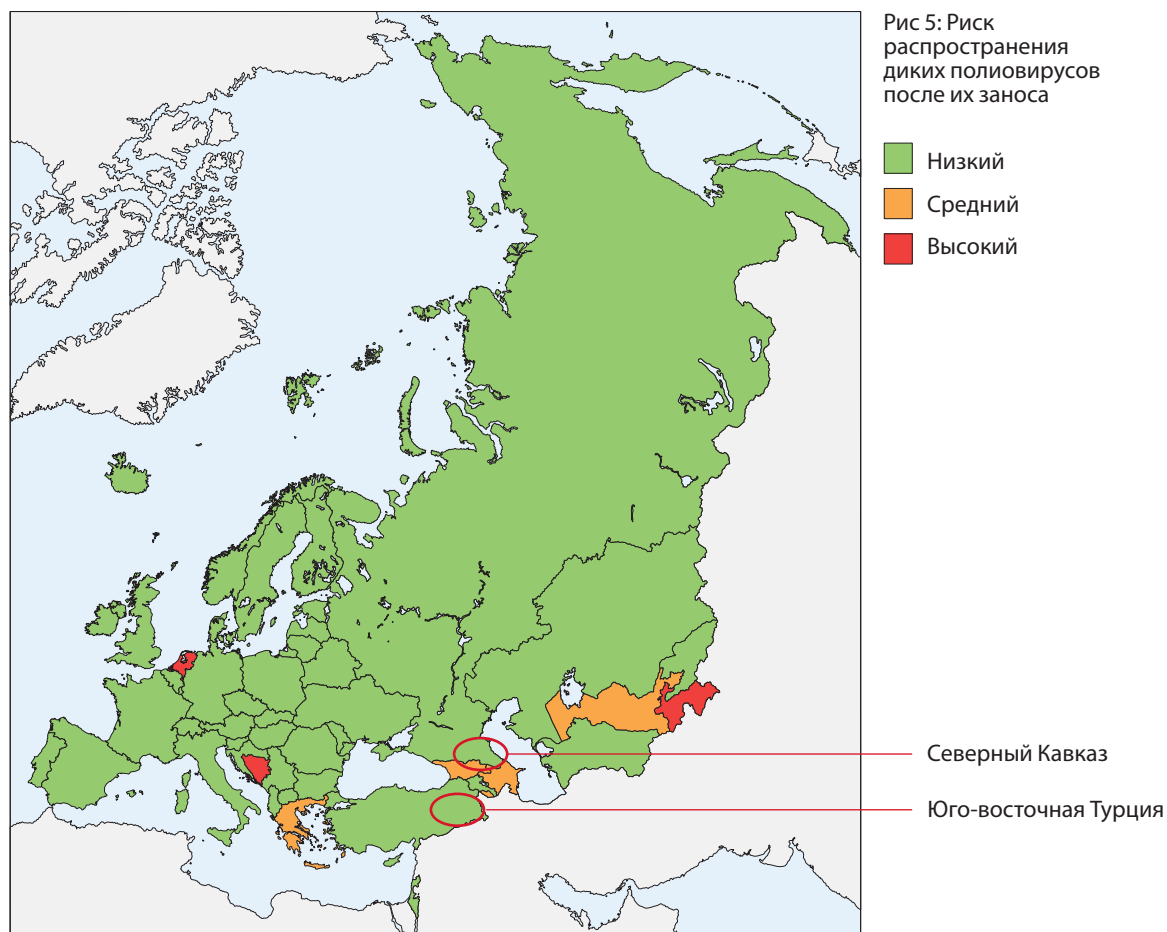
- Состояние лабораторного контейнмента оценивали на основании регулярных отчетов, полученных от национальных координаторов по контейнменту до 19 июня 2002 года, или на основании данных заключительного отчета, подписанного представителем министерства здравоохранения и полученного к 19 июня 2002 года.
- Данные представлены по тем странам, где по итогам анкетирования лабораторий было установлено, что в них имеются дикие полиовирусы, а также обеспечены возможности работы в условиях биологической безопасности 2-го уровня (BSL-2).

9. ПОДДЕРЖАНИЕ СТАТУСА «СТРАНА СВОБОДНАЯ ОТ ПОЛИОМИЕЛИТА»

- Информация составлена на основе подробных планов мероприятий, представленных к 19 июня 2002 года (в соответствии с рекомендациями 14-го совещания Региональной комиссии по сертификации) и подписанных представителями министерств здравоохранения или на основании протоколов намерений, представленных правительствами стран в январе 2002 года или позже.

10. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- Был проведен анализ всех перечисленных выше данных о надзоре и иммунизации в каждой стране региона. При анализе особое внимание уделяли данным на субнациональном уровне, а также наличию уязвимых групп населения.
- Трехлетний период времени после регистрации последнего подтвержденного случая полиомиелита, вызванного эндемичным диким полиовирусом, был установлен в соответствии с рекомендациями Глобальной комиссии по сертификации, чтобы гарантировать отсутствие «скрытой» циркуляции диких полиовирусов. Эта комиссия также сформулировала рекомендации о продолжительности периода наблюдения после заноса диких полиовирусов с эндемичных территорий, который необходим для обоснованного заключения об отсутствии возобновления циркуляции полиовирусов. Прекращение вспышки в течение 6 месяцев и отсутствие новых случаев при наблюдении в течение 12 месяцев после выделения последнего штамма вируса – указывает на отсутствие возобновления циркуляции полиовирусов.
- Вероятность невыявленной циркуляции местных штаммов диких полиовирусов в странах Европейского региона в период с 1999 года по настоящее время оценивается как ОЧЕНЬ НИЗКАЯ.



- Потенциальный риск распространения диких полиовирусов после их заноса оценивается в подавляющем большинстве стран региона как НИЗКИЙ; только единичные страны региона оценены как территории с высоким или средним риском распространения полиовирусов после их заноса.
- Представленные выводы и заключения выражают мнение сотрудников Европейского регионального бюро ВОЗ.

СЕВЕРНЫЙ/БАЛТИЙСКИЙ ЕВРОПЕЙСКИЙ СУБРЕГИОН

1. СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Страна	Показатель детской смертности - отчетные данные в ВОЗ	Показатель детской смертности - оценка ЮНИСЕФ	Показатель смертности детей в возрасте до 5 лет - оценка ЮНИСЕФ	Число врачей на 100 000 жителей	Состояние системы здравоохранения
Дания	-	4	5	283	Очень хорошее
Эстония	91	17	21	322	Хорошее
Финляндия	41	4	5	307	Очень хорошее
Исландия	-	4	4	336	Очень хорошее
Латвия	10	17	21	320	Удовлетворительное
Литва	9	17	21	380	Хорошее
Норвегия	-	4	4	470	Очень хорошее
Швеция	-	3	4	-	Очень хорошее

¹ Данные за 1999 г. (в остальных случаях - данные за 2000 г.).

Комментарии

Реформы системы здравоохранения продолжаются в странах этого субрегиона. Состояние систем здравоохранения хорошее и очень хорошее. Население имеет хороший доступ к службам иммунизации. Можно сделать заключение, что системы здравоохранения смогут обнаруживать случаи паралитических заболеваний и своевременно осуществлять постановку диагноза в таких случаях.

2. ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ПОЛИОМИЕЛИТНЫЕ ВАКЦИНЫ И ОХВАТ ПЛАНОВЫМИ ПРИВИВКАМИ

Страна	Использованная вакцина	Процент детей, иммунизированных третьей дозой полиомиелитной вакцины к возрасту 1 год			
		1998	1999	2000	2001
Дания	ИПВ/ОПВ, переход на ИПВ	99	88	88	97
Эстония	ОПВ	88	91	93	94
Финляндия	ИПВ (ранее использовалась)	99	98	-	95
Исландия	ИПВ (ранее использовалась)	100	100	95	91
Латвия	ИПВ/ОПВ	74	95	96	97
Литва	ИПВ/ОПВ	97	97	92	97
Норвегия	ИПВ (ранее использовалась)	91	89	96	95
Швеция	ИПВ (ранее использовалась)	-	98	99	99

Комментарии

Уровень охвата плановыми прививками очень высокий. Данные, представленные в документах для сертификации, указывают на отсутствие сколько-нибудь значимой популяции людей, вакцинированных не полностью.

3. ВАКЦИНО-АССОЦИИРОВАННЫЙ ПАРАЛИТИЧЕСКИЙ ПОЛИОМИЕЛИТ, 1999-2001

В странах этого субрегиона случаи ВАПП, по крайней мере в течение последних трех лет, не регистрировались.

Комментарии

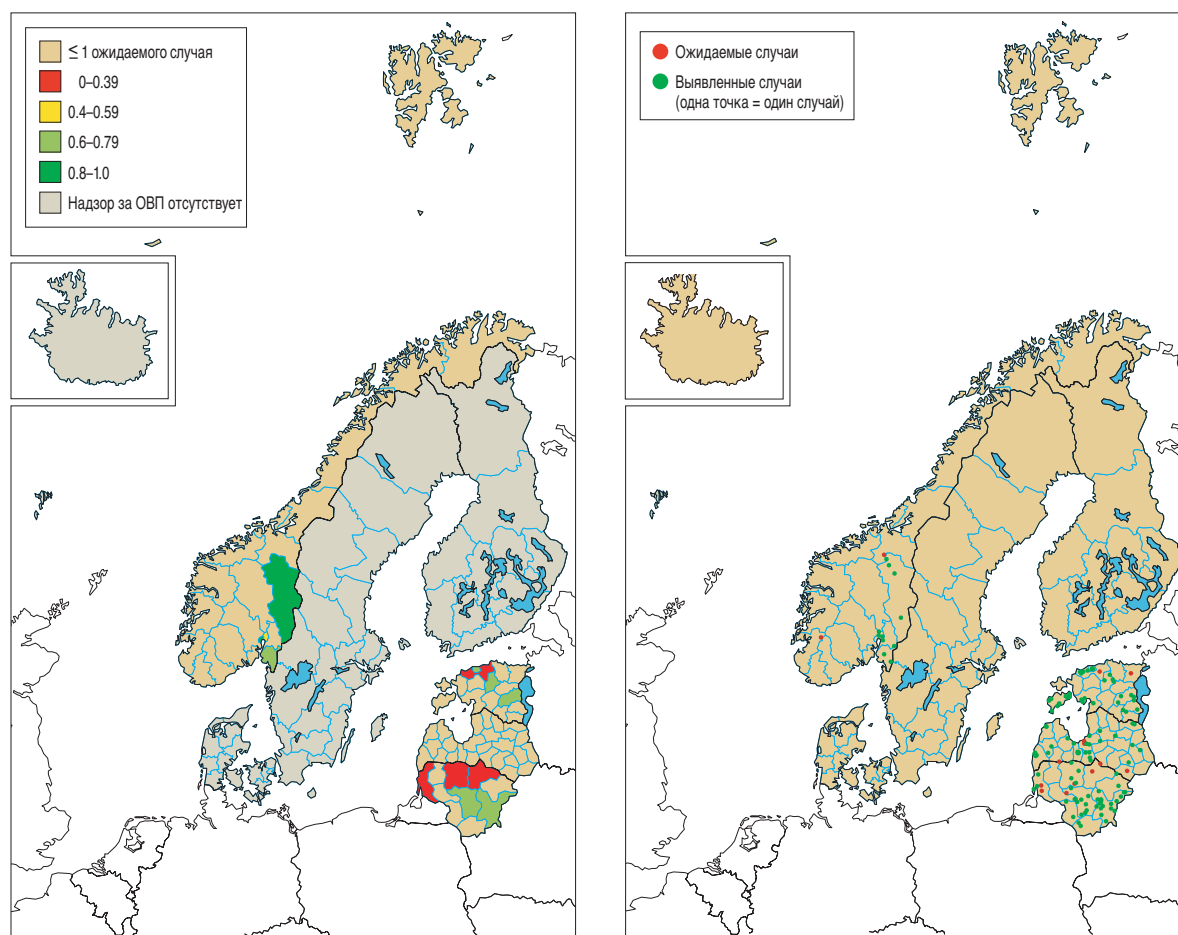
Только в Эстонии (численность населения 1 377 000 человек) используется исключительно ОПВ.

4. ВЫЯВЛЕНИЕ ЦИРКУЛЯЦИИ ПОЛИОВИРУСОВ: НАДЗОР И ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

4.1 Надзор за ОВП

Страна	Индекс надзора за ОВП			
	1999	2000	2001	2002 ¹
Дания	-	-	-	-
Эстония	0.77	1.00	1.00	0.00
Финляндия	-	-	-	-
Исландия	-	-	-	-
Латвия	0.83	1.00	0.83	0.00
Литва	-	1.00	1.00	1.00
Норвегия	-	-	0.64	0.50
Швеция	-	-	-	-

¹ Индекс надзора за 2002 год рассчитан на основании данных на 7 июня 2002 года.



Комментарии

Качество системы надзора за ОВП в Эстонии, Латвии и Литве хорошее. Ожидаемое за год число случаев ОВП в Эстонии и Латвии очень невелико, поэтому данные за 2002 год могут быть нерепрезентативными.

4.2 Информация о результатах дополнительного надзора

Страна	Надзор за энтеровирусами, 1999-2001 гг.			Отношение "число проб: население" (%)	Надзор за окружающей средой, 1999-2001 гг.		
	Число проб	Число НПЭВ (%)	Число ПВ (%)		Число проб	Число НПЭВ (%)	Число ПВ (%)
Дания	1712	120 (7.0%)	7 (0.4%)	1: 9326	-	-	-
Эстония	393	41 (10.4%)	7 (1.8%)	1: 2132	133	11 (8.3%)	7 (5.3%)
Финляндия	2520	100 (3.9%)	6 (0.2%)	1: 6157	189	11 (58.7%)	0
Исландия ¹	394	35 (8.9%)	1 (0.2%)	1: 1418	-	-	-
Латвия	1706	130 (7.6%)	26 (1.5%)	1: 4257	799	63 (7.9%)	56 (7.0%)
Литва	-	-	-	-	-	-	-
Норвегия ¹	725	151 (20.8%)	0	1:12328	-	-	-
	268 ²	95 (35.5%)	0	-	-	-	-
Швеция	3610	47 (1.3%)	1 (0.03%)	1: 7348	-	-	-
	1224 ³	47 (3.8%)	1 (0.08%)	1: 2941	-	-	-

¹ Данные только за 1999 и 2000 годы.

² Надзор за энтеровирусами у больных менингитами, Национальный институт здравоохранения, 1999-2001 гг.

³ Надзор за энтеровирусами - данные только по Стокгольму, 1999-2000 гг.

Комментарии

Приведенные выше данные отражают результаты исследования проб стула от общего населения в 1999-2001 гг., если нет примечаний. Из числа стран, осуществляющих дополнительный надзор, система контроля качества лабораторных исследований внедрена в Дании, Эстонии, Финляндии, Исландии, Латвии и Швеции.

Дания начала систематический сбор данных о результатах клинического лабораторного надзора за энтеровирусами среди всего населения в 1998 году и существенно усилила эту систему в 2001 г. В Эстонии в рамках системы надзора за энтеровирусами проводится исследование проб стула от детей в возрасте до 15 лет, имеющих неврологические симптомы. Система надзора за окружающей средой охватывает 3 города с общей численностью населения 528 тысяч человек (включая 92 тысячи детей в возрасте до 15 лет).

В Финляндии надзором за энтеровирусами охвачено все население (используются пробы стула, взятые для рутинной вирусологической диагностики), а система надзора за окружающей средой охватывает 25% населения.

В Исландии имеется одна лаборатория, которая может выполнять диагностические вирусологические исследования и получает пробы с территории всей страны; таким образом, эти данные отражают ситуацию во всей популяции.

В Латвии в рамках системы надзора за энтеровирусами ежегодно проводится обследование 500 здоровых детей в возрасте до 7 лет, а также осуществляется мониторинг клинических проб. Приведенные выше отношения рассчитаны на общую численность населения, хотя младшие возрастные группы обследуются более интенсивно. Система надзора за окружающей средой стремится к корреляции числа проб с плотностью населения.

В Норвегии система надзора за энтеровирусами включает исследование клинических проб от больных с серьезными менингитами в масштабах всей страны, а также исследование других клинических проб в 6 вирусологических лабораториях. Стандартная система контроля качества ВОЗ применяется не во всех лабораториях.

В Швеции имеется две системы надзора за энтеровирусами. Национальная система охватывает все население, а вторая система служит для получения дополнительной информации к материалам национальной системы; для этого используются возможности двух лабораторий на базе университетских больниц с охватом населения Стокгольма и пригородов (1,8 миллиона человек). Система исследования проб из внешней среды продолжает улучшаться и охватывает основные города района Стокгольма.

5. ПОСЛЕДНИЕ СЛУЧАИ ПОЛИОМИЕЛИТА И/ЛИ ВЫДЕЛЕНИЯ ДИКИХ ПОЛИОВИРУСОВ

Страна	Последний местный случай/вспышка	Последний завозной случай	Последний случай выделения дикого полиовируса
Дания	1976	1983	1983
Эстония	1961		1961
Финляндия	1985	1985	1985
Исландия	1960	1963	1963
Латвия	1962		1962
Литва	1972		1971
Норвегия	1969	1992	1992
Швеция	1977	1992	1992

Комментарии

Со времени последнего заноса в Финляндию в 1985 году циркуляция диких полиовирусов в данном субрегионе не регистрировалась. Единичные завозные случаи были выявлены в Швеции и Норвегии в 1992 году.

6. ЗАНОСЫ (И МЕРОПРИЯТИЯ, ПРОВЕДЕННЫЕ ПОСЛЕ НЕДАВНИХ ЗАНОСОВ)

В данном субрегионе уже в течение более девяти лет не было ни одного случая, связанного с дикими полиовирусами.

7. ОЦЕНКА ПОТЕНЦИАЛЬНОГО РИСКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПОЛИОВИРУСОВ ПОСЛЕ ЗАНОСА

Все страны данного субрегиона относятся к группе НИЗКОГО риска, что объясняется достигнутым уровнем коллективного иммунитета, высокими уровнями охвата прививками (особенно в группах населения с повышенным риском), относительно небольшой численностью субпопуляции повышенного риска (например, иммигрантов и мобильных групп населения), высоким качеством эпиднадзора, высоким потенциалом эпидемиологической службы и органов здравоохранения, а также холодным климатом.

8. СОСТОЯНИЕ ЛАБОРАТОРНОГО КОНТЕЙНМЕНТА

Страна	Национальная инвентаризация: процент ответивших лабораторий	Число лабораторий, где имеются полиовирусы	
		Общее число	Число лабораторий с BSL-2
Дания	>83	3 (в настоящее время)	3
Эстония	100	0	-
Финляндия	97 – 100	2	2
Исландия	100	0	-
Латвия	100	0	-
Литва	100	1	1
Норвегия	100	1	1
Швеция	41	5 (в настоящее время)	5

9. ПОДДЕРЖАНИЕ СТАТУСА «СТРАНА, СВОБОДНАЯ ОТ ПОЛИОМИЕЛИТА»

Европейское региональное бюро ВОЗ получило убедительные данные из всех стран, что они будут сохранять высокое качество программ иммунизации и систем надзора, а также продолжать мероприятия по контейменту. Подробные планы мероприятий были представлены Данией, Эстонией, Финляндией, Латвией, Литвой, Норвегией и Швецией.

10. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Вероятность циркуляции местных штаммов диких полиовирусов в период с 1999 года по настоящее время оценивается как **ОЧЕНЬ НИЗКАЯ**; об этом свидетельствует наличие эффективных систем здравоохранения, способных выявить завозные случаи полиомиелита, высокий уровень охвата плановыми прививками и высокое качество надзора (за ОВП и/или дополнительного надзора).

ЗАПАДНЫЙ СУБРЕГИОН

1. СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Страна	Показатель детской смертности - отчетные данные в ВОЗ	Показатель детской смертности - оценка ЮНИСЕФ	Показатель смертности детей в возрасте до 5 лет - оценка ЮНИСЕФ	Число врачей на 100 000 жителей	Состояние системы здравоохранения
Австрия	5	5	5	308	Очень хорошее
Бельгия	-	6	6	414	Очень хорошее
Франция	-	4	5	328	Очень хорошее
Германия	5 ¹	5	5	358	Очень хорошее
Ирландия	-	6	6	249	Очень хорошее
Люксембург	3	5	5	249	Очень хорошее
Монако	5 ¹	4	5	-	Очень хорошее
Нидерланды	5 ¹	5	5	322	Очень хорошее
Швейцария	-	3	4	336 ¹	Очень хорошее
Великобритания	6 ¹	6	6	-	Очень хорошее

¹ Данные за 1999 г. (в остальных случаях - данные за 2000 г.).

Комментарии

Реформы системы здравоохранения продолжаются в странах данного субрегиона. Состояние систем здравоохранения в этих странах очень хорошее, их население имеет хороший доступ к медицинским службам. Можно сделать заключение, что системы здравоохранения смогут выявлять случаи паралитических заболеваний и своевременно осуществлять диагностику таких случаев.

2. ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ПОЛИОМИЕЛИТНЫЕ ВАКЦИНЫ И ОХВАТ ПЛАНОВЫМИ ПРИВИВКАМИ

Страна	Использованная вакцина	Процент детей, иммунизированных третьей дозой полиомиелитной вакцины к возрасту 1 год			
		1998	1999	2000	2001
Австрия	Только ИПВ с 2001 г.	-	-	71	83
Бельгия	Только ИПВ с января 2001 г.	-	96	-	-
Франция	Только ИПВ с 1983 г.	97	-	98	-
Германия	Только ИПВ с 1998 г.	-	-	-	-
Ирландия	Только ИПВ с июля 2001 г.	84	86	86	84
Люксембург	Только ИПВ с 1999 г.	-	-	-	-
Монако	ИПВ	-	-	-	-
Нидерланды	ИПВ (ранее использовалась)	97	-	-	-
Швейцария	Только ИПВ с 2001 г.	92	-	-	92
Великобритания	ОПВ	93	92	93	94

Комментарии

Хотя сбор данных об уровнях охвата плановыми прививками и/или представление этих данных не стандартизованы, системы, осуществляющие плановую иммунизацию населения в этих странах, как правило, хорошо развиты.

Анализ уровня охвата прививками показывает, что в Германии 93-94% детей, поступающих в школу, полностью иммунизированы против полиомиелита. Документация, представленная национальными комитетами по сертификации, подтверждает имеющуюся информацию по Нидерландам и Швейцарии. В Нидерландах с общей численностью населения 15,9 млн. человек, имеется субпопуляция повышенного риска численностью около 300 тысяч человек, которые отказались от прививок по своим религиозным убеждениям.

3. ВАКЦИНО-АССОЦИИРОВАННЫЙ ПАРАЛИТИЧЕСКИЙ ПОЛИОМИЕЛИТ, 1999-2001

Страна	Число зарегистрированных случаев	Показатель на 1 млн. живых детей за год
Германия	1	0.46

Комментарии

В Германии зарегистрирован один случай ВАПП в 2000 году у больного с синдромом иммунодефицита. ОПВ не рекомендована к применению в 1999–2001 годы.

В Бельгии выявлен один случай с началом заболевания в 1999 году; этот случай был идентифицирован как “вероятный” случай ВАПП на основании результатов ретроспективного анализа.

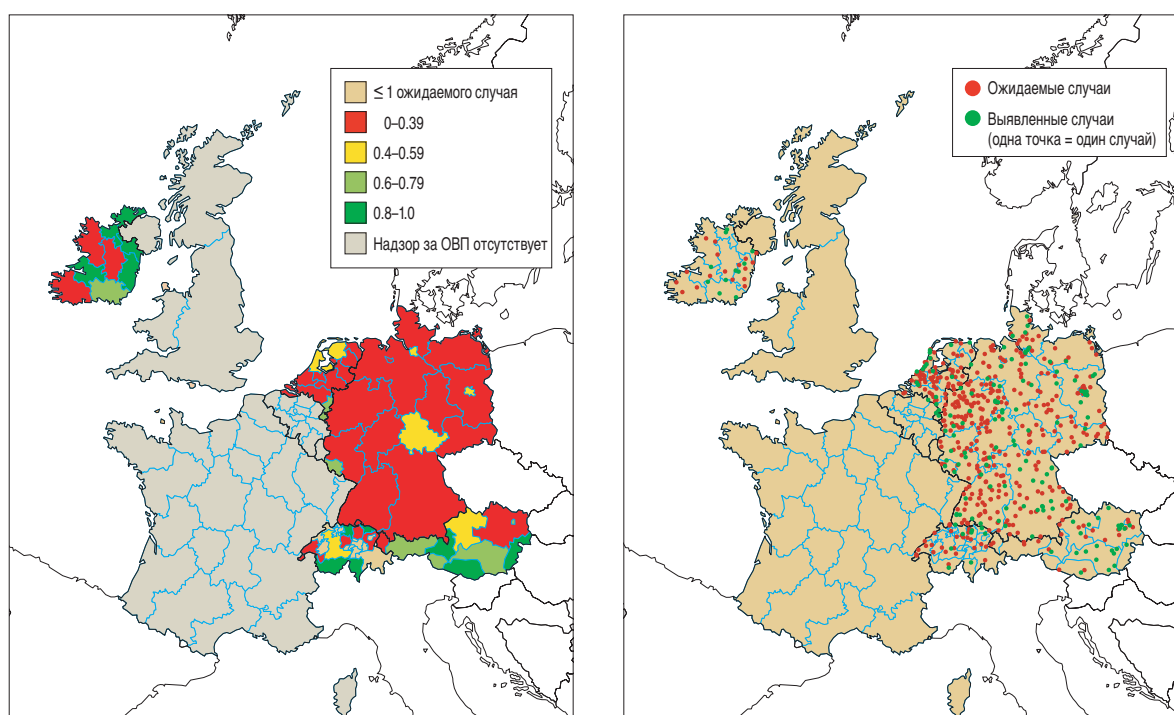
В Великобритании случаи ВАПП регистрировались регулярно до 1999 года.

4. ВЫЯВЛЕНИЕ ЦИРКУЛЯЦИИ ПОЛИОВИРУСОВ: НАДЗОР И ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

4.1 Надзор за ОВП

Страна	Индекс надзора за ОВП			
	1999	2000	2001	2002 ¹
Австрия	0.42	0.80	0.58	0.66
Бельгия	-	-	-	-
Франция	-	-	-	-
Германия	0.23	0.23	0.23	0.40
Ирландия	0.13	0.56	0.56	0.25
Люксембург	-	-	-	-
Монако	-	-	-	-
Нидерланды	0.20	0.17	0.28	0.00
Швейцария	0.08	0.47	0.16	0.00
Великобритания	-	-	-	-

¹ Индекс надзора за 2002 год рассчитан на основании данных на 7 июня 2002 года.



Комментарии

Во многих странах этого субрегиона созданы эффективные системы для выявления случаев неполиомиелитных ОВП, однако сохраняется проблема своевременности взятия проб стула, что снижает общий индекс надзора за ОВП.

Бельгия находится на ранней стадии внедрения системы надзора, основанной на результатах лабораторных исследований. Национальные данные не представлены, поскольку эта система только внедряется.

Во Франции и Великобритании не имеется систем надзора за ОВП; вместо этого существует система надзора за энтеровирусами (см. более детальное обсуждение в разделе 4.2) и регистрации всех подозрительных случаев параличических заболеваний (включая и регистрацию в начале 2001 года случая паралича у афганского ребенка-беженца).

4.2 Информация о результатах дополнительного надзора

Страна	Надзор за энтеровирусами, 1999-2001 гг.			Отношение "число проб: население" (%)	Надзор за окружающей средой, 1999-2001 гг.		
	Число проб	Число НПЭВ (%)	Число ПВ (%)		Число проб	Число НПЭВ (%)	Число ПВ (%)
Австрия	10549	708 (6.7%)	3 (0.03%)	1: 2288	-	-	-
Бельгия	-	234	2	-	-	-	-
Франция	12027	1349 (11.2%)	0	1:14776	311	131 (42.1%)	3 (1.0%)
Германия	18670	272 (1.5%)	2 (0.01%)	1: 6589	-	-	-
	-	463	4	-	-	-	-
Ирландия	3033	195 (6.4%)	75 (2.5%)	1: 3762	-	-	-
Люксембург	-	-	-	-	-	-	-
Монако	-	-	-	-	209	99 (47.4%)	0
Нидерланды	10020	900 (8.9%)	12 (0.1%)	1: 3166	-	-	-
Швейцария	-	-	-	-	-	-	-
Великобритания	28237	2567 (9%)	593 (2.1%)	1: 6312			

¹ Данные за 2000-2001 годы о результатах исследования проб стула, спинномозговой жидкости и мочи в одной университетской лаборатории. Сведений об общем числе исследованных проб нет.

² Данные о результатах исследования различных клинических проб, поступивших в Немецкую ассоциацию против вирусных болезней (DVV). Полные данные представлены за период с 4-го квартала 1999 года по 1-й квартал 2001 года; полные сведения о выделенных штаммах имеются за 1999-2001 годы. Во второй строчке представлены результаты идентификации штаммов, направленных в Институт Роберта Коха.

³ Данные за 2000-2001 годы.

Комментарии

Представленные выше данные отражают результаты исследования проб фекалий, собранных в общей популяции в 1999-2001 годах (если нет других указаний). В большинстве стран, осуществляющих сбор данных в рамках дополнительного надзора, внедрена система контроля качества лабораторных исследований.

Бельгия находится на начальном этапе внедрения системы надзора, основанной на результатах лабораторных исследований. Представленные данные неполные.

В Австрии мониторинг клинических проб на энтеровирусы осуществляется в масштабах всей страны.

Во Франции национальная система надзора за энтеровирусами охватывает всю страну, хотя в юго-западных районах относительная интенсивность обследования населения ниже. Надзор за внешней средой осуществляется в Париже (где проживает 20% населения страны); при этом дикие полиовирусы обнаруживались до 1997 года. Приведенные выше данные собраны лабораторной сетью.

В Германии имеется два типа дополнительного надзора за энтеровирусами. Часть данных собирает национальная сеть, включающая 18 лабораторий, однако эти данные территориально нерепрезентативны. Сбор второй части данных обеспечивают примерно 20 лабораторий, которые направляют штаммы для идентификации и характеристики в Институт Роберта Коха.

В Ирландии первичной задачей национальной системы является анализ клинических проб от детей в возрасте до 15 лет. При подсчете отношения “число проб : население” использованы данные об общей численности населения из-за отсутствия данных о числе проб от детей в возрасте до 15 лет. Во Великобритании система надзора за энтеровирусами является национальной и основана на лабораториях, работающих при крупных больницах.

5. ПОСЛЕДНИЕ СЛУЧАИ ПОЛИОМИЕЛИТА И/ИЛИ ВЫДЕЛЕНИЯ ДИКИХ ПОЛИОВИРУСОВ

Страна	Последний местный случай/вспышка	Последний завозной случай	Последний случай выделения дикого полиовируса
Австрия	1980		1980
Бельгия	1979	1989	1989
Франция	1989	1995	1996
Германия	1990	1992	1992
Ирландия	1982		1982
Люксембург	1963		Нет данных
Монако	1964		Нет данных
Нидерланды	1993	1993	1993
Швейцария	1982		1982
Великобритания	1982	1993	1982

Комментарии

В данном субрегионе случаи циркуляции диких полиовирусов не регистрируются со времени заноса дикого вируса в Нидерланды, что привело к развитию вспышки в 1992-1993 годах, когда был выявлен 71 случай среди невакцинированных детей. При осуществлении надзора за объектами внешней среды дикие полиовирусы 3-го типа были обнаружены во Франции в сточных водах в 1996 году.

6. ЗАНОСЫ (И МЕРОПРИЯТИЯ, ПРОВЕДЕННЫЕ ПОСЛЕ НЕДАВНИХ ЗАНОСОВ)

В данном субрегионе ни одного случая, связанного с дикими полиовирусами, не было с 1993 года, за исключением изолированных завозных случаев, диагностированных во Франции в 1995 году.

7. ОЦЕНКА ПОТЕНЦИАЛЬНОГО РИСКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПОЛИОВИРУСОВ ПОСЛЕ ЗАНОСА ВЫСОКИЙ риск

- Нидерланды - в связи с постоянным наличием достаточно большой группы людей, отказывающихся от вакцинации.

Все остальные страны относятся к группе с НИЗКОЙ степенью риска, что обусловлено высоким уровнем коллективного иммунитета, высоким уровнем охвата прививками с обращением особого внимания на группы населения с повышенным риском, хорошим качеством надзора, а также высоким потенциалом эпидемиологической службы и органов здравоохранения.

8. СОСТОЯНИЕ ЛАБОРАТОРНОГО КОНТЕЙНМЕНТА

Страна	Национальная инвентаризация: процент ответивших лабораторий	Число лабораторий, где имеются полиовирусы Общее число	Число лабораторий с BSL-2
Австрия	100	3 (в настоящее время)	3
Бельгия	34	-	3
Франция	34	39 (в настоящее время)	-
Германия	97,5	0	25
Ирландия	84	0	-
Люксембург	100	0	-
Монако	100	2	-
Нидерланды	100	-	2
Швейцария	В процессе	-	-
Великобритания	79	-	-

9. ПОДДЕРЖАНИЕ СТАТУСА «СТРАНА, СВОБОДНАЯ ОТ ПОЛИОМИЕЛИТА»

Европейское региональное бюро ВОЗ получило убедительные данные из всех стран, что они будут поддерживать высокое качество программ иммунизации, систем надзора и мероприятий по лабораторному контейнменту. Подробные планы мероприятий были получены из Бельгии, Германии и Великобритании. Из Франции также был получен проект плана, который находится на утверждении в министерстве.

10. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Вероятность циркуляции местных штаммов диких полиовирусов в этом регионе в период с 1999 года по настоящее время оценивается как **ОЧЕНЬ НИЗКАЯ**, о чем свидетельствуют наличие хороших систем здравоохранения, способных выявить случаи полиомиелита, высокое качество надзора за ОВП и дополнительного надзора за полиовирусами, а также высокий уровень охвата плановыми прививками населения, включая группы высокого риска.

Маловероятно, что небольшие по численности населения популяции Монако (30 тысяч жителей) и Люксембурга (437 тысяч жителей) могут поддерживать циркуляцию полиовирусов, а их хорошие системы здравоохранения по-видимому обеспечат выявление возможных случаев полиомиелита. Последний местный случай выделения диких полиовирусов (внешнего происхождения) в данном субрегионе был зарегистрирован в Нидерландах в 1993 году и был следствием развития вспышки среди людей, отказавшихся от иммунизации по религиозным причинам. С того времени во Франции был зарегистрирован завозной случай в 1995 году с последующим обнаружением в этой стране диких полиовирусов в сточных водах в 1996 году, что демонстрирует способность системы здравоохранения выявлять заболевания и вирусы.

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ СУБРЕГИОН

1. СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Страна	Показатель детской смертности - отчетные данные в ВОЗ	Показатель детской смертности - оценка ЮНИСЕФ	Показатель смертности детей в возрасте до 5 лет - оценка ЮНИСЕФ	Число врачей на 100 000 жителей	Состояние системы здравоохранения
Беларусь	11 ¹	17	20	458 ¹	Хорошее
Болгария	13	15	16	337	Удовлетворительное
Чешская Республика	4	5	5	337	Очень хорошее
Венгрия	9	8	9	361	Хорошее
Польша	8	9	10	226	Хорошее
Словакия	9	8	9	323	Хорошее
Словения	5 ¹	5	5	215 ¹	Очень хорошее

¹ Данные за 1999 г. (в остальных случаях - данные за 2000 г.).

Комментарии

Реформы системы здравоохранения продолжаются в странах этого субрегиона, хотя в Беларуси этот процесс еще не начался. Состояние систем здравоохранения хорошее и очень хорошее. Население имеет хороший доступ к службам иммунизации. Заключение: системы здравоохранения этих стран смогут обнаруживать случаи паралитических заболеваний и своевременно осуществлять постановку диагноза в таких случаях.

2. ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ПОЛИОМИЕЛИТНЫЕ ВАКЦИНЫ И ОХВАТ ПЛАНОВЫМИ ПРИВИВКАМИ

Страна	Использованная вакцина	Процент детей, иммунизированных третьей дозой полиомиелитной вакцины к возрасту 1 год			
		1998	1999	2000	2001
Беларусь	ИПВ/ОПВ с 2000 года	98	99	99	99
Болгария	ОПВ	97	97	98	94
Чешская Республика	ОПВ	97	98	97	97
Венгрия	ИПВ/ОПВ	100	100	100	100
Польша	ИПВ/ОПВ с 2001 года	98	98	98	98
Словакия	ОПВ	99	99	98	99
Словения	ОПВ	90	93	-	-

Комментарии

Уровень охвата плановыми прививками в странах этого субрегиона очень высокий.

После завоза дикого полиовируса в 2001 году в Болгарии были проведены интенсивные мероприятия по дополнительной иммунизации, детально описанные ниже. Кроме того, дополнительная иммунизация была проведена в группах повышенного риска в Венгрии и Словакии.

В некоторых странах данного субрегиона регулярно проводятся иммунологические исследования, результаты которых подтверждают наличие высокого уровня защиты от полиовируса в различных возрастных группах в Беларуси и в Чешской Республике, а также среди детей в возрасте до 9 лет в Венгрии.

3. ВАКЦИНО-АССОЦИИРОВАННЫЙ ПАРАЛИТИЧЕСКИЙ ПОЛИОМИЕЛИТ, 1999-2001

Страна	Число зарегистрированных случаев	Показатель на 1 млн. живых детей за год
Беларусь ¹	4	14.8
Болгария	1	5.5
Польша	2	1.8

¹ Беларусь сообщила еще об одном дополнительном случае, который не соответствует критериям ВОЗ для случая ВАПП.

Комментарии

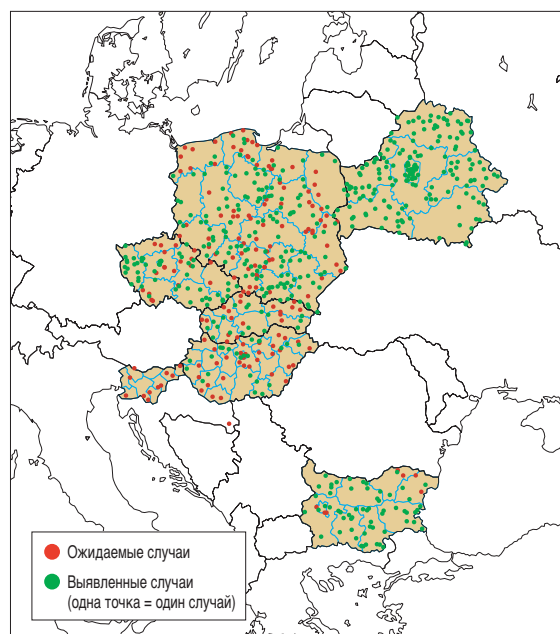
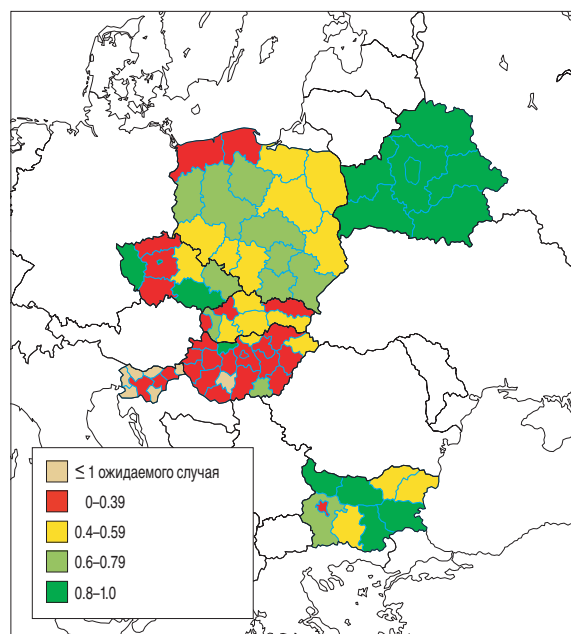
Показатель рассчитан на основании случаев, которые классифицированы в соответствии с критериями ВОЗ.

4. ВЫЯВЛЕНИЕ ЦИРКУЛЯЦИИ ПОЛИОВИРУСОВ: НАДЗОР И ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

4.1 Надзор за ОВП

Страна	Индекс надзора за ОВП			
	1999	2000	2001	2002 ¹
Беларусь	0.88	0.96	0.91	1.00
Болгария	0.77	0.53	0.98	1.00
Чешская Республика	0.82	0.91	0.83	0.60
Венгрия	0.29	0.46	0.51	0.67
Польша	0.66	0.45	0.85	0.76
Словакия	0.45	0.34	0.69	0.57
Словения	-	-	-	-

¹ Индекс надзора за 2002 год рассчитан на основании данных на 7 июня 2002 года.



Комментарии

Качество системы надзора за ОВП в странах этого субрегиона хорошее, показатели качества надзора за ОВП в Беларуси, Болгарии и Чешской Республике высокие.

4.2 Информация о результатах дополнительного надзора

Страна	Надзор за энтеровирусами, 1999-2001 гг.			Отношение "число проб: население" (%)	Надзор за окружающей средой, 1999-2001 гг.		
	Число проб	Число НПЭВ (%)	Число ПВ (%)		Число проб	Число НПЭВ (%)	Число ПВ (%)
Беларусь	-	-	-	-	-	-	-
Болгария ¹	1 370	148 (10.8%)	25 (1.8%)	1:11 605	-	-	-
Чешская Республика	16 670	150 (0.9%)	25 (0.2%)	1: 1849	1091	82 (7.5%)	32 (2.9%)
Венгрия ²	308	19 (6.2%)	2 (0.6%)	1: 32362	-	-	-
Польша	2301	101 (4.4%)	14 (0.6%)	1:20707	-	-	-
Словакия ^{2,3}	139	20 (14.4%)	0	1: 7477	234	7 (3.0%)	17 (7.3%)
Словения ¹	164	66 (40.2%)	1 (0.6%)	1:24240	-	-	-

¹ Данные за 2000-2001 годы, включая результаты дополнительных исследований проб стула в 2001 году.

² Данные за 2001 год представляют результаты исследований, проведенных после заноса дикого полиовируса в Болгарию, и включают группы повышенного риска.

³ Данные о НПЭВ имеются только применительно к группам повышенного риска и не являются репрезентативными для всей сети лабораторий, выполняющих исследования на энтеровирусы.

Приведенные выше данные отражают результаты исследования проб стула от всего населения в 1999-2001 гг., если нет примечаний, и дополняют результаты надзора за ОВП.

В Чешской Республике и Словакии имеются эффективные системы надзора за энтеровирусами с хорошей системой контроля качества лабораторных исследований. Системы надзора охватывают все население. Материалы из Словакии не включают результаты исследований в рамках этой сети.

Данные о результатах дополнительного надзора в Болгарии, Венгрии и Словении поступили из национальных лабораторий и лабораторий, где имеются хорошие системы контроля качества.

Надзор за энтеровирусами в Польше является оперативным. Однако эта система дает субоптимальные результаты, так как пока не обеспечена контролем качества и не все штаммы полиовирусов были направлены в национальную полиомиелитную лабораторию для подтверждения и последующей внутритиповой дифференциации.

В 2001 году после заноса полиовируса в Болгарию был осуществлен надзор за энтеровирусами в Венгрии, Словакии и Словении, который охватывал группы повышенного риска.

5. ПОСЛЕДНИЕ СЛУЧАИ ПОЛИОМИЕЛИТА ИЛИ ВЫДЕЛЕНИЯ ДИКИХ ПОЛИОВИРУСОВ

Страна	Последний местный случай/вспышка	Последний завозной случай	Последний случай выделения дикого полиовируса
Беларусь	1964	1986	1986
Болгария ¹	1991	2001	2001
Чешская Республика	1960		1960
Венгрия	1969	1972	1972
Польша	1984		1984
Словакия	1960		1960
Словения	1978		Нет данных

¹ Занос дикого полиовируса, подтвержденный результатами геномного анализа, с ограниченной циркуляцией в 2001 году.

Комментарии

Последний случай полиомиелита в данном субрегионе был зарегистрирован в 2001 году, что было связано с заносом полиовируса 1-го типа с индийского субконтинента (гомологичность на 98,3%) в Болгарию (до этого последний случай полиомиелита был зарегистрирован в 1991 году). Три случая полиомиелита были выявлены в двух соседних районах на юго-востоке Болгарии в период с марта по май, причем в последний раз вирус был выделен в Софии в мае 2001 года (см. пункт 6).

В других странах данного субрегиона полиовирусы не обнаруживали с 1996 года.

6. ЗАНОСЫ (И МЕРОПРИЯТИЯ, ПРОВЕДЕННЫЕ ПОСЛЕ НЕДАВНИХ ЗАНОСОВ)

Ответные мероприятия, проведенные в Болгарии и регионе после заноса дикого полиовируса, были оперативными и эффективными. Результаты внутритиповой дифференциации были получены уже через 10 дней после выделения полиовируса. Система надзора за ОВП в Болгарии была усилена. Национальные дни иммунизации были проведены в течение 30 дней после получения результатов внутритиповой дифференциации. Кроме того, осенью 2001 года в Болгарии в группах повышенного риска была проведена подчищающая иммунизация. После заноса полиовируса в Болгарию во всех соседних странах были оперативно проведены ответные мероприятия для усиления надзора, а также выявления (и в необходимых случаях - иммунизации) групп повышенного риска.

Учитывая интенсивность и оперативность мероприятий, проведенных после заноса полиовируса, можно сделать вывод о том, что передача полиовируса была эффективно прекращена.

7. ОЦЕНКА ПОТЕНЦИАЛЬНОГО РИСКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПОЛИОВИРУСОВ ПОСЛЕ ЗАНОСА

Все страны относятся к группе с НИЗКОЙ степенью риска, что обусловлено высоким уровнем коллективного иммунитета, высоким уровнем охвата прививками против полиомиелита, высоким качеством надзора, а также высоким потенциалом эпидемиологической службы и органов здравоохранения. Однако в этом субрегионе в группах повышенного риска имеется точно неизвестное количество детей, которые вакцинированы не полностью.

8. СОСТОЯНИЕ ЛАБОРАТОРНОГО КОНТЕЙНМЕНТА

Страна	Национальная инвентаризация: процент ответивших лабораторий	Число лабораторий, где имеются полиовирусы	
		Общее число	Число лабораторий с BSL-2
Беларусь	100	1	1
Болгария	100	0	-
Чешская Республика	100	0	-
Венгрия	100	3	3
Польша	100	0	-
Словакия	100	1	1
Словения	100	2	2

9. ПОДДЕРЖАНИЕ СТАТУСА «СТРАНА, СВОБОДНАЯ ОТ ПОЛИОМИЕЛИТА»

Европейское региональное бюро ВОЗ получило твердые заверения всех стран субрегиона, что они будут поддерживать высокое качество программ иммунизации, систем надзора и мероприятий по лабораторному контейнменту. Детальные планы мероприятий были получены из всех стран Центрального европейского субрегиона.

10. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Вероятность циркуляции местных штаммов диких полиовирусов в этом регионе в период с 1999 года по настоящее время оценивается как ОЧЕНЬ НИЗКАЯ; это обеспечено наличием хороших систем здравоохранения, способных выявить случаи полиомиелита, включая случаи ВАПП, высоким уровнем охвата населения плановыми прививками и высоким качеством мероприятий по эпиднадзору. Кроме того, имеющиеся данные подтверждают отсутствие циркуляции диких полиовирусов в соседних странах после заноса вируса в Болгарию.

Вся имеющаяся информация свидетельствует об отсутствии циркуляции местных штаммов диких полиовирусов в странах этого субрегиона, а также о том, что успешно проведенные кампании иммунизации предупредили распространение полиовирусов.

ЮЖНЫЙ СУБРЕГИОН

1. Состояние системы здравоохранения

Страна	Показатель детской смертности - отчетные данные в ВОЗ	Показатель детской смертности - оценка ЮНИСЕФ	Показатель смертности детей в возрасте до 5 лет - оценка ЮНИСЕФ	Число врачей на 100 000 жителей	Состояние системы здравоохранения
Андорра	-	6	7	255	Очень хорошее
Хорватия	-	8	9	238	Очень хорошее
Греция	-	5	6	434 ¹	Очень хорошее
Израиль	-	6	6	377	Очень хорошее
Италия	-	6	6	567 ¹	Очень хорошее
Мальта	7	5	6	263	Очень хорошее
Португалия	6	6	6	317 ¹	Очень хорошее
Сан-Марино	6 ¹	6	6	-	Очень хорошее
Испания	-	5	5	329	Очень хорошее

¹ Данные за 1999 г. (в остальных случаях - данные за 2000 г.).

Комментарии

В странах этого субрегиона реформы системы здравоохранения продолжают. Состояние систем здравоохранения хорошее и очень хорошее, и население имеет свободный доступ к службам иммунизации. Можно сделать заключение, что системы здравоохранения в этих странах могут обеспечить выявление случаев паралитических заболеваний и осуществлять своевременную диагностику таких случаев.

2. ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ПОЛИОМИЕЛИТНЫЕ ВАКЦИНЫ И ОХВАТ ПЛАНОВЫМИ ПРИВИВКАМИ

Страна	Использованная вакцина	Процент детей, иммунизированных третьей дозой полиомиелитной вакцины к возрасту 1 год			
		1998	1999	2000	2001
Андорра	ИПВ/ОПВ	89	-	-	-
Хорватия	ОПВ	93	93	94	94
Греция	ОПВ	-	-	98	93
Израиль	ИПВ/ОПВ с 1990 г.	92	92	91	92
Италия	ИПВ/ОПВ с 1999 г.	98	97	96	-
Мальта	ОПВ	92	95	91	>95
Португалия	ОПВ	97	97	96	-
Сан-Марино	ИПВ или ИПВ/ОПВ	100	100	98	-
Испания	ОПВ	95	95	95	-

Комментарии

Уровень охвата населения плановыми прививками в странах этого субрегиона очень высокий, в том числе в большинстве стран - и в группах повышенного риска.

3. ВАКЦИНО-АССОЦИИРОВАННЫЙ ПАРАЛИТИЧЕСКИЙ ПОЛИОМИЕЛИТ, 1999-2001

Страна	Число зарегистрированных случаев	Показатель на 1 млн. живых детей за год
Греция	1	3.4
Италия	2	1.3
Испания	2	1.9

Комментарии

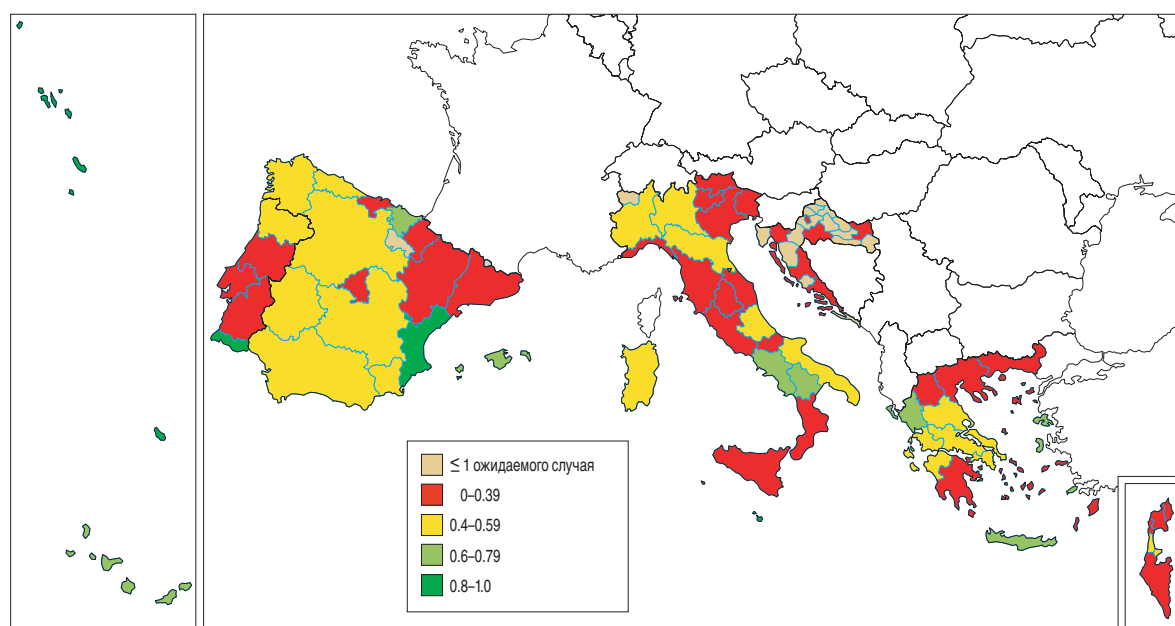
Случаи ВАПП были выявлены в Греции, Италии и Испании - все эти страны характеризуются хорошим состоянием служб здравоохранения. В Греции и Испании применяется только живая полиомиелитная вакцина. В Италии один из двух случаев был зарегистрирован в 1999 году, то есть до того, как в стране был осуществлен переход на схему иммунизации ИПВ/ОПВ.

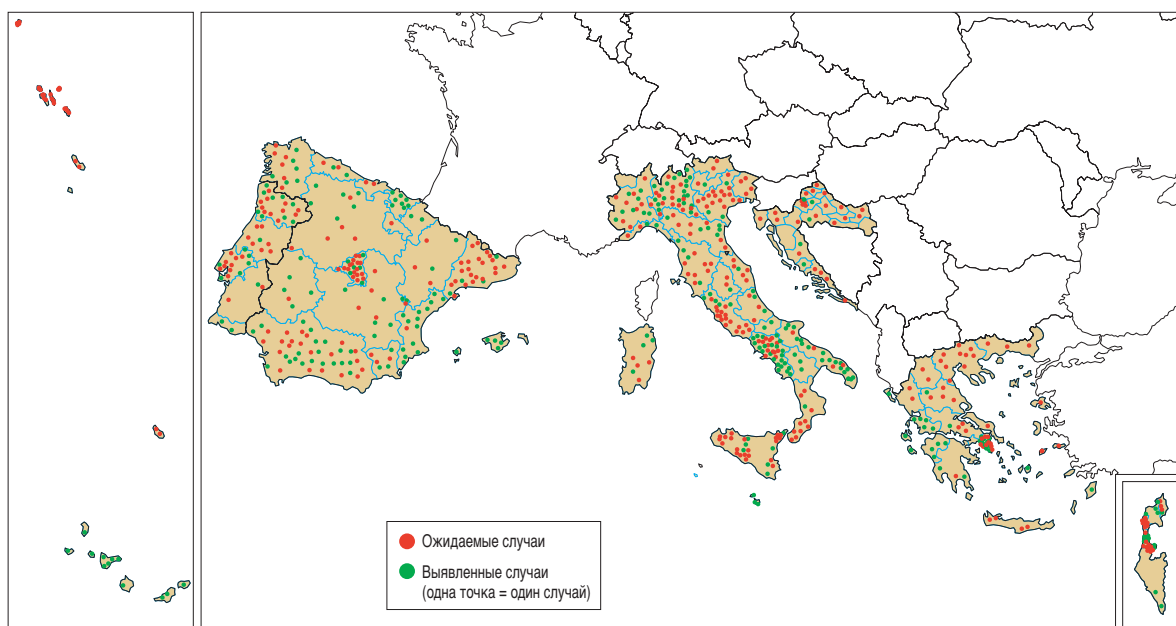
4. ВЫЯВЛЕНИЕ ЦИРКУЛЯЦИИ ПОЛИОВИРУСОВ: НАДЗОР И ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

4.1 Надзор за ОВП

Страна	Индекс надзора за ОВП			
	1999	2000	2001	2002 ¹
Андорра	-	-	-	-
Хорватия	0.25	0.11	0.22	0.00
Греция	0.67	0.49	0.49	0.33
Израиль	0.52	0.34	0.56	0.35
Италия	0.39	0.42	0.54	0.43
Мальта	1.00	1.00	1.00	0.00
Португалия	0.12	0.54	0.47	0.27
Сан-Марино	-	-	-	-
Испания	0.53	0.58	0.58	0.46

¹ Индекс надзора за 2002 год рассчитан на основании данных на 7 июня 2002 года.





Комментарии

В шести странах (Хорватия, Израиль, Италия, Испания, Португалия и Греция) надзор за ОВП дополняется высококачественным надзором за энтеровирусами, что обеспечивает выявление как полиовирусов, так и неполиомиелитных энтеровирусов. Во всех странах, за исключением Португалии и Греции, внедрена система контроля качества лабораторных исследований.

4.2 Информация о результатах дополнительного надзора

Страна	Надзор за энтеровирусами, 1999-2001 гг.			Отношение "число проб: население" (%)	Надзор за окружающей средой, 1999-2001 гг.		
	Число проб	Число НПЭВ (%)	Число ПВ (%)		Число проб	Число НПЭВ (%)	Число ПВ (%)
Андорра	-	-	-	-	-	-	-
Хорватия	579	104 (17.8%)	9 (1.5%)	1:24 113	65	2 (3.1%)	0
Греция	376	79 (21%)	5 (1.3%)	1:84 654	-	-	-
Израиль	1 562	214 (13.7%)	13 (0.8%)	1:11 601	770	Нет данных	39 (5.1%)
Италия ¹	5 714	411 (7.2%)	91 (1.6%)	1: 14 76	233	144 (61.8%)	14 (6.0%)
Мальта	-	-	-	-	-	-	-
Португалия ²	467	98 (21%)	4 (0.9%)	1:42 893	-	-	-
Сан-Марино	-	-	-	-	-	-	-
Испания ³	3 548	1 017 (28.6%)	33 (0.9%)	1: 5 514	-	-	-

¹ В 2000 году проведено исследование проб стула в группе детей в возрасте до 15 лет, отношение "число проб : население" представлено применительно к детям в возрасте до 15 лет.

² Данные за 2000-2001 годы.

³ Надзор осуществляется в популяции детей в возрасте до 15 лет, отношение "число проб : население" представлено применительно к этой возрастной группе.

Комментарии

В таблице приведены результаты исследования проб стула, собранных в 1999-2001 годах в общей популяции (если нет других указаний).

В Хорватии ежегодно в августе-сентябре проводят исследование примерно 75 проб стула, взятых от пациентов в поликлиниках и в палатах инфекционных больниц (независимо от диагноза). Дополнительное исследование было проведено в 2001 году, когда были взяты пробы стула у детей в возрасте до 5 лет. Кроме того, осуществляется мониторинг результатов исследований на энтеровирусы, выполненных в национальной полиомиелитной лаборатории. Сбор проб из внешней среды проводится в пяти крупных городах, хотя сведения о численности населения не представлены.

В Греции мероприятия по дополнительному надзору, указанные в таблице, осуществляются с помощью лабораторной сети.

В Израиле сеть лабораторий, осуществляющих надзор за энтеровирусами, состоит из пяти лабораторий (включая и национальную лабораторию) и охватывает население численностью 2,4 миллиона человек (примерно треть населения страны). Надзор за энтеровирусами, осуществляемый национальной лабораторией, проводится на территории Израиля (в 16 точках с охватом популяции численностью около двух миллионов человек) и на автономных палестинских территориях (в 14 точках с охватом популяции численностью около одного миллиона человек).

Данные по надзору за энтеровирусами в Италии отражают результаты исследования в 2000 году проб стула от здоровых детей в возрасте до 15 лет. Исследование проб из внешней среды выполнено в большинстве регионов страны в 2000 году.

Португалия не представила целенаправленную информацию об особенностях системы надзора за энтеровирусами.

В Испании данные по надзору за энтеровирусами отражают результаты исследования проб стула от больных в возрасте до 15 лет, поступивших в стационары с симптомами поражения дыхательной и нервной системы (преимущественно с серозными менингитами). В этой системе надзора участвуют 9 лабораторий.

5. ПОСЛЕДНИЕ СЛУЧАИ ПОЛИОМИЕЛИТА И/ИЛИ ВЫДЕЛЕНИЯ ДИКИХ ПОЛИОВИРУСОВ

Страна	Последний местный случай/вспышка	Последний завозной случай	Последний случай выделения дикого полиовируса
Андорра	1959		Нет данных
Хорватия	1989		1990
Греция	1996		1996
Израиль	1988		1988
Италия	1982	1988	1988
Мальта	1964		1964
Португалия	1986		1986
Сан-Марино	1963		Нет данных
Испания	1988	1989	1989

Комментарии

В данном регионе со времени вспышки 1996 года среди цыган, возникшей в связи со вспышкой в Албании и насчитывавшей 5 заболеваний, новые случаи полиомиелита, вызванного дикими полиовирусами, не обнаруживали.

6. ЗАНОСЫ (И МЕРОПРИЯТИЯ, ПРОВЕДЕННЫЕ ПОСЛЕ НЕДАВНИХ ЗАНОСОВ)

В данном регионе заболеваний, связанных с заносами диких полиовирусов, не было уже в течение более 5 лет.

7. ОЦЕНКА ПОТЕНЦИАЛЬНОГО РИСКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПОЛИОВИРУСОВ ПОСЛЕ ЗАНОСА СРЕДНИЙ риск

- Греция - вследствие наличия относительно больших популяций национальных меньшинств и иммигрантов, в отношении которых нет убедительных данных, что они получили необходимые прививки.

Все остальные страны относятся к группе с НИЗКОЙ степенью риска, что обусловлено высоким уровнем коллективного иммунитета, высоким уровнем охвата прививками против полиомиелита, особенно в группах повышенного риска, хорошим качеством эпиднадзора, а также высоким потенциалом эпидемиологической службы и органов здравоохранения.

8. СОСТОЯНИЕ ЛАБОРАТОРНОГО КОНТЕЙНМЕНТА

Страна	Национальная инвентаризация: процент ответивших лабораторий	Число лабораторий, где имеются полиовирусы Общее число	Число лабораторий с BSL-2
Андорра	100	0	-
Хорватия	100	1	1
Греция	100	2	2
Израиль	100	1	1
Италия	95	62 (к настоящему времени)	Нет данных
Мальта	100	0	-
Португалия	11	2 (к настоящему времени)	Нет данных
Сан-Марино	нет лабораторий	-	-
Испания	100	2-5	2

Комментарии

Проведение национальной инвентаризации лабораторий в Португалии осуществляется очень медленно.

9. ПОДДЕРЖАНИЕ СТАТУСА «СТРАНА, СВОБОДНАЯ ОТ ПОЛИОМИЕЛИТА»

Европейское региональное бюро ВОЗ получило твердые заверения всех стран субрегиона, что они будут поддерживать высокое качество программ иммунизации, систем надзора и мероприятий по лабораторному контейнменту. Подробные планы мероприятий были получены из Андорры, Хорватии, Израиля, Италии, Мальты, Португалии и Испании.

10. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Вероятность циркуляции местных штаммов диких полиовирусов в этом регионе в период с 1999 года по настоящее время оценивается как **ОЧЕНЬ НИЗКАЯ**, о чем свидетельствуют наличие хороших систем здравоохранения, способных выявить случаи полиомиелита и ВАПП, высокое качество надзора за ОВП и дополнительного надзора за полиовирусами, а также высокий уровень охвата населения плановыми прививками.

Андорра (численность населения 64 тысячи человек) и Сан-Марино (численность населения 26 тысяч человек) не представили материалы по эпиднадзору; однако страны с такой небольшой численностью населения не смогут поддерживать циркуляцию полиовирусов. Качественные системы здравоохранения этих стран смогут выявить клинические случаи полиомиелита.

ВОСТОЧНО-ЦЕНТРАЛЬНЫЙ СУБРЕГИОН

1. Состояние системы здравоохранения

Страна	Показатель детской смертности - отчетные данные в ВОЗ	Показатель детской смертности - оценка ЮНИСЕФ	Показатель смертности детей в возрасте до 5 лет - оценка ЮНИСЕФ	Число врачей на 100 000 жителей	Состояние системы здравоохранения
Албания	-	27	31	133	Хорошее
Босния и Герцеговина	15 ¹	15	18	142	Хорошее
Бывшая Югославская Республика Македония	12	22	26	220	Хорошее
Республика Молдова	18	27	33	318	Удовлетворительное
Румыния	19	19	22	189	Хорошее
Украина	12	17	21	300	Хорошее
Югославия	20 ¹	17	20	213	Удовлетворительное

¹ Данные за 1999 г. (в остальных случаях - данные за 2000 г.).

Комментарии

Реформы систем здравоохранения в странах этого субрегиона находятся на переходной стадии. Состояние систем здравоохранения - удовлетворительное или хорошее, причем население имеет хороший доступ к медицинским учреждениям и службам иммунизации. Системы здравоохранения этих стран смогут обнаружить и диагностировать случаи паралитических заболеваний.

2. ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ПОЛИОМИЕЛИТНЫЕ ВАКЦИНЫ И ОХВАТ ПЛАНОВЫМИ ПРИВИВКАМИ

Страна	Использованная вакцина	Процент детей, иммунизированных третьей дозой полиомиелитной вакцины к возрасту 1 год			
		1998	1999	2000	2001
Албания	ОПВ	97	97	97	97
Босния и Герцеговина	ОПВ	91	95	87	-
Бывшая Югославская Республика Македония	ОПВ	93	95	96	91
Республика Молдова	ОПВ	98	98	92	93
Румыния	ОПВ	100	97	-	99
Украина	ОПВ	99	95	98	99
Югославия	ОПВ	89	97	97	93

Примечание: Босния и Герцеговина провели субнациональные дни иммунизации в 1997-1998 годах и в 2000 году; в югославском районе Косово субнациональные дни иммунизации были проведены в 1996-1998 годах, в 2000 году и в 2001 году.

Комментарии

Согласно представленным данным, уровни охвата прививками высокие. Однако в Югославии и в особенности в Боснии и Герцеговине в связи с наличием больших групп перемещенных лиц могут существовать не вакцинированные или не полностью вакцинированные субпопуляции. При анализе уровня охвата прививками в югославском районе Косово в феврале 2001 года было установлено, что уровень охвата прививками ОПВ3 составляет 88%. При проведении дополнительных мероприятий по иммунизации во время первого и второго туров вакцинации в Косово были привиты соответственно 92% и 88% детей целевой группы.

Документация, представленная национальным комитетом по сертификации, свидетельствует, что уровня охвата прививками в Боснии и Герцеговине в 2001 году составлял 91%.

3. ВАКЦИНО-АССОЦИИРОВАННЫЙ ПАРАЛИТИЧЕСКИЙ ПОЛИОМИЕЛИТ, 1999-2001

Страна	Число зарегистрированных случаев	Показатель на 1 млн. живых детей за год
Румыния	4	5.9
Украина ¹	14	11.4
Югославия	2	5.4

¹ Украина сообщила об одном дополнительном случае, который не соответствует критериям ВОЗ для случая ВАПП.

Комментарии

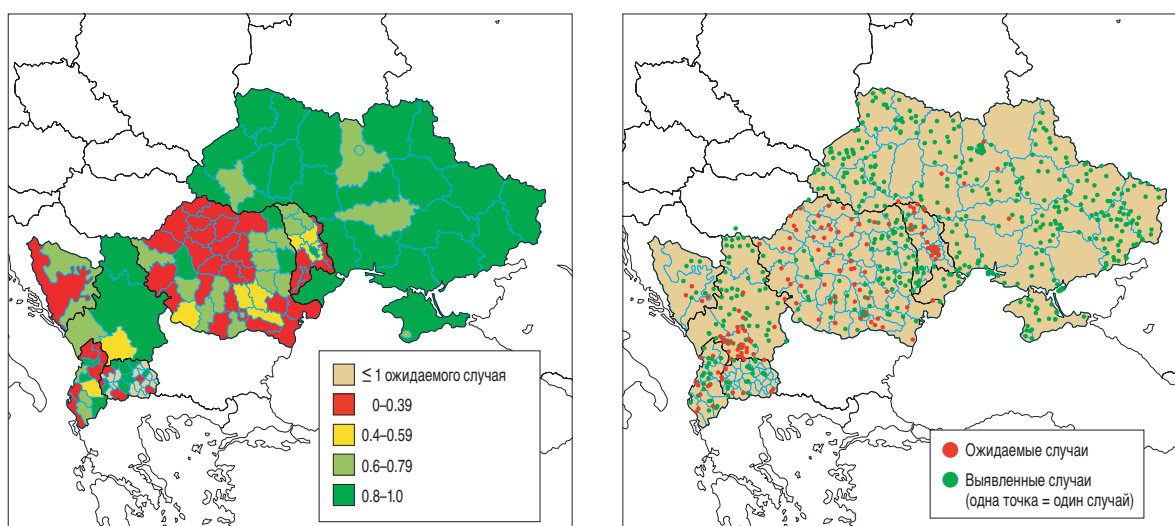
В Румынии регистрировался более высокий показатель ВАПП до тех пор, пока в детских учреждениях детей до иммунизации ОПВ стали прививать ИПВ. Показатель рассчитан на основании случаев, которые классифицированы в соответствии с критериями ВОЗ.

4. ВЫЯВЛЕНИЕ ЦИРКУЛЯЦИИ ПОЛИОВИРУСОВ: НАДЗОР И ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

4.1 Надзор за ОВП

Страна	Индекс надзора за ОВП			
	1999	2000	2001	2002 ¹
Албания	0.58	0.77	0.92	1.00
Босния и Герцеговина	0.49	0.24	0.24	0.55
Бывшая Югославская Республика Македония	0.86	1.00	1.00	0.83
Республика Молдова	0.58	0.75	0.65	0.80
Румыния	0.68	0.77	0.77	0.92
Украина	0.94	0.94	0.96	0.97
Югославия	0.81	0.67	0.56	0.80

¹ Индекс надзора за 2002 год рассчитан на основании данных на 7 июня 2002 года.



Комментарии

Качество надзора за ОВП в странах этого субрегиона хорошее, за исключением Боснии и Герцеговины, хотя, благодаря предпринятым шагам, в 2002 году можно ожидать существенных улучшений. В 2000-2001 годах в Боснии и Герцеговине в крупных больницах проведен интенсивный анализ историй болезней, благодаря чему выявлены незарегистрированные случаи ОВП; случаи полиомиелита при этом не были обнаружены.

Благодаря изменениям в составе администрации косовского района Югославии, которые произошли за это время, в конце 2001 года были предприняты дополнительные шаги для усиления активного надзора, для чего проведено специальное обучение персонала.

4.2 Информация о результатах дополнительного надзора

Страна	Надзор за энтеровирусами, 1999-2001 гг.			Отношение "число проб: население" (%)	Надзор за окружающей средой, 1999-2001 гг.		
	Число проб	Число НПЭВ (%)	Число ПВ (%)		Число проб	Число НПЭВ (%)	Число ПВ (%)
Албания	-	-	-	-	-	-	-
Босния и Герцеговина	-	-	-	-	-	-	-
Бывшая Югославская Республика Македония	-	-	-	-	-	-	-
Республика Молдова ¹	314	7 (2.2%)	7 (2.2%)	1: 27 360	250	34 (13.6%)	64 (25.6%)
Румыния	-	-	-	-	-	-	-
Украина	-	-	-	-	-	-	-
Югославия	202	39 (19.3%)	5 (2.5%)	1:156 719	-	-	-

¹ Данные за 2000-2001 годы, включая результаты исследования всех клинических материалов (проб стула и др.).

Комментарии

Приведенные выше данные суммируют результаты исследования проб стула от всего населения в 1999-2001 гг., если нет примечаний.

В Албании ежегодно проводятся исследования проб стула от здоровых детей в возрасте до 15 лет, а также от детей с диарейными заболеваниями. При исследовании в 2000-2001 годах 440 проб стула полиовирусы не были обнаружены.

В Республике Молдова в 2001 году были проведены исследования 52 проб стула от здоровых детей, а также дополнительные исследования клинических материалов от больных с менингитами в 2000-2001 годах. В качестве проб из внешней среды были исследованы сточные воды больниц, детских домов и детских дошкольных учреждений.

В Албании и Республике Молдова информацию о результатах дополнительного надзора получали из национальных лабораторий, где контроль качества лабораторных исследований.

В Югославии осуществляется мониторинг результатов исследования на энтеровирусы клинических проб, однако имеющаяся лабораторная сеть не соответствует требованиям ВОЗ.

В Украине имеется обширная сеть лабораторий, осуществляющих надзор за энтеровирусами, однако используемые при этом методы лабораторных исследований не соответствуют стандартам ВОЗ. В течение этого времени в Украине исследовано 26539 проб; при этом было обнаружено 202 (0,8%) штамма полиовирусов. Все вирусы были идентифицированы в региональной референс-лаборатории ВОЗ, как вакцинные полиовирусы.

5. ПОСЛЕДНИЕ СЛУЧАИ ПОЛИОМИЕЛИТА И/ИЛИ ВЫДЕЛЕНИЯ ДИКИХ ПОЛИОВИРУСОВ

Страна	Последний местный случай/высышка	Последний завозной случай	Последний случай выделения дикого полиовируса
Албания	1996		1996
Босния и Герцеговина	1974		1974
Бывшая Югославская Республика Македония	1987		1987
Республика Молдова	1991		1991
Румыния	1992		1992
Украина	1996		1993
Югославия	1996		1996

Комментарии

В данном регионе со времени вспышки 1996 года в Албании и Косово, возникшей в результате заноса диких полиовирусов, новые случаи полиомиелита, вызванного такими полиовирусами, не обнаруживали.

6. ЗАНОСЫ (И МЕРОПРИЯТИЯ, ПРОВЕДЕННЫЕ ПОСЛЕ НЕДАВНИХ ЗАНОСОВ)

В этом субрегионе случаев заболеваний, вызванных дикими полиовирусами, не было с 1996 года. После заноса полиовируса в Болгарию в 2001 году в Румынии и Югославии (как в Федеративной Республике, так и на территории Косово) был осуществлен анализ с целью выявления групп повышенного риска и проведена дополнительная иммунизация.

7. ОЦЕНКА ПОТЕНЦИАЛЬНОГО РИСКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПОЛИОВИРУСОВ ПОСЛЕ ЗАНОСА ВЫСОКИЙ риск

- Босния и Герцеговина - главным образом из-за недостаточно высокого качества надзора за ОВП и задержек в транспортировке проб, а также вследствие наличия административных территорий с низкими уровнями охвата прививками, высокой вероятностью наличия невакцинированных и не полностью вакцинированных детей и сложной ситуацией в эпидемиологической службе и службах общественного здравоохранения.

Все остальные страны относятся к группе с НИЗКОЙ степенью риска, что обусловлено высоким уровнем коллективного иммунитета, высоким уровнем охвата прививками против полиомиелита, особенно в группах повышенного риска, хорошим качеством эпиднадзора, а также высоким потенциалом эпидемиологической службы и органов здравоохранения.

8. СОСТОЯНИЕ ЛАБОРАТОРНОГО КОНТЕЙНМЕНТА

Страна	Национальная инвентаризация: процент ответивших лабораторий	Число лабораторий, где имеются полиовирусы	
		Общее число	Число лабораторий с BSL-2
Албания	100	1	1
Босния и Герцеговина	100	0	-
Бывшая Югославская Республика Македония	100	0	-
Республика Молдова	100	0	-
Румыния	100	1	1
Украина	100	0	-
Югославия	100	1	1

9. ПОДДЕРЖАНИЕ СТАТУСА «СТРАНА, СВОБОДНАЯ ОТ ПОЛИОМИЕЛИТА»

Европейское региональное бюро ВОЗ получило твердые заверения всех стран субрегиона, что они будут поддерживать высокое качество программ иммунизации, систем надзора и мероприятий по лабораторному контейнменту. Подробные планы мероприятий были получены из всех стран Восточно-центрального субрегиона Европы.

10. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Вероятность циркуляции местных штаммов диких полиовирусов в этом регионе в период с 1999 года по настоящее время оценивается как ОЧЕНЬ НИЗКАЯ, о чем свидетельствуют наличие относительно хороших систем здравоохранения, способных выявить случаи полиомиелита и ВАПП, высокий уровень охвата плановыми прививками, а также высокое качество надзора.

СТРАНЫ МЕКАКАР, РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

1. СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Страна	Показатель детской смертности - отчетные данные в ВОЗ	Показатель детской смертности - оценка ЮНИСЕФ	Показатель смертности детей в возрасте до 5 лет - оценка ЮНИСЕФ	Число врачей на 100 000 жителей	Состояние системы здравоохранения
Армения	16	25	30	299	Удовлетворительное
Азербайджан	13	74	105	361	Удовлетворительное
Грузия	12	24	29	473	Удовлетворительное
Казахстан	19	60	75	329	Хорошее
Киргизстан	23	53	63	282	Удовлетворительное
Российская Федерация	15	18	22	419	Удовлетворительное
Таджикистан	18	54	73	210	Удовлетворительное
Турция	40 ¹	38	45	127 ¹	Хорошее
Туркменистан	-	52	70	-	Удовлетворительное
Узбекистан	-	51	67	298	Удовлетворительное

¹ Данные за 1999 г. (в остальных случаях - данные за 2000 г.).

Комментарии

Реформы систем здравоохранения в странах этого субрегиона находятся на переходной стадии. Состояние систем здравоохранения, как правило, удовлетворительное, в большинстве стран население имеет хороший доступ к службам иммунизации и медицинским учреждениям.

2. ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ПОЛИОМИЕЛИТНЫЕ ВАКЦИНЫ, ОХВАТ ПЛАНОВЫМИ ПРИВИВКАМИ И ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИММУНИЗАЦИЯ

Страна	Использованная вакцина	Охват тремя дозами полиомиелитной вакцины (%)				Дополнительная иммунизация
		1998	1999	2000	2001	
Армения ¹	ОПВ	96	97	96	97	НДИ: 1999 • СНДИ: 1999-2000, 2002
Азербайджан ^{1, 2}	ОПВ	96	100	99	97	НДИ: 1999-2000, 2002 • СНДИ: 1999-2000
Грузия ^{1, 2}	ОПВ	95	91	78	81	НДИ: 2002 • СНДИ: 1999-2000
Казахстан	ОПВ	100	100	97	97	СНДИ: 1999
Киргизстан	ОПВ	97	99	99	99	СНДИ: 1999-2000
Российская Федерация	ОПВ	99	99	97	97	НДИ: 1999 • СНДИ: 1999-2002
Таджикистан ^{2, 3}	ОПВ	97	96	96	97	НДИ: 1999-2002 • СНДИ: 1999-2002
Турция ³	ОПВ	81	79	85	82	НДИ: 1999-2000 • СНДИ: 1999-2002
Туркменистан ³	ОПВ	100	98	98	94	НДИ: 1999-2002 • СНДИ: 1999-2002
Узбекистан ³	ОПВ	99	100	95	99	НДИ: 1999-2002 • СНДИ: 1999-2002

НДИ: национальные дни иммунизации; СНДИ - субнациональные дни иммунизации

¹ После обнаружения диких полиовирусов в Грузии в 2001 году НДИ были проведены в Грузии и Азербайджане; в Армении проведены СНДИ.

² Документы, поступившие в Фонд вакцин Глобального альянса по вакцинам и иммунизации (ГАВИ) для получения помощи на усиление служб иммунизации, свидетельствуют о более низких уровнях охвата прививками в Азербайджане, Грузии и Таджикистане в 1999 году.

³ Туры СНДИ и НДИ продолжались в 2002 году в Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане; Турция в 2002 году провела четыре интенсивных тура СНДИ.

Комментарии

Все страны провели мероприятия по дополнительной иммунизации, которые координировались в рамках операции МЕКАКАР и имели одной из приоритетных задач создание хорошего иммунитета в группах повышенного риска.

Данные, которые имеются в заявках, направленных в Фонд вакцин (ГАВИ) показывают, что в

Азербайджане, Грузии, Таджикистане и Узбекистане имеются территории с низкими уровнями охвата прививками детей соответствующего возраста.

В восточных и юго-восточных районах Турции, а также в некоторых республиках северного Кавказа Российской Федерации сохраняются низкие уровни охвата плановыми прививками.

В Грузии врачи общей практики проводят иммунизацию ОПВ с опозданием из-за неправильного понимания противопоказаний при иммунизации вакциной КДС.

3. ВАКЦИНО-АССОЦИИРОВАННЫЙ ПАРАЛИТИЧЕСКИЙ ПОЛИОМИЕЛИТ, 1999-2001

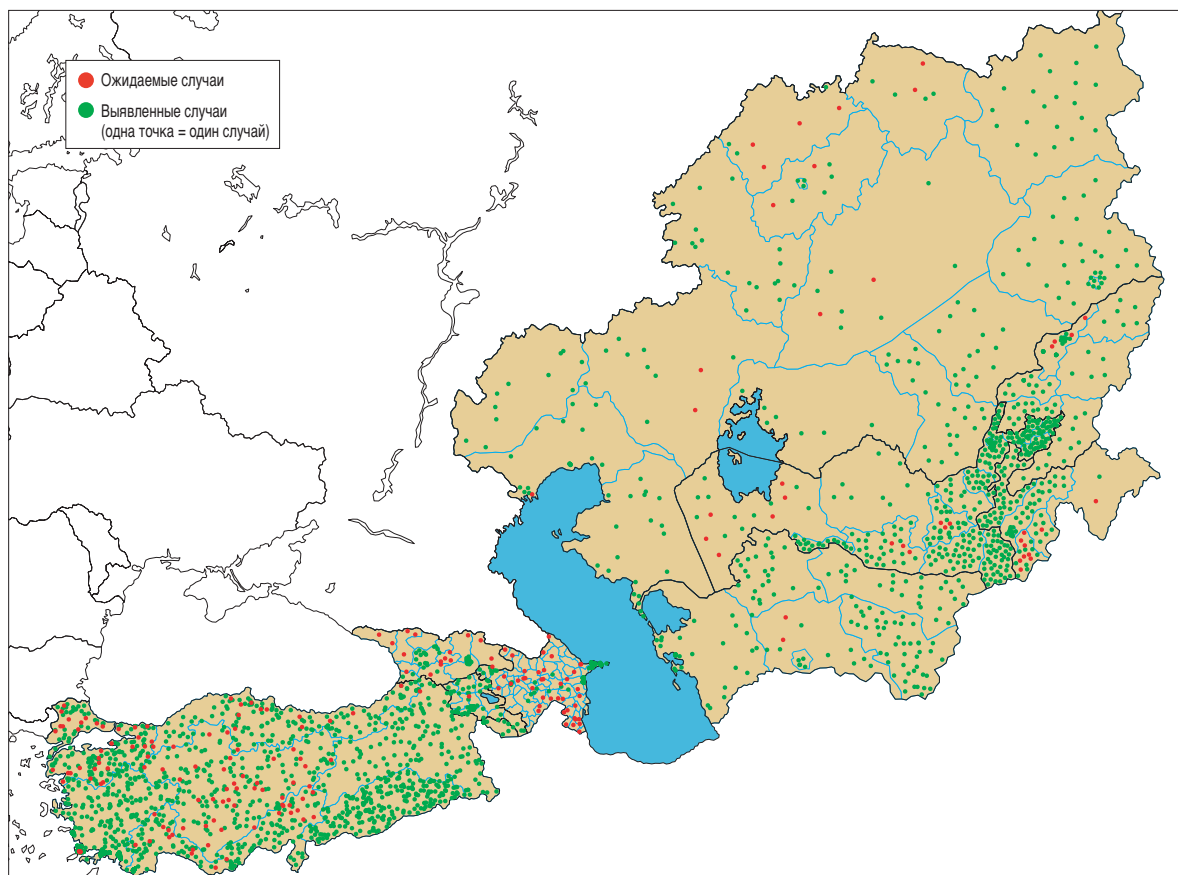
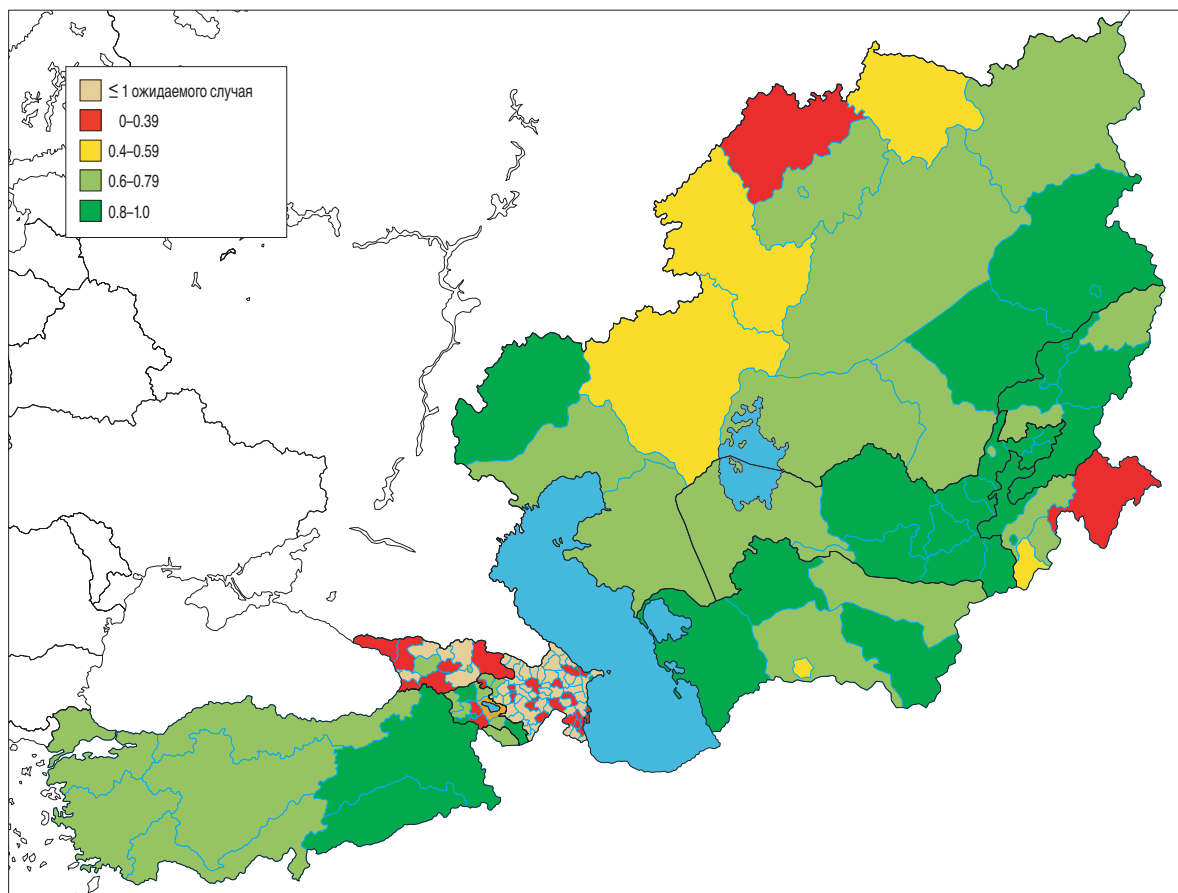
Страна	Число зарегистрированных случаев	Показатель на 1 млн. живых детей за год
Azerbaijan	2	6.1
Kazakhstan	1	1.3
Russia	25	6.8
Turkey	4	0.94
Turkmenistan	1	2.7
Uzbekistan	1	0.63

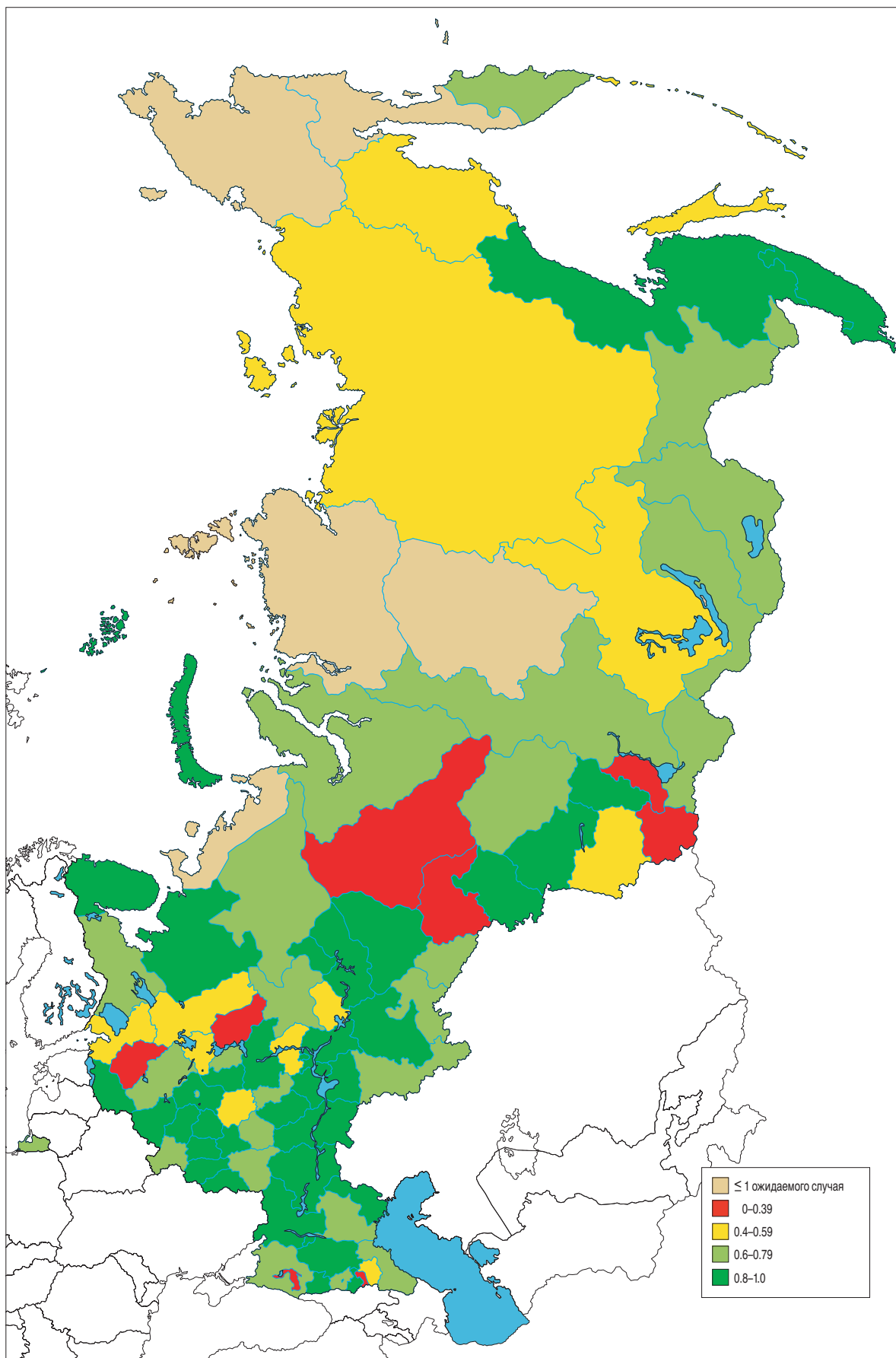
4. ВЫЯВЛЕНИЕ ЦИРКУЛЯЦИИ ПОЛИОВИРУСОВ: НАДЗОР И ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

4.1 Надзор за ОВП

Страна	Индекс надзора за ОВП			
	1999	2000	2001	2002 ¹
Armenia	0.91	0.85	0.95	0.83
Azerbaijan	0.77	0.72	0.88	0.58
Georgia	0.57	0.89	0.81	1.00
Kazakhstan	0.84	0.85	0.89	0.94
Kyrgyzstan	0.79	0.87	0.97	1.00
Russian Federation	0.79	0.87	0.88	0.94
Tajikistan	0.87	0.83	0.91	0.88
Turkey	0.79	0.83	0.88	0.79
Turkmenistan	0.78	0.97	0.97	1.00
Uzbekistan	0.90	0.89	0.96	0.98

¹ Индекс надзора за 2002 год рассчитан на основании данных на 7 июня 2002 года.







Комментарии

Страны, участвовавшие в операции МЕКАКАР, используют результаты надзора за ОВП для целей сертификации. Однако, как показали результаты идентификации диких полиовирусов в Грузии, существенную дополнительную информацию дает исследование некоторых клинических материалов, а также проб из внешней среды.

В период с 1999 года по 2001 год в странах этого субрегиона дополнительно были исследованы 22919 проб, при этом полиовирусы были обнаружены в 656 случаях (2,9%). Все эти выделенные штаммы были исследованы в региональной референс-лаборатории ВОЗ в Москве; было установлено, что все они являются вакцинными штаммами полиовирусов.

Азербайджан и Грузия интенсифицировали надзор за объектами окружающей среды в 2001 году. В Азербайджане были исследованы 96 проб и выделены 26 (27%) штаммов неполиомиелитных энтеровирусов и 6 штаммов (6%) вакцинных полиовирусов. В Грузии при исследовании 153 проб были выделены 36 (24%) штаммов неполиомиелитных энтеровирусов и 11 штаммов (7%) вакцинных полиовирусов.

5. ПОСЛЕДНИЕ СЛУЧАИ ПОЛИОМИЕЛИТА И/ЛИ ВЫДЕЛЕНИЯ ДИКИХ ПОЛИОВИРУСОВ

Страна	Последний местный случай/вспышка	Последний завозной случай	Последний случай выделения дикого полиовируса
Armenia	1995		1995
Azerbaijan	1995		1995
Georgia ¹	1991	2001	2001
Kazakhstan	1995		1980
Kyrgyzstan	1992		1993
Russian Federation	1996		1995
Tajikistan	1997		1994
Turkey	1998		1998
Turkmenistan	1996		1996
Uzbekistan	1995		1995

¹ Занос дикого полиовируса, подтвержденный результатами геномного анализа, с ограниченной циркуляцией в 2001 году.

Комментарии

Последний случай полиомиелита в данном субрегионе был обнаружен в 2001 году и был связан с заносом в Грузию полиовируса с индийского субконтинента (штаммы гомологичны на 97,2%). Последний местный полиовирус в данном субрегионе был выделен от больного в Турции в 1998 году (вирус 1-го типа).

6. ЗАНОСЫ И МЕРОПРИЯТИЯ, ПРОВЕДЕННЫЕ ПОСЛЕ НЕДАВНИХ ЗАНОСОВ

В сентябре 2001 года у одного ребенка в Грузии развились лихорадка, слабость и тонические судороги. Из пробы стула, взятой у ребенка 3 октября, был выделен дикий полиовирус 1-го типа. В течение декабря в районе проживания этого ребенка были проведены мероприятия по дополнительной иммунизации. Был усилен активный эпиднадзор. Кроме того, были проведены НДИ: первый тур состоялся 25-28 февраля (с уровнем охвата прививками 93%), а второй тур - 25-28 марта (уровень охвата прививками 95%). В Грузии осенью 2002 года планируют провести СНДИ на территориях повышенного риска. В Армении СНДИ были проведены в семи приграничных районах в марте-апреле с высоким уровнем охвата прививками. Азербайджан провел два тура НИД в марте и апреле; при этом уровень охвата прививками составил соответственно 97% и 99%.

В Грузии было проведено исследование 740 проб стула в масштабах всей страны, продолжается исследование проб из внешней среды. В процессе этих исследований не получено данных, свидетельствующих о циркуляции диких полиовирусов в этой стране. Во все страны данного субрегиона была направлена просьба усилить надзор за внешней средой после заноса дикого полиовируса. В

Азербайджане надзор за объектами внешней среды в соответствии с методическими рекомендациями ВОЗ будет организован в 2002 году.

7. ОЦЕНКА ПОТЕНЦИАЛЬНОГО РИСКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПОЛИОВИРУСОВ ПОСЛЕ ЗАНОСА ВЫСОКИЙ риск

- Северо-Кавказский район России - в связи с большой численностью популяции перемещенных лиц и беженцев, а также отсутствием убедительных доказательств адекватной вакцинации групп повышенного риска, относительно слабой системой здравоохранения и стрессовой ситуации, в которой находятся эпидемиологические службы и службы общественного здравоохранения.
- Таджикистан - из-за большого числа перемещенных лиц и беженцев, а также отсутствия убедительных доказательств адекватной вакцинации групп повышенного риска, относительно слабой системы здравоохранения и сложной ситуации, в которой находятся эпидемиологические службы и службы общественного здравоохранения.
- Юго-восточный регион Турции - вследствие низкого уровня охвата плановыми прививками.

СРЕДНИЙ риск

- Азербайджан - в связи с большой численностью популяции перемещенных лиц и беженцев, а также из-за отсутствия убедительных доказательств адекватной вакцинации групп повышенного риска, отставания от календаря прививок и стрессовой ситуации, в которой находятся эпидемиологические службы и службы общественного здравоохранения.
- Грузия - вследствие большого числа перемещенных лиц и беженцев, а также отсутствия убедительных доказательств адекватной вакцинации групп повышенного риска, отставания от календаря прививок, относительно слабой системы здравоохранения и сложной ситуации, в которой находятся эпидемиологические службы и службы общественного здравоохранения.
- Узбекистан - из-за относительно слабой системы здравоохранения, отставания от календаря прививок и сложной ситуации, в которой находятся эпидемиологические службы и службы общественного здравоохранения.

Остальные страны этого субрегиона и остальные территории Турции и Российской Федерации относятся к группе с НИЗКОЙ степенью риска, что обусловлено высоким уровнем охвата прививками, особенно в группах повышенного риска, небольшой численностью популяции повышенного риска, хорошим качеством эпиднадзора, а также высоким потенциалом эпидемиологической службы и органов здравоохранения.

8. СОСТОЯНИЕ ЛАБОРАТОРНОГО КОНТЕЙНМЕНТА

Страна	Национальная инвентаризация: процент ответивших лабораторий	Число лабораторий, где имеются полиовирусы	
		Общее число	Число лабораторий с BSL-2
Armenia	100	1	1
Azerbaijan	100	0	-
Georgia	99	0	-
Kazakhstan	100	0	-
Kyrgyzstan	100	0	-
Russian Federation	100	8	Нет данных
Tajikistan	100	0	-
Turkey	100	1	1
Turkmenistan	100	0	-
Uzbekistan	100	0	-

9. ПОДДЕРЖАНИЕ СТАТУСА «СТРАНА, СВОБОДНАЯ ОТ ПОЛИОМИЕЛИТА»

Европейское региональное бюро ВОЗ получило твердые заверения всех стран субрегиона, что они будут поддерживать высокое качество программ иммунизации, систем надзора и мероприятий по лабораторному контейнменту. Подробные планы мероприятий были получены из всех стран этого субрегиона.

10. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Вероятность циркуляции местных штаммов диких полиовирусов в период с 1999 года по настоящее время оценивается как **ОЧЕНЬ НИЗКАЯ**. Высокий уровень коллективного иммунитета обусловлен интенсивностью мероприятий по плановой и дополнительной иммунизации. Надзор за ОВП характеризуется высоким качеством, в том числе и на субнациональном уровне, и обеспечивает выявление случаев ВАПП. В ряде стран проводятся дополнительные вирусологические исследования, что позволило обнаружить дикий полиовирус в Грузии и вакцинные полиовирусы в рамках надзора за энтеровирусами и надзора за объектами внешней среды (хотя эти материалы не представлены в данном обзоре из-за отсутствия четкой системы контроля качества). Результаты этих дополнительных исследований проб стула и надзора за объектами внешней среды также подтверждают вывод об отсутствии длительной циркуляции диких полиовирусов в Грузии после выявления заноса вируса полиомиелита.

Press releases



Пресс-релиз
17 июня, 2002

Европа получает статус региона, свободного от полиомиелита 21 июня 2002 Историческая веха в развитии общественного здравоохранения

КОПЕНГАГЕН – Европейский регион ВОЗ, включающий 51 страну с населением 873 миллиона человек* - на пороге получения статуса региона, свободного от полиомиелита 21 июня. Европейская региональная комиссия по сертификации ликвидации полиомиелита - независимый орган, объединяющий международных экспертов в области здравоохранения на заседании в г. Копенгаген, Дания 20 и 21 июня должна принять решение о ликвидации полиомиелита в Европейском регионе. За последние три года в Европе не было зарегистрировано ни одного местного случая полиомиелита, а это означает, что Европа, наряду с Северной и Южной Америкой и странами западного тихоокеанского бассейна, будет сертифицирована как регион, свободный от полиомиелита. Поставленная цель глобальной ликвидации полиомиелита в 2005г. - близка к осуществлению.

ПРЕДМЕТ: Эксперты по полиомиелиту объявят о решении сертифицировать Европу как регион, свободный от полиомиелита и поставят дальнейшие задачи по ликвидации полиомиелита во всем мире.

МЕСТО: Международный Пресс Центр
2, Вестергаде
Дания-1456 Копенгаген

СОСТАВ: Д-р Марк Данзон, Региональный директор, Европейское бюро ВОЗ
Сэр Джозеф Смит, Председатель, Европейская региональная комиссия по сертификации ликвидации полиомиелита
Д-р Дэвид Флеминг, И.о. директора, Центры по борьбе с болезнями и их профилактике (США)
Рудольф Хорндлер, Председатель, Европейский региональный комитет ПолиоПлюс, «Ротари Интернэшнл»
Филипп О'Брайен, Региональный директор ЮНИСЕФ, Центральная и Восточная Европа

ВРЕМЯ: 10:00, Пятница, 21 июня

Для получения более подробной информации обращайтесь:
Любога Негру, ВОЗ, Копенгаген (45) 3917-1344, ln@who.dk
Клаудия Дрейк, ВОЗ, Женева (41-22) 791-3832, drakec@who.int
Кристина МакНаб, ВОЗ, Женева (41-22) 791-4688, mcnabc@who.int
Джо Бэйли, ЮНИСЕФ, Нью-Йорк (1-212) 326-7566, jbailev@unicef.org
Вивиан Фиоре, «Ротари Интернэшнл», Чикаго (1 847) 866-3234, fiorev@rotaryintl.org

**Для вещателей: Видео ролик можно заказать у Кристины МакНаб в ВОЗ. Этот ролик будет транслироваться в четверг, 20 июня 2002 по каналу Европейского теле- и радиовещательного союза в 14.05 по центральному европейскому времени (12.05 по Гринвичу). Для более подробной информации о Инициативе по глобальной ликвидации полиомиелита посетите сайты www.polioeradication.org и www.endofpolio.org.

* Государства-члены ВОЗ европейского региона: Австрия, Азербайджан, Албания, Андорра, Армения, Беларусь, Бельгия, Болгария, Босния Герцеговина, Великобритания, Венгрия, Германия, Греция, Грузия, Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Люксембург, Македония, Мальта, Молдова, Монако, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Россия, Румыния, Сан-Марино, Республика Словакия, Словения, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Швейцария, Швеция, Узбекистан, Украина, Финляндия, Франция, Хорватия, Республика Чехия, Югославия, Эстония.

Press releases



Media Advisory
17 June 2002

Europe on track to be certified polio-free on 21 June 2002 Event would mark historic public health milestone

COPENHAGEN – The World Health Organization (WHO) European Region, comprising 873 million people in 51 countries*, is on track to achieve polio-free certification on 21 June. The European Regional Commission for Certification of Poliomyelitis Eradication, an independent body of international public health experts, will meet in Copenhagen, Denmark on June 20 and 21 to determine whether the European Region has won the battle against poliomyelitis. With no indigenous cases of polio in the past three years, Europe would join the Americas and the Western Pacific in achieving this historic certification. The goal to eradicate polio globally by 2005 remains within reach.

WHAT: Polio experts to announce decision on European polio-free certification and outline remaining challenges to global polio eradication .

WHERE: International Press Centre
2, Vestergade
DK-1456 Copenhagen

WHO: Dr Marc Danzon, Regional Director for Europe, World Health Organization
Sir Joe Smith, Chairman, European Regional Commission for Certification of Poliomyelitis Eradication
Dr. David Fleming, Acting Director, US Centers for Disease Control and Prevention
Rudolf Hörndler, Chairman, European Regional PolioPlus Committee, Rotary International
Phillip O'Brien, UNICEF Regional Director, Central and Eastern Europe

WHEN: 10:00 a.m., Friday, 21 June

For further information, please contact:

Liuba Negru, WHO, Copenhagen +45 3917-1344, mobile +45 20 45 92 74, lnegru@who.dk
Claudia Drake, WHO, Geneva +41 22 791-3832, mobile +41 79 475 5471, drakec@who.int
Christine McNab, WHO, Geneva +41 22 791-4688, mcnabc@who.int
Jo Bailey, UNICEF, New York +1 212 326-7566, jbailey@unicef.org
Vivian Fiore, Rotary International, Chicago +1 847 866-3234, fiorev@rotarvintl.org

**For broadcasters: Video B-roll can be ordered from Christine McNab at WHO. B-roll will also be broadcast on Thursday, 20 June 2002 on the European Broadcasting Union feed at 1405 Central European Time (1205 GMT). For more information about the Global Polio Eradication Initiative, see www.polioeradication.org and www.endofpolio.org.

* Member States of the WHO European Region: Albania, Andorra, Armenia, Austria, Azerbaijan, Belarus, Belgium, Bosnia Herzegovina, Bulgaria, Croatia, Czech R, Denmark, Estonia, Finland, France, Georgia, Germany, Greece, Hungary, Iceland, Ireland, Italy, Israel, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Latvia, Lithuania, Luxembourg, Malta, Moldova, Monaco, Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Romania, Russia, San Marino, Slovak R, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, T.F.Y.R. Macedonia, Tajikistan, Turkey, Turkmenistan, Ukraine, United Kingdom, Uzbekistan, Yugoslavia.

Press releases



Rotary
International



CDC
Centers for Disease
Control and Prevention



unicef

Avis à la presse
17 juin 2002

L'Europe devrait être certifiée indemne de poliomyélite le 21 juin 2002 Cela représenterait un jalon historique dans le domaine de la santé publique

COPENHAGUE – La Région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui compte 873 millions d'habitants vivant dans 51 pays*, devrait être certifiée indemne de poliomyélite le 21 juin. La Commission régionale européenne pour la certification de l'éradication de la poliomyélite, qui est un organe international indépendant composé d'experts de la santé publique, se réunira à Copenhague (Danemark) les 20 et 21 juin pour déterminer si la Région européenne a remporté la lutte contre la poliomyélite. Il n'y a pas eu de cas autochtone de cette maladie au cours des trois dernières années et la Région européenne devrait rejoindre la Région des Amériques et celle du Pacifique occidentale, qui ont déjà obtenu cette certification historique. L'objectif d'éradication mondiale de la poliomyélite d'ici 2005 peut être atteint.

QUOI : Des experts de la poliomyélite devraient annoncer une décision concernant la certification de l'Europe en tant que région indemne de poliomyélite et décrire les étapes à parcourir pour parvenir à l'éradication mondiale de cette maladie.

OÙ : International Press Centre
2, Vestergade
DK-1456 Copenhague

QUI : Dr Marc Danzon, Directeur régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé
Sir Joe Smith, Président de la Commission régionale européenne pour la certification de l'éradication de la poliomyélite
Dr David Fleming, Directeur par intérim des Centers for Disease Control and Prevention (États-Unis)
Rudolf Hörmder, Président du European Regional PolioPlus Committee, Rotary International
Phillip O'Brien, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Europe centrale et orientale

QUAND : Vendredi 21 juin à 10 heures

Pour de plus amples renseignements, veuillez contacter :

Liuba Negru, OMS, Copenhague : (45) 3917-1344, mobile +45 20 45 92 74 lnegru@who.dk
Claudia Drake, OMS, Genève : (41-22) 791-3832, mobile +41 79 475 5471 cladrake@who.int
Christine McNab, OMS, Genève : (41-22) 791-4688, mobile +41 22 791 4688 mcnabc@who.int
Jo Bailey, UNICEF, New York : (1-212) 326-7566, jbailey@unicef.org
Vivian Fiore, Rotary International, Chicago : (1 847) 866-3234, fiorev@rotaryintl.org

À l'intention des organismes de télévision : Vous pouvez obtenir des images illustratives sur ce thème en les commandant auprès de Christine McNab, de l'OMS. Ces images seront également diffusées le jeudi 20 juin 2002 par l'Union européenne de radio-télévision à 14h05, heure de Paris (12h05 TU). Pour obtenir plus d'informations sur l'Initiative mondiale d'éradication de la poliomyélite, voir les sites www.polioeradication.org et www.endofpolio.org.

* États membres de la Région européenne de l'OMS : Albanie, Allemagne, Andorre, Arménie, Autriche, Azerbaïdjan, Bélarus, Belgique, Bosnie Herzégovine, Bulgarie, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, ex-République yougoslave de Macédoine, Finlande, France, Géorgie, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Israël, Kazakhstan, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Moldova, Monaco, Norvège, Ouzbékistan, Pologne, Pays-Bas, Portugal, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Russie, Saint-Marin, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Tadjikistan, Turkménistan, Turquie, Ukraine, Yougoslavie.

Press releases



Pressenotiz EURO/03/02
Kopenhagen, 14. Juni 2002

Die Europäische Regionale Zertifizierungskommission tagt: Die Europäische Region der WHO wird voraussichtlich am 21. Juni 2002 für poliofrei erklärt

Am 20. und 21. Juni hält die Europäische Regionale Zertifizierungskommission im WHO-Regionalbüro für Europa ihre 15. Tagung ab, bei der darüber entschieden werden soll, ob die Poliomyelitis in der Europäischen Region wirklich ausgerottet ist. Zu der Tagung werden 177 Gesundheitsexperten erwartet. Die Kommission wird die Faktenlage in den 51 Mitgliedstaaten der Region überprüfen um bestätigen zu können, dass die Übertragung von Polio-Wildviren unterbrochen wurde und die Region ausreichend dafür gerüstet ist, das Virus aufzuspüren und zu kontrollieren.

Die Kommission setzt sich aus herausragenden Public-Health-Experten zusammen. Seit 1996 tagt sie regelmäßig und überzeugt sich bei Länderbesuchen vor Ort von den Fortschritten, die in der Region bei der Umsetzung von Programmen für die Ausrottung der Poliomyelitis erzielt wurden. Die Tagung im Juni 2002 wird zeigen, was man mit den ungeheuren Anstrengungen erreicht hat, die unternommen wurden, seit 1988 von der Weltgesundheitsversammlung der Aufruf zur weltweiten Ausrottung der Poliomyelitis erging. Die Kommission wird sich mit den Bekämpfungsmaßnahmen befassen, die ergriffen wurden, nachdem 2001 Polio-Wildviren in die Region eingeschleppt worden waren, und sie wird sich ansehen, inwieweit die Hochsicherheitslabors mittlerweile imstande sind, eine sachgerechte Lagerung von Polioviren sicherzustellen. Danach wird die Kommission entscheiden, ob die Europäische Region für poliofrei erklärt werden kann.

Der Kommissionsbeschluss bildet den Höhepunkt von sechs Jahren erfolgreicher Zusammenarbeit im Rahmen der globalen Partnerschaft für die Eradikation der Poliomyelitis. Die führenden Partner der WHO sind dabei: Rotary International, die Centers for Disease Control and Prevention (CDC) in den Vereinigten Staaten und das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF).

Für alle 51 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO gilt, dass drei Jahre lang keine endemischen Poliofälle mehr gemeldet wurden. Die letzte nachweisliche Übertragung der endemischen Poliomyelitis fand 1998 in der Türkei statt.

Der Beschluss der Kommission wird am Freitag, d. 21. Juni 2002 um 10.00 Uhr (MEZ) auf einer im Internationalen Pressezentrum von Kopenhagen anberaumten Pressekonferenz bekannt gegeben. Außerdem finden in Ankara, Brüssel, Genf, Moskau und Rom Informationssitzungen für Vertreter der Massenmedien statt, und über das Netz der Union der Europäischen Rundfunkorganisationen werden Videonachrichten ausgestrahlt.

WORLD HEALTH ORGANIZATION
REGIONAL OFFICE FOR EUROPE
WELTGESUNDHEITSORGANISATION
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE
ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО

Fifteenth Meeting of the Regional Commission for the Certification of Poliomyelitis Eradication
Copenhagen, Denmark, 19 - 21 June 2002

5037088/5

List of participants

REGIONAL CERTIFICATION COMMISSION

REGIONAL CERTIFICATION COMMISSION

Prof Margareta Böttiger
Gransäter
S-132 36 Saltsjö-Boo
Sweden
Tel. No.: +46 8 570 300 46
Fax No.: +46 8 570 00 145
Email: bottiger@swipnet.se

Prof István Dömök
Scientific Adviser
Czobor St. 41/b
H-1147 Budapest
Hungary
Tel./Fax No.: +36 1 252 9530
Email: domokis@axelero.hu

Dr Walter Dowdle
Director of Programs
The Task Force for Child Survival
and Development
750 Commerce Drive
Suite 400
Decatur, Georgia 30030
United States of America
Tel. No.: +1 404 687 5608
Fax No.: +1 404 37 1 1087
Email: wdowdle@taskforce.org

Dr George F. Drejer
Paediatrician
c/o Kilimanjaro Christian Medical
Centre
(KCMC) P.O. Box 3010
Moshi
United Rep. of Tanzania
Tel. No.: +255(0)27 2752040
Email: g.drejer@eoltz.com

Prof Sergey G. Drozdov
Director
M. P. Chumakov Institute of
Poliomyelitis and Viral
Encephalitis
Russian Academy of Medical
Sciences (RAMS)
Kievskoe Shosse 27
142782 Moscow
Russian Federation
Tel. No.: +7 095 439 90 07
Fax No.: +7 095 549 67 60

Dr Donato Greco
Director
Laboratory of Epidem. &
Biostatistics
Istituto Superiore di Sanità
WHO Collaborating Centre for
Communicable Diseases
Surveillance
Viale Regina Elena, 299
I-00161 Rome
Italy
Tel. No.: +39 06 4990 3390
Fax No.: +39 06 4990 3172
Email: greco@iss.it

Sir Joseph Smith
Chairman
EURO Commission for
Certification of Polio Eradication
95 Lofting Road
Islington, London N1 1JF
United Kingdom
Tel. No.: +44 20 7607 9413
Email: joseph.smith1@btinternet.com

Prof Burghard Stück
Schulenburggring 126
D-12101 Berlin
Germany
Tel. No.: +49 30 785 9008
Email: Drstueck@snaflu.de

PARTICIPANTS

Albania

Dr Bujar Brahimaj
Epidemiologist
Institute of Public Health
Virology Laboratory
Tirana
Tel. No.: +355 42 63 553
Fax No.: +355 42 70059
Email: iphealth@sanx.net

Dr Eduard Kakarriqi
Institute of Public Health
EPI Programme
Rruga 'Aleksander Moisiu' 80
Tirana
Email: iphealth@sanx.net

Dr Petrit Vasili
 Vice Minister of Health
 Ministry of Health
 Blv. 'Bajram Curri'
 Tirana - Shqipëri
 Tel. No.: +355 436 4 622
 Fax No.: +355 436 2554
 Email: petritvasili@moh.gov.al

Andorra

Dr Margarita Coll Armangué
 Chef
 Service de surveillance
 épidémiologique
 Ministère de la Santé
 et du Bien-être
 Av. Princep Benlloch, 30, 4ème
 Andorre la Vielle
 Tel. No.: +376 860 345
 Fax No.: +376 861 933
 Email: min.sanitat@andora.ad

Dr Josep Vidal Tort
 Information and Sanitary Studies
 Service
 Ministry of Health and Welfare
 Hospital de Clínic de Barcelona
 c/o Dra Margarita Coll Armangué
 Av. Princep Benlloch num. 30
 Andorra La Vella
 Tel. No.: +376 86 03 45 ex.229
 Fax No.: +376 86 19 33

Armenia

Dr Sirak Sukiasyan
 EPI Manager, Deputy Director
 of the Centre of Hygienic and Anti-
 Epidemic Surveillance
 Republican Centre for Hygienic and
 Epidemic Surveillance
 D Malian Str. 37
 Yerevan 375096
 Tel. No.: +347 1 613369
 Email: whoo@armhealth.am

Austria

Prof Ingomar Mutz
 A.ö. Landeskrankenhaus Leoben
 Vorstand der Abteilung für Kinder
 und Jugendliche
 Vordernberger Strasse 42
 A-8700 Leoben
 Tel. No.: +43 3842 401 2330
 Fax No.: +43 3842 401 2738
 Email: ingomar.mutz@lkh-leoben.at

Azerbaijan

Prof Dilara Gasimova
 Head, National Certification
 Commission
 Medical Prevention Institute
 Hadjibekov Street, 38 Fl. 39
 370065 Baku
 Tel. No.: +994 12 98 62 73
 Fax No.: +994 12 93 76 38

Dr Firudin Huseynov
 Director General
 Azerbaijan Republican Centre
 for Epidemiology and Hygiene
 J. Cabbarli kuc., 34
 370065 Baku
 Tel. No.: +994 12 94 70 12
 Fax No.: +994 12 94 84 31
 Email: FMA@who.baku.az

Dr Abbas Valibayov
 Deputy Minister of Health
 Ministry of Health of Azerbaijan
 4, Kicik Deniz kuc.,
 370014 Baku
 Tel. No.: +994 12936055
 Fax No.: +994 12987260

Belarus

Dr Vladimir Golub
 Head
 National Center of Hygiene
 and Epidemiology
 Ministry of Health
 50 Kazintca str.
 220099 Minsk
 Tel. No.: +375 172 784369
 Fax No.: +375 172 784207
 Email: hygiene@rcge.belpak.
 minsk.by

Dr Alexander S. Petkevich
 Deputy Director
 Belarussian Research Institute
 for Epidemiology and
 Microbiology (BRIEM)
 4, K. Zetkin Str.
 220050 Minsk
 Tel. No.: +375 172 26 58 61
 Fax No.: +375 172 26 52 67
 Email: asp@briem.ac.by

Dr Elena Olegovna Samoilovich
 Chief, Immunoprophylaxis
 Laboratory
 Belarus Research Inst.
 for Epidemiology
 and Microbiology
 4, K. Zetkin Str.
 220050 Minsk
 Tel. No.: +375 172 20 93 05
 Fax No.: +375 172 26 52 67
 Email: poliobel@gtp.by

Belgium

Prof Jan Desmyter
 Catholic University of Leuven
 Dept. of Virology and
 Epidemiology
 REGA Institute
 Minderbroedersstraat 10
 B-3000 Leuven
 Tel. No.: +32 16 33 21 60
 Fax No.: +32 16 33 21 31
 Email: jan.desmyter@uz.kuleuven.
 ac.be

Dr Tinne Lernout
 Scientific Institute
 of Public Health
 Epidemiology Section
 14, J. Wytsmanstraat
 B-1050 Brussels
 Tel. No.: +32 2 642 5747
 Fax No.: +32 642 5410
 Email: tinne.lernout@iph.fgov.be

Bosnia & Herzegovina

Dr Srbojub Golubovic
 Head
 Clinic for Infectious Diseases
 Clinical Center Banja Luka
 Zdrave Korde
 78000 Banja Luka
 Bosnia & Herzegovina
 Tel. No.: +387 51 309 993
 Fax No.: +387 71 310 530

Prof Zlatko Puvacic
EPI Coordinator for B&H
Federal Public Health Institute
Chief Federal Epidemiologist
Titova 7
33000 Sarajevo
Bosnia & Herzegovina
Tel. No.: +387 33 208 815
Fax No.: +387 33 456 855
Email: puvacici@bih.net.ba

Bulgaria

Prof Ivan Dikov
Military Medical Academy
Georgui Sofijski str. 3
Sofia
Office +359 2 917 29 88
Fax +359 2 958 73 90
E-mail wholobg@who.bg

Dr Snejana Gyurova
Head
National Enterovirus Laboratory
NCIPD
Blvd. Stoletov 44A
1233 Sofia
Tel. No.: +359 23 10042
Fax No.: +359 29 433075
Email: polionl@infotel.bg

Dr Mira Kojuharova
National Expert
National Centre of Infectious
and Parasitic Diseases
Department of Epidemiology
Yanko Sakazov Blvd. 26
BG-1504 Sofia
Bulgaria
Tel. No.: +359 2 46 55 17
Fax No.: +359 2 46 55 17
Email: j.levi@techno-link.com

Dr Angel Kunchev
Head
Department for Communicable
Diseases Control
Ministry of Health
5, Sveta Nedelja Square
Sofia 1000
Tel. No.: +359 2 93 01 251
Fax No.: +359 2 98 83 414
Email: epimngr@aster.net

Croatia

Dr Bernard Kaic
National EPI Programme Manager
Croatian National Institute
of Public Health
Department of Epidemiology
of Infectious Diseases
Rockefellerova 7
HR-10000 Zagreb
Tel. No.: +385 1 468 3005
Fax No.: +385 1 468 3004
Email: bernard.kaic@zg.hinet.hr

Prof Ivan Vodopija
President
Croatian National Health Council
Zagreb City Institute of Public
Health
Mirogojska ul. 16
HR-10000 Zagreb
Tel. No.: +385 1 46 96 151
Fax No.: +385 1 46 78 002

Czech Republic

Dr Jitka Castkova
National Institute of Public Health
Centre of Epidemiology
Srobarova 48
100 42 Prague 10
Tel. No.: +420 2 67 08 24 86
Fax No.: +420 2 72 74 14 33
Email: epidem@szu.cz

Dr Gustav Walter
Senior Officer & EPI manager
Department of Epidemiology
and Microbiology
Ministry of Health
Palackého nam. 4
128 01 Prague 2
Tel. No.: +420 2 249 72184
Fax No.: +420 2 249 15996
Email: gustav.walter@mzcr.cz

Denmark

Dr Peter Skinhøj
Chief Physician
Rigshospitalet
Dept. of Infectious Diseases
Tagensvej 20
DK-2200 Copenhagen
Tel. No.: +45 35 45 7741
Fax No.: +45 35 45 6648
Email: skinhoej@rh.dk

Estonia

Dr Silver R. Joks
Head
Central Laboratory of Virology
Health Protection Inspectorate
Kotka st. 2
111315 Tallinn
Tel. No.: +372 6 943 632
Fax No.: +372 6 943 601
Email: virilab@hot.ee

France

Dr Denise Antona
Institut de Veille Sanitaire
12, rue du Val d'Osne
94415 Saint Maurice Cedex
Tel. No.: +33 1 41 79 67 24 /
Fax No.: +33 1 41 79 67 66 /
Email: d.antona@invs.sante.fr

Dr Thierry M. Comolet
Containment Coordinator
Ministère de l'Emploi et de
la Solidarité
Direction Générale de la Santé
Bureau des Maladies
Transmissibles
8, avenue de Ségur
F-75007 Paris
Tel. No.: +33 1 40 56 50 87
Fax No.: +33 1 40 56 78 00
Email: Thierry.comolet@sante.
gouv.fr

Ms Caroline Delarue
Member, Poliovirus Containment
Taskforce
Ministry of Health
General Directorate of Health
8, avenue Ségur
Paris 75530 07 SP
Tel. No.: +33 1 4056 5213
Fax No.: +33 1 4056 7800
Email: caroline.delarue@sante.
gouv.fr

Georgia

Dr Levan Baidoshvili
Coordinator of Immunization
Programme
National Centre for Disease
Control
Asatiani Str. 9
380077 Tbilisi
Tel. No.: +995 32 39 59 04
Fax No.: +995 32 94 04 85
Email: ncdc@ncdc.ge
Lbaido@ncdc.ge

Dr Tamar Kutateladze
Head, Polio National Laboratory
National Centre for Disease
Control
9, Asatiani Ave.
380077 Tbilisi
Tel. No.: +995 32 398 946
Fax No.: +995 32 940 485
Email: polionlge@wanex.net

Prof Irakli V. Pavlenishvili
Deputy Rector
State Medical Academy
Chavchavadze Ave 29
380030 Tbilisi
Tel. No.: +995 32 23 42 03
Fax No.: +995 32 23 03 91
Email: irakli797@yahoo.com

Germany

Dr Fabian Feil
Secretary of the National
Committee
Niedersächsisches
Landesgesundheitsamt
Polio Eradication
Roesebeckstr. 4-6
30449 Hannover
Tel. No.: +49 511 4505 136
Fax No.: +49 511 4505 140

Dr Gernot Rasch
Robert Koch Institut
Epidemiology and Prevention
of Infectious Diseases
Seestr. 10
D-13353 Berlin
Tel. No.: +49 30 4547 34 10
Fax No.: +49 30 4547 35 11
Email: raschg@rki.de

Prof Dr Adolf Windorfer
Landesgesundheitsamt
Niedersächsisches
Roesebeckstr. 4-6
D-30449 Hanover
Tel. No.: +49 511 4505 500
Fax No.: +49 511 4505 502
Email: Adolf.Windorfer@NLGA.
niedersachsen.de

Greece

Prof Christos Kattamis
Professor of Paediatrics
AGIA SOFIA
University of Athens
Children's Hospital
Thivon and Livadias
Goudi, TK 11527
Tel. No.: +30 10 7467467
Fax No.: +30 10 7795762
Email: ckatamis@cc.uoa.gr

Prof Jenny Kourea-Kremastinou
Dean
National School of Public Health
196, Alexandras Avenue
GR-Athens 11521
Tel. No.: +30 10 646 5982
Fax No.: +30 10 643 2258
Email: jkrem@otenet.gr

Hungary

Dr Katalin Rapi
Director
Szent Laszlo Hospital
Gyali ut 5-7
1097 Budapest
Hungary
Fax No.: +36 1 2156501

Dr Adam Vass
Head, Division of Epidemiology
Office of the Chief Medical Officer
Gyali ut 2-6
H-1097 Budapest,
Hungary
Tel. No.: +36 1 215 53 31
Fax No.: +36 1 215 53 11
Email: vassadam.oth@antsz.hu

Iceland

Dr Haraldur Briem
State Epidemiologist
Directorate of Health
Section for Infectious Disease
Control
Laugavegur 116, 2nd floor
IS-150 Reykjavik
Iceland
Tel. No.: +354 510 1900
Fax No.: +354 510 1920
Email: hbriem@landlaeknir.is

Ireland

Mr Brian Mullen
Principal Officer
Hawkins House
Department of Health
and Children
Dublin 2
Ireland
Tel. No.: +353 1 635 4310
Fax No.: +353 1 6771695
Email: Brian_Mullen@health.
irlgov.ie

Israel

Prof Tiberio-Alex Swartz
Chairman for Vaccines and
Biologicals
Sackler School of Medicine
Tel Aviv University
Department of Epidemiology
and Preventive Medicine
Ramat Aviv, P.O.B. 39040
Tel Aviv 69978
Israel
Tel. No.: +972 3 642 7581
Fax No.: +972 3 640 9868
Email: tswartz@post.tau.ac.il

Italy

Dr Dina De Stefano Caraffa
Director
Dipartimento della Prevenzione,
Uffi III
Ministero della Sanita
Communicable Diseases Unit
Via della Sierra Nevada 60
I-00144 Rome
Italy
Tel. No.: +39 06 5994 4211
Fax No.: +39 06 5994 4242
Email: dm.caraffa@sanita.it

Prof Gaetano Maria Fara
 Director, Inst. Hygiene
 University 'La Sapienza'
 Piazzale Aldo Moro 5
 I-00185 Rome
 Italy
 Tel. No.: +39 335 636 0860
 Fax No.: +39 06 4456371
 Email: gaetanomaira.
 fara@uniroma1.it

Kazakhstan

Dr Anatoly Alex. Belonog
 Vice-Minister, Chief Sanitary
 Doctor
 Ministry of Health
 66, Moskovskaya str.
 473000 Astana
 Tel. No.: +7 3172 31 79 59
 Fax/Phone +7 3172 31 78 07
 E-mail Vaccina@zdrav@ketner.kz

Dr Raisa Bondareva
 National Reference Laboratory
 ul. Ayezova 84
 480008 Almaty
 Kazakhstan
 Tel. No.: +7 3272 43 15 33
 Fax No.: +7 3272 43 26 55
 Email: 8528127@public.asdc.kz

Dr Gulnur Madigoz. Kembabanova
 Chief specialist
 Ministry of Health
 Epidemiology Control Division
 66, Moskovskaya str.
 473000 Astana
 Kazakhstan
 Tel. No.: +7 3172 31 78 07
 Fax No.: +7 3172 31 79 59
 Email: vaccina@kepter.kz

Prof Auken M. Mashkeev
 Director Assistant
 Scientific Centre of Paediatrics
 and Child Surgery
 pr. Alfarabe 146
 480090 Almaty
 Kazakhstan
 Tel. No.: +7 3272 48 81 21
 Fax No.: +7 3272 93 28 76
 Email: ioparty@mail.online.kz

Kyrgyzstan

Prof Duishe K. Kudayarov
 Director
 Research Institute for Obstetrics
 and Pediatrics
 Togolok Leoldo str. 1
 720021 Bishkek
 Kyrgyzstan
 Tel. No.: +996 312 22 44 23
 Fax No.: +996 312 22 67 19

Dr Ljudmila Steinke
 Consultant
 Ministry of Health
 Frunze Str. 535
 720021 Bishkek
 Kyrgyzstan
 Tel. No.: +996 312 66 11 07
 Fax No.: +996 312 66 06 62

Latvia

Dr Aija Griskevica
 Deputy Head
 State Agency - Public Health
 Agency
 Department of Epidemiological
 Surveillance of Infectious Diseases
 7 Klijanua str.
 LV-1012 Riga
 Tel. No.: +371 737 4921
 Fax No.: +371 737 5940
 Email: griskevica@sva.lv

Prof Ludmila Viksna
 Chief
 Traditional Infectology,
 Tuberculosis and AIDS chair
 Latvian Medical Academy
 3 Linezera Str.
 LV-1006 Riga
 Latvia
 Tel. No.: +371 701 4500
 Fax No.: +371 701 4568
 Email: LIC.birojs@infectology.lv

Lithuania

Dr Vytautas Bakasenas
 EPI Manager
 Centre for Communicable
 Diseases
 Prevention and Control under
 the Ministry of Health
 of the Republic of Lithuania
 Kalvariju str. 153,
 LT-2042 Vilnius
 Lithuania
 Tel. No.: +370 27790 51
 Fax No.: +370 2 77 8761
 Email: ULPKC@takas.lt

Prof Vytautas Usonis
 Vilnius University Lithuania
 Centre of Pediatrics
 4 Santariskiu str., P.O. Box 2561
 LT-2600 Vilnius
 Lithuania
 Tel. No.: +370 98 30779
 Fax No.: +370 2 209001
 Email: usonis@ktl.mii.lt

Malta

Prof H.M. Gilles
 Professor of Public Health
 Liverpool School of Tropical
 Medicine
 Pembroke Place
 GB-Liverpool L3 5QA
 United Kingdom
 Tel. No.: +44 151 708 9393
 Fax No.: +44 151 708 8733
 Email: jhowley@liv.ac.uk

Dr Jackie Maistre Melillo
 Medical Officer
 Department of Public Health
 Disease Surveillance Unit
 37-39 Rue D'Argens
 Msida MSD 05
 Malta
 Tel. No.: +356 2132 4086/5
 Fax No.: +356 2131 9243

Monaco

Not represented

Netherlands

Mrs Anita A. Warris-Versteegen
Inspector for Infectious Diseases
Inspectorate for Health Care
P.O. Box 16119
NL-2500 BC The Hague
Netherlands
Tel. No.: +31 703 405 979
Fax No.: +31 703 405 394
Email: aa.warris@igz.nl

Norway

Prof Miklos Degre
Institute of Microbiology
Rikshospitalet
N-0027 Oslo
Norway
Tel. No.: +47 23 07 11 63
Fax No.: +47 23 07 11 10
Email: degre@labmed.uio.no

Dr Ivar Oerstavik
Director, Department of Virology
National Institute of Public Health
Geitmyrsvn. 75 - Postboks 4404,
Torshov
N-0403 Oslo
Norway
Tel. No.: +47 2 204 2285
Fax No.: +47 2 204 2447

Poland

Prof Wieslaw Magdzik
Director
Department of Epidemiology
National Institute of Hygiene
ul. Chocimska 24
PL-00791 Warsaw
Poland
Tel. No.: +48 22 849 0431
Fax No.: +48 22 849 74 84
Email: wmagdzik@pzh.gov.pl

Portugal

Dr Francisco George
Subdirector-Geral da Saúde
Ministry of Health
Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisbon
Portugal
Tel. No.: +351 96237 7737
Fax No.: +351 218430 655
Email: george@dgsaude.min-
saude.pt

Prof Antonio Guilherme Goncalves
Adjunto do Coordenador
do Centro Regional de Saude
Publica do Norte
Rua Latino Coelho 260
4049-032 Porto
Portugal
Tel. No.: +351 22 510 5537x133
Fax No.: +351 22 5105591/1618
Email: guilherme.casa@mail.
telepac.pt

Republic of Moldova

Dr Mihail Magdei
General Director
National Scientific
and Practical Centre
for Preventive Medicine
67 A, Gh. Asachi Str.
MD-2028 Chisinau
Republic of Moldova
Tel. No.: +373 2 72 96 47
Fax No.: +373 2 72 97 25
Email: mmagdei@mednet.md

Prof Nicolae I. Opopol
Scientific Director
National Centre of Preventive
Medicine
67A, G. Asachi Str.
Chisinau MD 2028
Republic of Moldova
Tel. No.: +373 273 58 22
Fax No.: +373 272 97 25
Email: nopopol@mednet.md

Romania

Dr Mariana Combiescu
Head, National Polio Laboratory
Cantacuzino Institute
PO Box I-525
Splaiul Independentei 103
70100 Bucharest
Romania
Tel. No.: +40 1 411 2159/3800
Fax No.: +40 1 411 5672
Email: polerad@cantacuzino.ro

Prof André Aubert Combiescu
Director
Cantacuzino Institute
Splaiul Independentei 103
P.O.B. 1-525 Ro 70.
100 Bucharest 35
Romania
Tel. No.: +40 1 411 21 59
Fax No.: +40 1 411 56 72
Email: aacombi@cantacuzino.ro

Dr Daniela Pitigoi
Counselor, EPI Manager
Ministry of Health and Family
General Department for Public
Health
Ministerului Street, nr. 1-3,
sector 1
70109 Bucharest
Romania
Tel. No.: +40 1 310 39 19
Fax No.: +40 1 313 66 60
Email: dpitigoi@ms.ro

Russian Federation

Dr Serguei I. Ivanov
Head of the Department
for State Sanepid Surveillance
Ministry of Health of the Russian
Federation
Vadkovsky per. 18/20
101479, Moscow
Russian Federation
Tel. No.: +7 095 973 26 66
Fax No.: +7 095 973 26 94
Email: ivanov@dmigug.ru

Dr Vladimir Petr. Sergiev
Director
E.I. Martsinovsky Institute
of Medical Parasitology
and Tropical Medicine
M. Pirogovskaya 20
GSP-3 Moscow
Russian Federation
Tel. No.: +7 095 246 8049
Fax No.: +7095 246 9047
Email: sergiev@stk.mmtel.ru

Dr Arkady Yassinsky
Deputy Director
Ministry of Health
Federal Centre for State
SanEpid Surveillance
Warshavskoje shosse 19a
113105 Moscow
Russian Federation
Tel. No.: +7 095 954 13 86
Fax No.: +7 095 954 03 10
Email: yasinsky@fcgsen.ru

San Marino

Not represented

Slovakia

Dr Eva Maderova
Director, Section of Epidemiology
National Public Health Institute
Trnavska 52
82645 Bratislava
Slovakia
Tel. No.: +421 444 55 177
Fax No.: +421 443 72 641
Email: maderova@szusr.sk

Dr Viktor Prikazsky
President, National Committee
for Certification
of Eradication of Poliomyelitis
Partizanska 3261/18
05801 Poprad
Slovakia
Tel/Fax +421 52 7721358
E-mail viktorprikazsky@alfanet.sk
E-mail viktorprikazsky@utanet.at

Slovenia

Dr Alenka Kraigher
Head
Communicable Diseases Center
National Institute of Public Health
Trubarjeva 2
1000 Ljubljana
Slovenia
Tel. No.: +386 1 244 1410
Fax No.: +386 1 244 1471
Email: alenka.kraigher@ivz-rs.si

Dr Dunja Piskur Kosmac
Director
National Chemical Bureau
Ministry of Health
Breg 14
1000 Ljubljana
Slovenia
Tel. No.: +386 1 478 62 50
Fax No.: +386 1 478 62 66
Email: urad.kemikalije@gov.si

Spain

Dr Juan Fernando Martinez
Navarro
National Centre of Epidemiology
Epidemiologic Surveillance Area
Sinesio Delgado 6
E-28029 Madrid
Spain
Tel. No.: +34 91 387 7822
Fax No.: +34 91 387 7815/6
Email: fmartinz@isciii.es

Dr Begoña Merino Merino
Chief
Section of Vaccine-preventable
Diseases
National Centre of Epidemiology
Sinesio Delgado 6
Ministry of Health and Consumer
Affairs
Paseo del Prado 18-20
E-Madrid 28071
Spain
Tel. No.: +34 91 596 4276
Fax No.: +34 91 596 4195
Email: bmerino@msc.es

Dr Isabel Pachon
Adviser to Dr Martinez-Navarro
E-28029 Madrid
Spain
Tel. No.: +34 91 387 7802
Fax No.: +34 91 387 7815
Email: ipachon@isciii.es

Dr Pilar Perez Brena
Chief Virology Service
Centro Nacional de Microbiologia
Virologia e Immunologia
Sanitarias
Carretera de Majadahonda-
Pozuelo
Pozuelo, km2
E-28220 Majadahonda (Madrid)
Tel. No.: +34 91 50 97 971
Fax No.: +34 91 50 97 966
Email: pperez@isciii.es

Sweden

Dr Patrick Olin
EPI Programme Manager
Swedish Institute for Infectious
Disease Control
Department of Vaccine Research
Nobelvagen 18
SE-171 82 Solna
Sweden
Tel. No.: +46 8 457 2533
Fax No.: +46 8 30 39 60
Email: patrick.olin@smi.ki.se

Tajikistan

Dr Shamsidin Jabirov
General Director
Republican Centre for
Immunoprophylaxis
8, Chapaev str.
734025 Dushanbe
Tajikistan
Tel. No.: +992 372 27 62 94
Email: immun@rci.tajik.net

Prof Abdumadjid Pulatov
Chairman
National Certification Committee
on Poliomyelitis
Ministry of Health
Boukhorov str, apt 39
Dushanbe 734025
Tajikistan
Tel. No.: +992 372 21 48 71
Fax No.: +992 372 2148 71
Email: lotjk.who@tajnet.com

The Former Yugoslav Republic of Macedonia

Dr Borislav Josifovski
Head
Department for Preventive and Primary Health Care
Ministry of Health
50 Divizija b.b.,
1000 Skopje
The Former Yugoslav Rep. of Macedonia
Tel. No.: +389 2 220163/126206
Fax No.: +389 2 113014

Dr Nikola Sofijanov
Professor of Paediatrics
Chairman of the National Certification Committee
Lesnovska 23
Skopje 1000
The Former Yugoslav Rep. of Macedonia
Tel. No.: +389 2 176 669
Fax No.: 389 91 12 11 42

Turkey

Dr Yildirim Bayazit
Chief
EPI and Vaccine Preventable Disease Unit
General Directorate of Primary Health Care
Ministry of Health
06434 Sihhiye-Ankara
Turkey
Tel. No.: +90 312 435 3215
Fax No.: +90 312 432 2994
Email: ybayazit@saglik.gov.tr

Prof Ufuk Beyazova
Chairman
National Certification Committee
Gazi University Medical Faculty
Department of Pediatrics
Besevler
Ankara
Turkey
Tel. No.: +90 312 2141000
Fax No.: +90 312 2150143
Email: beyazova@tr.net

Dr Etem Ozkaya
Head
Tissue Culture & Enterovirus Lab and Viral Vaccine Control Unit
Central Institute of Hygiene
Laboratory of Virology
Cemal-Gursel Cad.No.16
Sihhiye-Ankara
Turkey
Tel. No.: +90 312 431 2882
Fax No.: +90 312 435 8470
Email: Polioliab@superonline.com

Turkmenistan

Dr Jumaguly Akmamedov
Head of Research
Anti-plague Station
Head of Certification Commission
Mahtumkuli pr 90
744000 Ashgabat GSP-19
Turkmenistan
Tel. No.: +993 12 34 28 23
Fax No.: +993 12 39 57 07
Email: ybm@online.tm

Dr Sofia Alieva
Head
Epidemiological Inspection
Ministry of Health
Epidemiological Control and Parasitology, State Sanitary
Mahtumkuli 90
744000 Ashgabat
Turkmenistan
Tel. No.: +993 12 35 33 77
Fax No.: +993 12 35 02 48
Email: ybm@online.tm

Ukraine

Dr Sergey Berezhnov
Head
Main Sanitary Epidemiological Department
Ministry of Health of Ukraine
7 Hrushevsky str.
01021 Kiev
Ukraine
Tel. No.: +380 44 253 94 17
Fax No.: +380 44 293 94 84

Dr Eleonora Armin. Laugen
Chief, Sector for Prevention of Dangerous and Infectious Diseases
Main Sanitary Epidemiological Department
Ministry of Health
7, Hrushevsky Str.
01021 Kiev
Ukraine
Fax +380 44 253 52 03
Office +380 44 253 17 84
Fax +380 44 293 6975

Prof V.P. Shirobokov
Head
Department of Microbiology, Immunology and Virology
Ukrainian State Medical University
13 Shevchenko Boulevard
Kiev 01601
Ukraine
Tel. No.: +380 44 235 3854
Fax No.: +380 44 224 4062

United Kingdom

Prof Alex Campbell
Emeritus Professor of Child Health
Chairman, UK Certification and Containment Committees
34 Woodburn Crescent
Aberdeen AB15 8JX
United Kingdom
Email: ACamp55052@aol.com

Uzbekistan

Dr Dilbar I. Makhmudova
Director
Scientific Research Institute of Pediatrics
Ministry of Health
3, Talant torkochasi,
2 Chimboy str.
700179 Tashkent
Uzbekistan
Tel. No.: +998 712 29 3873
Fax No.: +998 712 29 38 74
Email: gaviuzb@sarkor.uz

Dr Galina G. Osipchuk
Head, Virology Laboratory
Ministry of Health of Uzbekistan
Navoi 12
700011 Tashkent
Uzbekistan
Tel. No.: +998 71 173 16 06
Fax No.: +998 712 766696
Email: polio@online.ru

Dr Dilorom Tursunova
Senior Specialist
Sanitary and Epidemiology
Department
Ministry of Health
12, Navoi str.
Tashkent 700011
Uzbekistan
Tel. No.: +998 712 144 1603
Fax No.: +998 712 41 18 02
Email: MOH@online.ru

Yugoslavia

Dr Isme Humolli
EPI Manager
Institute of Public Health
Institut Kombetar i Shendetesise
Publik
rr, Nena Tereze
Pristina, Kosovo
Yugoslavia
Tel. No.: +377 44 155 279
Fax No.: +381 38 550 585
Email: ismeh@hotmail.com

Dr Sasa Jankovic
Torlak Institute of Immunology
and Virology
Yugoslav National Laboratory
of Poliomyelitis, Enterovirus
Laboratory
Vojvode Stepe 458
11221 Kumodraz, Belgrade
Yugoslavia
Tel. No.: +381 11 472911
Fax No.: +381 11 469654
Email: evlabtyu@EUnet.yu

Dr Mila Jankovic-Vucic
Senior Epidemiologist
Institute of Public Health of Serbia
National EPI Management
5 Dr Subotica Str.
YU-11000 Belgrade
Yugoslavia
Tel. No.: +381 11 684 566 x132
Fax No.: 381 11 685 735
Email: vakcine@batut.org.yu

Dr Goranka Loncarevic
AFP Coordinator
Institute of Public Health of Serbia
Dr Subotica 5
11000 Belgrade
Yugoslavia
Tel. No.: +381 11 684 140
Fax No.: 381 11 684 140
Email: atp@batut.org.yu

Dr Gordana Mijovic
Microbiologist, Chief
Virusology Department
Institute of Public Health
Ljubljanska b.b.
81000 Podgorica, Montenegro
Yugoslavia
Tel. No.: +381 69 070 192
Fax No.: +381 81 224 267
Email: EPID.IPH.MN@cg.yu

TEMPORARY ADVISERS

Dr Rafi Aslanian
Polio Coordinator
2 Mariena rosha 12, flat 12
Moscow
Russian Federation
Tel. No.: +7 095 971 28 19
Email: raf@ztel.ru

Prof Michèle Aymard
Directeur
Laboratoire de Virologie
du C.H.U. Lyon
Université Claude Bernard -
Lyon 1
Centre Nationale de Référence
des Enterovirus
8, avenue Rockefeller
F-69373 Lyon Cedex 08
France
Tel. No.: +33 478 77 70 29
Fax No.: +33 478 0148 87
Email: virochu@iniv-lyon1.fr

Dr Maina Bichourina
Chief, Polio Laboratory
Pasteur Institute
14 Mira Street
St Petersburg 197101
Russian Federation
Tel. No.: +7 812 233 2156
Fax No.: +7 812 232 9217
Email: Poliospb@nr3854.spb.edu

Prof Nikolaj A. Chaika
Chief, Department of Scientific
Medical Information
St. Petersburg Pasteur Institute
Mira St. 14
197101 St. Petersburg
Russian Federation
Tel. No.: +7 812 2333420
Fax No.: +7 812 2329217
Email: nchaika@NC9955.spb.edu

Dr Radu Crainic
Chief of Laboratory
Molecular Epidemiology
of Enteroviruses
Institut Pasteur
25 rue du Dr Roux
F-75724 Paris Cedex 15
France
Tel. No.: +33 1 4568 8763
Fax No.: +33 1 4568 8780
Email: craira@pasteur.fr

Dr Sabine Diedrich
Robert Koch Institute
National Reference Laboratory
for Polio
Nordufer 20, Postfach 330013
D-13353 Berlin
Germany
Tel. No.: +49 30 4547 2378
Fax No.: +49 30 45472617
Email: diedrichs@rki.de

Prof Sieghart Dittmann
International Immunization
Consulting
Hatzenporter Weg 19
D-12681 Berlin
Germany
Tel. No.: +49 30 54703539
Fax No.: +49 30 54703538
Email: sd.internat.immun.
consult@t-online.de

Dr Lucia Fiore
 Director of Enterovirus Unit
 Laboratory of Virology
 Public Health Institute
 Viale Regina Elena 299
 I-00161 Rome
 Italy
 Tel. No.: + 39 06 4990 3256
 Fax No.: + 39 06 49902082
 Email: fiore@iss.it

Dr Francois-Xavier Hanon
 Pharmacist
 Statens Serum Institut
 Epidemiologisk Forskning
 Artillerivej 5
 2300 København S
 Denmark
 Tel. No.: +45 32683018
 Fax No.: +45 32683165
 Email: fxxh@ssi.dk

Dr Ralph Henderson
 198 McConnell Drive
 30033-3402 Decatur, GA
 United States of America
 Fax No.: 1 404 329 9235

Dr Olga Eugenyevna Ivanova
 Chief
 Laboratory of Environmental
 Virology
 Institute of Poliomyelitis
 and Viral Encephalitis,
 Academy of Med. Sciences
 Kievskoe Shosse 27
 142782 Moscow
 Russian Federation
 Tel. No.: + 7 095 439 9054
 Fax No.: + 7 095 439 9321
 Email: poliom@aha.ru

Dr Javier Martin
 Senior Scientist
 NIBSC
 RRL UK
 Blanche Lane, South Mimms,
 Potters Bar
 Hertfordshire EN6 3QG
 United Kingdom
 Tel. No.: +44 1707 654 753
 Fax No.: +44 1707 646730
 Email: jmartin@nibsc.ac.uk

Dr Tove Rønne
 Embedslægeinstitution
 for Copenhagen and
 Frederiksberg Kommunes
 Henrik Pontoppidansvej 8
 DK-2200 Copenhagen N
 Denmark
 Tel. No.: +45 72 22 74 85
 Fax No.: +45 72 22 74 79
 Email: tor@kof.eli.dk

Dr Peet Tüll
 Medical Director
 Division of Communicable
 Diseases Control
 National Board of Health
 and Welfare
 Rålambsvägen 3
 SE-106 30 Stockholm
 Sweden
 Tel. No.: +46 8 55553423
 Fax No.: +46 8 555 535 55
 Email: peet.tull@sos.se

Dr Harrie G.A.M. van der Avoort
 Senior Scientist, Poliomyelitis
 Laboratory of Infectious Diseases
 and Perinatal Screening
 National Institute of Public Health
 and Environmental Protection
 (RIVM)
 Antonie van Leeuwenhoeklaan
 9-PO Box 1
 NL-3720 BA Bilthoven
 Netherlands
 Tel. No.: +31 30 274 2059
 Fax No.: +31 30 274 4418
 Email: harrie.van.der.
 avoort@rivm.nl

Observers

Dr Peter Andersen
 Statens Seruminstitut
 Entervirus Surveillance Project
 Artillerivej 5
 2300 Copenhagen S
 Denmark
 Tel. No.: + 45 32 68 32 65
 Fax No.: +45 32 68 38 74
 Email: pea@ssi.dk

Dr Blenda Böttiger
 State Serum Institute
 Department of Virology
 Artillerivej 5
 DK-2300 Copenhagen S
 Denmark
 Tel. No.: +45 32 68 34 49
 Fax No.: +45 32 68 31 48
 Email: bbo@ssi.dk

REPRESENTATIVES OF OTHER ORGANIZATIONS

AFRO Certification Commission

Prof Ntutu Andrew Mafojane
 Kalafong Hospital
 Department of Neurology
 Klinikala Building
 P. Bag X396
 Pretoria 001
 South Africa
 Tel. No.: +27 12 373 8041/9022
 Fax No.: +27 12 373 9031
 Email: nmafojan@kalafong.up.ac.
 za

CDC Atlanta

Dr Stephen L. Cochi
 Director
 Vaccine Preventable Disease Erad.
 Div.
 National Immunization Program
 Centers for Disease Control and
 Prevention
 1600 Clifton Rd., NE
 Atlanta, GA 30333
 United States of America
 Tel. No.: +1404 639 8682
 Fax No.: +1 404 638 5408
 Email: scochi@cdc.gov

Dr David Fleming
 Acting Director
 Centers for Disease Control
 and Prevention
 1600 Clifton Road
 Atlanta
 United States of America
 Tel. No.: +1 404 639 7000
 Fax No.: +1 404 639 7111
 Email: DWF1@cdc.gov

Ms Julie Jenks
Epidemiologist
National Immunization
Programme
Centers for Disease Control
and Prevention
Corp. Rd. 12, Mailstop E05
Atlanta
United States of America
Tel. No.: +1 404 639 8167
Fax No.: +1 404 639 8573
Email: jkj2@cdc.gov

Dr Patrick Zuber
National Immunization Program
Global Immunization
Center for Disease Control
and Prevention (CDC)
Corporate Square Bldg. 12,
Mailstop E05
Atlanta, GA 30333
United States of America
Tel. No.: +1 404 639 8120
Fax No.: +1 404 639 8573
Email: puz0@cdc.gov

EMRO Certification Commission

Dr Abdullahi Deria
28 Claudia Place, Augustus Road
London SW19 6ES
United Kingdom
Email: a_deria@hotmail.com

Global Certification Commission

Dr Anthony I. Adams
Professor of Public Health
Australian National University
National Centre for Epidemiology
and Population Health
Canberra ACT 0200
Australia
Tel. No.: +61 2 61 25 56 16
Fax No.: +61 2 61 25 07 40
Email: tony.adams@anu.edu.au

Dr Rose Leke
Faculty of Medicine
University of Yaoundé
Department of Immunology
and Microbiology
Yaoundé
Cameroon
Tel. No.: +237 223 74 29
Fax No.: +237 223 44 51/74 29
Email: rose.leke@camnet.cm

Rotary

Mr Rudolf Horndler
Chairman, European Regional
PolioPlus Committee
Rotary International
Asamstrasse 3
D-92318 Neumarkt
Germany
Tel. No.: +49 9181 290620
Fax No.: +49 9181 290621
Email: hoerndler@aol.com

UNICEF

Mr Alan Court
Director
UNICEF Supply Division
Unicef Plads, Freeport
21 Copenhagen
Denmark
Tel. No.: +45 35273527
Fax No.: +45 35269421
Email: ACourt@unicef.org

Ms Shanelle Hall
Team Leader, Immunization
Unicef Supply Division
UNICEF Plads, Freeport
2100 Copenhagen
Denmark
Tel. No.: +45 35 27 30 84
Fax No.: +45 35 26 94 21
Email: sehall@unicef.org

Mr Philip O' Brien
Regional Director
UNICEF Regional Office for CEE,
CIS and Baltics
Palais des Nations
5-7 avenue de la Paix
CH-1211 Geneva 10
Switzerland
Tel. No.: +41 22 909 56 05
Fax No.: +41 22 909 59 9
Email: pobrien@unicef.org

Dr Dragoslav Popovic
UNICEF Regional Officer
for CEE/CIS
UNICEF
Palais des Nations
5-7 avenue de la Paix
CH-1211 Geneva 10
Switzerland
Tel. No.: +41 22 909 5626
Fax No.: +41 22 909 5909
Email: dpopovic@unicef.org

USAID

Ms Ellyn Ogden
USAID Worldwide P.E.
Coordinator
Office of Health and Nutrition
Ronald Reagan Building
Rm3.07-062
United States Agency for
International Development
1300 Pennsylvania Avenue
Washington, DC 20523-3700
United States of America
Tel. No.: +1 2027125891
Fax No.: +1 2022163702
Email: eogden@usaid.gov

WORLD HEALTH ORGANIZATION

Regional Office for Europe

Dr Jo Erik Asvall
Regional Director Emeritus of the
World Health Organization
Falkoner Allé 80, 2nd floor
2000 Frederiksberg
Denmark
Tel. No.: +45 35 35 62 40
Email: jas@rct.dk

Prof Anatoly David Altsteyn
Consultant, Containment
of wild polioviruses
Institute of Gene Biology
Vavilov str 34/5
Moscow 117334
Russian Federation
Tel. No.: +7 095 135 1029
Fax No.: +7 095 135 4105
Email: ada@mx.ibg.relarn.ru

Dr Roberto Bertollini
Director, Division of Technical
Support
Tel. No.: +45 39 171516
Fax No.: +45 39 17 18 18
Email: BER@who.dk

Dr Marc Danzon
Regional Director
Regional Office for Europe
World Health Organization
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø
Denmark
Tel. No.: +45 39 17 17 17
Fax No.: +45 39 17 18 18
Email: mda@who.dk

Dr Sergei Deshevoi
Med. Off., Immunization Projects/
CARAK
WHO Communicable Diseases
Project Office
c/o WHO Liaison Office
M. Makataev St. 13
480002 Almaty
Kazakhstan
Fax/Phone +7 3272 301451
E-mail sed2@online.ru

Dr Nedret Emiroglu
Regional Adviser, Communicable
Diseases
Tel. No.: +45 39 17 14 50
Fax No.: + 45 39 17 18 63
Email: nem@who.dk

Dr Eugene Gavrilin
Short-term Professional
Tel. No.: +45 39 17 15 74
Fax No.: + 45 39 17 18 63
Email: ega@who.dk

Dr Dalya Herrera Guris
Medical Officer
WHO Polio Project Office, Turkey
General Directorate of Primary
Health
Saglik Bakanligi, Temel Saglik
Hizmetleri
Genel Müdürlüğü, B-Blok, 4. Kat.
No. 18
Sihhiye, Ankara
Turkey
Fax +90 312 4414759
Office +90 312 428 4031
Mobile +90 533 464 9951
E-mail whotur@dominet.in.com.
tr

Ms Johanna Kehler
Programme Assistant
Tel. No.: +45 39 12 44
Fax No.: + 45 39 17 18 63
Email: jke@who.dk

Dr Helena Kopecka
Short-term Professional,
Containment
Dr Helena Kopecka
3, Rue du Harpon
F-92290 Chatenay Malabru
France
Fax/Phone +33 1 46 60 41 27
E-mail hkopecka@pasteur.fr

Dr Galina Lipskaya
Scientist, Coordinator of the EUR
Polio
Tel. No.: +45 39 17 14 69
Fax No.: + 45 39 17 18 63
Email: gli@who.dk

Dr Serguei Litvinov
Consultant, Technical Support
Tel. No.: +45 39 17 12 28
Fax No.: +45 39 17 18 18
Email: skl@who.dk

Ms Doreen Mackay
Secretary
Tel. No.: +45 39 17 12 16
Fax No.: + 45 39 17 18 63
Email: dma@who.dk

Ms Tanya Michaelsen
Programme Assistant
Tel. No.: +45 39 17 14 97
Fax No.: + 45 39 17 18 63
Email: tmi@who.dk

Dr George Oblapenko
Medical Officer
Tel. No.: +45 39 17 12 94
Fax No.: + 45 39 17 18 63
Email: postmaster@who.dk

Dr Raymond Sanders
Consultant, Containment
Communicable Diseases
Laboratory System
72 Henwick Road
St John's
Worcester WR2 5NT
United Kingdom
Tel. No.: +44 1905 42 67 32
Fax No.: +44 1905 42 71 32
Email: RaySanders@geek.com

Ms Sharon Steele
Secretary
Tel. No.: +45 39 17 15 87
Fax No.: + 45 39 17 18 63
Email: shs@who.dk

Dr Steven Wassilak
Medical Officer, Poliomyelitis
Tel. No.: +45 39 17 12 58
Fax No.: + 45 39 17 18 63
Email: swa@who.dk

Headquarters

Dr Esther de Gourville
Laboratory Coordinator
Tel. No.: +41 22 79 12654
Email: degourvillee@who.int

Dr Roland Sutter
Polio Eradication Initiative
Tel. No.: +41 22 79 14682
Email: sutterr@who.int

Dr Daniel Tarantola
Director
Division of Vaccines & Biologicals
World Health Organization
20 Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland
Office +41 22 791 29 81
E-mail tarantolad@ccm.who.ch

Other Regional Offices

Dr Jeffrey McFarland
Medical Officer
Expanded Programme
on Immunization
World Health Organization
Western Pacific Regional Office
PO Box 2392
1000 Manila
Philippines
Office +63 2 528 8001
Fax +63 2 521 1036
Direct Dial +63 2 528 9746
E-mail mcfarlandj@wpro.who.int

Interpreters

Mr Vladimir M. Ilyukhin
Simultaneous Interpreter
Tel. No.: +7 095 180 4276/
912 3801
Email: larisab@orc.ru
Mr. Georgy G. Pignastyy
Conference Interpreter/Translator
Tel. No.: +7 (095) 935-33-04
Email: antonag@orc.ru



Памятный значок в ознаменование свободной от полиомиелита Европы (ВОЗ, 2002).

На обложке – фото стеллы с изображением египетского жреца Рома.

Египет, 18 династия, правление Аменофиса III (1403-1365 гг до нашей эры).

Считается, что это первое изображение больного полиомиелитом.

(Фото любезно предоставлено Новой карлсбергской глиптотекой, Копенгаген, Дания).

Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 39 17 17 17 Факс: +45 39 17 18 18
Эл. почта: postmaster@euro.who.int
Веб-сайт: <http://www.euro.who.int>

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г. и основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

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