

EUR/ICP/EP/028

КОНСУЛЬТАТИВНОЕ СОВЕЩАНИЕ ПО ВОПРОСАМ
ЭПИДНАДЗОРА ЗА ПОЛИОВИРУСОМ В УСЛОВИЯХ ЕВРОПЫ



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО
КОПЕНГАГЕН

ЗАДАЧА 5

Сокращение распространенности инфекционных болезней

К 2000 г. не будет местных случаев заболевания полиомиелитом, дифтерией, столбняком новорожденного, корью, эпидемическим паротитом и краснухой в Регионе и должно быть достигнуто устойчивое и непрерывное сокращение частотности и неблагоприятных последствий заболевания другими инфекционными болезнями, в частности ВИЧ-инфекцией.

Примечание

Настоящий отчет издан Европейским региональным бюро на английском, немецком, русском и французском языках, однако он может быть воспроизведен или переведен на любой другой язык при условии соответствующий ссылки на источник.

E: 38445

EUR/ICP/EPI 028

0285A

ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

КОНСУЛЬТАТИВНОЕ СОВЕЩАНИЕ ПО ВОПРОСАМ
ЭПИДНАДЗОРА ЗА ПОЛИОВИРУСОМ В УСЛОВИЯХ ЕВРОПЫ

Отчет о совещании ВОЗ

Вейрье-дю-Лак (Франция)

26-27 августа 1991 г.

1992 г.

ЕРБ/ЗДВ задача 5

РЕЗЮМЕ

Хотя распространенность заболевания полиомиелитом в настоящее время в Европе и низка, однако для окончательной его ликвидации исключительно важную роль должен сыграть эпиднадзор. Вышеназванное совещание ВОЗ было проведено с целью рассмотрения вопросов адекватности осуществляемого за полиовирусом контроля. По мнению участников, результаты иммунизационного охвата должны сообщаться по районам для выявления участков с низким охватом, а национальные системы эпиднадзора должны быть изучены для обеспечения того, чтобы: все случаи острого вялого паралича исследовались должным образом, для выявления восприимчивых групп населения применялось серологическое наблюдение, извещение Регионального бюро ВОЗ о случаях заболеваний осуществлялось более регулярным образом, были разработаны контрольные индикаторы и лабораторное обслуживание, а страны имели свою, должным образом разработанную, политику борьбы со вспышками заболевания. Для решения задачи описания циркуляции диких полиовирусов в Европе лабораториям нужна помощь и поддержка.

СОДЕРЖАНИЕ

	<u>Стр.</u>
Введение	1
Глобальный и региональный обзор	2
Глобальный иммунизационный охват	2
Эпиднадзор	3
Американский регион	3
Сдвиги в Европейском регионе	5
Положение по странам	5
Лабораторные службы	15
Удостоверение факта ликвидации заболевания	16
Выводы	19
Рекомендации	20
Приложение 1. Ликвидация полиомиелита в Европе: план действий на 1991-1992 гг.	23
Приложение 2. Список участников	30

Введение

Консультативное совещание по эпиднадзору за полиовирусом в условиях Европы проходило 26-27 августа 1991 г. в Вейрье-дю-Лак, Франция.

К целям и задачам совещания относилось:

- рассмотрение ныне действующей политики в области ликвидации полиомиелита и эпиднадзора;
- обсуждение критериев и методов удостоверения того, что государства-члены являются "свободными от полиомиелита"; и
- формулирование путей и способов выполнения рекомендаций ВОЗ по улучшению эпиднадзора, чтобы соответствовать требуемым для такого подтверждения критериям.

Необходимые для проведения совещания условия были любезно обеспечены Фондом Мерье. Для выполнения связанных с проведением совещания обязанностей были выбраны: д-р Ivan Masar (председатель), д-р Colette Roure, заместитель председателя, д-р David Salisbury, докладчик, и д-р Г. Облапенко, секретарь. Список участников приводится в Приложении 2.

Глобальный и региональный обзор

Прогресс и сдвиги в деле достижения цели ликвидации полиомиелита во всемирном масштабе продолжают-ся, во все большем числе стран выполняются планы действий и достигается высокий уровень иммунизационного охвата. Особенно успешной является программа по борьбе с полиомиелитом в странах Америки.

Глобальный иммунизационный охват

С 1985 по 1990 гг. иммунизационный охват повысился с 48% до 84%, и в пяти регионах ВОЗ охват в настоящее время превышает 80%: более низкие показатели характерны в настоящее время только для Африканского региона. К числу сохраняющихся до настоящего времени проблем относятся: наличие районов с низким уровнем охвата, неспособность обеспечить сероконверсию к полиовирусу человека типа 3, несмотря на высокий охват прививками оральной полиовирусной вакцины (ОПВ), а также то, что хотя некоторые обычные службы и могут обеспечить высокий охват в раннем детском возрасте, пока еще не удается воспрепятствовать передаче дикого полиовируса. Дополнительная деятельность по повышению иммунизационного охвата привела к нехватке вакцины, и в отдельных случаях "ликвидационная" работа носила скорее избирательный, нежели экстенсивный характер.

Эпиднадзор

Несмотря на предотвращение 450 000 случаев острого паралитического полиомиелита ежегодно, 150 000 случаев данного заболевания все же, по-видимому, не удастся избежать. Число случаев заболевания непрерывно снижалось в период с 1987 по 1990 г. Большинство сообщений о заболеваниях поступает из Юго-Восточной Азии (49%) и западной части Тихоокеанского бассейна (40%); сообщения из Африканского региона составляют всего лишь 1%. Европейский регион с его 2% сейчас отстал от Американского региона (менее 1%). Качество контрольных данных может быть снижено из-за множества различных факторов, таких, например, как невозможность исследовать все случаи острого вялого паралича (ОВП), нехватка как людских, так и финансовых ресурсов для мониторинга, неполное или запоздалое предоставление данных о заболевании, а также несовершенная лабораторная сеть.

Американский регион

В 1986-1987 гг. случаи эндемического полиомиелита наблюдались в 16 странах. Была начата кампания по ликвидации полиомиелита с двумя ее существенными компонентами: во-первых, стратегией как можно более эффективного распространения вакцины с использованием для этого обычных служб, с проведением "дней иммунизации" в странах и кампанией по полной ликвидации, а также, во-вторых, стратегией повышенного надзора и контроля. При таком эпиднадзоре предусматривается, в том числе, использование описаний случаев заболеваний, предоставление данных даже если случаи заболевания

отсутствуют (нулевое извещение), компьютерные связи между отдельными странами и Панамериканской организацией здравоохранения, наличие лабораторной сети, а также применение соответствующих показателей для изучения программы и руководства ею. Примерами таких показателей являются:

- процент случаев ОВП, сообщенных в течение 15 дней;
- процент случаев ОВП с соответствующими анализами стула;
- процент случаев ОВП с анализами стула, взятыми в соответствующий период времени;
- процент случаев ОВП, где ликвидационные мероприятия были осуществлены в пределах 72 часов;
- распространенность случаев ОВП.

В результате деятельности по ликвидации полиомиелита в 1991 г. лишь в двух странах наблюдались какие-либо случаи, когда был выделен дикий вирус полиомиелита, тогда как в 1987 г. дикий вирус полиомиелита обнаруживался во многих частях Региона.

Опираясь на этот успех, в Регионе в настоящее время рассматривается возможность проведения соответствующих сертификационных мероприятий. Для этого потребуются доказательства полного отсутствия подтвержденных случаев полиомиелита и дикого полиовируса, обнаруженных в виде случаев заболевания, на уровне контактов или в окружающей среде, оценка программы, а также показ средств и способов борьбы с завозными случаями данной болезни.

Сдвиги в Европейском регионе

К концу 80-х годов заболеваемость полиомиелитом оставалась, по-видимому, неизменной и равнялась 200-300 случаев в год, однако в 1990 г. число заболеваний возросло до 383 случаев, большая часть которых относилась к числу местных случаев, зарегистрированных в СССР. В первой половине 1991 г. было уже зарегистрировано 65 случаев, включая 33 случая в ходе вспышки болезни в Болгарии, 7 случаев в Румынии, 4 - в Турции и 21 - в СССР. Что же касается эпиднадзора, то проблемы и трудности здесь сохраняются и обусловлены задержками с предоставлением данных и запоздалым проведением исследований, плохим качеством образцов, непредоставлением данных о подозреваемых случаях, недостаточным эпиднадзором за ОВП, задержками с предоставлением сообщений о лабораторных результатах и небольшим числом данных по иммунизационному охвату на районном уровне. Лишь 12 стран предоставляют данные эпиднадзора за полиомиелитом ежедневно, 14 - еженедельно, а в 5 странах, включая Турцию и СССР, бюллетени о эпиднадзоре за инфекционными болезнями не издаются.

Региональный план действий на 1991-1992 гг. приводится в Приложении 1.

Положение по странам

Болгария

До 1990-1991 гг. Болгария считалась находящейся на предликвидационной стадии, поскольку случаи заболевания полиомиелитом отсутствовали с 1970 по 1979 г. или в 1985 и 1988 г. Редкие

случаи заболевания имели место в семьях мигрантов или среди лиц, находящихся в стране проездом. При контроле за детьми по поводу сероконверсии выяснилось, что у 55% обследованных детей не имелось выявляемых антител к полиовирусу человека типа 1, а у 67% - к полиовирусу типа 3.

В декабре 1990 г. случай острого паралитического полиомиелита развился у семимесячного ребенка, и скрытая передача дикого вируса полиомиелита продолжалась не менее одного месяца. В январе 1991 г. подозрение на заболевание имело место в пяти случаях, а к маю насчитывалось 33 подтвержденных случая, 44% которых были вызваны полиовирусом типа 1. Пять из этих нозокомиальных инфекций произошли среди детей, имевших контакты с больными полиомиелитом в условиях стационара. Также имело место предоставление завышенных данных по поводу детей, страдающих инфекциями, вызванными вирусом коксаки В4. В ответ на эту вспышку были предприняты активные ликвидационные мероприятия, включая иммунизацию в местности, где были зарегистрированы случаи, всех находящихся проездом в стране детей до семилетнего возраста, иммунизацию всех детей в возрасте до 18 месяцев (включая находящихся в стране проездом) по всей стране, а также введение системы нулевого извещения в отношении любой категории младенцев, относящихся к группе высокого риска. График вакцинации в стране был изменен с тем, чтобы обеспечить первой дозой ОПВ не в трехмесячном, а в двухмесячном возрасте. После этого прививки второй дозы ОПВ были сделаны всем детям, которые получили первую дозу в ходе ликвидационной кампании.

Со времени вспышки заболевания проводился активный эпиднадзор с осуществлением еженедельного нулевого извещения, предоставлением сообщений о случаях заболевания в течение 24 часов по телефону, проверкой карт стационарных больных и использованием стандартных описаний случаев. Сведения о примерно 90% подозреваемых случаев предоставляются в течение 3-5 дней, а анализ стула производится при всех возможных случаях заболевания.

Чехословакия

Хотя данные о случаях заболевания полиомиелитом не предоставляются на протяжении многих лет, все же можно констатировать, что попытки эпиднадзора за ОВП в целом не увенчались успехом. Тщательный анализ данных о больных, находящихся в условиях стационара, показал, что не все случаи ОВП были должным образом изучены, к тому же нельзя исключить возможность заболевания полиомиелитом во всех случаях.

Франция

Последний случай заболевания острым паралитическим полиомиелитом в результате заражения диким вирусом полиомиелита имел место в 1989 г., и недавно была проведена ретроспективная проверка случаев госпитализации на ОВП. Предполагается начать контроль в отношении ОВП, включая синдром Гильена-Барре, в октябре 1991 г. Невропатологам, специалистам по интенсивным видам лечения и педиатрам будет предложено сообщать о случаях заболевания в соответствии с установленными характеристиками случаев и исследовать их в соответствии со стандартной процедурой, включающей вирусологические и

серологические исследования. Если нынешняя успешная работа будет продолжена и в дальнейшем, то Франция сможет перейти от стадии В к стадии А (другими словами, она будет считаться "свободной от заболевания полиомиелитом").

Германия

Случаи заболевания, имевшие место в Германии в течение последних четырех лет, либо ассоциировались с вакциной, или же были завозными, либо - в одном случае - неизвестного происхождения. Согласно проведенным эпидемиологическим обследованиям, серопозитивность в отношении всех видов вирусов полиомиелита превышает 80%, а охват иммунизацией в Восточной Германии является особенно высоким. По западным землям Германии отсутствуют систематические данные охвата со спецификацией по местности. На протяжении 1990 г. в результате эпидемиологического надзора выявлялось наличие лишь вакциноподобных вирусов, и никаких случаев диких вирусов полиомиелита в справочной лаборатории в Берлине не было найдено после анализа более чем 200 проб. Тем не менее в национальном справочном центре по энтеровирусам в Мюнстере было неожиданно выявлено 16 диких вирусов полиомиелита из 300 проб, хотя последние и не связывались со случаями острого паралитического полиомиелита.

Венгрия

В Венгрии система предоставления данных включает как непосредственный контакт с Национальным эпидемиологическим центром при обнаружении подозреваемых случаев полиомиелита, так и обязательное

извещение относительно других инфекционных болезней. За последние 14 лет было зарегистрировано 14 случаев острого паралитического полиомиелита, и все они были вызваны полиовирусом типа 3 и ассоциировались с вакцинацией; эти случаи были отмечены в период после проведения национальных прививочных кампаний. Успешное признание полиоподобного паралича, вызываемого энтеровирусом 71, свидетельствует о чувствительности предоставления данных об ОВП. В Венгрии планируется перейти от системы отпуска моновалентной ОПВ в ходе специальных кампаний к предоставлению вакцины через обычные виды обслуживания, используя для этого неактивированную полиовирусную вакцину (ИПВ) для первой дозы и затем тривалентную ОПВ. Сотрудники Национальной лаборатории надеются создать необходимые средства и возможности для внутритиповой дифференциации вирусных культур полиомиелита с помощью тестов, проводящихся с использованием моноклональных антител и метода цепной реакции полимеразы.

Польша

Сообщаются данные о случаях ОВП наряду с другими инфекционными болезнями, подлежащими регистрации. За последние 10 лет в 21 случае был поставлен диагноз полиомиелита, из которых 18 ассоциировались с вакцинацией, а 3 были неизвестного происхождения. В случаях ОВП дикие вирусы полиомиелита выявлены не были, однако в 1982 и 1984 гг. было зарегистрировано по одному случаю заболевания непаралитического характера с выделением при этом диких вирусов полиомиелита. В результате ретроспективного анализа было выявлено, что с 1988 по 1991 гг. в Варшаве имели место 107 случаев ОВП, что составляет уровень заболевания в 1 случай на

100 000 человек населения. Полные исследования с помощью вирусологических тестов были проведены лишь в 59 случаях, поскольку проведение таких проверок ограничивается финансовыми затруднениями. На основании серологических обследований был изменен график прививок с тем, чтобы предусмотреть проведение повторной иммунизации детей, прививки которым делались раньше.

Румыния

Несмотря на использование надлежащих описаний и исследования подозреваемых случаев, некоторое недопредставление данных об ОВП, по-видимому, продолжает иметь место в отношении детей до 15-летнего возраста. И хотя анализы кала берутся в 79-90% всех подозреваемых случаев, сообщения примерно о 30% случаев предоставляются по прошествии двух недель после начала паралича. Во второй половине 1990 - начале 1991 г. было зарегистрировано 7 случаев, вызванных диким вирусом полиомиелита типа 1: 6 из них приходилось на детей, находящихся в стране проездом (трое из них не были вакцинированы, двум были сделаны неполные прививки, а двое были заражены ВИЧ). Всем семерым были сделаны внутримышечные инъекции за 7-25 дней до начала паралича.

Несмотря на значительные улучшения в программе ликвидации полиомиелита, исследования конкретных случаев заболевания проводятся порой поверхностно, холодовая цепь является слабой, а для применения в полевых условиях необходимы соответствующие руководящие принципы и рекомендации.

Испания

Подозреваемые случаи заболевания сообщаются в срочном порядке и исследуются. За последние 5 лет имело место 16 случаев заболевания, главным образом среди маргинальных слоев населения. Профессиональные работники здравоохранения все еще не отдают себе полного отчета о серьезности опасности полиомиелита, и поэтому необходимо принятие стандартных критериев для характеристики случаев, системы сообщений и регистрации заболеваний, а также в отношении исследований. Для принятия необходимых последующих мер предполагается учредить специальную комиссию.

Турция

Хотя данные иммунизационного охвата вызывают некоторую озабоченность с точки зрения их точности, поскольку отсутствует четкая делимитация применяемых целевых контингентов населения, все же число доз, использованных в рамках Расширенной программы по иммунизации (РПИ), постепенно повышалось. Проводившиеся начиная с 1989 г. методом групповой выборки обследования свидетельствуют об улучшении охвата, тогда как данные, касающиеся охвата и эпиднадзора, сообщаются обратно тем, кто предоставляет соответствующие виды обслуживания. В отдельных провинциях осуществляется мониторинг, однако до настоящего времени неиспользованными остается слишком много возможностей. Контроль за ОВП начат в 1989 г., а в 1990 г. уже насчитывалось 86 подозреваемых случаев заболеваний, причем в 24 из этих случаев подтвердилось, что они связаны с полиомиелитом. В первой половине 1991 г. имело

место 32 предполагаемых случая в 20 провинциях: в 4 случаях заболевание полиомиелитом подтвердилось, в 16 - нет, а 12 случаев все еще ждут своей идентификации. Все данные свидетельствуют о том, что при контроле ОВП выявляется менее одного случая на 100 000 случаев среди детей до 15-летнего возраста, что свидетельствует, вероятно, о необходимости усиления эпиднадзора. Временной интервал между началом паралича и его регистрацией является слишком большим, но обнаруживает тенденцию к уменьшению.

СССР

В 1989 г. был зарегистрирован 91 случай, однако в 1990 г. это число возросло до 337 - главным образом в Азербайджане, Туркмении и Узбекистане, причем несколько случаев имело место также в Армении и Грузии. Эти республики все еще находятся на стадии С (определяемой как стадия, когда сообщается о 10 или более случаях в год при иммунизационном охвате, превышающем 50%). Лишь отдельные спорадические случаи отмечались в Белоруссии, Казахстане, Киргизии, Молдавии, Таджикистане и Украине. Согласно последним данным, вспышка заболевания произошла летом 1991 г. в Таджикистане. Не отмечались случаи полиомиелита в Латвии, Литве и Эстонии, которые причислены к странам, относящимся к стадии А. Несмотря на данные о высоком иммунизационном охвате по всему СССР, в 84% случаев заболевшими оказываются лица, не прошедшие иммунизации полностью, 70% вирусных культур относится к полиовирусу типа 1, 17% - к полиовирусу типа 2 и 13% - к полиовирусу типа 3. При этом вызывает озабоченность то, что вирусологическими исследованиями охвачено менее 50% сообщенных случаев заболеваний.

Соединенное Королевство

Иммунизационный охват в Соединенном Королевстве в настоящее время превышает 90%, причем примерно в 75% округов и районов страны этот показатель достигнут или даже превышен. Данные получают на ежеквартальной основе из всех местностей, и в настоящее время могут быть получены отдельными общепрактикующими врачами для применения в отношении прикрепленных к ним детей. Благодаря этому, любые пункты, характеризующиеся низким охватом, могут быть выявлены с принятием соответствующих последующих мер по выправлению положения. Никакие случаи острого паралитического полиомиелита, вызываемые диким вирусом полиомиелита, не отмечались начиная с 1978 г., а все случаи заболевания, имевшие место в последние пять лет, были либо связаны с вакцинацией (контакты или реципиенты), либо относились к числу ввезенных. Тем не менее Британское отделение педиатрического надзора ввело начиная с 1 июля 1991 г. систему активного стимулируемого надзора за ОВП. Согласно этой системе, всем консультирующим педиатрам предложено сообщать раз в месяц о любых из 12 редких заболеваний, одним из которых является ОВП. Всем педиатрам розданы соответствующие протоколы, касающиеся описания случаев заболевания, порядка регистрации предоставления данных и лабораторных исследований. За первый месяц исследования было зарегистрировано 6 случаев ОВП на ожидавшиеся 8 случаев, при показателе, составляющем 1 на 100 000 детей в возрасте до 15 лет.

Были проведены обсуждения по поводу наиболее приемлемой формы эпидемиологического надзора за внешней средой, при котором упор будет делаться

либо на анализ сточных вод, либо на формальное исследование всех анализов стула считающихся в основном здоровыми детей младшего возраста, в стуле которых доказано наличие вируса полиомиелита. В настоящее время все такие случаи свидетельствуют о том, что иммунизация проводилась недавно.

США

Со времени введения вакцины Сэлка и затем Сейбина о случаях острого паралитического полиомиелита сообщается чрезвычайно редко. Продолжают поступать сведения о полиомиелите, ассоциируемом с вакциной, и о спорадических случаях ввоза болезни, однако случаи полиомиелита, вызванные диким полиовирусом, отсутствуют. Контроль за сообщениями о кишечных вирусах не позволил выявить какие-либо дикие вирусы полиомиелита, хотя система надзора представляется достаточно чувствительной для выявления вспышек и/или спорадических случаев заболевания, вызываемого энтеровирусом 71, ЕСНО-вирусами человека или вирусом коксаки В. Поэтому вероятность того, что случаи паралича, вызываемого полиовирусом, могут остаться невыявленными, является весьма незначительной.

Югославия

Случаи полиомиелита, вызываемого диким полиовирусом, имели место в 1989, 1990 и 1991 гг. Предстоит проделать значительную работу для налаживания иммунизационного охвата, эпиднадзора, улучшения холодной цепи, лабораторных служб, характеристик и исследований случаев заболевания.

Лабораторные службы

Лабораторные службы призваны сыграть существенную роль в деятельности по ликвидации полиомиелита путем выявления диких вирусов полиомиелита и определения эффективности соответствующих мероприятий.

В таких отличающихся низкими уровнями заболевания областях, которые характерны, главным образом, для Европейского региона, лаборатории могут обеспечить обнаружение вирусов и диагностическую серологию, типовую идентификацию, а также внутри-типovou дифференциацию во всех случаях. Тем не менее необходимы срочные и согласованные усилия, направленные на молекулярную характеристику генотипов полиовируса, распространенных в Европе. В некоторых странах эпидемиологический надзор за внешней средой свидетельствует об интермиттирующем появлении дикого полиовируса даже тогда, когда случаи дикого полиовируса не наблюдались на протяжении многих лет.

Глобальная программа по РПИ требует создания и функционирования сети национальных, региональных и глобальных лабораторий. К функциям лабораторий стран относятся: подтверждение случаев заболевания, проверка эффективности вакцин, сероэпидемиология, эпидемиологический надзор за окружающей средой, стандартизированное предоставление данных и извещение руководителей национальных программ, а также участие в глобальной сети. К региональной

компетенции относятся: согласование ответных мер по удовлетворению потребностей стран, оказание содействия странам, не располагающим своими собственными лабораторными службами, распределение клеточных линий и стандартизированных реактивов, а также проведение работы по контролю качества и предварительных проверок и испытаний. Специализированные справочные лаборатории призваны оказывать содействие в предоставлении справочных и стандартных материалов, обеспечивать возможности для подготовки и обучения, проводить молекулярную идентификацию, а также разрабатывать методы диагностики.

К числу дальнейших задач лабораторных служб в Европейском регионе относятся: сбор и передача образцов и проб, обеспечение взаимосвязей и контактов между клиницистами, эпидемиологами и вирусологами для целей ранней диагностики, решение вопросов, связанных с задержками, начиная со времени сбора образцов и проб и до получения и предоставления результатов, а также - самое главное - решение проблемы нехватки финансовых средств.

Удостоверение факта ликвидации заболевания

Тремя требованиями для подтверждения факта ликвидации полиомиелита являются:

- невозможность выявить какой бы то ни было дикий вирус полиомиелита;

- подтверждение достаточности действий и мер, позволяющих прервать передачу заболевания;
- документация, подтверждающая, что случаи заболевания были бы выявлены действующей системой эпиднадзора.

Требования в отношении удостоверения и гарантий осложняются, однако, особыми обстоятельствами. Вызываемая полиовирусом клиническая картина является такой же, как и в случае других вирусов, и поэтому клиническому диагнозу не хватает конкретности, точности. Экскреция вируса может происходить нерегулярным образом; кроме того, могут иметь место случаи, связанные с вакцинацией, и субклинические инфекции, а вирусы могут стойко сохраняться в окружающей среде. Кроме того, во многих странах отсутствует должное осознание и понимание важности и актуальности данной проблемы, и у соответствующих сотрудников нет достаточных стимулов для исследования случаев и информирования о них. Кроме того, они сталкиваются с трудностями, связанными с проведением ретроспективных анализов.

Для соблюдения необходимых для обоснованного удостоверения критериев необходимо будет привести определенные факты, свидетельствующие о функционировании программы ликвидации болезней и применяемых систем клинического и вирусологического надзора.

Далее должны предоставляться доказательства того, что с помощью программы можно будет ликвидировать болезнь, что программа обеспечивает высокие

уровни иммунизационного охвата во всех "геополитических" районах, что она располагает эффективной холодной цепью, позволяет проводить надлежащий эпиднадзор, использовать программные показатели, располагает подробной лабораторной документацией и записями и использует персонал сотрудников с достаточно высокой степенью осознания важности диагностики полиомиелита.

Клинический контроль должен включать в себя надлежащие исследования всех случаев ОВП (за исключением прозопоплегии), систематическое "нулевое извещение" из всех геополитических районов, исследование случаев, ассоциируемых с вакцинацией, а также высокую степень осознания с общественной и профессиональной точек зрения.

Вирусологический контроль должен включать в себя детальные лабораторные записи, взятие проб дикого вируса полиомиелита в группах высокого риска, таких как больные менингитом, контакты случаев ОВП, случаи заболевания параличом лицевого нерва, а также отбор проб окружающей среды.

В связи с отбором проб окружающей среды встает ряд вопросов, на которые пока нет ответов, хотя мероприятие это станет существенной частью сертификационного процесса. Проблема методики отбора проб остается нерешенной в том, что касается объема отбираемого материала, методов обнаружения вируса, места, частоты и длительности отбора проб, подлежащего охвату контингента населения, значения положительных данных и результатов исследований и, наконец, мер, которые должны быть приняты.

Выводы

1. Европа, являвшаяся ранее регионом с самым низким уровнем заболеваемости полиомиелитом, уступила в настоящее время пальму первенства в этом отношении Американскому региону. Число случаев полиомиелита в Европе увеличилось отчасти в результате вспышек заболевания в СССР и Балканских странах, а также, в какой-то степени, вследствие усовершенствования системы эпиднадзора.
2. Несмотря на высокие уровни иммунизационного охвата, о которых сообщается из многих стран, в некоторых странах с весьма сложной инфраструктурой циркуляция дикого полиовируса все еще продолжается.
3. Работа по эпиднадзору улучшается и совершенствуется, однако многое еще предстоит сделать для введения своевременного эпиднадзора за ОВП и исследования случаев заболевания. Лабораторная сеть нуждается в усилении и требует большей финансовой поддержки для ликвидации полиомиелита. При этом приоритетной задачей является исследование европейских полиовирусов на молекулярном уровне.
4. Значительные политические перемены, происшедшие в 1990 и 1991 гг., несомненно, сыграют весьма важную роль и в отношении инфекционных болезней, поскольку повышается мобильность людей при одновременной дезорганизации служб. Эти изменения окажут значительное воздействие на деятельность по

ликвидации полиомиелита в Европе. Приоритет должен отводиться предоставлению необходимых видов обслуживания группам с затрудненным доступом к ним, - таким как транзитные семьи, которые являются очагами продолжающейся передачи полиовируса во многих странах.

Рекомендации

Иммунизационный охват

1. Помимо данных по общенациональному иммунизационному охвату необходимо обеспечивать систематическое предоставление данных относительно доли местностей, где достигнут или превышен 90% охват. Необходимо разработать соответствующие планы для обеспечения улучшения охвата в любых районах или группах населения, оставшихся недоохваченными.

Надзор и контроль

2. Наряду с обычной клинической регистрацией подозреваемых случаев должна проводиться вторичная регистрация на национальном уровне, используя для этого лабораторную сеть. Во всех странах должны быть разработаны соответствующие методы, позволяющие их системам здравоохранения осуществлять сбор информации по ОВП, исключая возможность того, что те или иные случаи полиомиелита останутся неучтенными. В качестве первого шага странам следует

производить оценку своих систем эпиднадзора для выявления вопроса о том, нет ли каких-либо оставшихся необнаруженными случаев полиомиелита, вызванных диким полиовирусом.

3. Надзор за сероконверсией может помочь обнаружить любые подвергающиеся риску заболевания группы там, где иммунизация проводится не лучшим образом. После этого должны проводиться кампании иммунизации с использованием соответствующих вакцин.

4. Страны, получающие национальные отчеты по полиомиелиту на еженедельной или ежемесячной основе, должны предоставлять данные в Европейское региональное бюро ВОЗ, по возможности, также еженедельно или ежемесячно. Страны, которые все еще не предоставляют данных в Региональное бюро, должны приступить к этому как можно скорее и делать это с регулярными интервалами, включая извещение о нулевом количестве случаев заболевания в эти же промежутки времени. Региональному бюро, в свою очередь, необходимо предоставлять на регулярной основе краткие сводки во все страны, основываясь на сообщаемых данных.

5. Следует разработать соответствующие показатели эпиднадзора, такие как доля случаев, при которых был произведен отбор соответствующих проб, или же частота отбора проб.

6. Странам необходимо иметь разработанную политику для борьбы со вспышками заболевания, включающую поддержание надлежащих запасов вакцин, систему

распределения в чрезвычайных случаях, отбор соответствующих целевых контингентов населения и ресурсы для удовлетворения потребностей в сдерживании распространения болезни.

Лаборатории

7. Необходимо как можно скорее создать сети национальных и региональных лабораторий и разработать показатели лабораторного обслуживания, такие, например, как промежуток времени между поступлением отобранных проб и предоставлением сообщений.

8. Европейским региональным лабораториям следует оказать поддержку в их попытках характеризовать дикий полиовирус в условиях Европы, используя для этого молекулярные методы.

Приложение 1

Ликвидация полиомиелита в Европе: план действий на 1991-1992 гг.

Основными справочно-информационным материалами, использованными для подготовки плана действий, были:

- перечень выявленных проблем;
- перечень задач по ликвидации полиомиелита на 1991 г.;
- рекомендации, сделанные на последнем Европейском совещании руководителей национальных программ по РПИ в Сент-Винсенте, Аоста, Италия, в мае 1991 г.;
- рекомендации, сделанные на 13-м Глобальном совещании консультативной группы по РПИ в октябре 1990 г. в Каире;
- отчет о ходе работы по РПИ на сороковой сессии Регионального комитета в Копенгагене, сентябрь 1990 г.;
- проектное предложение по региональному бюджету на 1992-1993 гг.

К числу основных проблем, влияющих на деятельность по ликвидации полиомиелита в Европе, относятся:

- недостаточная приоритетность, отводимая РПИ и мероприятиям по ликвидации полиомиелита министерствами здравоохранения многих стран Региона;
- низкий иммунизационный охват в некоторых областях и районах, особенно там, где наблюдается высокий уровень передачи дикого полиовируса;
- неадекватность систем эпиднадзора во многих странах;
- плохое функционирование систем предоставления данных о полиомиелите на местном, национальном и региональном уровнях;
- недостаточная лабораторная поддержка в определенных странах;
- неясность в отношении наличия вакцин (включая ОПВ) для национальной программы иммунизации в некоторых странах Восточной Европы.

Степень решения поставленных на 1991 г. задач была нижеследующей:

Первая задача заключалась в а) снижении уровня передачи дикого полиовируса в Турции и СССР, и б) прекращении передачи во Франции, Румынии и Югославии. Снижен ли уровень передачи в Турции и СССР, пока еще неясно. Передача полиовируса была приостановлена лишь во Франции.

Вторая задача заключалась в улучшении эпиднадзора:

а) на местном уровне - путем предоставления данных о подозреваемых случаях, должного исследования случаев, сбора проб образцов, а также мониторинга иммунизационного охвата;

б) на национальном уровне - путем мониторинга иммунизационного охвата по районам, принятия последующих мер после исследования случаев, контроля качества функционирования национальных систем эпиднадзора и принятия последующих мер, а также, по мере целесообразности и возможности, проведения мониторинга дикого полиовируса в окружающей среде;

в) на региональном уровне - путем развития лучших отношений со странами, обеспечения обратной связи в том, что касается положения с полиомиелитом, а также мониторинга заболеваемости полиомиелитом на местах.

На каждом из вышеназванных трех уровней кое-что уже изменилось в лучшую сторону, однако многое еще только предстоит сделать.

Третья задача заключается в разработке региональной лабораторной сети. План действий находится на окончательной стадии подготовки; оперативная деятельность уже начата в рамках региональной программы по РПИ при содействии со стороны глобальной программы по РПИ.

Четвертая задача заключалась в разработке критериев по провозглашению той или иной страны "свободной от полиомиелита". Эти критерии были приняты в Сент-Винсенте, Аоста, в мае 1991 г.

Пятая задача заключалась в усилении учебно-образовательной деятельности в странах. Документы или учебные материалы, разработанные в рамках РПИ, были использованы в Болгарии, СССР и Турции.

Региональная задача, предложенная на 1992-1993 гг., заключалась в повышении доли населения Европы, проживающего в районах, свободных от полиомиелита, до 85-90% к 1993 г. Примерно 41% европейского населения проживает в настоящее время в районах, свободных от полиомиелита. Для решения этой задачи деятельность по ликвидации полиомиелита должна быть усилена в различных областях и зонах, начиная с тех, где полиомиелит носит эндемический характер.

Высокая степень приоритетности в Регионе должна быть обеспечена для усилий, направленных на повышение иммунизационного охвата. Кроме того, высокая приоритетность должна быть отведена вопросам практического внедрения активной политики по борьбе со вспышками заболевания и по эпиднадзору.

В лабораториях усилия должны быть сосредоточены на повышении диагностики в случаях заболевания и эпидемиологическом надзоре за окружающей средой.

Исходя из вышесказанного, может быть предложен нижеследующий предварительный план действий на 1991-1992 гг.

1. На уровне стран необходимо улучшить системы эпиднадзора путем:

а) использования специальной формы предоставления данных и сообщений о заболевании полиомиелитом (для стран, находящихся на стадиях А и В);

б) сбора ежемесячных отчетов по случаям полиомиелита на районной/окружной основе и соответствующего информирования региональных программ по РПИ (страны на стадии С);

в) сбора и предоставления данных о числе подозреваемых случаев полиомиелита (все страны);

г) улучшения системы изучения случаев заболевания (все страны);

д) мониторинга иммунизационного охвата по районам не менее двух раз в год (все участвующие в работе совещания страны);

е) проведения проекта по эпиднадзору за ОВП среди детей в возрасте до 14 лет (Соединенное Королевство);

ж) осуществления проекта по вопросам распознавания случаев заболевания полиомиелитом (Турция и СССР, совместно с Центрами борьбы с болезнями в Атланте, штат Джорджия, США).

2. На уровне стран необходимо расширить иммунизационный охват, особенно в географических зонах, где все еще сообщается о случаях заболевания полиомиелитом, путем:

а) проведения ликвидационных мероприятий (Румыния, Турция, СССР, Югославия);

б) проведения активной политики борьбы со вспышками заболеваний (в странах с такими вспышками или во всех странах).

При этом может потребоваться помощь региональной программы по РПИ.

3. На региональном уровне следует улучшить функционирование системы предоставления данных и сообщения о заболеваниях полиомиелитом путем:

а) стимулирования стран, находящихся на стадиях А и В, к использованию специального формуляра по предоставлению данных о полиомиелите для немедленного извещения региональной программы по РПИ о каждом зарегистрированном случае полиомиелита;

б) поддержки и распространения рекомендаций Четвертого европейского совещания руководителей национальных программ по РПИ (Сент-Винсент, Аоста, май 1990 г.) о предоставлении данных о случаях ОВП;

в) обеспечения регулярной обратной связи с государствами-членами.

4. На региональном уровне лабораторная поддержка мероприятий по ликвидации полиомиелита должна быть улучшена путем:

а) обеспечения функционирования лабораторной сети (при поддержке со стороны глобальной программы по РПИ);

б) координации работы региональной лабораторной сети.

5. На региональном уровне во всех странах Европы должно быть обеспечено наличие ОПВ (при содействии со стороны глобальной программы по РПИ).

6. На региональном уровне должна быть согласована процедура объявления той или иной страны, свободной от полиомиелита, путем:

а) завершения разработки методов и процесса подтверждения (при содействии со стороны глобальной программы по РПИ);

б) проведения последующих мер по результатам сравнительного исследования методов мониторинга дикого полиовируса в окружающей среде;

в) содействия странам в учреждении системы мониторинга распространения дикого полиовируса в окружающей среде.

Приложение 2

СПИСОК УЧАСТНИКОВ

Временные консультанты

Dr Rosa Cano

Surveillance of Communicable Diseases,
National Centre for Epidemiology, Madrid,
Spain

Professor Istvan Dömök

Deputy Director-General, B. Jöhan Institute
of Public Health, Budapest, Hungary

Dr Johannes F. Hallauer

Referatsleiter Hygiene, Federal Ministry for
Health, Bonn, Germany

Dr Nicolae Ion-Nedelcu

National Immunization Programme Manager,
Ministry of Health, Bucharest, Romania

Dr Alenka Kraigher

Director, Institute of Hygiene, Epidemiology
and Laboratory Diagnosis, Ljubljana,
Yugoslavia

Professor Wieslaw Magdzik

Chief, Department of Epidemiology, National
Institute of Hygiene, Warsaw, Poland

Dr Ivan Masar

Chief, Department of Epidemiology, Ministry
of Health of the Slovak Republic, Bratislava,
Czechoslovakia (Председатель)

Dr Peter Patriarca

Division of Immunization, Centers for Disease
Control, Atlanta, GA, United States

Д-р А. В. Пичусхов

Зав. лабораторией, Институт полиомиелита и
вирусного энцефалита, Москва, СССР

Д-р Станислава Петрова Попова

Старший сотрудник, Министерство
здравоохранения, Болгария, София

Professor Svetislav Ristic

Chief, Department of Epidemiology, Federal
Institute for Health Care, Belgrade,
Yugoslavia

Dr Colette Roure

Conseiller technique, Bureau des maladies
transmissibles IC, Ministère de la santé,
Direction générale de la santé, Paris,
France (Заместитель председателя)

Д-р Валентина Н. Садовникова

Медицинский сотрудник, Министерство
здравоохранения СССР, Москва, СССР

Dr David Salisbury
Senior Medical Officer, Department of Health,
London, United Kingdom (Rapporteur)

Dr Serap Sener
Head of Zoonotic Diseases, Directorate
General of Primary Health Care, Ministry of
Health, Ankara, Turkey

Dr Peter Strebel
Division of Immunization, Center for
Prevention Services, Centers for Disease
Control, Atlanta, GA, United States

Dr Anton M. van Loon
Head, Laboratory of Virology, National
Institute of Public Health and Environmental
Protection (RIVM), Bilthoven, Netherlands

Dr Gustav Walter
Chief, Department of Epidemiology, Ministry
of Health of the Czech Republic, Prague,
Czechoslovakia

Наблюдатели

Dr Pierre Caudrelier
Pasteur Mérieux, Marcy l'Etoile, France

Dr Olivier Raynaud
Pasteur Mérieux, Lyon, France

Всемирная организация здравоохранения

Европейское региональное бюро

- Д-р Георгий Облапенко
Медицинский сотрудник по вопросам ликвидации
полиомиелита (секретарь)
- Г-жа Loreta Colatosti
Помощник по программе, Отделение инфекционных
болезней

Региональное бюро для стран Америки

- Д-р Ciro de Quadros
Региональный советник, Расширенная программа
по иммунизации

Штаб-квартира

- Д-р Harry Hull
Медицинский сотрудник, Расширенная программа
по иммунизации
- Д-р Nicholas Ward
Медицинский сотрудник, Расширенная программа
по иммунизации
- Д-р Henrik Zoffmann
Заместитель директора, Расширенная программа
по иммунизации