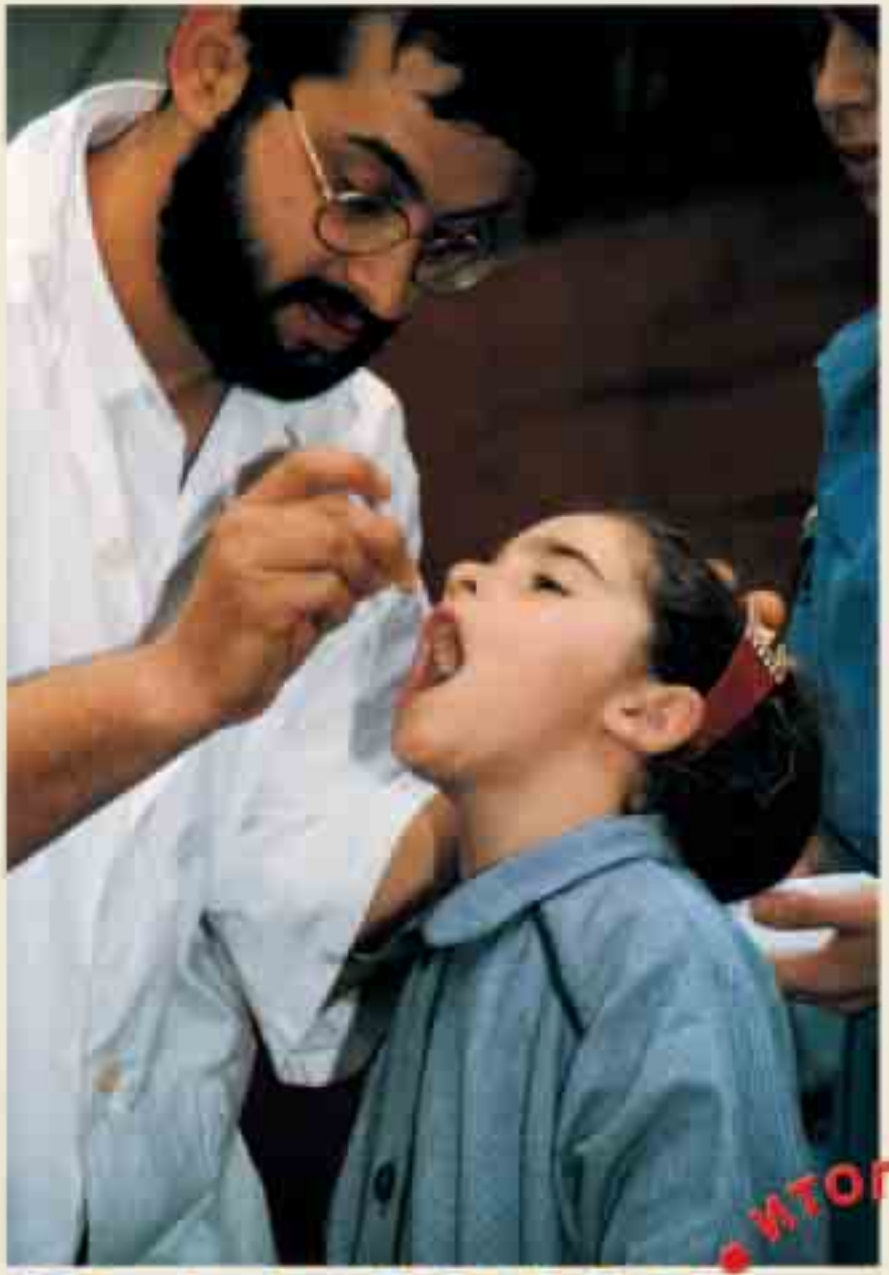
ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ЕВРОПА

ОПЕРАЦИЯ МЕКАКАР: ИСКОРЕНЕНИЕ ПОЛИОМИЕЛИТА • ИТОГОВЫЙ ОТЧЕТ ЗА 1995–2000 гг.



ОПЕРАЦИЯ МЕКАКАР

ИСКОРЕНЕНИЕ ПОЛИОМИЕЛИТА

• ИТОГОВЫЙ ОТЧЕТ • 1995–2000 гг. •

ОПЕРАЦИЯ МЕКАКАР: ИСКОРЕНЕНИЕ ПОЛИОМИЕЛИТА • ИТОГОВЫЙ ОТЧЕТ ЗА 1995–2000 гг.

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро совместно с
Восточно-Средиземноморской региональной организацией (бюро)

2001 г.

Здоровье-21 В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ: ЗАДАЧА 7 – СОКРАЩЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

К 2020 г. должно произойти значительное сокращение распространенности инфекционных заболеваний за счет систематических программ по частичной и полной ликвидации, а также борьбы с инфекционными заболеваниями, представляющими проблему для общественного здравоохранения.

(Одобрено сорок восьмой сессией Европейского регионального комитета ВОЗ в сентябре 1998 г., Копенгаген)

Ключевые слова

ПОЛИОМИЕЛИТ
– профилактика заболевания и борьба с ним
ПРОГРАММЫ ИММУНИЗАЦИИ
– организация программ и руководство ими
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР
МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО
УЧАСТИЕ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ
ЕВРОПА
АЗИЯ, ЦЕНТРАЛЬНАЯ
СОДРУЖЕСТВО НЕЗАВИСИМЫХ ГОСУДАРСТВ
БЛИЖНИЙ ВОСТОК

© Всемирная организация здравоохранения – 2001 г.
Все права на этот документ сохраняются за Европейским региональным бюро ВОЗ. Вместе с тем настоящий документ можно свободно редактировать, реферировать, перепечатывать и переводить на любой другой язык (но не для продажи или использования в коммерческих целях) при условии соответствующего уведомления вышеназванной Организации. За разрешением на использование эмблемы ВОЗ следует обращаться в Региональное бюро ВОЗ. В любом переводе должна быть фраза: «Ответственность за точность выполненного перевода возлагается на переводчика этого документа». Региональное бюро будет признательно за получение трех экземпляров сделанного перевода. Ответственность за взгляды, выраженные перечисленными авторами, несут только сами авторы.

Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген

Unicorn No. E71447r

Напечатано в Дании в марте 2001 г.

ОПЕРАЦИЯ МЕКАКАР

ИСКОРЕНЕНИЕ ПОЛИОМИЕЛИТА

ИТОГОВЫЙ ОТЧЕТ • 1995–2000 гг. •

Перевод и публикация данного издания осуществлены на средства, предоставленные Агентством США [USA] по международному развитию (АМР США) [USAID] и Центрами США по борьбе с болезнями и их профилактике (ЦББ) [CDC]

Выражение благодарности авторам фотоматериалов:
Воспроизводимые фотографии любезно предоставлены многими сотрудниками национальных программ по иммунизации и ВОЗ, а также г-ном Richard Franco.

Фотография на обложке отчета:
Начало первого дня в рамках НДИ, 1995 г., Ливан.
Фотограф Richard Franco

СОДЕРЖАНИЕ

Сокращения/глоссарий vi

Предисловие Генерального директора ВОЗ viii

Предисловие Региональных директоров ВОЗ x

Посвящение xiii

Предыстория 1

Цели Операции МЕКАКАР 17

Координационные совещания по Операции МЕКАКАР 19

Национальные программы плановой иммунизации 37

Дополнительные мероприятия по иммунизации в рамках Операции МЕКАКАР 39

Планирование национальных дней иммунизации
Участники Операции МЕКАКАР/МЕКАКАР ПЛЮС
Синхронизация НДИ и сезонный календарь дополнительных мероприятий по иммунизации
Дети, вакцинированные в период проведения НДИ и суб-НДИ
Приграничные мероприятия и «подчищающая» иммунизация
Координационные совещания с участием отобранных стран по ситуации в приграничных районах

Заболеваемость полиомиелитом 59

Эпиднадзор за случаями острых вялых параличей 69

Партнерство в рамках Операции МЕКАКАР 83

Анализ Операции МЕКАКАР 93

Вместо эпилога 103

Официальные заявления партнеров 111

СОКРАЩЕНИЯ/ГЛОССАРИЙ

АКДС	Ассоциированная коклюшно-дифтерийно-Столбнячная вакцина
АМР США	Агентство США по международному развитию
БЭЙСИКС	Общественная организация (США)
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ММК	Международный медицинский корпус
МФККП	Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца
НДИ	национальные дни иммунизации; массовые прививочные кампании, проведение которых рассчитано на короткий период (от нескольких дней до одной недели), при этом предусматривается введение двух доз ОПВ всему детскому населению из целевой возрастной группы независимо от ранее проведенной вакцинации, обычно с интервалом в 4-6 недель между очередными дозами
НПО	неправительственные организации
ОВП	острые вялые параличи
ОД	отсутствие данных
ОПВ	оральная полиомиелитная вакцина/вакцина Сэбина
Операция МЕКАКАР	аббревиатура, образованная из начальных букв английского названия следующих ркгионов: MEditerranian, CAucasus, Central Asian Republics (т.е. Средиземноморье, Закавказье, Республики Центральной Азии). Операция МЕКАКАР первоначально заключалась в координации сроков проведения НДИ как между странами, так и между регионами ВОЗ. В 1995-1997 гг. в операции принимали участие 18 стран, имевших общие границы.

охват ОПВ3	процент детей, вакцинированных к моменту достижения годовалого возраста третьей дозой ОПВ в порядке плановой иммунизации
«Подчистка»	массовые прививочные кампании в очагах распространения инфекции на территориях высокого риска, проведение которых рассчитано на короткий период (от нескольких дней до недель), при этом предусматривается введение двух доз ОПВ всему детскому населению из целевой возрастной группы во время подворных обходов независимо от ранее проведенной вакцинации, обычно с интервалом в 4-6 недель между очередными дозами
РПИ	Расширенная программа иммунизации
Суб-НДИ	субнациональные дни иммунизации с охватом населения, проживающего в пределах отдельных территорий страны
ЦББ	Центры по борьбе с болезнями и их профилактике (США)
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций

ПРЕДИСЛОВИЕ ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА ВОЗ

Операция МЕКАКАР (координируемые усилия по ликвидации полиомиелита в странах Средиземноморья, Закавказья и в Республиках Центральной Азии) в очередной раз подтверждает, что достижения огромного масштаба в области общественного здравоохранения становятся возможными лишь тогда, когда правительства стран, ВОЗ, Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) и другие внешние партнеры работают в тесном контакте друг с другом, – в данном случае ставя перед собой важнейшую задачу по вакцинации каждого ребенка оральной полиомиелитной вакциной. Начиная с 1995 г. 18 стран и территорий, представляющие различные политические системы, регулярно встречались между собой в целях непосредственного обмена информацией и планирования надежных стратегий для совместной борьбы с инфекционными заболеваниями.

Успех Операции МЕКАКАР очевиден. Участники согласовывали между собой сроки проведения национальных дней иммунизации (НДИ) против полиомиелита с тем, чтобы дети, не относящиеся к оседлой части населения, могли бы пройти вакцинацию одновременно. Благодаря этому в 2000 г. в 15-ти из участвовавших стран и территорий уже не регистрируются эндемичные случаи полиомиелита, а также наблюдается резкое снижение числа заболевших в других странах. Помимо непосредственного влияния на заболеваемость полиомиелитом участники оказались в выигрышном положении благодаря дальнейшему развитию диалога друг с другом, обмену приобретенным опытом и планированию совместных мероприятий.

Операция МЕКАКАР оказала самое прямое влияние на формирование методов ликвидации полиомиелита во всем мире. Осенью 2000 г. 17 стран западной и центральной Африки уже согласовали между собой сроки проведения НДИ. Эти страны воспользовались уроками проведения Операции МЕКАКАР и пришли к решению объединить свои усилия, чтобы навсегда избавить детское население своих стран от угрозы полиомиелита. Взаимодействие такого рода, несомненно, позволит активизировать сотрудничество по достижению других целей в области охраны здоровья.

Механизм Операции МЕКАКАР можно адаптировать для использования в других регионах мира, поскольку мы ставим перед собой задачу по сертификации ликвидации полиомиелита в 2005 г. Всем странам и территориям необходимо работать вместе, чтобы обмениваться информацией, поддерживать на должном уровне стандарты эпиднадзора по сертификации и обеспечивать безопасное хранение запасов диких полиовирусов

в лабораторных условиях. Более того, в ходе осуществления Операции МЕКАКАР создается благоприятная среда для координации политики, связанной с прекращением профилактических прививок против полиомиелита.

В нашем стремлении к равноправию в охране здоровья в 21-м столетии уроки осуществления Операции МЕКАКАР должны служить нам примером для вдохновения. Различные партнеры могут объединить свои усилия ради достижения на первый взгляд недостижимых целей в области здоровья. Руководствуясь надежными стратегиями по преодолению технических трудностей и проводя совместную работу, мы можем поставить заслон на пути распространения инфекционных болезней. Причем, вред здоровью вне зависимости от страны проживания населения причиняют не только инфекционные заболевания, но и такие факторы риска, как загрязнение окружающей среды и табакопотребление. Операция МЕКАКАР служит важнейшим плацдармом для осуществления подхода к решению других проблем охраны здоровья. Совершенно ясно, что невозможно заниматься решением абсолютно всех проблем одновременно. Постановка приоритетов, равно как и выполнение измеримых и достижимых задач, представляют собой ключевые направления в области мониторинга и оценки хода работы по укреплению здоровья наших детей и наших сообществ.

Следует выразить признательность участникам Операции МЕКАКАР за их очевидные и успешные усилия, которые помогли создать благоприятную атмосферу для развития отношений партнерства. Организаторы Операции МЕКАКАР заслуживают высокой оценки за свою прозорливость, благодаря которой удалось объединить как усилия органов и учреждений здравоохранения, так и устремления народов разных стран вокруг общей задачи первостепенной важности – поднять уровень здоровья наших детей. Давайте и впредь использовать и опираться в своей работе на достойный подражания опыт, приобретенный в ходе Операции МЕКАКАР.

Д-р Гру Харлем Брундтланд
Генеральный директор ВОЗ

ПРЕДИСЛОВИЕ РЕГИОНАЛЬНЫХ ДИРЕКТОРОВ ВОЗ

Важность Операции МЕКАКАР трудно переоценить.

Микроорганизмы, являющиеся возбудителями таких инфекционных заболеваний, как полиомиелит, легко передающиеся через дыхательные пути, а также фекально-оральным путем, могут не только свободно проникать через границы государств, но и находить своих жертв среди весьма многочисленных контингентов населения из групп риска.

И все же, работа системы здравоохранения, в том числе и борьба с инфекционными болезнями и эпидемиями, как правило, проводилась в масштабе отдельной страны, причем каждое государство занималось наращиванием собственного потенциала для принятия ответных мер ввиду угрозы инфекций, а также для обеспечения охвата и защиты групп населения высокого риска. Аналогичная ситуация наблюдалась в связи с усилиями стран в ответ на такие международные инициативы, как стремление ликвидировать полиомиелит к 2000 г. В любой стране ответственность за общественное здоровье в основном возлагалась исключительно на министерство здравоохранения, которое нередко испытывало серьезные проблемы в связи с дефицитом финансовых и кадровых ресурсов.

Операция МЕКАКАР показала, что эти ограничения (в равной степени сдерживавшие принятие необходимых мер в ответ на трансграничное распространение заболевания среди населения и препятствовавшие выделению адекватных, вполне конкретных ресурсов стран на решение возникшей проблемы) могут быть преодолены. Чтобы данная Операция увенчалась успехом, потребовались и на самом деле были обеспечены не только такие условия, как четкое техническое и организационное руководство, ясно поставленные задачи и продуманная политика по решению технических проблем, но и прежде всего прочные партнерские связи и открытый обмен информацией, причем как внутри стран и между странами, так и с международными учреждениями, оказывающими помощь.

В течение более пяти лет 18 стран и территорий слаженно работали вместе, обмениваясь опытом и совместно добиваясь значительно больших успехов, чем это было бы возможно, если бы они действовали в одиночку. Все участники занимались организацией национальных дней иммунизации и согласовывали сроки их проведения со своими соседями. Такие мероприятия проводились ежегодно и

обеспечивали эффективную защиту населения своих стран благодаря совместной борьбе с инфекционной заболеваемостью у самых ее истоков даже тогда, когда эти усилия предпринимались за пределами государственных границ.

Достижению успеха Операции МЕКАКАР способствовали ежегодно проводимые продуктивные координационные совещания, хотя соответствующие дискуссии продолжались на субрегиональных встречах и на совещаниях по ситуации в приграничных районах. Одной из наиболее характерных особенностей таких совещаний было неизменное участие в этой работе официальных лиц, которые непосредственным образом участвовали в данной программе и несли за нее ответственность, что обеспечивало обмен опытом, проведение дискуссии и анализ принимаемых решений, позволивший гарантировать их приемлемость, практическую значимость и оперативную целесообразность.

Результаты проведения Операции МЕКАКАР оказались превосходными. К 2000 г. 15-ти странам-участницам и территориям МЕКАКАР, в том числе и странам, относящимся к Европейскому региону ВОЗ, по всей вероятности, удалось добиться прекращения эндемичной циркуляции диких полиовирусов. Заболеваемость существенно снизилась в других трех странах-участницах МЕКАКАР и даже в Афганистане, где вполне резонно можно было ожидать провала эффективной программы иммунизации из-за непрекращающегося гражданского конфликта. При проведении НДИ прекращались даже боевые действия!

На фоне беспрепятственного обмена данными система эпиднадзора стала значительно более разветвленной. Благодаря сети аккредитованных лабораторий обеспечивается надежная диагностическая поддержка и становится реальной задача отслеживания отдельных штаммов вируса независимо от территории возникновения случаев заболевания.

Теперь можно с уверенностью утверждать, что обеспечен охват всех районов во всех без исключения 18-ти странах-участницах и территориях и всего проживающего там населения, а также гарантировано их вовлечение в эффективные мероприятия, необходимые для полной ликвидации полиомиелита. Непосредственными участниками данной инициативы во имя здоровья внутри стран стали все слои общества, руководители стран и религиозных общин, ведущие общественные деятели,

выдающиеся представители средств массовой информации и звезды спорта. Помимо целой армии медицинских работников полноправными участниками в этих мероприятиях стали сотрудники многих других министерств, женские и детские объединения и неправительственные организации.

Актуальность проблемы инфекционной заболеваемости по-прежнему сохраняется. Жертвами инфекций окажутся люди, проживающие в разных странах. В отдельных случаях участие одних лишь медицинских работников в эффективной борьбе с инфекциями, по всей вероятности, потребует от них слишком больших усилий. Операция МЕКАКАР убедительно показала, что можно успешно противостоять эпидемиям и преодолевать трудности, предпринимая международные инициативы и оказывая поддержку в духе истинного сотрудничества. Международные организации, непосредственно страны и их учреждения, сообщества и население стран несомненно стремятся к выполнению этих задач, наглядно подтверждая, что в рамках партнерства им всем может принадлежать немаловажная роль.

Мы не можем позволить себе оставить без внимания тот опыт, который был накоплен в ходе Операции МЕКАКАР.

Д-р Хуссейн А. Гезайри
Региональный директор
Восточно-Средиземноморский регион ВОЗ

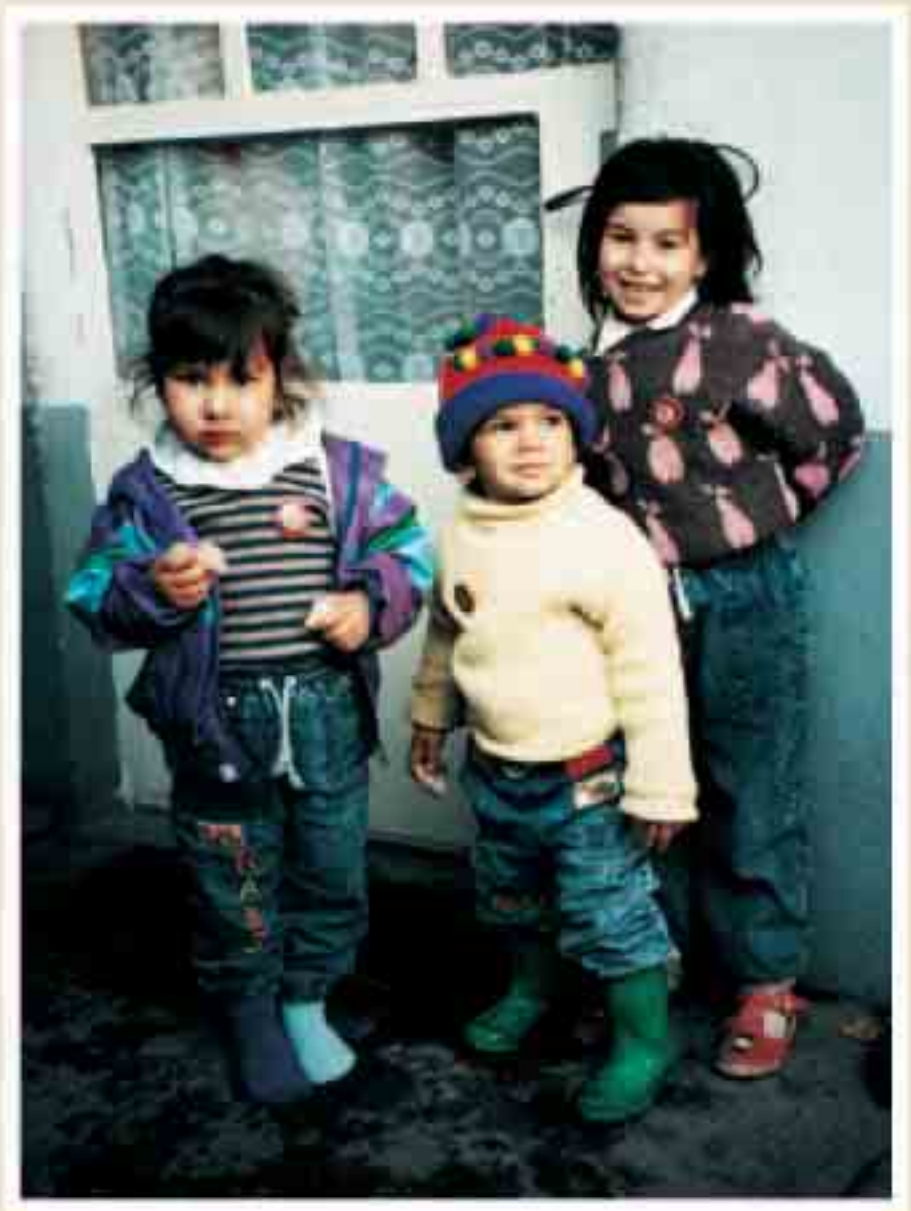
Д-р Марк Данзон
Региональный директор
Европейский регион ВОЗ

ПОСВЯЩЕНИЕ

Благодаря усилиям многотысячной армии медработников и при поддержке сотен специалистов всего мира в странах была обеспечена вакцинация многих миллионов детей, а с помощью чувствительной системы эпиднадзора проводилось наблюдение за развитием ситуации.

Это была не только трудная, но в отдельных территориях часто и опасная работа.

Нам бы хотелось выразить большую признательность и отдать дань уважения тем, кто принимал непосредственное участие в Операции МЕКАКАР и ушел из жизни в ходе ее осуществления.



Цыганские дети, получившие прививки во время НДИ, Болгария, 1995 г.

ПРЕДЫСТОРИЯ

ГЛОБАЛЬНАЯ ЛИКВИДАЦИЯ ПОЛИОМИЕЛИТА

В 50-е и 60-е годы благодаря разработке эффективных вакцин против полиомиелита (или полиовакцин) многие страны получили возможность бороться с полиомиелитом и предотвращать риск массовых эпидемий. По решению большинства стран такие вакцины стали составной частью календаря плановых прививок для иммунизации детей грудного возраста, однако незначительное число стран, в частности Чехословакия и Куба, доказали, что введение оральной полиомиелитной вакцины (ОПВ) во время массовых прививочных кампаний позволяет добиться быстрого и полного исчезновения клинической формы полиомиелита.

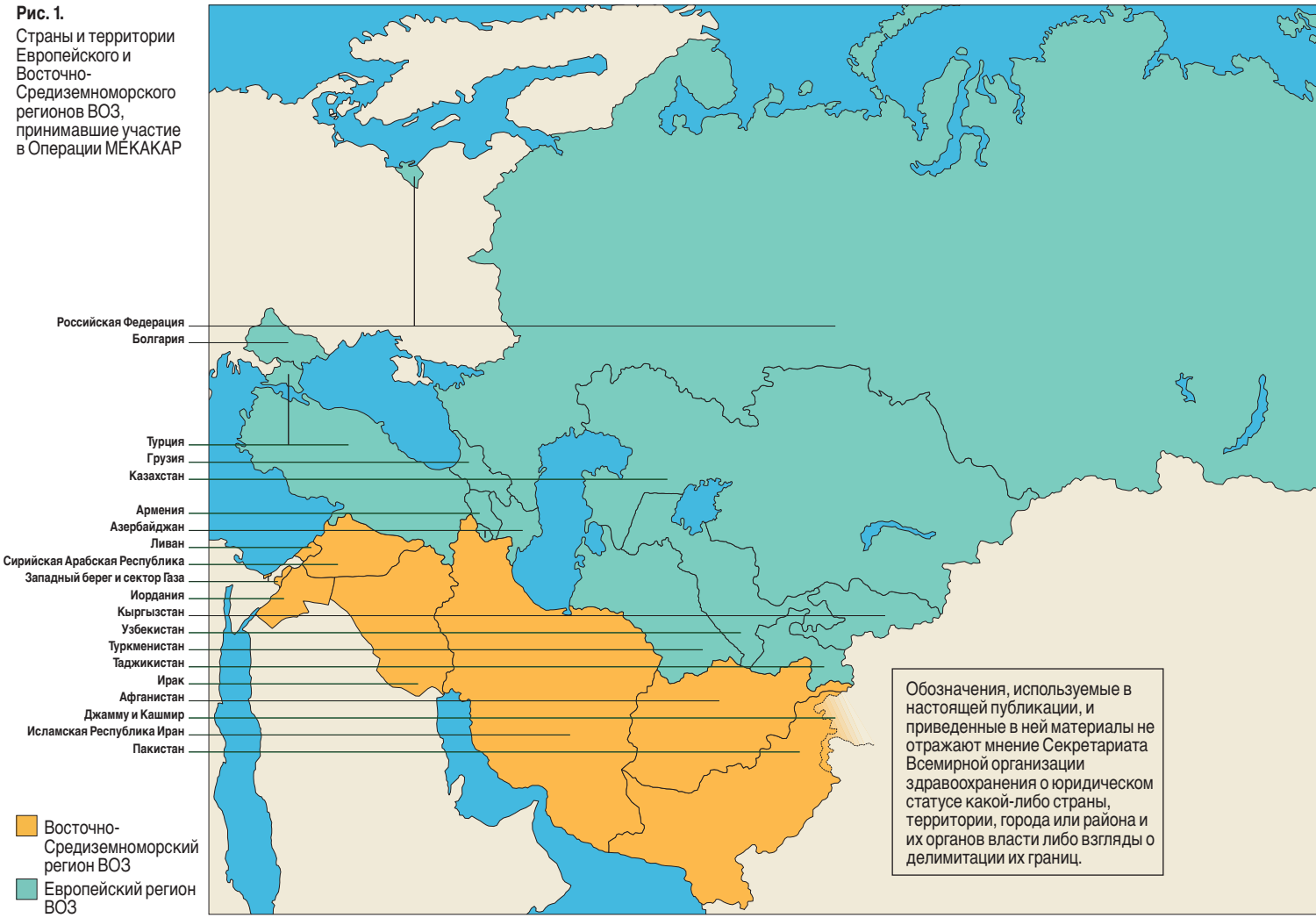
В 1984 г. Руководящий совет поручил Панамериканской организации здравоохранения ликвидировать полиомиелит в западном полушарии к 1990 г. Были разработаны эффективные стратегии, включая использование национальных дней иммунизации (НДИ), что обеспечило ускоренное продвижение вперед к достижению поставленной цели. Учитывая очевидный прогресс в этой области, а также ввиду выдающихся успехов в развитии национальных программ иммунизации под эгидой Расширенной программы иммунизации (РПИ) Сорок четвертая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, состоявшаяся в 1988 г., поставила задачу глобальной ликвидации полиомиелита к 2000 г.

ЛИКВИДАЦИЯ ПОЛИОМИЕЛИТА В РЕГИОНАЛЬНОМ МАСШТАБЕ

Страны и территории, которые впоследствии стали участницами Операции МЕКАКАР, входят в состав двух отдельных регионов ВОЗ – Европейского региона и региона Восточного Средиземноморья. Государства-члены обоих Регионов поставили перед собой цель ликвидировать полиомиелит, что нашло свое отражение в резолюциях сессий региональных комитетов по данному вопросу.

Операция МЕКАКАР предусматривала тесную координацию усилий обоих Регионов наряду с общими стратегиями и аналогичным механизмом мониторинга хода работы во всех участвующих территориях. Таким образом, данная Операция представляла собой единую и объединенную кампанию, в которой все страны и территории принимали равное участие. Вместе с тем, с точки зрения обзора сопутствующих факторов и хода работы в ограниченных по территории районах представляется более практичным и, как правило, менее сложным проведение анализа ситуации в каждом из Регионов в отдельности. Страны и территории, участвовавшие в Операции МЕКАКАР, и их взаимосвязь с тем или иным регионом ВОЗ приведены на рис. 1.

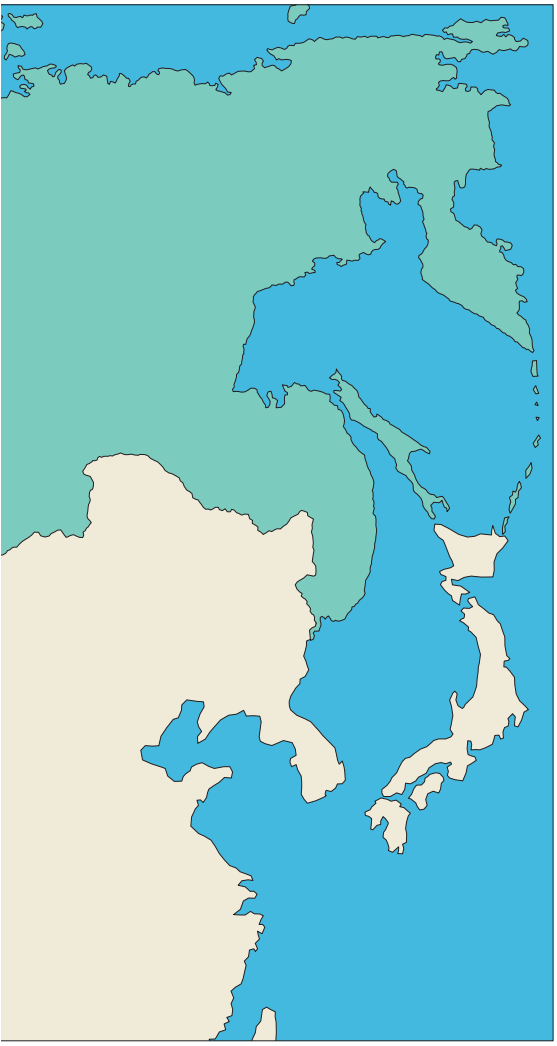
Рис. 1.
Страны и территории Европейского и Восточно-Средиземноморского регионов ВОЗ, принимавшие участие в Операции МЕКАКАР



Европейский регион

В 1985 г. на сессии Европейского регионального комитета ВОЗ задача по сокращению инфекционных заболеваний стала пятой по счету в списке региональных задач. Формулировка этой задачи была следующей:

«К 2000 г. в странах Региона не будет местных случаев заболевания полиомиелитом, дифтерией, столбняком новорожденных, корью, паротитом и врожденной формой краснухи, а также будет обеспечено устойчивое и непрерывное снижение заболеваемости и негативных последствий, вызванных другими инфекционными болезнями, в частности ВИЧ-инфекцией».



В 1989 г. эта задача нашла подтверждение в решениях тридцать девятой сессии Регионального комитета, которая, в частности, выступила в поддержку ликвидации полиомиелита в Регионе к 2000 г. и одобрила План действий по выполнению данной задачи.

К 1994 г. полный курс прививок против полиомиелита, проводимых в порядке плановой иммунизации на первом году жизни ребенка, получили 82–83% детского населения Региона. Но несмотря на это число стран с охватом населения прививками свыше 80% сократилось с 31 в 1991г. до 26 в 1994 г. из 51 государства-члена. Было также отмечено, что даже в странах с высокими показателями плановой иммунизации установленнные уровни охвата прививками населения отдельных районов были заметно ниже, чем средние данные по стране. Распад бывшего СССР обусловил временную нехватку вакцин в некоторых странах, что, в свою очередь, привело к снижению уровня охвата прививками.

Хотя эпиднадзор за полиомиелитом и был неудовлетворительным, считалось, что эндемичная передача полиовирусов по-прежнему имела место в 11 странах на довольно большой территории,

простирающейся от Турции до Таджикистана, на фоне нередких вспышек серьезных эпидемий в тех странах, где накопилось значительное число детей, восприимчивых к полиомиелиту. Именно такая ситуация послужила поводом для зарождения концепции принятия согласованных мер с вовлечением одновременно двух Регионов ВОЗ, которая в дальнейшем получила название «Операция МЕКАКАР». Названная концепция получила дальнейшее развитие благодаря деятельности сотрудников Европейского регионального бюро наряду с усилиями и при поддержке со стороны специалистов штаб-квартиры ВОЗ по искоренению полиомиелита, коалиции международных партнеров и Восточно-Средиземноморского регионального бюро.

Регион Восточного Средиземноморья

На состоявшейся в 1988 г. тридцать пятой сессии Регионального комитета для Восточного Средиземноморья была принята резолюция, призывающая государства-члены обеспечить ликвидацию полиомиелита к 2000 г. В 1989 г. был принят Региональный план действий по ликвидации полиомиелита.

В 1993 г. и в последующие годы Региональным комитетом был проанализирован ход работы и приняты резолюции, призывающие 22 государства-члена в полном объеме осуществить стратегии, необходимые для ликвидации полиомиелита.

Благодаря разработке высокоэффективных национальных программ иммунизации, в регионе Восточного Средиземноморья в течение десятилетия вплоть до проведения Операции МЕКАКАР удалось добиться заметных положительных сдвигов в показателях иммунизации детского населения, например, охват иммунизацией с введением третьей дозы оральной полиомиелитной вакцины детям к моменту наступления годовалого возраста (охват ОПВ-3) увеличился в Регионе в целом с 30% в 1984 г. до более 80% в 1993 г. К 1994 г. большинство стран и территорий Региона сумели создать и обеспечить устойчивое функционирование эффективных служб вакцинопрофилактики детского населения, а в некоторых других странах Региона уже сложилась практика успешного проведения НДИ.

Тем не менее, перед тремя странами, которые позднее стали участницами Операции МЕКАКАР, в 1994 г. уже совершенно по другим причинам возникли большие трудности. В Афганистане продолжающийся гражданский конфликт не позволил создать в стране эффективные общенациональные системы иммунизации и эпиднадзора. В Ираке из-за войны в Персидском заливе и ее последствий серьезно пострадала высокоэффективная в прошлом программа иммунизации. В Пакистане немалые препятствия возникли в связи с необходимостью сохранения уже достигнутого уровня в период после 1990 г.;

в сущности, охват иммунизацией в 1995 г. упал до своего самого низкого уровня прежде, чем снова подняться в 1996 г.

Несмотря на возросшую эффективность системы эпиднадзора за полиомиелитом сбор отчетных данных на субнациональном уровне был далеко не полным, а статистика по полиомиелиту была, как и прежде, существенно занижена. В 1994 г. по мере продолжающегося сокращения числа заболевших, что говорило о больших успехах проведения плановой иммунизации и НДИ, случаи заболевания полиомиелитом все еще регистрировались в большинстве стран и территорий Региона, в частности особенно высокая заболеваемость и распространенность отмечались в таких восточных странах, как Пакистан и Афганистан (предположительно). Поэтому, принятие согласованных мер, предложенных в форме Операции МЕКАКАР, представлялось весьма обнадеживающей перспективой.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ

Регион Восточного Средиземноморья

К 1994 г. в регионе Восточного Средиземноморья благодаря эффективным программам плановой иммунизации и массовым прививочным кампаниям удалось взять ситуацию с заболеваемостью полиомиелитом под контроль в трех странах и территориях, соседних с государствами Европейского региона, - Сирийской Арабской Республике (где заболеваемость сократилась до довольно низкого уровня), Ираке и Исламской Республике Иран, а также в Ливане и на самоуправляемых территориях Палестины. Как до, так и после принятия энергичных мер по борьбе с эпидемической вспышкой в 1992 г., главными жертвами которой оказались рабочие-мигранты пакистанского происхождения, а также благодаря высоким уровням охвата плановой иммунизацией в течение ряда лет и дополнительным мероприятиям по иммунизации в такой стране, как Иордания, наконец-таки удалось прервать циркуляцию полиовирусов.

В 1994 г. полиомиелит по-прежнему оставался широко распространенным заболеванием в Пакистане, хотя число зарегистрированных случаев и снизилось за счет организации массовой прививочной кампании. Помимо этого, сохранялся предполагаемый высокий уровень заболеваемости в Афганистане, где в течение многих лет инфраструктура здравоохранения была разрушена, и не было возможности обеспечить должную эффективность мероприятий по борьбе с болезнями на всей территории страны. В соседних странах отмечались неоднократные завозные случаи полиомиелита из этого резервуара инфекции. Как сказано выше, в 1991 г. из-за войны в Персидском заливе в Ираке возникли сбои в ранее эффективной программе плановой иммунизации детей грудного возраста, что в дальнейшем привело к значительному росту

числа зарегистрированных случаев заболевания полиомиелитом и продолжающейся циркуляции инфекции вплоть до 1994 г.

Европейский регион

После первого внедрения в практику полиомиелитных вакцин в 50-х и 60-х годах, во всех государствах-членах Европейского региона в течение многих лет отмечалась низкая заболеваемость полиомиелитом, а с середины 80-х годов, или даже раньше, в большинстве стран западной, северной и центральной Европы регистрировалась нулевая заболеваемость полиомиелитом.

После ряда лет, когда в период с 1990 по 1994 гг. заболеваемость неуклонно снижалась, в последующие годы ежегодно регистрируемое число заболевших сохранялось в пределах 200 или более случаев. В названные сводные данные входили две составляющие, а именно: непрекращающаяся эндемичная циркуляция вирусов в немногих странах, главным образом в Турции, и серьезные эпидемические вспышки в странах, где в предшествующие годы регистрировались лишь единичные случаи заболевания, либо случаи полиомиелита не выявлялись. Такие эпидемии имели место в Таджикистане (115 случаев в 1991 г.), Азербайджане (182 случая в 1990 г.; 69 – в 1993 г.) и в Узбекистане (117 случаев в 1994 г.). Во всех этих странах были предприняты самые энергичные меры по борьбе с эпидемиями, и число зарегистрированных случаев резко снижалось лишь в преддверии очередной эпидемии, которая могла вспыхнуть где бы то ни было.

Опираясь на стратегии, проводимые в жизнь в 1994 г., вряд ли можно было ожидать, что задача ликвидации полиомиелита в Европейском регионе будет выполнена к 2000 г.

С 1993 по 1994 гг. 11 стран Европейского региона направляли в ВОЗ информацию о регистрации случаев полиомиелита и/или попрежнему считались эндемичными по данному заболеванию. Помимо тех стран, которые в конечном итоге присоединились к Операции МЕКАКАР, в таких странах, как Украина и Федеративная Республика Югославия, до 1994 г. отмечались вирусологически подтвержденные случаи полиомиелита, а в 1994 г. такие случаи по-прежнему регистрировались (без лабораторного подтверждения). В то время, когда регистрировалось относительно небольшое число заболевших, и большинство стран западной, северной и центральной Европы сообщали о высоких уровнях охвата плановой иммунизацией детей грудного возраста, полиомиелит повсеместно не воспринимался как заболевание, представляющее собой серьезный риск здоровью всего населения Региона. Вместе с тем, исходя из используемых подходов, и в условиях широкой распространенности случаев полиомиелита на большой территории, представлялось вероятным, что низкий уровень циркуляции диких полиовирусов будет сохраняться в течение неопределенного периода при возникающих время от времени

серьезных эпидемических вспышках. Поэтому, применяя только используемые подходы, можно было вполне резонно предположить, что задача ликвидации полиомиелита в Европейском регионе вряд ли будет выполнена к 2000 г.

Как в том, так и в другом Регионе было ясно, что высокую эффективность можно будет обеспечить путем организации массовых прививочных кампаний, тщательно спланированных и согласованных по срокам между соседними странами и территориями, которые были либо эндемичными по полиомиелиту, либо относились к территориям высокого риска по возможному завозу инфекции; такие кампании позволяли не только сокращать число заболевших, но и удерживать циркуляцию полиовирусов в пределах более ограниченной территории и, следовательно, были важным этапом на пути ускорения элиминации полиовирусов.

Еще одним не менее важным аспектом, который представлялся вполне вероятным, являлось то обстоятельство, что без такого новаторского подхода принятая во многих странах политика вряд ли обеспечит выполнение к 2000 г. задач по ликвидации полиомиелита на региональном уровне и в глобальном масштабе.

ЦИРКУЛЯЦИЯ ПОЛИОВИРУСОВ

В период планирования Операции МЕКАКАР не было накоплено достаточного объема информации о циркуляции различных штаммов полиовирусов на территориях участвующих стран. Однако уже имеющаяся информация, а также та, которая была получена позднее, со всей очевидностью позволила обосновать решение в пользу проведения массовой иммунизации, согласованной между странами и регионами.

Сразу после широкого внедрения ОПВ в странах Европейского региона циркуляция диких полиовирусов повсеместно сократилась, что, несомненно, привело к стремительной ликвидации вирусов в большинстве западных стран. В настоящее время имеются все основания полагать, что в странах Восточной Европы, в том числе на большей части территории бывшего Советского Союза, произошло прекращение циркуляции диких полиовирусов типа 1 и 2.

В начале 90-х годов от заболевших в странах-участницах МЕКАКАР из Европейского региона были выделены изоляты трех генотипов полиовируса типа 1. Судя по диапазону их генетической изменчивости, можно утверждать, что происхождение всех этих трех генотипов связано с относительно свежими случаями инфицирования. На основании установленной нуклеотидной последовательности генома полиовирусной РНК было установлено тесное родство между ныне циркулирующими полиовирусами и теми,

В ожидании начала проведения НДИ, Кыргызстан, 1995 г.

Вакцинация в отдаленном районе на севере Ирака, 1998 г. (фото справа).

Приготовления к доставке вакцины в отдаленные районы, Афганистан, 1995 г. (фото крайнее справа).

которые циркулировали в недалеком прошлом в странах Ближнего Востока, а также в Пакистане/Индии.

Причиной возникновения эпидемических вспышек в 1991 г. в Таджикистане, в 1992 г. в Украине, в 1994 г. в Узбекистане и в 1995 г. в Чечне (Российская Федерация) оказался дикий полиовирус типа 1, принадлежащий к генотипу «Т» (таджикский). Аналогичный вирус был выделен ранее в Пакистане ; также родственные ему изоляты, скорее всего от завозных случаев, были выделены в Иордании и Малайзии. Другой дикий полиовирус типа 1, принадлежащий к генотипу «А» (азербайджанский), был выделен в Азербайджане и Грузии в 1991 г., в Исламской Республике Иран в 1993 г. и в Ираке в 1994 г. Данный вирус является родственным по отношению к более старым ближневосточным штаммам. Полиовирусы типа 1, принадлежащие к генотипу «G» (грузинский), были выделены в Грузии в 1991 г., а в 1994 г. – в Российской Федерации. Данные вирусы имеют высокий процент гомологии по отношению к вирусам генотипа «А».

По мере расширения масштабов реализации инициативы по ликвидации полиомиелита на основании данных частичного секвенирования генома выделяемых вирусов, еще и еще раз удавалось проследить, с какой легкостью полиовирусы проникают через границы государств; к примеру, родственные вирусы выделялись, часто в разные годы, в Ираке и Турции, в Исламской Республике Иран и Таджикистане, в Афганистане и Пакистане.

В отличие от полиовирусов типа 1 изоляты вирусов 3-го типа, выделенные в Европейском регионе, можно разделить на 4 кластера, имеющих высокую степень нуклеотидных отличий между собой, что предполагает возможность длительной передачи инфекции внутри стран Региона в течение многих лет. Маловероятно, чтобы все эти случаи были результатом завоза инфекции за последнее время.

Более поздняя информация о нуклеотидной последовательности изолятов вирусов, выделенных за последнее время в Афганистане, Пакистане и Индии, со всей очевидностью подтвердила наличие общих резервуаров вируса в Афганистане и Пакистане и его отдельных генотипов, циркулирующих в Индии. Тем не менее, в Афганистане и Пакистане также обнаружены различные циркулирующие генотипы.

Открытия такого рода, имеющие относительно небольшое практическое значение, говорят о том, что дикие полиовирусы с одинаковой легкостью и беспрепятственно циркулировали в самых разных странах и территориях как Европейского, так и Восточно-Средиземноморского регионов. Совершенно ясно, что для ликвидации

Усиление заинтересованности общественности и мотивации населения к участию в НДИ, Иран, 1995 г

полиомиелита на территории, где проводилась Операция МЕКАКАР, была необходима такая программа, которая обеспечивала бы согласованные по срокам мероприятия с высоким уровнем охвата иммунизацией и предлагала бы эффективную систему эпиднадзора, выходящую за пределы государственных границ и способствующую взаимодействию регионов. Операция МЕКАКАР соответствовала таким требованиям.

НАЧАЛО ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ МЕКАКАР

Тема Всемирного дня здоровья 7 апреля 1995 г. «Задача на 2000 г. – Мир без полиомиелита» послужила стимулом для разработки эффективных национальных и международных программ, направленных на выполнение задачи по ликвидации полиомиелита. Сотрудники Европейского регионального бюро уже вплотную работали над идеей проведения согласованных НДИ в эндемичных странах с общими границами. Накануне проведения в 1995 г. Всемирного дня здоровья удалось не только расширить масштаб реализации Операция МЕКАКАР применительно к территории двух регионов, но и заручиться поддержкой со стороны важнейших партнеров.

В связи с организацией вышеупомянутого Всемирного дня здоровья 18 географически сопредельных стран и территорий Европы, Центральной и Южной Азии и Ближнего Востока приняли на себя обязательство провести совместно запланированные и согласованные по срокам НДИ, используя для этого ОПВ. Эта программа получила название Операции МЕКАКАР (MEditerranean, CAucasus and Central Asian Republics – аббревиатура, образованная из начальных букв названия следующих регионов: Средиземноморье, Закавказье и Республики Центральной Азии). В этом районе расположены восемь стран и территорий Восточно-Средиземноморского региона и десять стран Европейского региона ВОЗ. За все годы существования Операции МЕКАКАР состав участвующих стран и территорий Восточно-Средиземноморского региона оставался неизменным, тогда как в Европейском регионе после состоявшихся в 1995 г. первых НДИ вместо Болгарии с 1996 г. в этой Операции стала участвовать Российская Федерация. В ряде других стран, пострадавших от эпидемии полиомиелита, включая Албанию, Федеративную Республику Югославию и Грецию, а также в других государствах, которые стремились поднять уровень коллективного иммунитета, проводились дополнительные мероприятия по иммунизации, подчас параллельно с Операцией МЕКАКАР, но не в качестве составной части самой инициативы.

В 1994 г. в участвующих странах и территориях от Восточно-Средиземноморского региона – Исламской Республике Иран, Ираке, Иордании, Ливане, Пакистане и Сирийской Арабской Республике – был зарегистрирован 691 случай (69%) от общего числа 1015 заболевших в Регионе за этот же год. В странах-участницах от Европейского

региона – Азербайджане, Армении, Казахстане, Таджикистане, Туркменистане, Турции и Узбекистане – было зарегистрировано 206 случаев (89%) от общего числа 231 заболевших полиомиелитом в Регионе.

Руководствуясь опытом проведения НДИ в сезон спада активности циркуляции полиовирусов, когда эффективность проводимых мероприятий значительно возрастает, представители всех участвующих стран и территорий, совещание которых состоялось в январе 1995 г. в Анкаре (Турция), договорились о том, чтобы запланировать либо первый, либо второй тур своих прививочных кампаний на апрель, приурочив его ко Всемирному дню здоровья 7 апреля 1995 г., проводимому под девизом ликвидации полиомиелита.

Важно отметить, что на первом координационном совещании, о котором говорилось выше, представители государств-членов МЕКАКАР обратились с призывом к участвующим странам и территориям провести в 1996 и 1997 гг. очередные согласованные по срокам НДИ; внедрить в практику осуществление стратегий «подчистки» в рамках дополнительных мероприятий по иммунизации в очагах распространения инфекции, основываясь при этом на данных эпиднадзора; разработать национальную сеть эпиднадзора за острыми вялыми параличами (ОВП); и обеспечить высокий уровень охвата плановой иммунизацией. Эти важнейшие постановления изменили характер Операции МЕКАКАР, превратив ее из единовременной массовой кампании в структурированную, скоординированную и технически обоснованную программу, нацеленную на ликвидацию полиомиелита в кратчайшие сроки в пределах всей обозначенной территории. Было также принято решение установить сроки проведения Операции МЕКАКАР в ее изначальной форме, ограничив их трехлетним периодом. Впоследствии в ходе дискуссии, состоявшейся на последующих координационных совещаниях, было предложено продолжить эту инициативу в форме «Операции МЕКАКАР Плюс».

На первом координационном совещании также обращалось внимание на то, чтобы НДИ отличались неизменно высоким качеством проводимых мероприятий. Данное требование обусловило необходимость в тщательном планировании, вовлечении лидеров стран на самом высоком уровне и соответствующих лидеров на каждом последующем административном и коммунальном уровнях, эффективном использовании средств массовой информации и в согласованном участии всех соответствующих государственных структур. Более того, к этой работе подключились неправительственные организации (НПО), а также всевозможные национальные и

Представители всех участвующих стран и территорий достигли договоренности приурочить один из туров своих прививочных кампаний ко Всемирному дню здоровья, который проходил 7 апреля 1995 г. под девизом ликвидации полиомиелита.

международные учреждения, заинтересованные в том, чтобы оказывать помощь участвующим странам и территориям в вопросах развития здравоохранения.

В ходе реализации Операции МЕКАКАР стало очевидно, насколько важной представляется совместимость принципов планирования, осуществляемых подходов и проводимых мероприятий с различными организационными структурами и культурологическими особенностями, характерными для совершенно отличных друг от друга сообществ, живущих на такой огромной территории. Трудности такого рода удалось преодолеть без каких бы то ни было серьезных разногласий, что свидетельствует о больших успехах в работе, ответственность за планирование которой была возложена на официальные лица как на национальном, так и на международном уровнях.

Операция МЕКАКАР включала в себя четыре элемента, тесно увязанных между собой, причем каждый из них был одинаково важен с точки зрения выполнения и первичных, и вторичных задач, поставленных в рамках данной инициативы:

- усиление партнерства между странами и территориями и внутри самих стран и территорий, которое нацелено на выполнение задачи ликвидации полиомиелита в Европейском и Восточно-Средиземноморском регионах;
- проведение координационных совещаний, посвященных таким аспектам, как составление планов, проведение обзора хода работы и выявление проблем, обсуждение технических вопросов, уточнение потребностей в ресурсах и поиск соответствующих решений;
- планирование и проведение НДИ, скоординированных и согласованных по срокам; и
- дальнейшее развитие эффективных, широко разветвленных программ с использованием рекомендованных ВОЗ стратегий, которые позволят полностью ликвидировать полиомиелит и подтвердить такой статус. В сущности, программы такого рода должны предусматривать развитие эффективной системы вирусологического эпиднадзора за всеми случаями заболевания ОВП среди детей.

КОНФЛИКТНЫЕ СИТУАЦИИ

В зоне проведения Операции МЕКАКАР находится ряд стран и территорий, где за последнее десятилетие происходили внутренние беспорядки или вооруженные конфликты. К последним можно отнести гражданские конфликты на обширных

территориях Афганистана и Таджикистана; вооруженные конфликты или внутренние беспорядки в Азербайджане, Грузии, Ираке и в отдельных районах Российской Федерации на Северном Кавказе; а также напряженную ситуацию вдоль государственных границ между Ираком, Исламской Республикой Иран, Сирийской Арабской Республикой и Турцией.

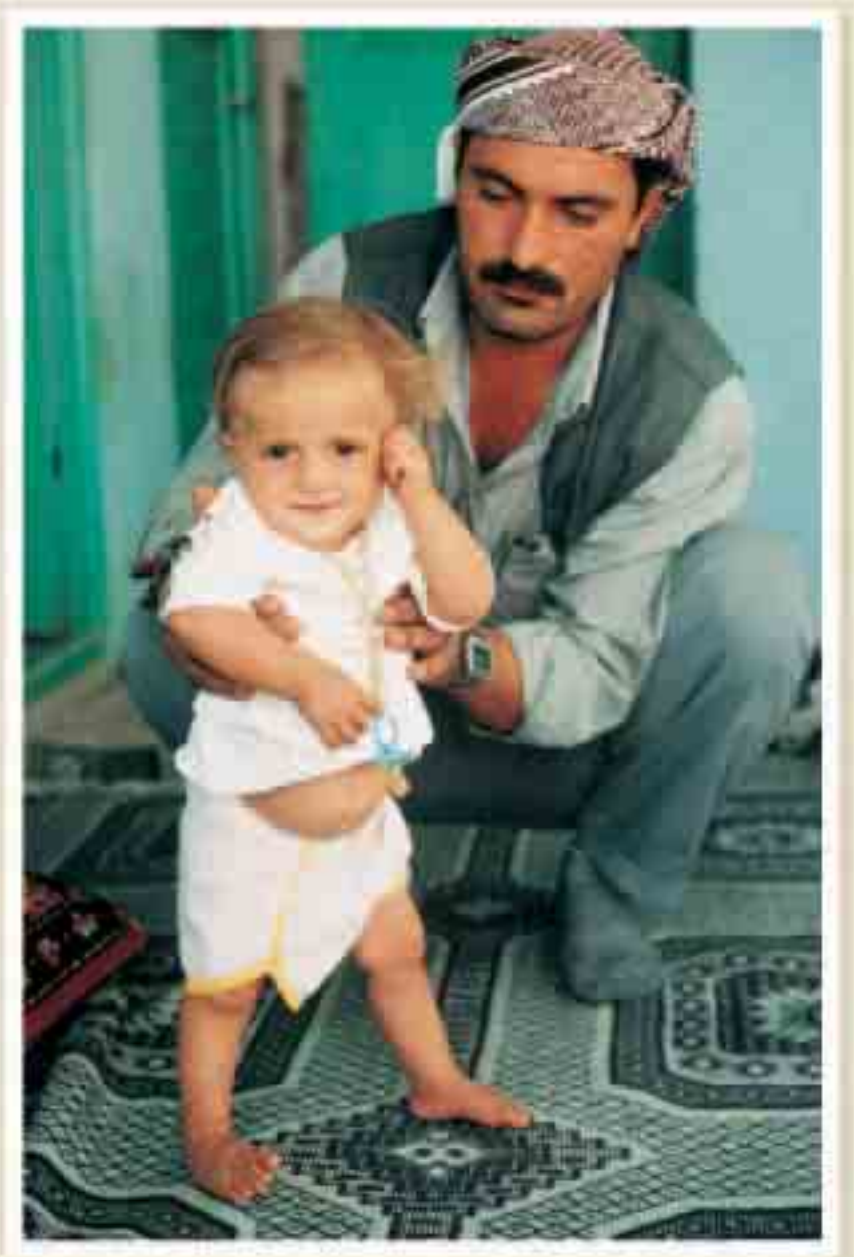
Конфликты такого рода, вне зависимости от их характера, часто усложняли или даже препятствовали проведению тщательно спланированных программ по охране здоровья населения, в частности в области иммунизации. Ход работы по осуществлению Операции МЕКАКАР, равно как и ее потенциал, обеспечивающий эффективное планирование мероприятий, неоднократно оказывался под угрозой по причине таких конфликтов. В целях обеспечения условий для проведения эффективной иммунизации были разработаны планы на случай чрезвычайных обстоятельств, а также предложены соответствующие мероприятия, как например, «дни (или недели) спокойствия». Подобные перерывы в боевых действиях стали реальностью в Афганистане в период проведения прививочных кампаний, начиная с 1994 г., а также в Таджикистане во время НДИ, состоявшихся в 1995 г.

Заслуга всех, кто принимал участие в этой работе, состоит в том, что за исключением событий в Афганистане эти конфликты не смогли серьезным образом отразиться на получении конечных результатов проведения Операции МЕКАКАР в установленные сроки. На самом деле, поиск выхода из трудного положения, в котором оказывались выполняющие свою функцию службы иммунизации, нередко вселял надежду на возможное разрешение конфликтных ситуаций в том числе и по другим вопросам.

ПРИГРАНИЧНЫЕ РАЙОНЫ

Даже в ситуациях, когда дело не доходило до вооруженного конфликта, напряженная обстановка часто негативно сказывалась на эффективности организации медобслуживания в приграничных районах или среди других контингентов населения. В течение 1997-1998 гг. особое внимание уделялось вопросам профилактики трансграничного переноса и завоза диких полиовирусов с дальних территорий. Было организовано проведение согласованных мероприятий в приграничных районах между соседними странами и территориями, входящими в состав Восточно-Средиземноморского и Европейского регионов. В период с октября- ноябрь 1997 г. и до 2000 г. в отдельных приграничных районах Сирийской Арабской Республики, Ирака, Исламской Республики Иран и Турции были проведены специальные мероприятия по иммунизации и эпиднадзору. Аналогичные подходы осуществлялись по отношению к районам вдоль границы между Афганистаном, Исламской Республикой

Иран и Пакистаном, и в меньшей степени – в сопредельных территориях Таджикистана, Туркменистана и Узбекистана, граничащих с Афганистаном.



Ребенок из провинции Сирнак с диагнозом паралича, позднее подтвержденным как полиомиелит, вызванный полиовирусом типа 1, Турция, 1998 г.

ЦЕЛИ ОПЕРАЦИИ МЕКАКАР

В техническом отношении Операция МЕКАКАР оказалась сложной ввиду огромной территории, подлежащей охвату, а также вследствие необходимости вовлечения двух регионов ВОЗ и активного участия 18-ти стран и территорий. Для успешной организации самой Операции требовалось обеспечить непосредственный и регулярный обмен информацией и эффективную координацию усилий учреждений-партнеров и заинтересованных министерств во всех участвующих странах и территориях.

Представлялось важным, чтобы все территории и учреждения согласовали между собой и выполняли задачи, на которые была ориентирована Операция МЕКАКАР. Этот вопрос удалось решить без серьезных разногласий и без каких-либо сбоев в запланированных мероприятиях, что подтверждает полную приверженность правительств всех стран и заинтересованных учреждений поставленной цели.

ПЕРВООЧЕРЕДНЫЕ ЗАДАЧИ

Первоочередная задача Операции МЕКАКАР заключалась в создании механизма проведения и координации мероприятий, главным образом НДИ, благодаря которым в кратчайшие сроки удастся ликвидировать полиомиелит во всех участвующих странах и территориях.

Неотъемлемой составной частью названной приоритетной задачи оказалось развитие в странах и территориях технического потенциала, обеспечившего дальнейшее осуществление эффективных мероприятий в области укрепления здоровья. Помимо этого, ожидалось, что таким образом можно будет развить более прочные партнерские связи не только между различными заинтересованными учреждениями, но и между двумя регионами ВОЗ.

НДИ, успешно проведенные и согласованные между странами и территориями, обладали вполне реальным потенциалом для создания свободных от полиомиелита

зон, которые, в свою очередь, позволили бы уменьшить вероятность завоза инфекции в отдельные страны и внесли бы реальный вклад в окончательное искоренение полиомиелита как в региональном, так и в глобальном масштабе.

ВТОРОСТЕПЕННЫЕ ЗАДАЧИ

Еще в начале Операции стали известны некоторые второстепенные задачи, тогда как другие задачи стали выясняться и реально выполняться по мере проведения Операции МЕКАКАР. К таковым можно отнести задачи следующего плана:

Программная деятельность

- развитие и мониторинг эпиднадзора за ОВП в участвующих странах и территориях;
- развитие и использование сети лабораторий, аккредитованных ВОЗ, при более тесной координации усилий между эпидемиологами и лабораторным персоналом;
- совершенствование систем отчетности, механизмов анализа информации и обратной связи, включая обмен эпидемиологической информацией между государствами-членами и международными учреждениями.

Общая координация

- укрепление партнерства по линии как двусторонних, так и многосторонних связей между государствами-членами и учреждениями при более полном осознании потребностей, потенциала по изысканию средств и эффективного использования ресурсов;
- получение данных, необходимых для успешной сертификации ликвидации полиомиелита;
- расширение возможностей для международного сотрудничества для борьбы с инфекционными болезнями в будущем.

КООРДИНАЦИОННЫЕ СОВЕЩАНИЯ ПО ОПЕРАЦИИ МЕКАКАР

Несмотря на то, что принципы проведения в жизнь Операции МЕКАКАР были предложены специалистами разных стран, работающими в региональных организациях ВОЗ в тесном взаимодействии со своими коллегами из ЮНИСЕФ, «Ротари Интернэшнл ПолиоПлюс» и Центров по борьбе с болезнями и их профилактике (ЦББ), фактическое наращивание потенциала Операции МЕКАКАР удалось обеспечить благодаря проведению координационных совещаний и конкретному вкладу их участников.

Каждая такая встреча играла исключительно важную роль, создавая благоприятные условия для проведения дискуссии по техническим вопросам, уточнения материально-технических потребностей, обеспечения результативного планирования и дальнейшего углубления координации.

В работе состоявшихся совещаний принимали участие представители участвующих стран и территорий, как правило, на уровне старших должностных лиц из министерств здравоохранения, и неизменно руководители национальных программ по иммунизации. Состав секретариата комплектовался из сотрудников ВОЗ и ЮНИСЕФ, представляющих региональные организации и штаб-квартиру, а также специалистов, работающих в участвующих странах и территориях. На совещаниях были также широко представлены такие организации, как «Ротари Интернэшнл», ЦББ, общественная организация США «БЕЙСИКС», Агентство США по международному развитию (АМР США), Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (МФККП) и Международный медицинский корпус (ММК).

Кроме того, для участия в каждом совещании приглашались наблюдатели от стран-устроителей, наряду с этим в целом ряде совещаний принимали участие представители Региональных комиссий по сертификации ликвидации полиомиелита и ученые из лабораторий, входящих в лабораторную сеть ВОЗ.

Было проведено в общей сложности шесть координационных совещаний. С течением времени содержание их повестки дня пересматривалось, и вместо аспектов планирования на переднем плане обсуждаемых проблем стали появляться такие вопросы, как проведение обзора хода работы, выявление и оценка «узких мест», разработка и мониторинг эпиднадзора за ОВП и более эффективное использование лабораторной сети.

На завершающих этапах каждой встречи проводился анализ полученных результатов, обсуждались технические проблемы и вопросы материально-технического обеспечения, а также формулировались выводы и предложения. Во все участвующие официальные органы и учреждения рассылались отчеты о состоявшихся совещаниях, включая принятые ими рекомендации.

Если координационные совещания, проводимые в связи с Операцией МЕКАКАР, были посвящены главным образом планированию технических мероприятий и уточнению потребностей, особенно ввиду проведения НДИ, то на последующих межведомственных совещаниях, которые проводились как на региональном, так и на национальном уровнях, согласовывались всевозможные принципы и рассматривались вопросы о выделении финансовых средств, а также изыскивались возможности для удовлетворения насущных потребностей. Мероприятия и того, и другого типа дополняли друг друга, и специфика каждого из них позволяла обеспечить значительную поддержку в проведении мероприятий в странах.

В связи с важнейшей ролью координационных совещаний по Операции МЕКАКАР, а также в качестве свидетельства разработанных ими стратегий и мониторинга хода работы ниже приведена краткая информация о каждом совещании.

ПЕРВОЕ КООРДИНАЦИОННОЕ СОВЕЩАНИЕ ПО ОПЕРАЦИИ МЕКАКАР

Анкара (Турция), 29–30 января 1995 г.

Участники

От Восточно-Средиземноморского региона ВОЗ: Афганистан, Иордания, Ирак, Исламская Республика Иран, Ливан, Пакистан, Сирийская Арабская Республика.
От Европейского региона ВОЗ: Азербайджан, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан.
Партнерские организации: БЕЙСИКС, ЦББ, МФККП, «Ротари Интернэшнл ПолиоПлюс», ЮНИСЕФ, АМР США, ВОЗ.

Мониторинг хода работы на начальном этапе и планирование дальнейших туров иммунизации на Втором координационном совещании, Иран, 1995 г.

Первая прививка во время проведения НДИ в поликлинике, Казахстан, 1995 г.

Ситуация к моменту проведения первого совещания

В 1993 г. в Пакистане было зарегистрировано 1800 случаев, однако в результате проведения НДИ в 1994 г. заболеваемость, судя по отчетным данным, резко снизилась до 527 случаев. Аналогичным образом в Исламской Республике Иран, как и в большинстве стран Восточно-Средиземноморского региона, удалось с достаточно высокой эффективностью провести НДИ при весьма успешном межсекторальном сотрудничестве, тогда как в Афганистане впервые проводилась массовая прививочная кампания с введением поливалентной вакцины. В Таджикистане в 1991 г. удалось купировать серьезную эпидемию несмотря на то, что случаи заболевания по-прежнему регистрировались, и их число в 1994 г. составило 26. В 1993 г. в Азербайджане было зарегистрировано 69 случаев, а в 1994 г. их количество удалось сократить всего лишь до 16. Совершенно иная ситуация сложилась в Узбекистане, где в 1993 и 1994 гг. было зарегистрировано 68 и 117 случаев соответственно.

Основные результаты

- в большинстве участвующих стран и территорий охват иммунизацией достиг уровня 80%, однако в некоторых странах из-за социальных волнений или неопределенной ситуации с поставками вакцины результаты оказались не столь впечатляющими;
- в 1994 г. НДИ были успешно проведены в таких странах, как Исламская Республика Иран, Ливан, Пакистан, Сирийская Арабская Республика и Узбекистан;
- началось проведение эпиднадзора, однако эта работа нуждалась в значительной активизации;
- страны и территории, принимавшие участие в Операции МЕКАКАР, были полны решимости обеспечить проведение НДИ в марте-мае 1995 г.

Ключевые рекомендации

- должна быть обеспечена политическая поддержка НДИ в 1995, 1996 и 1997 гг.;
- работа по согласованию одного тура НДИ должна быть завершена накануне/к 7 апреля 1995 г.;
- странам следует заручиться твердыми обязательствами на самом высоком уровне в связи с проведением НДИ;
- следует предпринять особые усилия в целях обеспечения охвата мигрантов и других труднодоступных контингентов населения;
- в процессе организации НДИ должны быть задействованы все государственные и общественные структуры;
- особая роль отводится социальной мобилизации и эффективному привлечению средств массовой информации;

- своевременная подготовка отчетных данных в течение месяца после завершения второго тура.

ВТОРОЕ КООРДИНАЦИОННОЕ СОВЕЩАНИЕ ПО ОПЕРАЦИИ МЕКАКАР

Тегеран (Исламская Республика Иран), 27–28 сентября 1995 г.

Участники

От Восточно-Средиземноморского региона ВОЗ: Афганистан, Иордания, Ирак, Исламская Республика Иран, Ливан, Палестинская автономия, Сирийская Арабская Республика.
От Европейского региона ВОЗ: Азербайджан, Армения, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан.
Партнерские организации: «Ротари Интернэшнл ПолиоПлюс», ЮНИСЕФ, ВОЗ.

Ситуация к моменту проведения второго совещания

В большинстве стран-участниц в итоге проведения первых НДИ удалось заметно снизить заболеваемость полиомиелитом. Лишь в Турции и Пакистане регистрировалось значительное число эндемичных случаев заболевания, хотя Афганистану вообще не удалось представить точные документальные данные о заболеваемости. В Чечне (Российская Федерация) в результате отсутствия в течение определенного периода времени плановой иммунизации детского населения (что в дальнейшем привело к чрезвычайно низкому уровню охвата вакцинацией против полиомиелита) разразилась настоящая эпидемия полиомиелита, и в 1995 г. общее число зарегистрированных случаев составило 150.

Основные результаты

Национальные дни иммунизации:

- в первом туре Операции МЕКАКАР приняло участие 18 стран и территорий, и в марте-мае она успешно завершилась при высоком уровне охвата населения во всех принимавших участие странах и территориях (более 90%);
- на национальном уровне удалось изыскать дополнительные средства.

Заболеваемость полиомиелитом:

- в 1994 г. при отсутствии отчетных данных от таких стран, как Афганистан и Сомали, которые не смогли их представить, в 11 странах и территориях Восточно-Средиземноморского региона отмечались местные случаи полиомиелита. В странах и территориях Региона, принимавших участие в Операции МЕКАКАР, число зарегистрированных больных сократилось с 1985 случаев в 1993 г. до 691 случая в 1994 г.;

- в 11 странах Европейского региона регистрировались местные случаи заболевания при поступлении соответствующих данных из 74 административно-территориальных единиц по сравнению со 105 единицами в 1992 г.

Эпиднадзор за случаями заболевания острыми вялыми параличами:

- в 1994 г. в регионе Восточного Средиземноморья при общем показателе заболеваемости ОВП, не полиомиелитной этиологии, в пределах 0.49 вирусологическим обследованием было охвачено 74% случаев;
- полнота ежемесячной отчетности, поступающей по Европейскому региону, составила 90–96% при варьировании показателя заболеваемости ОВП не полиомиелитной этиологии, в диапазоне от 0.3 до 0.8 на 100 тыс. детей в странах МЕКАКАР.

Ключевые рекомендации

- продолжение практики организации НДИ в 1996 и 1997 гг., а в странах и территориях с интенсивным потоком мигрантов в приграничных районах – проведение НДИ, четко согласованных по срокам;
- акцент на организацию эффективного эпиднадзора;
- рассмотрение вопроса о целесообразности проведения «подчищающей» иммунизации на территориях высокого риска.

ТРЕТЬЕ КООРДИНАЦИОННОЕ СОВЕЩАНИЕ ПО ОПЕРАЦИИ МЕКАКАР

Ташкент (Узбекистан), 14–16 октября 1996 г.

Участники

От Восточно-Средиземноморского региона ВОЗ: Афганистан, Иордания, Ирак, Исламская Республика Иран, Ливан, Пакистан, Палестинская автономия, Сирийская Арабская Республика.

От Европейского региона ВОЗ: Азербайджан, Армения, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан.

Партнерские организации: БЕЙСИКС, ЦББ, МФККП, «Ротари Интернэшнл ПолиоПлюс», ЮНИСЕФ и ВОЗ.

Ситуация к моменту проведения третьего совещания

Успехи, достигнутые участвующими в Операции МЕКАКАР территориями, были очевидны благодаря заметному снижению заболеваемости полиомиелитом. Тем не менее, к западу от географических границ территорий стран МЕКАКАР возникла серьезная эпидемия в 1996 г. в Албании, где в общей сложности было зарегистрировано 138 случаев, 24 случая – в Федеративной Республике Югославии (в районе Косово,

где происходили серьезные гражданские волнения) и 5 случаев – в Греции. Массовая иммунизация, проведенная в ответ на такие вспышки заболеваемости, позволила поставить ситуацию под контроль в кратчайшие сроки. В Турции в тех районах, где ранее отмечались низкие уровни охвата плановой иммунизацией, по-прежнему регистрировались случаи заболевания полиомиелитом, при этом в Пакистане и Афганистане на фоне продолжающейся широкой распространенности эндемичного полиомиелита случаи заболеваний регистрировались на территориях, граничащих с Исламской Республикой Иран.

Основные результаты

Национальные дни иммунизации:

- в 1996 г. все страны и территории МЕКАКАР в обоих Регионах, в том числе и присоединившаяся к ним Российская Федерация, принимали участие в согласованных по срокам НДИ; в 1996 г. в таких странах, как Албания, Республика Молдова и Украина, не входящих в состав стран-участниц МЕКАКАР, также состоялись НДИ, а в Федеративной Республике Югославии – суб-НДИ.

Заболеваемость полиомиелитом:

- в регионе Восточного Средиземноморья в странах и территориях МЕКАКАР в 1995 г. было зарегистрировано 647 случаев;
- в 1995 г. 206 случаев заболевания полиомиелитом было зарегистрировано в Европейском регионе, причем 150 случаев из этого числа приходилось на Российскую Федерацию, и почти все они исключительно из Чечни;
- в 1996 г. вследствие эпидемии в Албании заболело 138 человек, а также были инфицированы отдельные контингенты населения в Федеративной Республике Югославии и Греции.

Эпиднадзор за случаями острых вялых параличей:

- в регионе Восточного Средиземноморья общий показатель заболеваемости ОВП, не полиомиелитной этиологии, увеличился с 0.49 в 1994 г. до 0.70 в 1995 г. и до 0.71 в 1996 г.;
- в 1995 г. данные о результатах эпиднадзора в Европейском регионе поступили из 19 стран;
- в Европейском регионе общий показатель заболеваемости ОВП, не полиомиелитной этиологии, на 100 тыс. детей составил 0.24 в 1995 г. и достиг 0.53 в 1996 г.

Ключевые рекомендации

- обязательство всех стран и территорий продолжить проведение в 1997 г. согласованных по срокам НДИ, за исключением Пакистана, который ввиду различий в сезонных колебаниях согласовывал сроки проведения своих НДИ с Индией;

Зал ожидания и прививочный кабинет в период проведения НДИ, Узбекистан, 1994 г.

- наиболее приоритетной задачей на 1997 г. являлось усиление эпиднадзора за ОВП, включая обеспечение соответствия его ключевым качественным показателям;
- «подчищающая» иммунизация в 1997 г. должна была строиться на основании данных эпиднадзора за ОВП и надзора за полиовирусами.

ЧЕТВЕРТОЕ КООРДИНАЦИОННОЕ СОВЕЩАНИЕ ПО ОПЕРАЦИИ МЕКАКАР

Рим (Италия), 20–22 октября 1997 г.

Участники

От Восточно-Средиземноморского региона ВОЗ: Афганистан, Иордания, Ирак, Исламская Республика Иран, Ливан, Пакистан, Палестинская автономия, Сирийская Арабская Республика.
От Европейского региона ВОЗ: Азербайджан, Армения, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан; группа стран, не входящих в МЕКАКАР: Албания, Босния и Герцеговина, Болгария, Греция, Италия, Республика Молдова, бывшая Югославская Республика Македония, Украина, Федеративная Республика Югославия.
Партнерские организации: БЕЙСИКС, ЦББ, ММК, «Ротари Интернэшнл ПолиоПлюс», ЮНИСЕФ, АМР США, ВОЗ.

Ситуация к моменту четвертого совещания

В Европейском регионе появилась надежда на прекращение циркуляции диких полиовирусов на период проведения самого совещания в 1997 г.: к этому моменту времени не было выявлено ни одного случая заболевания; однако позднее эти надежды не оправдались. По-прежнему сохранялись опасения по поводу «невидимой» (не выявленной) эндемичной передачи инфекции в ряде стран на территории тех районов, где в 1996 г. отмечались эпидемические вспышки. Положительные сдвиги в улучшении системы эпиднадзора в обоих Регионах были налицо, однако такие изменения носили ограниченный характер. «Подчищающая» иммунизация была проведена или планировалась в странах и территориях обоих Регионов, которые относились к высокому риску по все еще продолжающейся или трансграничной циркуляции диких полиовирусов.

Основные результаты

Национальные дни иммунизации:

- в 1995 г. в странах и территориях МЕКАКАР 55 млн. детей были двукратно вакцинированы ОПВ, причем был обеспечен охват в пределах 95% от

запланированного уровня; в 1996 г. 60 млн. детей были двукратно вакцинированы при ранее достигнутом охвате 95% от запланированного уровня;

- в 1997 г. в регионе Восточного Средиземноморья вакцинацию ОПВ прошли 44 млн. детей (с учетом проведения первых НДИ в Афганистане) при охвате свыше 95%. В Европейском регионе было иммунизировано 17 млн. детей при охвате 95%.

Заболеваемость полиомиелитом:

- в странах и территориях МЕКАКАР, входящих в состав Восточно-Средиземноморского региона, в 1996 г. было зарегистрировано 377 случаев заболевания полиомиелитом, что на 42% меньше, чем в 1995 г.;
- в 1996 г. в Европейских странах на территории 45 административно-территориальных единиц было зарегистрировано 192 случая заболевания полиомиелитом, причем 23 случая приходились на страны МЕКАКАР.

Эпиднадзор за случаями острых вялых параличей:

- в Восточно-Средиземноморском регионе показатели выявления ОВП, не полиомиелитной этиологии, составили более 1.0 в пяти странах и территориях МЕКАКАР при адекватных пробах стула, взятых в более 50% случаев во всех странах и территориях, за исключением Афганистана и Пакистана;
- общий показатель заболеваемости ОВП, не полиомиелитной этиологии, на 100 тыс. детей в Европейских странах в 1996 г. достиг 0.7, а в 1997 г. увеличился до 1.1 при адекватно собранных пробах фекалий в 79% случаев.

Ключевые рекомендации

- странам и территориям, принимающим участие в Операции МЕКАКАР, в основном следует продолжать практику организации НДИ в форме Операции МЕКАКАР Плюс, причем заниматься этим и в последующие годы, за исключением такой ситуации, при которой риск трансграничной передачи инфекции будет низким, охват плановой иммунизацией будет сохраняться на уровне более 90%, а эпиднадзор за ОВП будет достаточно чувствительным, обеспечивая показатель заболеваемости ОВП, не полиомиелитной этиологии, на уровне более 1 на 100 тыс. детского населения при своевременности сбора проб фекалий в $\geq$ 80% случаев;
- другим странам и территориям, где в последнее время был выделен дикий полиовирус, а охват плановой иммунизацией составил менее 90%, необходимо дополнительно провести суб-НДИ среди групп населения высокого риска, проживающего на территориях, граничащих с эндемичными по полиомиелиту странами;
- следует ввести еженедельную отчетность о каждом случае ОВП по специальной форме;
- система активного эпиднадзора должна быть организована в странах и территориях, которые еще не достигли приемлемых показателей качества эпиднадзора за ОВП по обращаемости.

ПЯТОЕ КООРДИНАЦИОННОЕ СОВЕЩАНИЕ ОПЕРАЦИИ МЕКАКАР ПЛЮС

Каир (Египет), 20–22 октября 1998 г.

Участники

От Восточно-Средиземноморского региона ВОЗ: Афганистан, Иордания, Исламская Республика Иран, Ливан, Пакистан, Палестинская автономия, Сирийская Арабская Республика.

От Европейского региона ВОЗ: Азербайджан, Армения, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан; группа стран, не входящих в МЕКАКАР: Албания, Украина, Федеративная Республика Югославия.

Партнерские организации: ЦББ, «Ротари Интернэшнл ПолиоПлюс», ЮНИСЕФ, АМР США, ВОЗ.

Ситуация к моменту пятого совещания

Во многих странах и территориях были достигнуты большие успехи в плане ограничения циркуляции полиовирусов и совершенствования эпиднадзора за ОВП. Тем не менее, несмотря на предпринятую «подчищающую» иммунизацию в 1997 г. и НДИ в 1998 г. непрекращающаяся передача инфекции в Турции указывала на наличие проблем с качеством проводимых мероприятий. Результаты анализа генома недавних изолятов полиовирусов свидетельствовали о том, что дополнительные мероприятия по иммунизации привели к уменьшению генетического разнообразия выделяемых изолятов. Это служит основанием для продолжения согласованной работы в обоих регионах. Положительные сдвиги в уровне качества эпиднадзора за ОВП в предыдущем году оказались недостаточными, чтобы можно было располагать данными о размере территорий обоих регионов, где отсутствует циркуляция полиовирусов.

Основные результаты

Национальные дни иммунизации:

- в 1997–1998 гг. во всех странах и территориях Восточно-Средиземноморского региона, за исключением Кипра, проводились НДИ в 2 тура, в том числе в Афганистане. Для получения максимального эффекта от этих мероприятий вопросы организации и синхронизации проведения НДИ были предметом обсуждения с участием нескольких групп соседних стран и территорий. Уровень охвата плановой иммунизацией повысился до 82%;
- в Европейском регионе охват вакцинацией ОПВ3 в целом оставался на уровне более 90%. Весной 1998 г. состоялись НДИ и суб-НДИ с охватом на уровне 95%.

Введение вакцины во время НДИ, Иран, 1995 г.

Одна из бригад, работавших на периферии во время НДИ, Афганистан, 2000 г.

Явное желание участвовать в НДИ, Ирак, 1995 г.

Заболеваемость полиомиелитом:

- в странах и территориях МЕКАКАР, входящих в состав Восточно-Средиземноморского региона, в 1997 и 1998 гг. было зарегистрировано 1213 и 441 случай заболевания полиомиелитом соответственно;
- в 1997 г. в Европейском регионе было зафиксировано 7 случаев полиомиелита – самое низкое число случаев за всю историю, тогда как окончательное число заболевших полиомиелитом в 1998 г. составило 26, причем все без исключения случаи приходились на Турцию (из них 24 случая заболевания полиомиелитом, вызванных полиовирусом типа 1, и 2 случая, вызванных вирусом типа 2 были связаны с вирусами, выделенными ранее в Турции и соседних с нею странах).

Эпиднадзор за случаями острых вялых параличей:

- в Восточно-Средиземноморском регионе показатели выявления ОВП неполиомиелитной этиологии, были больше 1.0 в шести из восьми странах и территориях МЕКАКАР при взятии адекватных проб стула в случае не менее 50% заболевших во всех странах и территориях, включая Афганистан;
- в 1997 г. в европейских странах показатель заболеваемости ОВП неполиомиелитной этиологии на 100 тыс. детей достиг 1.12 с адекватными пробами фекалий в 69% случаев.

Ключевые рекомендации

- всем странам и территориям МЕКАКАР Восточно-Средиземноморского региона настоятельно рекомендовали провести в 1999 г. НДИ на качественно высоком уровне;
- европейским странам, принимающим участие в Операции МЕКАКАР, предложено продолжить практику организации НДИ в 1999 г., за исключением такой ситуации, при которой риск трансграничного завоза инфекции будет низким, охват плановой иммунизацией составит более 90%, а эпиднадзор за ОВП будет достаточно чувствительным, обеспечивая показатель заболеваемости ОВП на уровне более 1 на 100 тыс. детского населения, своевременность сбора проб фекалий окажется $\geq$ 80% случаев при отсутствии циркуляции диких полиовирусов в течение нескольких лет;
- в 1999 г. мероприятия по подчистке следует продолжать на территориях высокого риска, т.е. там, где недавно был выделен дикий полиовирус, уровень охвата оказывался ниже 90%, а также в районах, граничащих с эндемичными по полиомиелиту странами, и среди групп населения высокого риска. Следует продолжать усилия по координации соответствующих мероприятий в сопредельных территориях;
- следует продолжить практику еженедельной отчетности о всех случаях заболевания ОВП по специальной форме;

- активный эпиднадзор следует реализовать во всех лечебно-профилактических учреждениях, где высока вероятность выявления случаев ОВП, а также необходимо обеспечить дальнейшее усиление национальной лабораторной сети и всего комплекса мероприятий по эпиднадзору за ОВП;
- Операцию МЕКАКАР Плюс следует продолжить как минимум до конца 2000 г.

ШЕСТОЕ КООРДИНАЦИОННОЕ СОВЕЩАНИЕ ПО ОПЕРАЦИИ МЕКАКАР ПЛЮС

Анкара (Турция), 20–22 октября 1999 г.

Участники

От Восточно-Средиземноморского региона ВОЗ: Афганистан, Иордания, Исламская Республика Иран, Ливан, Палестинская автономия, Сирийская Арабская Республика.
От Европейского региона ВОЗ: Азербайджан, Армения, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан; группа стран, не входящих в МЕКАКАР: Украина, Федеративная Республика Югославия.
Партнерские организации: ЦББ, Японское агентство по международному сотрудничеству, «Ротари Интернэшнл ПолиоПлюс», АМР США, ЮНИСЕФ и ВОЗ.

Ситуация к моменту шестого совещания

В Европейском регионе последний случай полиомиелита, ассоциированный с диким полиовирусом, был выявлен более 10 месяцев назад 26 ноября 1998 г. в юго-восточной части Турции. В итоге последующих мероприятий по эпиднадзору за ОВП, благодаря которым был достигнут показатель частоты ОВП неполиомиелитной этиологии почти равный 1 на 100 тыс. детей, не удалось выявить каких-либо других заболеваний, вызванных диким полиовирусом. В Афганистане и Пакистане по-прежнему регистрировалось значительное число случаев полиомиелита. Большая эпидемия возникла в Ираке, где на 20 октября 1999 г. было выявлено 50 случаев заболевания полиомиелитом, вызванных вирусом типа 1 с высоким процентом гомологии с вирусами, вызвавшими предшествующие случаи заболевания в Ираке и соседних с ним странах. Примечательно то, что теперь система эпиднадзора за ОВП приобрела устойчивый характер во всех странах и территориях.

Основные результаты

Национальные дни иммунизации:

- после двухлетнего перерыва дополнительные туры мероприятий по иммунизации были проведены в северных районах Афганистана;

- НДИ были проведены в семи странах Европейского региона, а также в тех странах этого Региона, где это считалось целесообразным ввиду продолжающейся циркуляции полиовирусов или же непосредственной близости к странам, где выявлялись случаи инфицирования.

Заболеваемость полиомиелитом:

- в 1999 г. в Европейском регионе случаи полиомиелита, вызванные диким полиовирусом, выявлены не были;
- по состоянию на 20 октября в Восточно-Средиземноморском регионе было зарегистрировано 355 случаев, в том числе в Пакистане – 234; в Афганистане – 55; в Ираке – 50; и в Исламской Республике Иран – 3 (2 случая были явно связаны с прямым завозом инфекции [у лица, заразившегося за пределами своей страны] и третий случай - первое заражение от еще одного завозного больного полиомиелитом из Афганистана).

Эпиднадзор за случаями острых вялых параличей:

- в 1999 г. в Восточно-Средиземноморском регионе суммарный показатель заболеваемости ОВП не полиомиелитной этиологии составил 1 на 100 тыс. детей;
- проблемы, связанные с обработкой, хранением и транспортировкой проб фекалий, не позволили получить точное вирусологическое подтверждение по случаям заболеваний, имевшим место в Ираке в предшествующие месяцы;
- в странах Европейского региона, эндемичных в недалеком прошлом, суммарный показатель уровня ОВП не полиомиелитной этиологии равнялся 1.51 на 100 тыс. детей в 1997 г., 1.13 – в 1998 г. и 0.8 – на конец октября 1999 г. В 1999 г. удовлетворительный сбор проб фекалий составил 85%.

Ключевые рекомендации

- следует продолжать практику координации мероприятий в рамках Операции МЕКАКАР Плюс. В 2000 г. следует запланировать два координационных совещания по координации деятельности в приграничных районах и совещание по всей Операции МЕКАКАР Плюс в 2001 г.;
- ЮНИСЕФ и ВОЗ следует разработать региональные планы распространения информации и ведения разъяснительной работы;
- странам и территориям, эндемичным по полиомиелиту в настоящее время и в недалеком прошлом, следует принять окончательный вариант планов действий по акселерации усилий;
- дополнительные мероприятия по массовой иммунизации следует продолжать во всех странах и территориях, от которых в настоящее время поступает информация об эндемичных случаях полиомиелита, а также в Турции и странах, граничащих с Афганистаном;

- эпиднадзор за ОВП следует усилить в обоих Регионах, уделяя особое внимание активному эпиднадзору и «молчащим» территориям;
- все изоляты поливирусов следует направлять на внутритиповую дифференциацию, а там, где это необходимо, – на определение последовательности генома для выявления особенностей продолжающейся циркуляции вируса;
- в кратчайшие сроки следует подготовить региональные планы действий для обеспечения безопасного хранения полиовирусов в лабораториях.

В 2000 г. координационное совещание не проводилось.

НАЦИОНАЛЬНЫЕ СЛУЖБЫ ПЛАНОВОЙ ИММУНИЗАЦИИ

НДИ всегда рассматривались в качестве дополнительной меры, гарантирующей высокую эффективность работы служб плановой иммунизации, благодаря которым все дети прививаются в строгом соответствии с календарем прививок. При этом никогда не ставилась задача вакцинации против полиомиелита путем использования ОПВ лишь в рамках прививочных кампаний, хотя и подразумевалось, что такие кампании, по-видимому, обеспечат доступность детского населения и сообществ, обслуживание которых оказывается неполным в итоге проведения плановых мероприятий.

Регион Восточного Средиземноморья	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Афганистан	ОД	ОД	ОД	31	45	34	32
Исламская Республика Иран	99	96	98	97	100	100	100
Ирак	88	87	91	95	92	86	89
Иордания	94	96	99	100	98	91	85
Ливан	87	92	94	94	92	96	94
Пакистан	74	65	57	77	74	79	80
Сирийская Арабская Республика	90	89	92	96	95	97	97
Самоуправляемые террит. Палестины	94	94	96	96	96	98	89
Европейский регион							
Армения	92	92	93	98	95	96	97
Азербайджан	94	95	98	97	98	98	99
Болгария	97	94	97	95	96	96	96
Грузия	81	82	81	93	98	95	98
Казахстан	69	75	94	98	100	100	100
Кыргызстан	69	83	96	94	99	97	99
Российская Федерация	82	88	92	97	91	94	97
Таджикистан	77	92	81	89	92	94	96
Турция	76	81	67[1]	83	79	81	79
Туркменистан	87	87	94	88	99	99	98
Узбекистан	46	75	99	97	98	99	99

Таблица 1.
Охват плановой иммунизацией по данным административного мониторинга: процент детей, получивших три дозы ОПВ на первом году жизни в странах и территориях, принимавших участие в Операции МЕКАКАР, 1993–1999 гг.

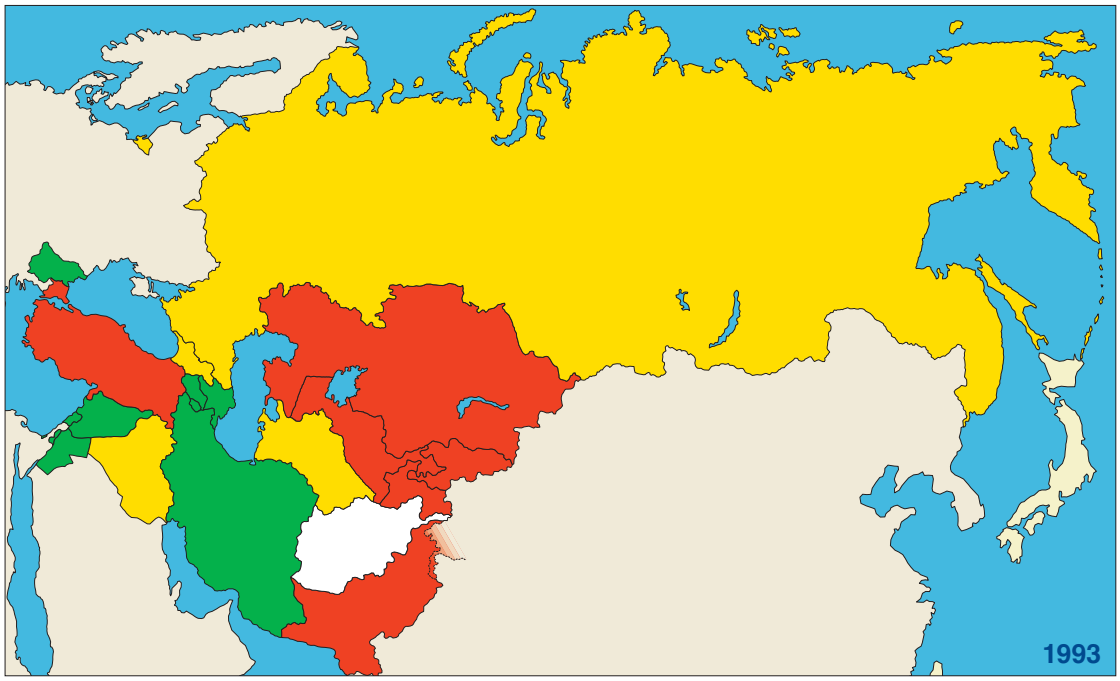
[1] Падение уровня охвата ОПВ3 в Турции в 1995 г. по причине дефицита вакцины АКДС и последующего сбоя в проведении плановой вакцинации.

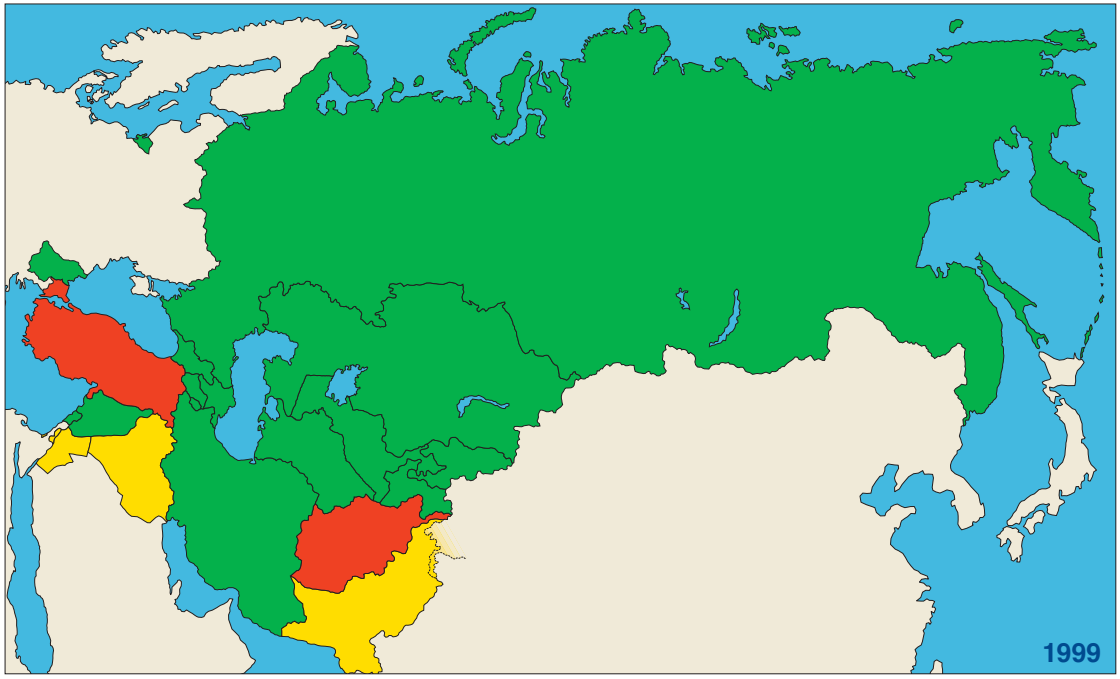
За первые три года проведения Операции МЕКАКАР, равно как и в последующие годы, в большинстве стран и территорий охват плановой иммунизацией существенно возрос

Рис. 2.
Отчетные данные об уровнях охвата плановой иммунизацией на основании мониторинга ситуации в административных территориях: процент детей в возрасте до одного года, получивших три прививки ОПВ в странах и территориях, которые принимали участие в Операции МЕКАКАР в 1993 и 1999 гг.

Уровни охвата

- <80%
- 80–89%
- ≥90%
- я Отсутствие данных





(табл. 1, рис. 2). Представляется очевидным, что несмотря на то, что такой рост имел место в период консолидации и укрепления программ иммунизации странами бывшего Советского Союза, введение в практику согласованных НДИ не оказало отрицательного воздействия на результативность служб плановой иммунизации, а в большинстве территорий, судя по всему, благотворно сказалось на состоянии таких служб.

Ведение учета и мониторинг плановой иммунизации в одном из районов Курган-Тюбе, Таджикистан, 2000 г.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ИММУНИЗАЦИИ В РАМКАХ ОПЕРАЦИИ МЕКАКАР

ПЛАНИРОВАНИЕ НАЦИОНАЛЬНЫХ ДНЕЙ ИММУНИЗАЦИИ

В 1995, 1996 и 1997 гг. по линии Операции МЕКАКАР и Операции МЕКАКАР Плюс во всех странах и территориях МЕКАКАР была обеспечена координация мероприятий по проведению согласованных по срокам НДИ; в период с 1998 по 2000 гг. НДИ или суб-НДИ были проведены в отобранной группе стран и территорий.

В марте-мае 1995 г. НДИ были организованы в 18 участвующих странах и территориях. В целях достижения успеха планирование мероприятий основывалось на принципах, разработанных в ходе первого координационного совещания, проходившего в январе 1995 г. в Анкаре. Эти принципы заключаются в следующем:

- достижение политической поддержки и консенсуса на высоком уровне;
- создание гарантий для выделения адекватных ресурсов;
- тщательный процесс планирования задолго до проведения самих НДИ;
- вовлечение частного сектора, НПО, религиозных деятелей и лидеров других объединений;
- точная оценка размера целевых групп населения;
- создание «каскадного эффекта», когда на каждой ступени предусмотрены соответствующие структуры и четкое распределение обязанностией;
- составление типового графика;
- обеспечение надежной материально-технической поддержки;
- применение эффективных методик социальной мобилизации;
- проведение конкретной подготовки для работы с «особыми» группами населения;
- обеспечение контроля исполнения на каждом уровне;
- создание условий для эффективной и качественной работы на прививочных пунктах;
- составление плана оценки практической деятельности.

Названные принципы использовались при планировании НДИ на каждый последующий год. Полученные результаты позволяют сделать вывод об эффективности этих принципов с точки зрения создания гарантий для успешного проведения НДИ в странах и непосредственно Операции МЕКАКАР.

УЧАСТНИКИ ОПЕРАЦИИ МЕКАКАР/МЕКАКАР ПЛЮС

В период 1995–2000 гг. следующие страны и территории неоднократно проводили у себя ежегодные НДИ или суб-НДИ:

Восточно-Средиземноморский регион

- Афганистан
- Исламская Республика Иран
- Ирак
- Иордания
- Ливан
- Пакистан
- Сирийская Арабская Республика
- Самоуправляемые территории Палестины

Европейский регион

- Армения
- Азербайджан
- Грузия
- Казахстан
- Кыргызстан
- Российская Федерация
- Таджикистан
- Турция
- Туркменистан
- Узбекистан

В других частях Восточно-Средиземноморского региона НДИ проводились в таких странах, как Бахрейн, Египет, Катар, Кувейт, Марокко, Объединенные Арабские Эмираты, Оман, Саудовская Аравия, Судан и Тунис. Вместе с тем, эти прививочные кампании не согласовывались по срокам с другими кампаниями в рамках Операции МЕКАКАР.

В Европейском регионе официальные власти Болгарии провели два тура НДИ в рамках операции МЕКАКАР только в 1995 г., в первую очередь рассчитывая улучшить охват прививками групп национальных меньшинств. В 1996 г. Российская Федерация стала участницей Операции МЕКАКАР. Все остальные вышеперечисленные страны продолжали проведение согласованных по срокам НДИ в 1996, 1997 и 1998 гг. (суб-НДИ проводились в Казахстане и Кыргызстане). Мероприятия более ограниченного масштаба проводились и в последующие годы; однако Таджикистан, Туркменистан, Турция и Узбекистан продолжали массовые прививки в полном объеме.

Серия дополнительных мероприятий по иммунизации была проведена в странах Европейского региона в годы осуществления Операции МЕКАКАР (рис. 3). В 1996 г. во время НДИ Албания, Республика Молдова и Украина провели НДИ иммунизируя

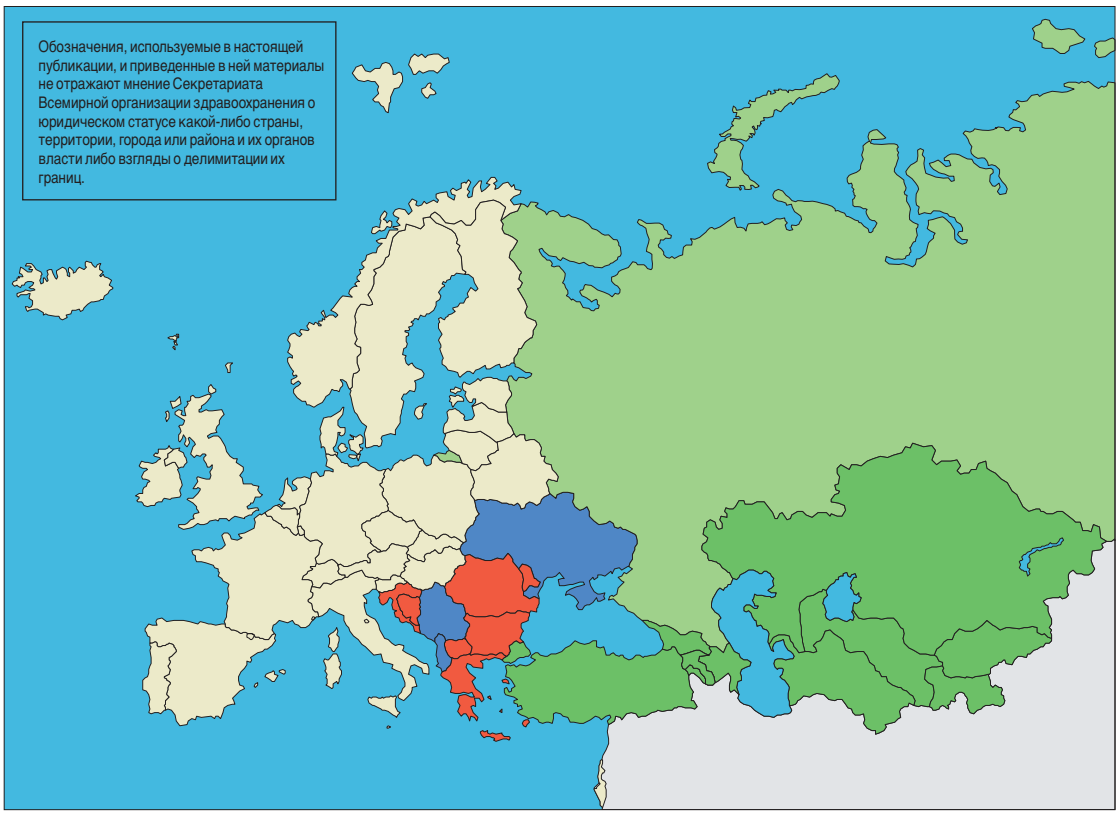


Рис. 3.
Страны Европейского региона ВОЗ, принимавшие участие в Операции МЕКАКАР/ МЕКАКАР Плюс или проводившие другие дополнительные мероприятия по иммунизации, 1995-2000 гг.

Дополнительная иммунизация
- Основные страны МЕКАКАР, участвовавшие в операции 1995–1997 гг. +
- Российская Федерация, 1996 г. +
- МЕКАКАР Плюс, 1998–2000 гг.
- Другие дополнительные мероприятия по

детей до 5 лет, тогда как Румыния провела свои суб-НДИ в несколько этапов. Туры дополнительной иммунизации в Молдове, Румынии и Украине были согласованы по срокам. Позднее в этом же году в Албании была организована массовая иммунизация в ответ на эпидемическую вспышку, причем оба тура проводились с охватом населения до 50 лет (при этом охват составлял более 85% от запланированного уровня). Более того, из-за вспышки в 1996 г. в Албании (138 случаев), Греции (5 случаев) и Федеративной Республики Югославии (24 случая) в таких странах, как Босния и Герцеговина, Хорватия (Восточная Славония) и бывшая Югославская Республика Македония, проводились туры НДИ в 1996-1997 гг.; Греция и Италия обеспечили охват иммунизацией такой труднодоступной части населения, как цыгане, а Югославия провела суб-НДИ среди многочисленной целевой группы детей школьного возраста. В 1997 г. в Албании и Югославии также состоялись повторные НДИ/ суб-НДИ. В 1998 г. очередные НДИ были проведены в Албании и Украине, а суб-НДИ – в Югославии. Представители этих трех стран принимали участие в координационных совещаниях, которые состоялись в 1997-1999 гг. в рамках Операции МЕКАКАР Плюс. Греции в 1998 г. не удалось провести

Таблица 2.
Сроки проведения дополнительных мероприятий по иммунизации в странах и территориях МЕКАКАР, 1995-2000 гг.

		Регион Восточного Средиземноморья								Европейский регион									
		Афганистан	Исламская Респ. Иран	Ирак	Иордания	Ливан	Пакистан	Сирийская Арабская Респ.	Самоуправляемые террит. Палестины	Армения	Азербайджан	Грузия	Казахстан	Кыргызстан	Российская Федерация	Таджикистан	Турция	Туркменистан	Узбекистан
1995 г.	Январь																		
	Февраль																		
	Март			N1	N1	N1		N1			N1								
	Апрель	N1	N1	N2	N2	N2	N1	N2	N1	N1	N2	N1	N1	N1		N1	N1	N1	N1
	Май		N2				N2		N2	N2		N2	N2	N2		N2	N2	N2	N2
	Июнь	N2																	
	Июль																		
	Август																		
	Сентябрь																		
	Октябрь																		
	Ноябрь																		
	Декабрь						N1												
1996 г.	Январь						N2												
	Февраль																		
	Март			N1		N1		N1			N1		N1		N1				
	Апрель			N2		N2		N2	N1	N1	N2	N1	N2	N1	N2	N1	N1	N1	N1
	Май		N1		N1				N2	N2		N2		N2		N2	N2	N2	N2
	Июнь	N1	N2		N2														
	Июль	N2																	
	Август																		
	Сентябрь																		
	Октябрь										SN1							SN1	SN1
	Ноябрь									SN1								SN2	SN2
	Декабрь						N1			SN2									
1997 г.	Январь						N2												
	Февраль					N1		N1											
	Март			SN1	N1	N2		N2			N1		N1			N1			
	Апрель	N1	N1	SN2	N2					N1	N2	N1	N2	N1	N1	N2	N1	N1	N1
	Май	N2	N2						N1	N2		N2		N2	N2		N2	N2	N2
	Июнь								N2										
	Июль																		
	Август																		
	Сентябрь																		
	Октябрь		M1										SN1	SN1			M1		SN1
	Ноябрь		M2	SN1						SN1	SN1		SN2	SN2		SN1	M2	SN1	SN2
	Декабрь		M1	SN2			N1			SN2	SN2					SN2		SN2	

		Регион Восточного Средиземноморья								Европейский регион									
		Афганистан	Исламская Респ. Иран	Ирак	Иордания	Ливан	Пакистан	Сирийская Арабская Респ.	Самоуправляемые террит. Палестины	Армения	Азербайджан	Грузия	Казахстан	Кыргызстан	Российская Федерация	Таджикистан	Турция	Туркменистан	Узбекистан
1998 г.	Январь																		
	Февраль	SN1	M2				N2												
	Март	SN2	N1	N1	N1	N1		N1	N1		N1		SN1		N1	N1			
	Апрель		N2	N2	N2	N2	SN1	N2		N1	N2	N1	SN2	SN1	N2	N2	N1	N1	N1
	Май	N1					SN2		N2	N2		N2		SN2			N2	N2	N2
	Июнь	N2	M1																
	Июль																		
	Август																		
	Сентябрь																		
	Октябрь		M1	SN1				N1		SN1	SN1					SN1	M1	SN1	SN1
	Ноябрь		M2	SN2				N2		SN2	SN2					SN2	M2	SN2	SN2
	Декабрь	SN1	M1				N1												
1999 г.	Январь	SN2	SN1				N2												
	Февраль		SN2																
	Март			N1	N1	N1					N1		SN1			N1			
	Апрель		M1	N2	N2	N2	SN1			N1	N2	SN1	SN2		N1	N2	N1	N1	N1
	Май	N1	M2				SN2			NA2		SN2			N2		N2	N2	N2
	Июнь	N2																	
	Июль																		
	Август	M1																	
	Сентябрь	M2																	
	Октябрь	N1	M1	SN1			N1		N1	SN1				SN1	SN1	SN1	M1	SN1	SN1
	Ноябрь	N2	M2	SN2			N2/CB1		N2	SN2	SN1			SN2	SN2	SN2	M2	SN2	SN2
	Декабрь						CB2				SN2								
2000 г.	Январь																		
	Февраль																		
	Март			N1	N1	N1	PN	N1	M1		N1			SN1		N1			
	Апрель		M1	N2	N2	N2	PN/CB1	N2	M2	SN1	N2			SN2	SN1		N1	N1	N1
	Май	N1					PN/CB1			SN2					SN2	N2	N2	N2	N2
	Июнь	N2	M2	SN1			PN/CB2												
	Июль						CB2												
	Август	SN1		SN2															
	Сентябрь	SN2						M1											
	Октябрь	N1	SN1				N1	M1			SN1	M1				SN1	M1	SN1	SN1
	Ноябрь	N2	SN2	N1			N2	M2			SN2	M2				SN2	M2	SN2	SN2
	Декабрь			N2															

N1: Национальные дни иммунизации, 1-й тур
N2: Национальные дни иммунизации, 2-й тур
SN1: Субнациональные дни иммунизации, 1-й тур
SN2: Субнациональные дни иммунизации, 2-й тур
M1: «Подчищающая» иммунизация, 1-й тур
M2: «Подчищающая» иммунизация, 2-й тур
CB: Приграничная иммунизация; прочие приграничные мероприятия по иммунизации в ограниченном масштабе, проводимые параллельно с соответствующими мероприятиями в соседних странах и территориях
CB1: Приграничная иммунизация, 1-й тур
CB2: Приграничная иммунизация, 2-й тур
PN: Поэтапные национальные дни иммунизации, постепенно проводимые на всей территории Пакистана в два тура из-за нехватки вакцины и несвоевременности ее поставок

Допускается проведение туров в рамках суб-НДИ и мероприятий по подчистке на разных территориях; пронумерованные в этой таблице туры соответствуют определенной территории

НДИ, состоявшиеся в Афганистане в 1995 и 1996 гг., представляли собой прививочные кампании с введением поливалентной вакцины без охвата всей территории страны

Более подробная информация приводится в тексте

свои НДИ в полном объеме. В 1999 г. практика организации суб-НДИ продолжалась в бывшей Югославской Республике Македонии, а в 1999 и 2000 гг. – в Боснии и Герцеговине.

СИНХРОНИЗАЦИЯ НДИ И СЕЗОННЫЙ КАЛЕНДАРЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ИММУНИЗАЦИИ

Несмотря на проведение НДИ в согласованные сроки в сезон низкой циркуляции полиовирусов, их конкретные даты в разных странах и территориях не совпадали между собой. Пакистан, входящий в состав региона Восточного Средиземноморья, впоследствии согласовывал сроки проведения своих НДИ со сроками их проведения в Индии, тогда как Сирийская Арабская Республика и Ливан проводили свои НДИ в феврале и марте 1997 г. Тем не менее, оба тура во всех странах Европейского региона по своим срокам состоялись в период трех месяцев – в марте, апреле или мае. Кроме того, в 1997–2000 гг. согласованные по срокам осенние дополнительные прививочные кампании были проведены во многих странах и территориях. В табл. 2 приводится сезонный календарь и масштабы проведения дополнительных мероприятий по иммунизации во всех странах и территориях МЕКАКАР за период 1995–2000 гг.

ДЕТИ, ВАКЦИНИРОВАННЫЕ В ПЕРИОД ПРОВЕДЕНИЯ НДИ И СУБ-НДИ

В 1995 г. в период первых туров НДИ в рамках Операции МЕКАКАР 55 млн. детей моложе 5 лет получили 2 дозы ОПВ, причем охват составил >95% от целевой группы детского населения.

В ходе НДИ весной 1996 и 1997 гг. все страны и территории повторили это высокое достижение, обеспечив ежегодное введение как минимум двух дополнительных доз вакцин не менее 60 млн. детей. За годы осуществления Операции МЕКАКАР и МЕКАКАР Плюс наряду с некоторыми странами МЕКАКАР, входящими в состав Европейского региона и пересмотревшими возрастной состав групп, подлежащих прививкам во время весенних кампаний, большинство других стран и территорий изменили возрастной состав целевой группы населения. Численность в целевых группах детей, подлежащих вакцинации во время проведения весенних и осенних НДИ и суб-НДИ в период 1995-2000 гг., а также достигнутые уровни охвата подробно представлены в табл. 3, из которой видно, как менялся возрастной состав целевой группы по странам и по годам.

ПРИГРАНИЧНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ И «ПОДЧИЩАЮЩАЯ» ИММУНИЗАЦИЯ

Под приграничной иммунизацией подразумеваются дополнительные туры иммунизации, проведение которых в приграничных районах координируется между

странами. Чтобы добиться прекращения циркуляции диких полиовирусов, большое внимание уделялось не только проведению весенних НДИ, которые обеспечивали вакцинацию восприимчивой части детского населения и сужали географические границы распространения диких полиовирусов, но и принятию более активных мер с привязкой к конкретной местности, где в результате предпринятых усилий циркуляция диких полиовирусов носила ограниченный характер. Такой подход к иммунизации с особым упором на определенные районы при вакцинации каждого ребенка в процессе подворных обходов бригадами специалистов по иммунизации носит название «подчистки». Начиная с 1997 г. «подчищающие» мероприятия были запланированы для проведения в нескольких приграничных районах, и многим из них предшествовали координационные совещания по иммунизации на сопредельных территориях. В период проведения НДИ и суб-НДИ нередко осуществлялись интенсивные «подчищающие» мероприятия на территориях и среди населения высокого риска, как правило, с привлечением мобильных бригад, занимающихся подворной вакцинацией. Страны и территории контролировали периодичность получения детьми первой дозы ОПВ в ходе проведения «подчищающих» кампаний («детей с нулевой дозой»). Ввиду отсутствия исчерпывающих данных о конкретной численности населения процент доз, полученных «детьми с нулевой дозой», если он оказывался низким, считался более надежным показателем достигнутого успеха, нежели данные ориентировочного охвата; помимо этого, многие страны и территории контролировали уровни охвата путем проведения выборочных опросов, которые не были статистически значимыми, среди родителей в районах с максимальным риском сразу по завершению прививочных кампаний.

СОВЕЩАНИЯ С УЧАСТИЕМ КЛЮЧЕВЫХ СТРАН ПО КООРДИНАЦИИ ДЕЙСТВИЙ В ПРИГРАНИЧНЫХ РАЙОНАХ

Несмотря на то, что отдельные координационные совещания по эпиднадзору за ликвидацией полиомиелита состоялись в сентябре 1994 г. и в марте 1996 г. с участием представителей Турции и шести стран МЕКАКАР из Восточно-Средиземноморского региона, на специальной неформальной консультативной встрече, проведенной в январе 1997 г., Региональные директора Восточно-Средиземноморского и Европейского регионов пришли к заключению о том, что дальнейший прогресс в реализации Операции МЕКАКАР потребует проведения особых «подчищающих» прививочных кампаний. В конце 1997 г. стало ясно, что для дополнительной координации этих мероприятий оптимальным представляется организация конкретных совещаний с участием ключевых стран, что обеспечит более тесную координацию усилий и обмен полученными результатами. В связи с важнейшей ролью, которую сыграли координационные совещания по Операции МЕКАКАР в приграничных районах при детальном планировании каждого мероприятия, ниже приводится краткая информация

Таблица 3.
Целевая группа населения (тысяч человек)[1] и уровни охвата прививками[2], достигнутые в результате дополнительных мероприятий по иммунизации в рамках Операции МЕКАКАР за период 1995–2000 гг.

			1995		1996		1997		1998		1999		2000	
			Целевая группа населения	Охват, %	Целевая группа населения	Охват, %	Целевая группа населения	Охват, %	Целевая группа населения	Охват, %	Целевая группа населения	Охват, %	Целевая группа населения	Охват, %
Регион Восточного Средиземноморья	НДИ	Афганистан	2732	90	3076	88	4190	89	4189	76	4346	92	4985	104
		Исламская Республика Иран	7373	101	7690	99	7254	102	6815	104				
		Ирак[3]	4157	93	3866	95	3228	96	3748	96	3925	96	3835	102
		Иордания	678	102	659	105	682	106	705	94	729	92	753	93
		Ливан	375	94	370	97	375	88	375	94	375	97	375	97
		Пакистан	21445	98	22438	104	23993	102	24708	103	24965	105	27372	97
		Сирийская Арабская Республика	2852	102	2944	101	3032	101	3087[4]	101			3165	101
		Самоуправляемые террит. Палестины	460	102	456	106	480	107	472	97	520	90		
		Промежуточный итог по Региону	*40072*		*41499*		*43234*		*44099*		*34860*		*40485*	
	Суб-НДИ и «подчищающая» иммунизация	Афганистан							192	97	147	135		
		Исламская Республика Иран					210	95	865	102	2304	100	631	
		Ирак					549	64	1728	98	528	99	2617	
		Пакистан							1896	108	11159	111		
		Самоуправляемые террит. Палестины											41	95
		Промежуточный итог по Региону					*759*		*4681*		*15585*		*3289*	
		Итого по Региону	**40072**		**41499**		**43993**		**48780**		**50445**		**43774**	
Европейский регион	НДИ	Армения	361	97	307	94	191	95	177	98	162	98		
		Азербайджан	839	98	656	98	575	98	544	99	509	98		
		Грузия	385	96	333	93	294	94	157	95				
		Казахстан	1280	99	1118	99	1019	99						
		Кыргызстан	560	99	443	99	432	98						
		Российская Федерация			3756	99	3742	99	3630	99	3490	99		
		Таджикистан	918	99	893	97	870	97	701	97	688	99	686	99
		Турция	6800	94	6790	95	6767	96	6780	94	6648	93	6648	93
		Туркменистан	620	99	468	99	499	99	465	99	407	99	390	100
		Узбекистан	3091	97	2443	98	2454	99	2368	99	2351	100	2146	99
		Промежуточный итог по Региону	*14854*		*17207*		*16843*		*14822*		*14255*		*9870*	
	Суб-НДИ и «подчищающая» иммунизация	Армения			62	94	72	59	104	95	108	98	106	98
		Азербайджан			52	98	24	97	90	99	91	99	91	99
		Грузия									19	95	2	90
		Казахстан					110	98	427	98	409	98		
		Кыргызстан					256	97	166	98	156	99	39	99
		Российская Федерация0									1340	99	1005	100
		Таджикистан					306	99	366	99	367	98	365	99
		Турция					2039	84	1107	84	1917	85	1647	82
		Туркменистан			150	98	118	99	120	100	137	100	134	100
		Узбекистан			1138	99	1141	99	1121	100	309	99	442	100
		Промежуточный итог по Региону			*1402*		*4066*		*3501*		*4853*		*3831*	
		Итого по Региону	**14854**		**18609**		**20909**		**18323**		**19108**		**13701**	

[1] В 1995 г. во всех участвующих странах и территориях целевую группу населения составляли дети <5 лет (или старше), и в последующие годы такая группа <5 лет оставалась неизменной в странах и территориях МЕКАКАР от Региона Восточного Средиземноморья, а также в Турции; в других же странах-участницах МЕКАКАР из Европейского региона в целевую группу в период 1996-1998 гг. входили дети <4 лет (в Российской Федерации, за исключением территорий Северного Кавказа, в целевую группу были включены дети <3 лет).

[2] Процент вакцинации целевой группы детского населения – средний по результатам проведения двух туров; охват свыше 100% свидетельствует о проблемах, возникших вследствие определения конкретной численности целевых групп населения, и/или говорит о том, что среди вакцинированных оказались дети более старших возрастов.

[3] В 1997 г. в северных провинциях Ирака по итогам двух туров охват составил 81 и 78%, а в 1998 г в результате первого тура – 83%; впоследствии результаты вакцинации в этих территориях были учтены в общей статистике по стране.

[4] В Сирии в октябре и ноябре 1998 г. в рамках НДИ было охвачено 6 млн. 700 тыс. детей в возрасте от 2 мес. до 14 лет.

по этим совещаниям в порядке проведения последних. Помимо совещаний такого рода состоялись дополнительные встречи с участием сотрудников ВОЗ и руководителей программ иммунизации в Республиках Центральной Азии с целью оказать помощь в более полном обеспечении вакцинами для проведения дополнительных мероприятий по иммунизации на севере Афганистана осенью 1998 г. и в 2000 г.

Первое координационное совещание по профилактике заноса диких полиовирусов в приграничные районы между Исламской Республикой Иран, Ираком, Сирийской Арабской Республикой и Турцией
Александрия (Египет), 3–4 мая 1998 г.

Участники
От Восточно-Средиземноморского региона ВОЗ: Ирак, Исламская Республика Иран, Сирийская Арабская Республика.
От Европейского региона ВОЗ: Турция.
Партнерские организации: ЦББ, ЮНИСЕФ, ВОЗ.

Ситуация к моменту проведения первого совещания
Несмотря на то, что начиная с 1995 г. в течение всего срока реализации Операции МЕКАКАР во всех странах и территориях проводились весенние НДИ, а в 1997 г. осенние суб-НДИ/«подчищающие» мероприятия были организованы в юго-восточных районах Турции и в приграничных территориях с Исламской Республикой Иран, Ираком и Сирийской Арабской Республикой, имелись все основания считать, что в этом регионе по-прежнему сохраняется определенная циркуляция диких полиовирусов.

Основные результаты
- приграничные районы стран-участниц исторически представляли собой единый общий резервуар инфекции диких полиовирусов;
- несмотря на проводимые с 1995 г. весенние НДИ и состоявшуюся осенью 1997 г. «подчищающую» иммунизацию по-прежнему регистрировались многочисленные случаи клинических форм полиомиелита в Ираке и вирусологически подтвержденные случаи заболевания в Турции.

Ключевые рекомендации
- запланированная на октябрь-ноябрь 1998 г. «подчищающая» иммунизация на территориях высокого риска и в приграничных районах всех стран должна отличаться высоким качеством при более тщательном планировании мероприятий и контроле за их осуществлением;

- все страны-участницы должны провести НДИ весной 1999 г. на качественно высоком уровне;
- мероприятиям по эпиднадзору за ОВП в приграничных районах всех стран следует уделять особое внимание;
- следует стремиться к установлению прямых каналов связи;
- следует провести анализ хода работы и согласовать будущие мероприятия на очередном координационном совещании.

Второе координационное совещание по профилактике заноса диких полиовирусов в приграничные районы между Ираком, Исламской Республикой Иран, Сирийской Арабской Республикой и Турцией

Дамаск (Сирийская Арабская Республика), 26–27 августа 1998 г.

Участники

От Восточно-Средиземноморского региона ВОЗ: Ирак, Исламская Республика Иран, Сирийская Арабская Республика.
От Европейского региона ВОЗ: Турция.
Партнерские организации: ЦББ, ЮНИСЕФ, ВОЗ.

Ситуация к моменту проведения второго совещания

Ввиду опасений относительно того, что ранее проведенные дополнительные мероприятия по иммунизации оказались недостаточно эффективными в решении проблемы прекращения дальнейшей эндемичной циркуляции диких полиовирусов в пределах общего резервуара инфекции в приграничных районах и среди групп населения, на осень 1998 г. на территориях высокого риска было намечено осуществить тщательно скоординированные мероприятия; кроме того, на совещании также планировалось подробно обсудить вопросы материально-технического обеспечения (микропланирования).

Основные результаты

- продолжающаяся циркуляция диких полиовирусов среди групп невакцинированных детей, проживающих на севере Ирака и в юго-восточных и восточных провинциях Турции, также представляет собой риск не только для населения соседних стран, но и для более отдаленных стран и территорий в обоих регионах.

Ключевые рекомендации

- согласованная «подчищающая» иммунизация была запланирована для проведения в те же недели в октябре-ноябре 1998 г. на территориях высокого риска и в приграничных районах всех стран;
- для достижения успеха необходимо обратить особое внимание на четыре элемента, а именно на: микропланирование на районном уровне; предпочтительное использование подворной иммунизации; введение исключительно ОПВ (а не других антигенов); и оказание адекватной материально-технической поддержки;
- в отличие от предыдущих дополнительных мероприятий по иммунизации, странам следует обеспечить более интенсивный надзор за вакцинацией, предусмотрев механизмы мониторинга и сравнительной оценки, в том числе внешний мониторинг;
- в приграничных районах необходимо совершенствовать систему эпиднадзора за заболеваниями ОВП, обратив особое внимание на «молчащие» территории.

Третье координационное совещание по профилактике заноса диких полиовирусов в приграничные районы между Ираком, Исламской Республикой Иран, Сирийской Арабской Республикой и Турцией

Стамбул (Турция), 1–2 февраля 1999 г.

Участники

От Восточно-Средиземноморского региона ВОЗ: Исламская Республика Иран, Сирийская Арабская Республика.
От Европейского региона ВОЗ: Турция.
Партнерские организации: ВОЗ

Ситуация к моменту проведения третьего совещания

Как и в связи с предыдущими координационными совещаниями по профилактике заноса вирусов в приграничные районы, необходимо было проанализировать и обсудить вопросы планирования согласованных и тщательно контролируемых мероприятий по «подчистке», проводимых в районах высокого риска юго-восточных и восточных провинций Турции, а также в северных территориях других стран.

Основные результаты

- генетический анализ изолятов диких полиовирусов подтвердил сокращение генетического разнообразия циркулирующих штаммов типа 1 среди населения приграничных районов;

- в целях окончательного прекращения циркуляции вирусов среди населения приграничных районов представлялось необходимым дальнейшее совершенствование качества проведения дополнительных мероприятий по иммунизации.

Ключевые рекомендации

- практика организации НДИ в весенний период должна продолжаться в каждой стране, где это необходимо;
- среди населения высокого риска, проживающего в приграничных районах, для обеспечения охвата невакцинированных детей необходимо проводить подворную иммунизацию силами мобильных бригад, обеспечивая при этом микропланирование, оказание материально-технической поддержки, осуществление надзора, мониторинга и оценки;
- эпиднадзор за заболеваниями ОВП следует улучшить во всех территориях, обеспечив активное наблюдение за группами населения приграничных районов, находящихся в критическом положении;
- для классификации случаев ОВП следует пользоваться стандартными критериями, причем перед всеми странами и территориями ставится задача перехода на схему вирусологической классификации к 2000 г.;
- в связи с дополнительными мероприятиями по иммунизации и эпиднадзору потребуется оказание дополнительной поддержки со стороны международных партнеров.

Координационное совещание по профилактике заноса диких полиовирусов в приграничные районы

Баку (Азербайджан), 23–24 августа 1999 г.

Участники

От Восточно-Средиземноморского региона ВОЗ: Афганистан.
От Европейского региона ВОЗ: Азербайджан, Армения, Грузия, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан.
Партнерские организации: Врачи без границ, Бакинский филиал Ротари Интернэшнл, ЮНИСЕФ, ВОЗ.

Ситуация к моменту проведения данного совещания

В центре внимания участников совещания были вопросы планирования мероприятий в Закавказье и Республиках Центральной Азии. В Афганистане имела место недавняя вспышка полиомиелита с достаточно большим числом вирусологически

Мобильная бригада проводит вакцинацию в сельских районах во время НДИ, Турция, 1999 г.

Участие лидеров религиозных общин в НДИ, Иран, 1995 г

подтвержденных случаев заболевания, вызванных полиовирусами типа 1 и 3 в провинции Кундуз (на границе с Узбекистаном и Таджикистаном), где за последнее время расширились возможности контрольно-выборочного эпиднадзора.

Основные результаты

- существовавшая ранее неадекватная практика транспортировки проб фекалий в Ираке явно препятствовала постановке вирусологически подтвержденного диагноза вплоть до середины 1997 г., однако продолжающееся выявление клинических форм заболевания и полученное за последнее время вирусологическое подтверждение восьми случаев выявления полиовируса типа 1 указывали на непрекращающуюся циркуляцию полиовирусов в соседних с Турцией приграничных районах;
- расширение масштабов эпиднадзора за заболеваниями ОВП на другие районы Афганистана может выявить другие цепочки передачи полиовирусов;
- риск завозных случаев и трансграничной циркуляции полиовирусов продолжает сохраняться во многих странах Закавказья, а также на территориях высокого риска на Северном Кавказе в Российской Федерации.

Ключевые рекомендации

- практику проведения согласованных по срокам весенних НДИ следует продолжать в Афганистане, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане, причем в Афганистане необходимо планировать четыре тура в год;
- дальнейшие интенсивные дополнительные мероприятия по иммунизации необходимо продолжать по меньшей мере в течение трех лет после выявления последнего случая заболевания в районе Северного Ирака, Сирийской Арабской Республики, на западе Исламской Республики Иран и в юго-восточных и восточных провинциях Турции;
- в странах-участницах будет сохраняться необходимость в проведении повторных дополнительных мероприятий по иммунизации даже при отсутствии случаев заболевания полиомиелитом до тех пор, пока качество эпиднадзора за ОВП не будет соответствовать всем установленным стандартам применительно к общей численности населения;
- среди населения высокого риска, проживающего в приграничных районах, для обеспечения охвата не вакцинированных детей необходимо проводить подворную иммунизацию силами мобильных бригад, обеспечивая при этом микропланирование, оказание материально-технической поддержки, осуществление надзора, мониторинга и оценки.

Четвертое координационное совещание по профилактике заноса диких полиовирусов в приграничные районы между Ираком, Исламской Республикой Иран, Сирийской Арабской Республикой и Турцией
Каир (Египет), 2–3 февраля 2000 г.

Участники
От Восточно-Средиземноморского региона ВОЗ: Ирак, Исламская Республика Иран, Сирийская Арабская Республика; от стран, не входящих в МЕКАКАР: Египет.
От Европейского региона ВОЗ: Турция.
Партнерские организации: Каирский филиал Ротари Интернэшнл, ЮНИСЕФ, ВОЗ.

Ситуация к моменту проведения четвертого совещания
В 1999 г. в результате вспышки в Ираке было выявлено 88 случаев (67 из них подтверждены вирусологически). Были рассмотрены проблемы, связанные с транспортировкой проб фекалий (что послужило причиной отсутствия вирусологического подтверждения происходившей в 1998 г. циркуляции вирусов) и дальнейшим совершенствованием системы эпиднадзора за ОВП. Наряду с интенсивными мерами по организации НДИ в Ираке в целях противодействия снижению уровня охвата плановой иммунизацией и купирования вспышки требовалось также запланировать и согласовать дополнительные мероприятия, приуроченные к весне и осени 2000 г., чтобы создать условия для прекращения циркуляции диких полиовирусов на данной территории.

Основные результаты:
- результаты оценки проведения НДИ в Ираке на территориях высокого риска и в других районах свидетельствовали о недостаточно оптимальном охвате несмотря на наличие данных о высоких уровнях охвата вакцинацией;
- показатели качества эпиднадзора достигли ожидаемых стандартов во всех участвующих странах при наличии данных, подтверждающих улучшение аналогичных показателей на субнациональном уровне.

Ключевые рекомендации
- для обеспечения охвата ранее не вакцинированных детей в ходе дополнительных мероприятий по иммунизации на территориях высокого риска требуется проведение подворной вакцинации. Министерство здравоохранения Ирака поддержало идею проведения повсеместной подворной вакцинации в стране в период очередных НДИ;

- следует уделять особое внимание контингентам населения, относящимся к приграничным группам риска, доступ к которым затруднен, и принять всевозможные меры по обеспечению продолжающейся плановой и дополнительной иммунизации;
- следует обеспечить на качественно высоком уровне проведение интенсивных дополнительных мероприятий по иммунизации посредством их тщательной подготовки и детального микропланирования с учетом специфики трудностей на местах, проведения подворной иммунизации, всеохватывающего надзора и мониторинга детского населения с «нулевой дозой». Жизненно важное значение имеет согласование сроков и мероприятий, осуществляемых в сопредельных территориях;
- необходимо неуклонно проводить в жизнь еженедельный активный эпиднадзор;
- все случаи выявления ОВП у детей с неполным иммунизационным статусом, клинической формы заболевания полиомиелитом или воздействия инфекции за пределами района проживания должны неизменно служить поводом для подозрения на полиомиелит;
- всем странам необходимо подготовить планы профилактики, раннего выявления и борьбы на случай завоза диких полиовирусов.

Координационное совещание по профилактике заноса диких полиовирусов в приграничные районы
Ашгабат (Туркменистан), 26–27 июля 2000 г.

Участники
От Восточно-Средиземноморского региона ВОЗ: Афганистан.
От Европейского региона ВОЗ: Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан.
Партнерские организации: ЮНИСЕФ, ВОЗ.

Ситуация к моменту проведения данного совещания
Продолжающаяся циркуляция полиовирусов в Афганистане обуславливала необходимость в дальнейшей бдительности ввиду возможного проникновения инфекции с территории других стран, а также в координации дополнительных мероприятий по иммунизации.

Основные результаты
- несмотря на то, что границы с республиками Центральной Азии в пределах Европейского региона были, как правило, закрыты, ситуация по полиомиелиту в Афганистане продолжала оказывать большое влияние на мероприятия по ликвидации полиомиелита в Европейском регионе;

- эпиднадзор за заболеваниями ОВП улучшился во всех странах, включая Афганистан, где были расширены границы территорий, охваченных эпиднадзором; однако в отдельных странах-участницах субнациональные показатели качества еще не достигли оптимального уровня;
- несмотря на совершенствование системы эпиднадзора число зарегистрированных случаев заболевания в Афганистане снизилось благодаря более эффективным дополнительным мероприятиям по иммунизации.

Ключевые рекомендации

- при поставках вакцин в достаточном количестве практика проведения согласованных НДИ в весенний период должна продолжаться в странах-участницах вплоть до 2002 г. включительно;
- ежегодно в Афганистане следует проводить по четыре тура НДИ в основном путем подворной вакцинации, пока циркуляция вирусов не станет локализованной в большей степени;
- следует обеспечить мониторинг эпиднадзора за ОВП на уровне каждой административно-территориальной единицы;
- в первую очередь следует обеспечивать транспортировку и вирусологическое исследование тех проб фекалий, которые были взяты у детей, получивших менее чем три дозы вакцины, а также в случаях клинического полиомиелита или возможности заражения за пределами страны проживания;
- информация о всех случаях выявления ОВП в приграничных районах должна в кратчайшие сроки доводиться до сведения национальных органов соответствующих стран и ВОЗ.

Детальное планирование «подчищающих» мероприятий в провинции Диярбакыр, Турция, 1998 г.

Подготовка термоконтейнеров для транспортировки вакцины с использованием подручного материала, Афганистан, 1995 г.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПОЛИОМИЕЛИТОМ

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ В РЕГИОНЕ ВОСТОЧНОГО СРЕДИЗЕМНОМОРЬЯ

В период 1990-1995 гг. в странах и территориях Восточно-Средиземноморского региона эпидемиологическая ситуация по полиомиелиту была довольно сложной. В Афганистане оказалось невозможным повсеместно организовать функционирование служб плановой иммунизации, и, как и прежде, полиомиелит, по-видимому, был эндемичным на всей территории страны несмотря на отсутствие официальной статистики о числе заболевших за период с 1992 по 1996 гг. В такой стране, как Пакистан, проблемы, связанные с закреплением успеха, достигнутого в рамках программы иммунизации в 80-е годы, обусловили незначительное сокращение охвата иммунизацией детского населения; полиомиелит также оставался эндемичным по всей стране несмотря на заметное сокращение числа зарегистрированных заболеваний в период после НДИ, проведенных в 1994 г. (табл. 4). В Пакистане вследствие организации первых туров НДИ имело место существенное снижение заболеваемости, однако в 1997 г. вновь произошла крупная эпидемическая вспышка полиомиелита, когда заболело 1147 человек. Хотя случаи заболевания регистрировались в большинстве провинций страны, эта эпидемия наиболее серьезным образом отразилась на росте заболеваемости лишь в двух провинциях.

Благодаря Операции МЕКАКАР удалось сократить заболеваемость полиомиелитом и масштабы распространенности инфекции.

В Ираке из-за сбоев в системе здравоохранения после войны в Персидском заливе, заболеваемость полиомиелитом вновь приобрела массовый характер. В Исламской Республике Иран в 1994 г. благодаря отличной работе служб плановой иммунизации и результативным НДИ заболеваемость полиомиелитом снизилась почти до нуля несмотря на неоднократные случаи завоза инфекции с территорий Пакистана и Афганистана. К 1996 г. были все основания полагать, что в Сирийской Арабской Республике, Ливане, на самоуправляемых территориях Палестины, в Иордании и Исламской Республике Иран

Таблица 4.
Число зарегистрированных случаев полиомиелита в странах и территориях, принимавших участие в Операции МЕКАКАР за период 1990–2000 гг.

		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000[1]
Регион Восточного Средиземноморья	Афганистан	48	2	ОД	ОД	ОД	ОД	ОД	19	59	150	107
	Исламская Республика Иран	15	55	44	107	93	101	12	13	4	3[2]	2[2]
	Ирак	56	186	120	75	63	34	24	34	37	88	4
	Иордания	0	14	18	0	4	0	0	0	0	0	0
	Ливан	2	5	ОД	0	2	0	0	0	0	0	0
	Пакистан	777	1147	1046	1803	527	508	341	1147	341	558	159
	Сирийская Арабская Республика	13	24	22	0	2	4	0	0	0	1[2]	0
	Самоуправляемые террит. Палестины	ОД	ОД	ОД	ОД	ОД	ОД	ОД	0	0	0	0
	Всего по странам МЕКАКАР	**911**	**1433**	**1250**	**1985**	**691**	**647**	**377**	**1213**	**441**	**796**	**270**
	Всего по РЕГИОНУ	**1499**	**2129**	**1901**	**2451**	**1015**	**798**	**535**	**1261**	**554**	**910**	**425**
Европейский регион	Армения	12	3	1	0	5	3	0	0	0	0	0
	Азербайджан	182	21	22	69	16	5	0	0	0	0	0
	Грузия	31	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Казахстан	7	5	6	1	4	1	0	0	0	0	0
	Кыргызстан	1	4	5	0	0	0	0	0	0	0	0
	Российская Федерация	12	11	4	1	2	150	2	0	0	0	0
	Таджикистан	2	115	5	14	26	0	0	1	0	0	0
	Турция	21	25	25	24	32	32	19	6	26	0	0
	Туркменистан	40	16	4	2	6	8	2	0	0	0	0
	Узбекистан	42	20	11	68	117	1	0	0	0	0	0
	Всего по странам МЕКАКАР	**350**	**226**	**83**	**179**	**208**	**200**	**23**	**7**	**26**	**0**	**0**
	Всего по РЕГИОНУ	**369**	**313**	**175**	**202**	**231**	**206**	**192**	**7**	**26**	**0**	**0**

[1] Предварительные данные по состоянию на январь 2001 г.
[2] Завозные/связанные с завозом случаи, не включенные в итоговые данные.

удалось поставить заслон на пути дальнейшего распространения инфекции или создать предпосылки для достижения такого статуса в ближайшем будущем. Дальнейший ход развития событий подтвердил такое мнение, хотя в Исламской Республике Иран по-прежнему регистрировались завозные или связанные с заводом случаи из соседнего Пакистана или Афганистана, включая два таких случая в 2000 г.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ

В период с 1990 по 1995 гг. заболеваемость острыми формами полиомиелита в Европейском регионе сохранялась в диапазоне от 175 до 369 случаев в год (табл. 4), указывая тем самым на сохраняющийся как эндемичный, так и эпидемический характер распространения инфекции. Несомненный успех, достигнутый благодаря возросшему уровню охвата прививками в 80-е годы, омрачался ежегодным возникновением незначительного числа заметных эпидемических вспышек на отдельных территориях. По всей вероятности, эти эпидемии отражали рост численности восприимчивых

Таблица 5.
Анализ динамики ряда показателей эпидемического процесса при полиомиелите по каждому региону ВОЗ за 1990–2000 гг. (заболеваемость, ее динамика, число эндемичных стран и территорий, число эндемичных районов)

		Число зарегистрированных случаев полиомиелита	Динамика	Число эндемичных стран и территорий	Число районов, эндемичных по полиомиелиту[1]	Случаи заболевания в странах и территориях МЕКАКАР	Динамика
Регион Восточного Средиземноморья	1990	1499	Исходный уровень	8		911	
	1991	2129	+42%	8		1433	
	1992	1901	+27%	7		1250	
	1993	2451	+64%	6		1985	
	1994	1015	-32%	6		691	Исходный уровень
	1995	798	-47%	5		647	-6%
	1996	535	-64%	4		377	-45%
	1997	1261	-16%	4		1213	+76%
	1998	554	-63%	8	118	441	-36%
	1999	910[2]	-39%	7	195	796[2]	+15%
	2000[3]	425[2]	-72%	6	113	270[2]	-61%
Европейский регион	1990	369	Исходный уровень	16		350	
	1991	313	-15%	15		276	
	1992	175	-53%	14	105	83	
	1993	202	-45%	14	64	179	
	1994	231	-37%	13	74	208	Исходный уровень
	1995	206	-44%	10	43	200	-4%
	1996	192	-48%	8	45	23	-89%
	1997	7	-98%	2	2	7	-97%
	1998	26	-93%	1	5	26	-88%
	1999	0	-100%	0	0	0	-100%
	2000[3]	0		0	0	0	

[1] Понятие «район» трактуется каждым регионом ВОЗ по-разному.
[2] Без учета 4-х завозных/связанных с завозом случаев, имевших место в 1999 г., и 2-х случаев - в 2000 г.
[3] Предварительные данные по состоянию на январь 2001 г.

к инфекции лиц, что является неизбежным при неполном охвате иммунизацией. В качестве типичных примеров такого рода можно назвать эпидемические вспышки, имевшие место вследствие нарушения устойчивой работы надежных служб иммунизации в Азербайджане и Узбекистане и позднее в Российской Федерации (в Чечне) (табл. 4).

Предполагалось, что при условии должной результативности НДИ в рамках Операции МЕКАКАР число лиц, восприимчивых к инфекции в той или иной стране, даже с учетом всех контингентов населения, сократиться до такого низкого уровня, что циркуляция диких полиовирусов вряд ли будет продолжаться в дальнейшем. В значительной степени именно такую ситуацию можно было наблюдать в ходе осуществления Операции МЕКАКАР, и, в частности, в Европейском регионе серьезные эпидемические вспышки в 1995 и 1996 гг. имели место в тех странах, которые не принимали участие в Операции МЕКАКАР с самого начала.

В связи с НДИ семья вместе с дедушкой отправляется на прививочный пункт, Ирак, 1999 г.

Родители с детьми из Афганистана переходят границу, чтобы принять участие в приграничной иммунизации, Пакистан, 2000 г.

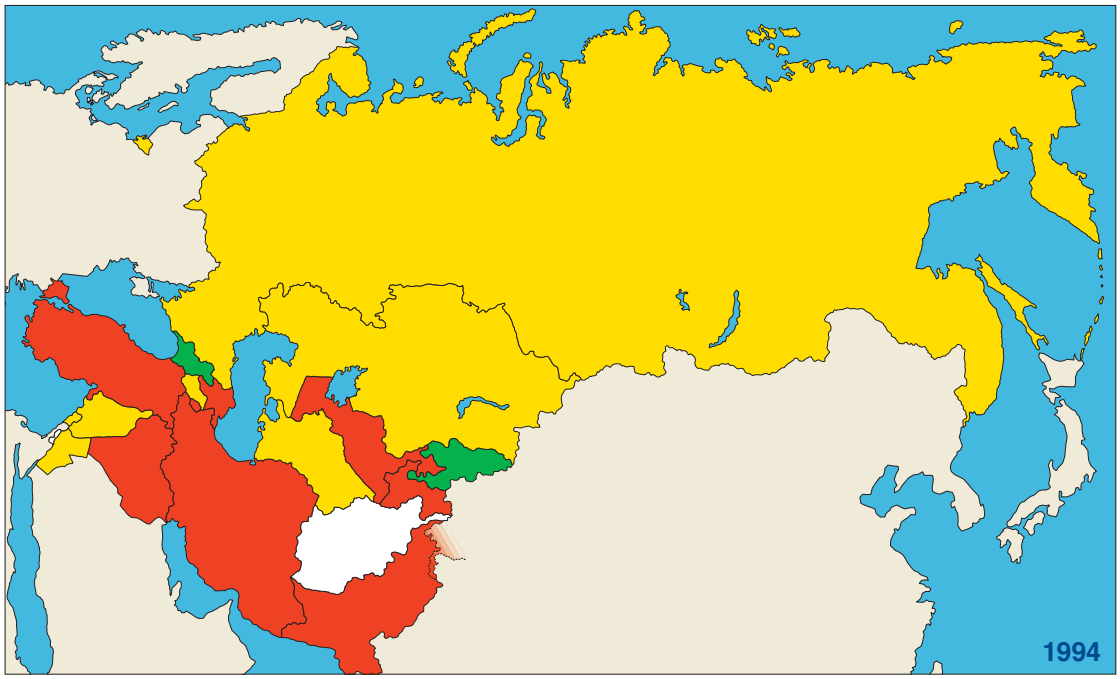
Начиная с 1996 г. Российская Федерация стала участницей Операции МЕКАКАР после вспышки полиомиелита в 1995 г. в Чечне, где был недостаточный охват прививками населения. В Албании по причине серьезных трудностей, связанных с неспособностью в течении многих десятилетий обеспечить поставки эффективной вакцины при соблюдении установленных требований к холодовой цепи, наблюдалось возрастание численности восприимчивой к инфекции части взрослого и детского населения; несмотря на ранее проведенные НДИ с охватом вакцинацией детей моложе 5 лет, это привело к вспышке полиомиелита в 1996 г. в результате завоза диких полиовирусов с территорий, находящихся за пределами Европейского региона; в Федеративной Республике Югославии случаи заболевания отмечались среди этнических албанцев, которые в течение длительного времени не соглашались на вакцинацию своих детей, проводимую государственными службами Югославии.

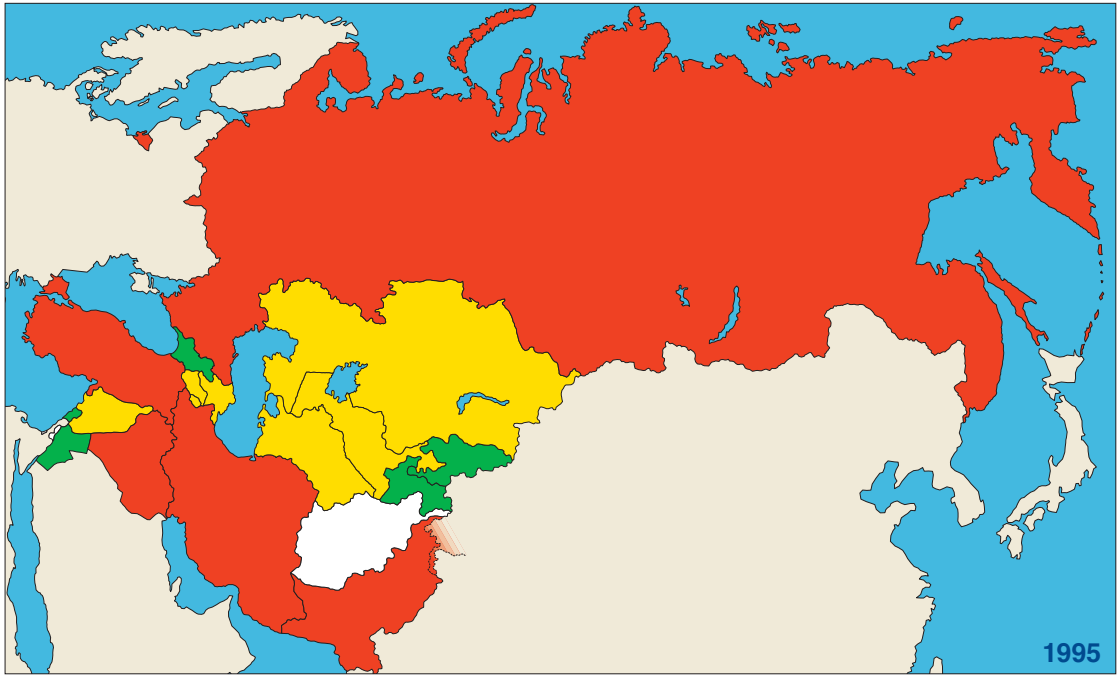
Наряду с заметным снижением частоты новых случаев полиомиелита, Операция МЕКАКАР оказала большое влияние на сужение географических границ эндемичных территорий, что проявилось в значительном сокращении как числа пораженных стран/территорий, так и административно-территориальных единиц внутри стран с очагами инфекции (например, провинций, областей или районов) (табл. 5, рис. 4).

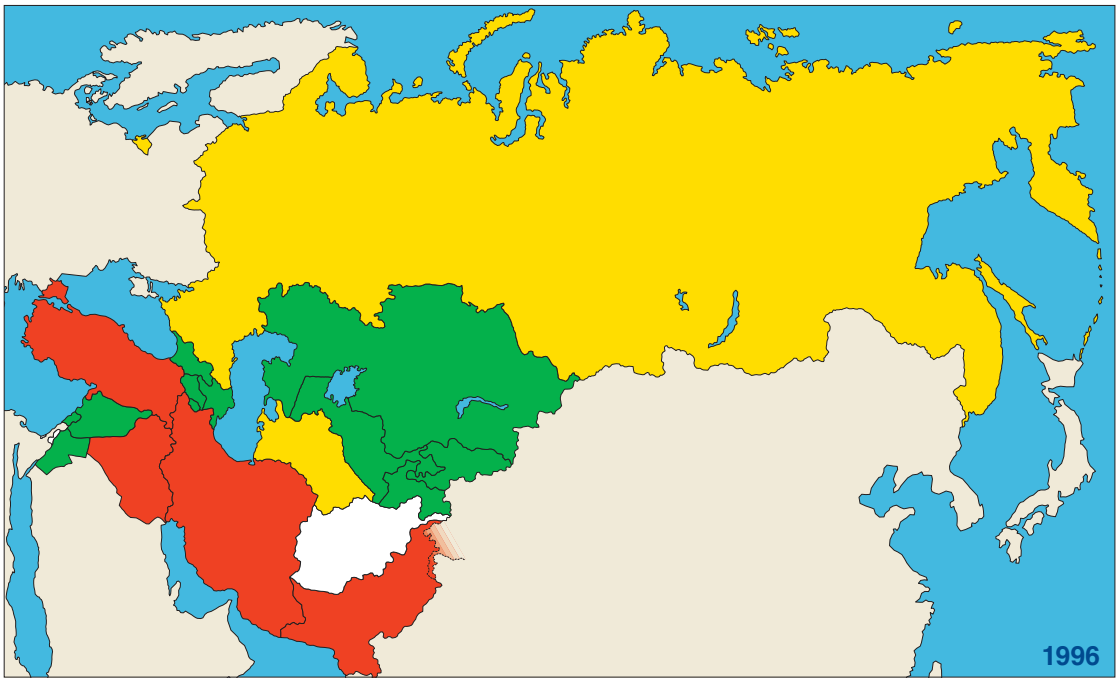
Рис. 4.
Зарегистрированные случаи полиомиелита в странах и территориях МЕКАКАР за 1994–2000 гг.

Число случаев

- >10 случаев полиомиелита
- 1-10 случаев полиомиелита
- 0 случаев полиомиелита
- Отсутствие данных






1996

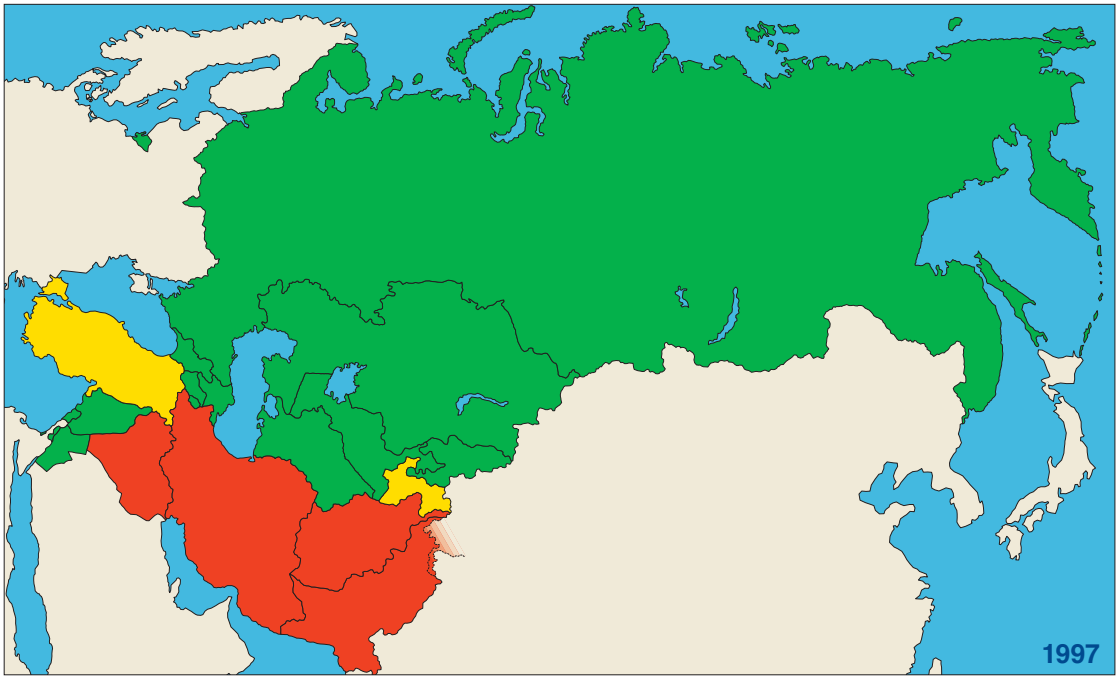
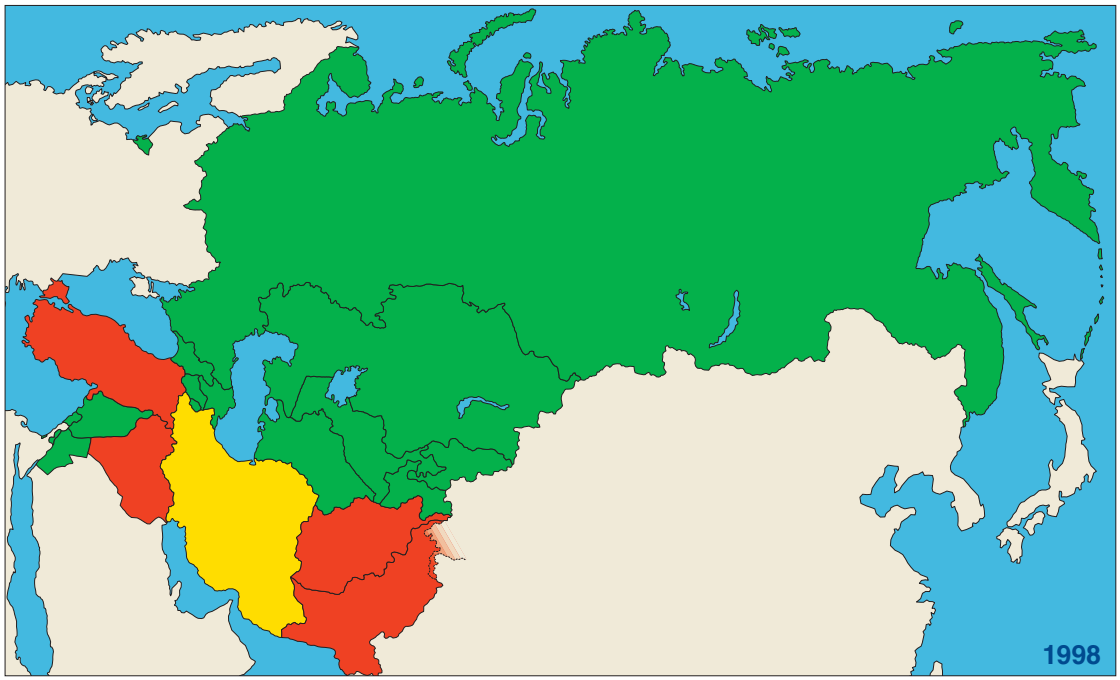
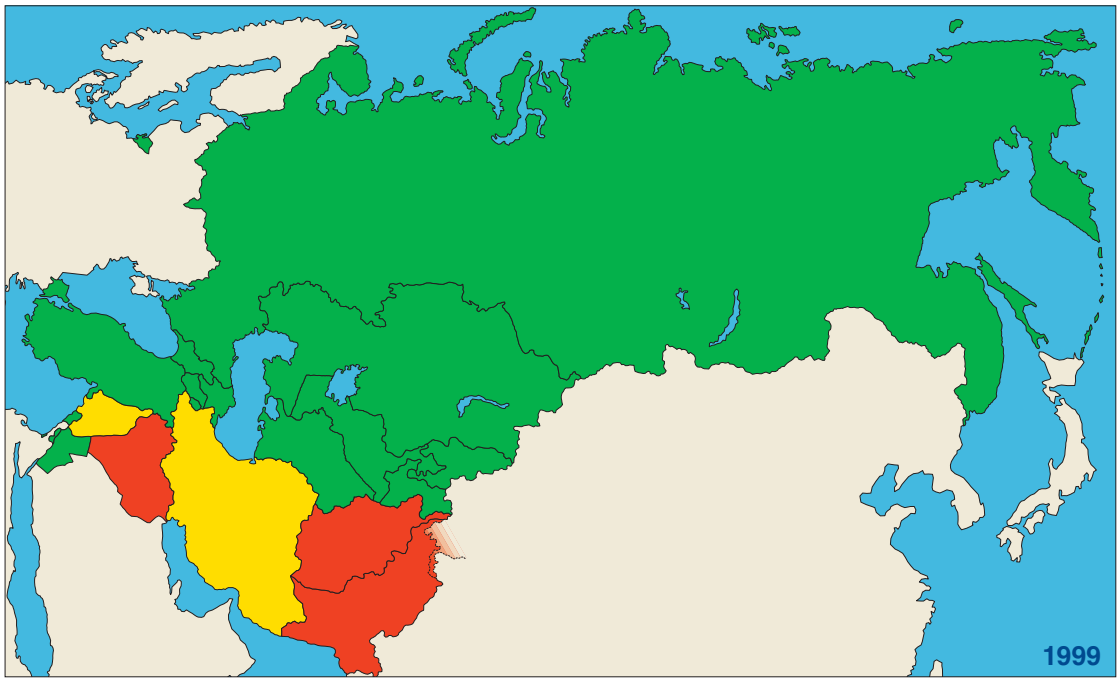

1997

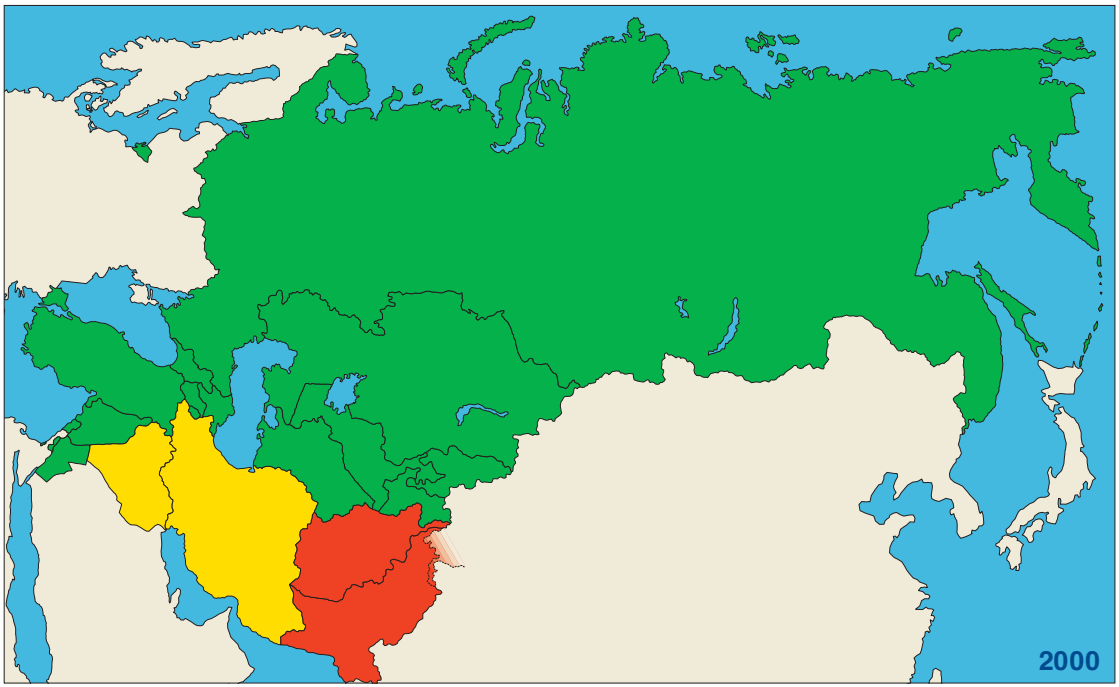
Рис. 4
(продолжение).
Зарегистрированные случаи полиомиелита в странах и территориях МЕКАКАР за 1994–2000 гг.

Число случаев

- >10 случаев полиомиелита
- 1-10 случаев полиомиелита
- 0 случаев полиомиелита
- Отсутствие данных






2000

Вирусологи национальной лаборатории приветствуют консультанта из ВОЗ, Узбекистан, 2000 г.

Участник НДИ: охотно принимает вакцину, но встревожен, Иран, 1995 г.

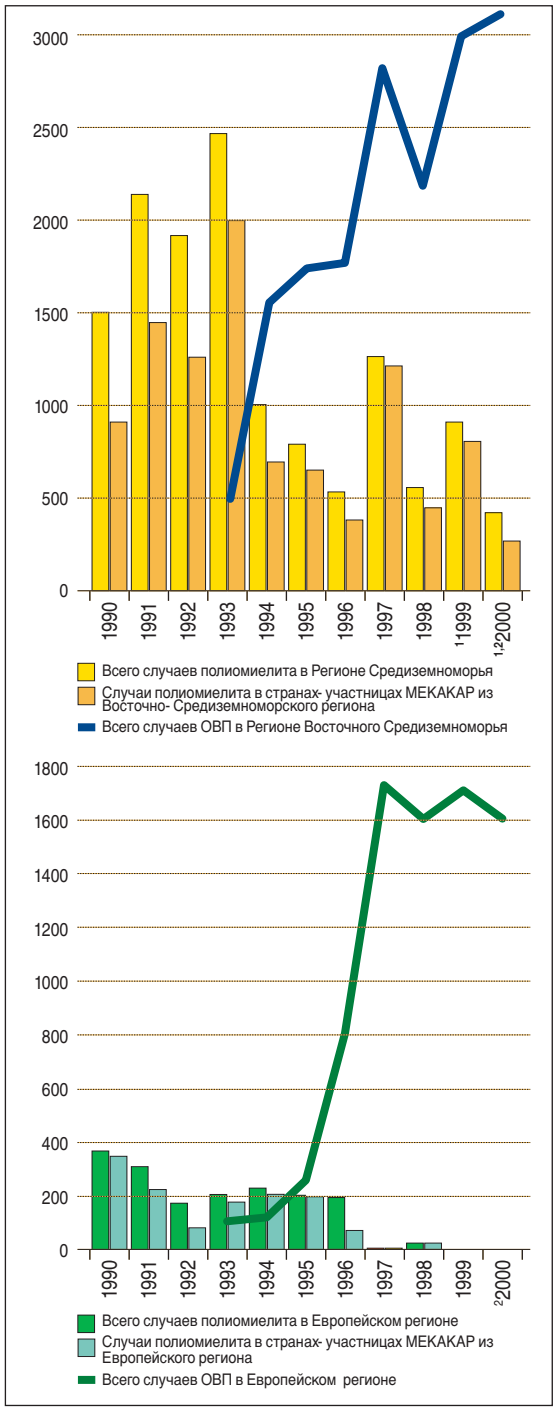
ЭПИДНАДЗОР ЗА СЛУЧАЯМИ ОСТРЫХ ВЯЛЫХ ПАРАЛИЧЕЙ

ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭПИДНАДЗОРА ЗА ОВП

Наличие действительно эффективной системы эпиднадзора за ОВП, которая соответствует всем стандартным показателям качества, является весьма ценным инструментом не только для своевременного выявления циркуляции диких полиовирусов, но и для получения конкретных результатов наблюдений за любой промежуток времени о том, что вследствие прекращения дальнейшего распространения инфекции такой циркуляции больше нет. О чувствительности эпиднадзора можно судить на основании фоновой частоты возникновения вялых параличей на их начальной стадии, которая служит количественной оценкой ожидаемой заболеваемости параличами, не связанными с дикими полиовирусами. Данные вирусологических исследований адекватно отобранных и доставленных проб фекалий, полученные аккредитованными ВОЗ лабораториями, служат прочной основой для исключения полиовирусной инфекции как одной из причин развития параличей. Для достижения эффективности необходимо, чтобы все звенья вирусологического эпиднадзора функционировали на должном уровне, начиная от полевых обследований, отбора, обработки и транспортировки проб стула и заканчивая анализом последних в вирусологической лаборатории, обеспечивающей необходимый уровень чувствительности и точности исследований, которые подтверждаются контрольными вирусологическими данными референс-лабораторий, входящих в глобальную сеть вирусологических лабораторий по диагностике полиомиелита. При поддержке партнеров в ликвидации полиомиелита и благодаря организованной в странах и территориях МЕКАКАР подготовке специалистов, мониторингу, кураторской работе, сравнительной оценке и навыкам по решению возникающих проблем удалось довести качество проведения эпиднадзора и вирусологических исследований до действительно высокого уровня.

По итогам проведения первого координационного совещания, состоявшегося в январе 1995 г., было рекомендовано уделять особое внимание эпиднадзору за

Рис. 5.
Зарегистрированные случаи полиомиелита и общее число случаев ОВП в странах и территориях Восточно-Средиземноморского и Европейского регионов ВОЗ, а также случаи полиомиелита в странах и территориях МЕКАКАР по каждому региону, 1990-2000 гг.



ОВП, обеспечивая при этом сопоставление результатов вирусологических исследований с эпидемиологическими данными о случаях ОВП и больных с подозрением на полиомиелит. На втором координационном совещании, проходившем в сентябре 1995 г., была продолжена дискуссия по критериям ВОЗ, в соответствии с которыми следует проводить оценку эпиднадзора, в том числе своевременное направление извещений для того, чтобы показатель частоты ОВП, не относящимися к полиомиелиту, достиг уровня 1 или более на 100 тыс. детей до 15 лет, а также обеспечить проведение эпидемиологического обследования 80% заболевших в течение 48 часов; сбор двух проб фекалий в пределах 14 дней после начала заболевания не менее, чем в 80% от общего числа случаев ОВП; и последующее контрольное наблюдение больного через 60 дней. Кроме того, на состоявшемся совещании были сформулированы критерии оценки вирусологического эпиднадзора, включая определение профессиональной компетентности сотрудников лабораторий и анализ своевременности взятия и доставки проб стула. И наконец, участники совещания выступили с предложением по регулярному мониторингу перечисленных показателей эффективности работы. В рекомендациях совещания, в частности, говорилось о том, чтобы страны и территории с показателем частоты ОВП, не связанными с полиомиелитом, на уровне 1 на 100 тыс. при сборе двух проб фекалий в

[1] Исключая 4 завозных/связанных с завозом случая в 1999 г. и 2 случая в 2000 г.

[2] Предварительные данные по состоянию на январь 2001 г.

Таблица 6.
Показатель частоты ОВП, не относящихся к полиомиелиту, среди детей < 15 лет и сбор проб фекалий в странах и территориях МЕКАКАР за 1996–2000 гг.

Регион Восточного Средиземноморья	Год введения эпиднадзора за ОВП	Показатель заболеваемости ОВП, не относящимися к полиомиелиту, на 100 тыс. детей моложе 15 лет					Процент случаев с двумя адекватными пробами фекалий, собранными в течение14 дней				
		1996[1]	1997	1998	1999	2000[2]	1996	1997	1998[3]	1999	2000[2]
Афганистан	1997	NA	0.10	0.66	0.67	1.19	NA	46	50	53	49
Исламская Республика Иран	1993	1.55	1.30	1.43	1.14	1.15	66	80	76	77	69
Ирак	1994	0.42	1.80	1.19	1.66	2.41	39	76	72	80	85
Иордания	1993	1.00	1.40	1.80	1.56	1.34	85	67	76	83	92
Ливан	1994	0.38	0.30	1.26	1.60	1.26	60	67	0	21	91
Пакистан	1995	0.34	0.73	0.71	1.22	1.48	56	43	61	70	73
Сирийская Арабская Респ.	1993	1.20	1.18	1.32	1.27	1.50	67	83	98	82	81
Самоуправляемые террит. Палестины	1995	0.73	1.03	1.21	1.00	0.69	NA	75	100	92	100
Европейский регион											
Армения	1995	0.75	1.45	2.05	2.48	2.37	100	93	68	91	86
Азербайджан	1994	0.50	0.54	0.51	0.90	0.68	0	77	67	86	94
Грузия	1996	0.69	0.55	1.32	0.82	1.57	22	86	81	70	89
Казахстан	1992	2.18	0.69	1.29	0.99	1.41	100	60	74	85	85
Кыргызстан	1995	0.68	1.39	1.25	1.18	1.43	100	63	70	79	87
Российская Федерация	1992	1.04	2.76	1.24	1.91	1.70	72	71	69	79	87
Таджикистан	1996	0	0.67	0.75	1.55	1.59	0	71	63	87	83
Турция	1991	0.32	0.62	1.13	1.18	1.27	34	65	70	79	84
Туркменистан	1995	0.56	0.56	1.38	2.22	1.98	67	56	57	78	97
Узбекистан	1996	0.08	0.15	0.97	1.19	1.23	29	86	87	90	89

[1] В статистических данных по Европейскому региону, поступавших до 1997 г. (до 1998 г. по Российской Федерации), могли учитываться больные с невритами лицевого нерва под рубрикой ОВП, которые впоследствии не включались в эту статистику.

[2] Предварительные данные по состоянию на январь 2001 г.

[3] Приведенный по отдельным странам Европейского региона заниженный процент случаев с двумя адекватными пробами фекалий, собранными в течение 14 дней, объясняется повышением требований к контролю качества данных начиная с 1998 г.

течение 14 дней от не менее, чем 65% случаев ОВП, перешли на классификацию случаев ОВП, основанную на результатах вирусологических исследований.

На совещании также было рекомендовано обеспечить доступность к вирусологическим службам во всех территориях за счет усиления национальных лабораторий или же посредством срочной доставки взятых проб в другие страны для их исследования аккредитованными лабораториями. На третьем координационном совещании, которое проводилось в октябре 1996 г., вновь акцентировалось внимание на основных показателях, по которым оценивается эффективность эпиднадзора. Кроме того, подчеркивалась важность расширения масштабов эпиднадзора, обеспечивающего охват всего населения таким образом, чтобы в итоге проведения анализа основных показателей на уровне территорий удавалось получать данные, подтверждающие высокий уровень эпинадзора во всех районах компактного проживания населения. На

рис. 5 представлены итоговые данные о числе случаев заболевания полиомиелитом в странах и территориях МЕКАКАР по каждому региону за 1990-2000 гг., а также общее число заболеваний полиомиелитом и общее число случаев ОВП во всех странах и территориях по каждому региону. Данные о важнейших ежегодных показателях эпиднадзора за ОВП в странах и территориях МЕКАКАР за период 1996-2000 гг. приводятся в табл. 6 и на рис. 5.

СОСТОЯНИЕ ЭПИДНАДЗОРА В 1996 г.

По данным Восточно-Средиземноморского бюро ВОЗ накануне проведения в октябре 1996 г. третьего координационного совещания следовало, что во всех странах и территориях МЕКАКАР данного Региона, за исключением одной, была организована система эпиднадзора за ОВП, а в двух странах – Иордании и Исламской Республике Иран – показатели частоты ОВП, не относящихся к полиомиелиту, составляли больше 1 на 100 тыс. детей. Региональное бюро обеспечивало регулярный выпуск информационного бюллетеня «POLIOFAX» с данными о числе выявленных случаев ОВП и подтвержденных случаях полиомиелита. Девятнадцать стран Европейского региона регулярно представляли отчетные данные по эпиднадзору за ОВП. В целом по Региону суммарный показатель заболеваемости ОВП, не относящимися к полиомиелиту, увеличился с 0.24 до 0.53 на 100 тыс. детского населения.

Участники совещания пришли к выводу о том, что на период 1997 г. задачей первостепенной важности является не только создание или совершенствование системы эпиднадзора за ОВП, но и улучшение работы лабораторной сети, что в равной степени представляется приоритетным и позволит оказать адекватную лабораторную поддержку каждой стране.

СОСТОЯНИЕ ЭПИДНАДЗОРА В 1997 г.

Незадолго до проведения четвертого координационного совещания в октябре 1997 г. в странах и территориях МЕКАКАР Восточно-Средиземноморского региона были достигнуты значительные успехи в деле развития эффективной системы эпиднадзора. Согласно предварительным отчетным данным в 1997 г. в шести странах из восьми показатели заболеваемости ОВП, не относящимися к полиомиелиту, были больше 1 на 100 тыс., тогда как в двух других странах таких показателей добиться не удалось, в частности в Афганистане, где было практически невозможно обеспечить проведение эпиднадзора, а также в Ливане, где из-за малой численности населения целевые показатели были неустойчивыми. В конечном итоге в 1997 г. Пакистану также удалось выйти на показатель менее 1 случая на 100 тыс. детей. На всей территории Региона сбор адекватных проб стула от случаев ОВП достиг более 60%.

В Европейском регионе показатель выявляемости случаев ОВП увеличился во всех странах; в частности показатель ОВП, не относящихся к полиомиелиту, в пересчете на год составил 1.1 на 100 тыс. детского населения за 1997 г. по сравнению с итоговым показателем 0.7 за 1996 г. В дальнейшем было установлено, что многие государства-члены Европейского региона нередко учитывали в статистических данных заболеваемости ОВП отдельные случаи паралича лицевого нерва (без паралича конечностей), что обусловливало получение ложно завышенных показателей частоты ОВП, не относящихся к полиомиелиту. На данный период времени система эпиднадзора за ОВП стала функционировать в 32 странах против 25 в 1995 г. и 30 в 1996 г. В 1996 г. лишь в двух из десяти европейских стран МЕКАКАР показатель ОВП составлял больше 1 на 100 тыс., а в 1997 г. число таких стран по предварительным данным увеличилось до четырех. К этому времени показатели эффективности регулярно публиковались на странице «EURO POLIO PAGE», тем самым обеспечивая со странами обратную связь. Разброс данных по странам варьировался в широких пределах; однако в 1997 г. общий процент случаев ОВП с двумя пробами фекалий, собранными в течение 14 дней, достиг 79%. Показатели эффективности работы региональной лабораторной сети не достигли оптимального уровня по сравнению с такими же показателями работы национальных лабораторий, которые соответствовали установленным ВОЗ критериям аккредитации, а также с точки зрения объема обрабатываемой информации и количества поступающих изолятов для подтверждения и описания их признаков региональными референс-лабораториями.

Участники совещания, соглашаясь с тем, что система эпиднадзора уже сформировалась и качество ее работы значительно улучшилось, пришли к выводу, что такая система все еще не соответствует уровню, который необходим для фактической сертификации ликвидации полиомиелита. Помимо этого, они были единодушны в том, что национальные сводные данные могут сглаживать различия между отдельными административно-территориальными единицами, и что невозможно полностью исключить вероятность дальнейшей очаговой циркуляции полиовирусов в этих районах. Акцент на ужесточение требований к показателям эффективности на уровне субнациональных образований обусловливает проведение тщательного мониторинга и надзора в каждой стране. Участники также обратили внимание на тот факт, что лабораторная сеть сформировалась окончательно, однако выразили сожаление относительно аккредитации лишь незначительного числа лабораторий. И наконец, на совещании были рассмотрены возможные варианты организации эпиднадзора в тех территориях, где проживают группы населения высокого риска, а доступность соответствующих служб ограничена или затруднена. Такие варианты были связаны с организацией ограниченных по времени конкретных мероприятий, целью которых

является эпиднадзор за ОВП и сбор проб фекалий от контактных лиц в тех случаях, когда выявление источника инфекции произошло с опозданием, когда возникшие проблемы обусловили низкий показатель выявляемости случаев ОВП или когда речь шла о тех районах, где имели место заболевания, совместимые с полиомиелитом. Кроме того, также обсуждались вопросы, связанные с перспективами активного выявления случаев, организацией «нулевой» отчетности высокого качества и проведением ретроспективных обзоров медицинской документации стационарных учреждений.

СОСТОЯНИЕ ЭПИДНАДЗОРА В 1998 г.

Предварительные данные за 1998 г. стали предметом обсуждения на проходившем в октябре 1998 г. пятом координационном совещании. В регионе Восточного Средиземноморья система эпиднадзора за ОВП продолжала совершенствоваться стремительными темпами в районах, вызывающих особую тревогу. В период 1997-1998 гг. эпиднадзор за ОВП стал действующим или был организован во всех странах и территориях МЕКАКАР из Восточно-Средиземноморского региона. В Афганистане эпиднадзор за ОВП был инициирован в 1997 г., что по предварительным данным уже в 1998 г. позволило повысить показатель частоты ОВП, не относящихся к полиомиелиту, до уровня 0.67 на 100 тыс. детей. Чувствительность эпиднадзора, судя по региональному усредненному показателю частоты ОВП, не относящихся к полиомиелиту, увеличилась с 0.85 в 1997 г. до 0.9 на 100 тыс. детского населения в 1998 г. В 1998 г. в шести из восьми стран МЕКАКАР из этого Региона удалось выйти на рекомендуемый минимальный уровень ОВП, не относящихся к полиомиелиту, в пределах 1.0 на 100 тыс. или даже превысить его. В 1998 г. в восьми странах и территориях МЕКАКАР из этого Региона адекватные пробы фекалий были взяты в 66% случаев ОВП.

В Европейском регионе продолжалась работа по совершенствованию эпиднадзора за ОВП. Благодаря таким положительным сдвигам начиная с 1997 г. все страны Региона перешли на вирусологическую схему классификации случаев ОВП (за исключением Таджикистана, где стали пользоваться вирусологической схемой классификации только с 1999 г.). По состоянию на 1998 г. система эпиднадзора за ОВП устойчиво функционировала в 35 странах, включая все страны Региона, участвующие в Операции МЕКАКАР. В конечном итоге региональный усредненный показатель частоты ОВП, не относящихся к полиомиелиту, равнялся 1.02 на 100 тыс. при адекватно собранных пробах фекалий от 74% заболевших, тогда как в 1997 г. показатель частоты ОВП, не относящихся к полиомиелиту, оставался в пределах 1.12 на 100 тыс. при адекватно собранных пробах фекалий в 69% случаев. В данных за 1997 г. по Российской Федерации и Украине были учтены отдельные случаи паралича лицевого нерва в то время, когда такие случаи уже не учитывались другими странами при формировании итоговых

ежегодных данных за 1997 г. (а также всего массива данных за 1998 г. и последующий период). В 31 стране была организована еженедельная пересылка индивидуальных отчетных данных о случаях ОВП (или об отсутствии таковых) в Региональное бюро ВОЗ. Независимые оценки качества эпиднадзора за ОВП, проводимые в 14 странах Европейского региона (включая все страны МЕКАКАР, за исключением Таджикистана), свидетельствовали о совершенствовании системы эпиднадзора за ОВП почти во всех территориях высокого риска в пределах Региона, особенно в Армении, Туркменистане и Турции, а также демонстрировали потенциальные возможности для ее дальнейшего улучшения как в этих, так и в других странах, которые не достигли еще требуемого уровня эффективности эпиднадзора.

В рекомендациях пятого координационного совещания вновь подчеркивалась важность мониторинга и оценки эпиднадзора, а также непрерывного анализа данных, что позволяло обращать особое внимание на направления работы, которые нуждаются в совершенствовании применительно к плановым показателям эффективности эпиднадзора.

СОСТОЯНИЕ ЭПИДНАДЗОРА В 1999 г.

Предварительные данные за 1999 г. обсуждались на проходившем в октябре 1999 г. шестом координационном совещании. Во всех странах и территориях Восточно-Средиземноморского региона, в том числе и в тех, где происходили гражданские конфликты и военные действия, создана система эпиднадзора за ОВП. В течение 1999 г. на всей территории Региона продолжался процесс совершенствования эпиднадзора за ОВП, и впервые за последнее время показатель частоты ОВП превысил 1 на 100 тыс. детей моложе 15 лет по сравнению с показателями, составлявшими 0.49 в 1994 г., 0.71 в 1996 г. и 0.88 в 1998 г. Суммарный показатель сбора адекватных проб фекалий в целом по Региону соответствовал 67%. Увеличилось число стран и территорий, где чувствительность эпиднадзора за ОВП стала отвечать установленным требованиям. Качество эпиднадзора в странах и территориях Региона с высоким завоза вирусов, в частности в Исламской Республике Иран и Сирийской Арабской Республике, достигло высокого уровня, а действующие в этих странах и территориях системы уже продемонстрировали свою способность своевременно выявлять случаи завоза полиовирусов.

В 1999 г. в Европейском регионе процесс совершенствования эпиднадзора за ОВП получил свое дальнейшее развитие. Региональный усредненный показатель частоты ОВП, не относящихся к полиомиелиту, равнялся 1.17 на 100 тыс. при адекватно собранных пробах стула в 74% случаев. Из 17 эндемичных в недалеком прошлом стран,

включая все страны МЕКАКАР, во всех странах кроме четырех (Азербайджана, Албании, Боснии и Герцеговины, Грузии) показатели чувствительности эпиднадзора за ОВП и сбора проб стула приближались к установленным стандартам или даже превышали их. Все 39 стран, где проводился эпиднадзор за ОВП, еженедельно направляли в Региональное бюро индивидуальные отчетные данные о случаях ОВП. К концу 1999 г. полнота получаемых еженедельных отчетных данных составила 86%, а своевременность их представления – 82%. Продолжалась практика организации программ подготовки специалистов и оценка качества национальных систем, при этом особое внимание уделялось мониторингу эффективности эпиднадзора за ОВП в территориальном аспекте, благодаря чему удавалось принимать адекватные целенаправленные меры по изменению ситуации к лучшему.

В 1999 г. системы эпиднадзора, действующие в Исламской Республике Иран и Сирийской Арабской Республике, продемонстрировали свою способность по своевременному выявлению случаев завоза полиовирусов.

Участники совещания пришли к выводу, что показатели эпиднадзора улучшаются и уже вплотную приблизились к стандартам качества, необходимого для предстоящей сертификации, а также что следует продолжать работу по проведению в жизнь всех рекомендаций, предложенных ранее. Сохраняется актуальность мониторинга субнациональных показателей, равно как и своевременной доставки в соответствующих условиях образцов фекалий для исследования в назначенной аккредитованной лаборатории.

СОСТОЯНИЕ ЭПИДНАДЗОРА В 2000 г.

В 2000 г. в регионе Восточного Средиземноморья предварительный показатель частоты ОВП, не относящихся к полиомиелиту, достиг 1.33 на 100 тыс. детей до 15 лет. Доля случаев ОВП с адекватными пробами фекалий составила 70% по итогам за весь 2000 г. Увеличилось число стран и территорий, представляющих отчетные данные о случаях ОВП с адекватно взятыми пробами стула, составляющими не менее 80% от общего числа заболевших. Повысилось качество эпиднадзора, проводимого в странах на субнациональном уровне. Была разработана автоматизированная региональная база данных, включающая информацию по всем случаям ОВП. Во всех странах и территориях обеспечено функционирование автоматизированных баз данных и отлажена система представления еженедельных отчетных данных о случаях ОВП, а также о результатах лабораторных исследований.

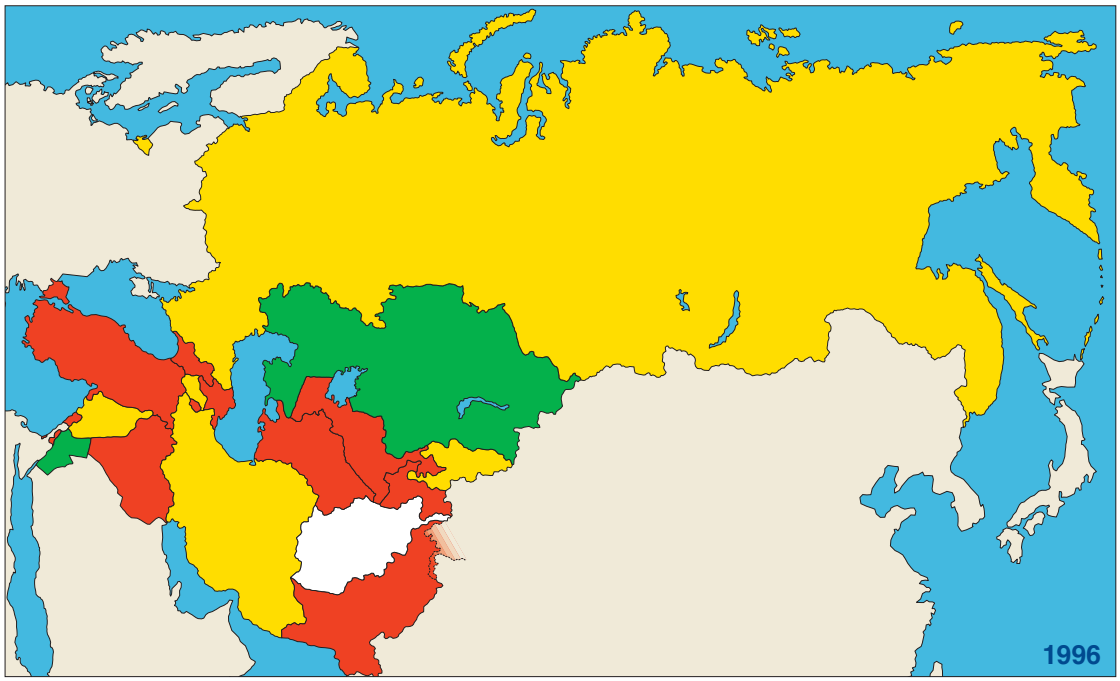
В Европейском регионе темпы работы, взятые в 1999 г., сохранялись и в дальнейшем, что позволило всем эндемичным в последние годы странам, за исключением трех (Азербайджана [с высокими показателями сбора проб фекалий], Албании, Боснии и Герцеговины), соответствовать установленным стандартам по чувствительности

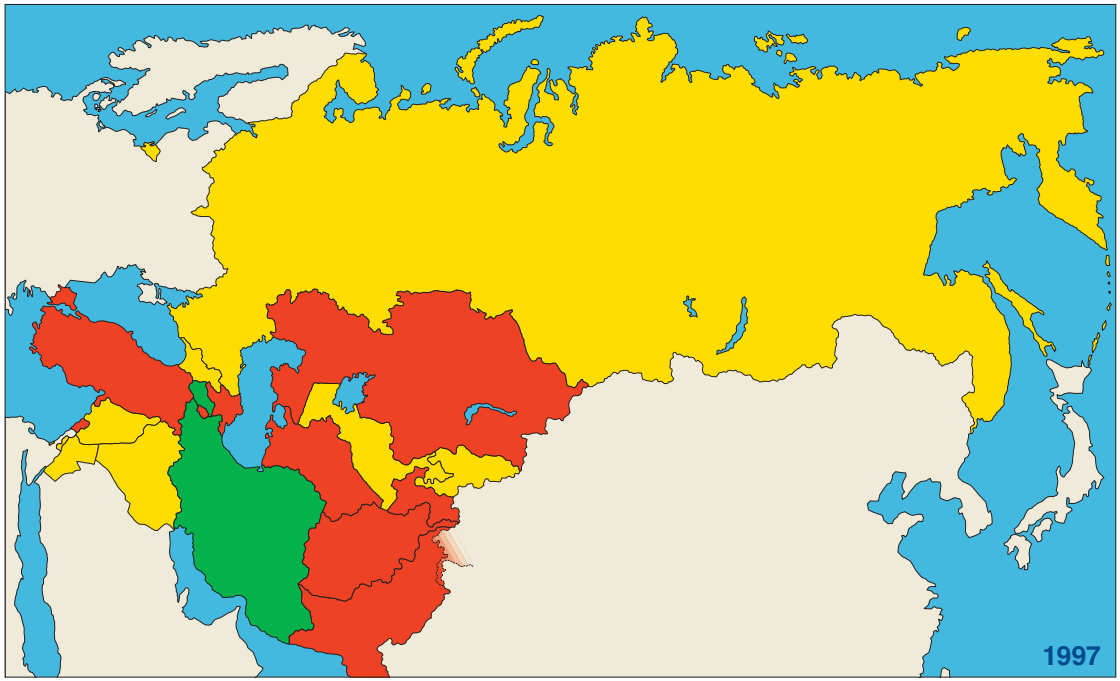
эпиднадзора за ОВП и сбору проб стула. Предварительный региональный усредненный показатель частоты ОВП, не относящихся к полиомиелиту, составил 1.12 на 100 тыс. при адекватно собранных пробах фекалий в 80% случаев; предварительные усредненные показатели по 17 эндемичным в последние годы странам равнялись 1.40 и 87% соответственно. Предпринимались дальнейшие усилия по оказанию поддержки странам в организации семинаров, проведении контроля за эпиднадзором и обеспечении доставки проб фекалий при одновременном росте показателей эффективности эпиднадзора за ОВП на субнациональном уровне. Полнота еженедельных отчетных данных составила 91%, а своевременность их представления – 81%.

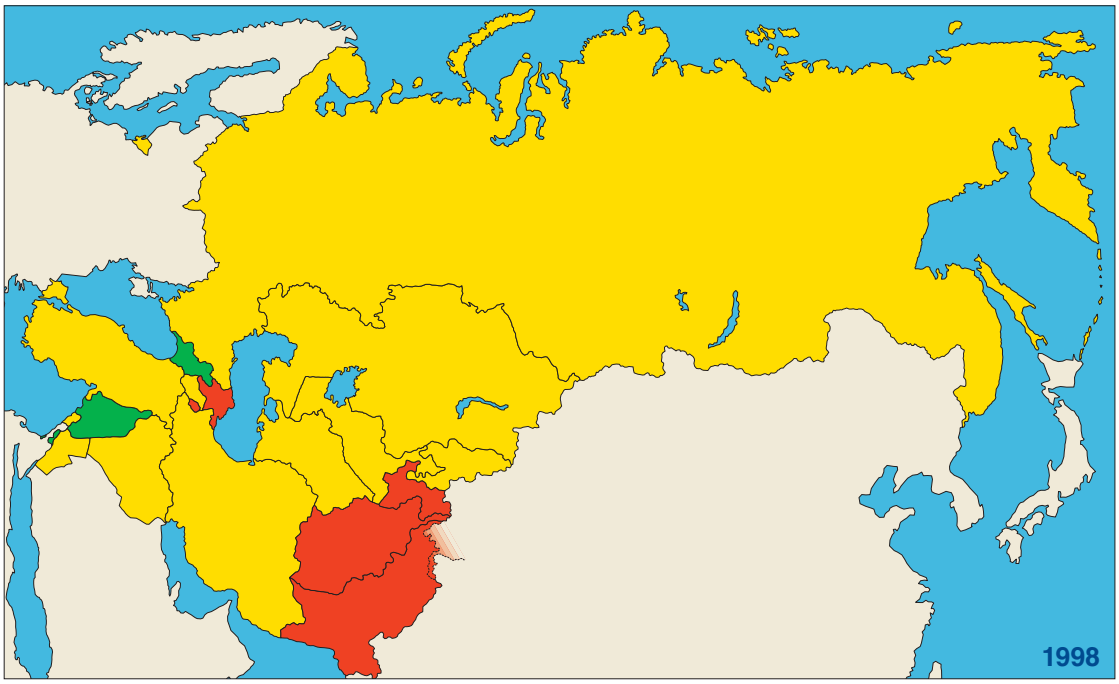
Рис. 6.
Эпиднадзор за ОВП и отбор проб фекалий у детей <15 лет в странах и территориях МЕКАКАР за 1996–2000 гг.

Показатели эпиднадзора

- Показатель частоты ОВП, не относящихся к полиомиелиту, <1.0 на 100 тыс. детей моложе 15 лет и <80% от общего числа случаев ОВП с 2-я пробами фекалий, взятыми в течение 14 дней с момента начала паралича.
- Показатель частоты ОВП, не относящихся к полиомиелиту, ≥1.0 на 100 тыс. детей моложе 15 лет или ≥80% от общего числа случаев ОВП с 2-я пробами фекалий, взятыми в течение 14 дней с момента начала паралича.
- Показатель частоты ОВП, не относящихся к полиомиелиту, ≥1.0 на 100 тыс. детей моложе 15 лет и ≥80% от общего числа случаев ОВП с 2-я пробами фекалий, взятыми в течение 14 дней с момента начала паралича.
- Отсутствие данных.






1998

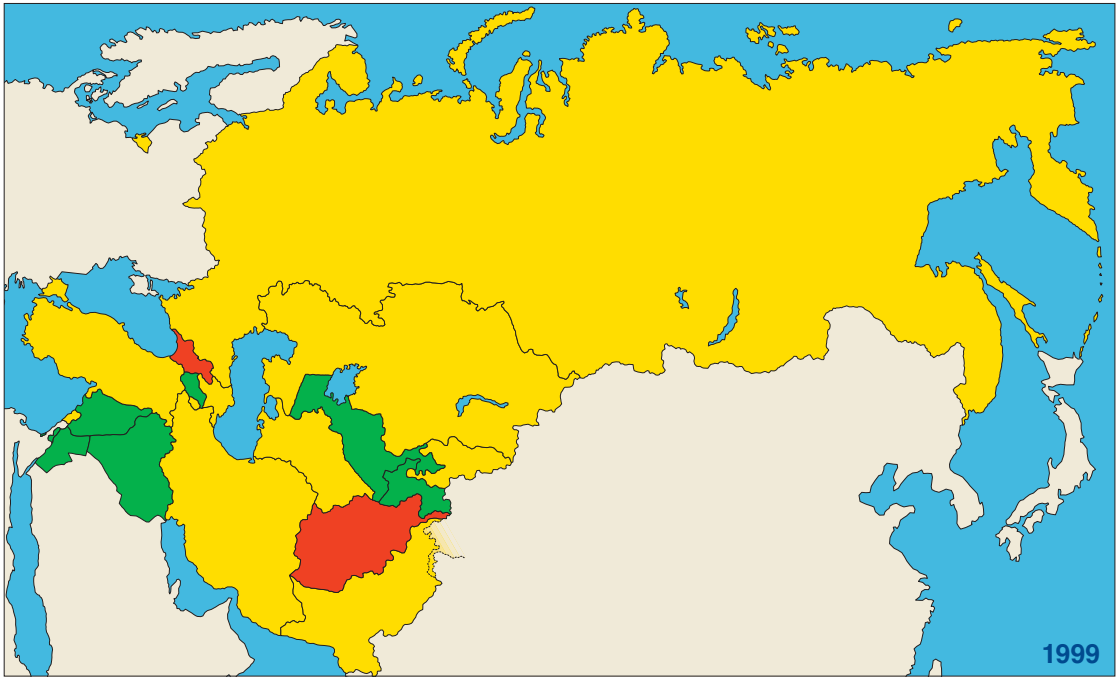

1999

Рис. 6
(продолжение).
Эпиднадзор за ОВП и отбор проб фекалий у детей <15 лет в странах и территориях МЕКАКАР за 1996–2000 гг.

Показатели эпиднадзора

- Показатель частоты ОВП, не относящихся к полиомиелиту, ≥1.0 на 100 тыс. детей моложе 15 лет или ≥80% от общего числа случаев ОВП с 2-я пробами фекалий, взятыми в течение 14 дней с момента начала паралича.
- Показатель частоты ОВП, не относящихся к полиомиелиту, ≥1.0 на 100 тыс. детей моложе 15 лет и ≥80% от общего числа случаев ОВП с 2-я пробами фекалий, взятыми в течение 14 дней с момента начала паралича.

СЕТЬ ВИРУСОЛОГИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЙ ПО ДИАГНОСТИКЕ ПОЛИОМИЕЛИТА

Для получения осмысленных данных вирусологические исследования проб стула должны проводиться в такой лаборатории, которая обладает необходимой чувствительностью методов и обеспечивает своевременное получение точных результатов, в связи с чем ВОЗ был принят ряд объективных критериев по ежегодной аккредитации лабораторий. Результаты анализов, полученные национальными лабораториями, подлежат подтверждению региональными референс-лабораториями, перед которыми наряду с этим ставится задача по установлению происхождения изолятов полиовирусов, которые, в свою очередь, могут либо ассоциироваться с ОПВ, либо оказаться дикими полиовирусами (на основании данных внутритиповой дифференциации). Такая дифференциация обеспечивается тремя лабораториями, обслуживающими страны и территории МЕКАКАР в Восточно-Средиземноморском регионе, и двумя региональными референс-лабораториями, функционирующими в странах-участницах МЕКАКАР в Европейском регионе. Специализированные лаборатории занимаются определением нуклеотидной последовательности генома, на основании которой устанавливается принадлежность к тому или иному генотипу и происхождение изолятов диких полиовирусов. Все описанные лаборатории входят в

сеть лабораторий по диагностике полиомиелита. Процесс своевременной доставки проб в каждую лабораторию в соответствующих условиях находится под постоянным контролем и продолжает совершенствоваться, хотя в этом плане все еще сохраняются отдельные недостатки. В каждом регионе при поддержке со стороны коалиции международных партнеров были предприняты немалые усилия к тому, чтобы снабдить сеть лабораторий по диагностике полиомиелита необходимым оборудованием, расходными материалами и клеточными линиями и организовать подготовку лабораторного персонала в целях повышения эффективности работы, благодаря чему данная сеть вышла на высокий уровень качества исследований.

Из восьми стран и территорий МЕКАКАР Восточно-Средиземноморского региона национальные лаборатории, аккредитованные ВОЗ, функционируют в пяти странах. Эти лаборатории проходили аккредитацию в полном объеме с 1998 г. (за исключением Ирака, где этот процесс начался в 1999 г.). В Европейском регионе имеется пять национальных лабораторий в десяти странах-участницах МЕКАКАР. Все пять национальных лабораторий, кроме одной, проходили аккредитацию ВОЗ с 1999 г. Кроме того, на территории Российской Федерации и Турции действуют субнациональные лаборатории, работа которых также должна удовлетворять критериям ежегодной аккредитации. Посредством соответствующей системы доставки и благодаря сотрудничеству между странами все пробы стула, взятые у детей с ОВП в странах Восточно-Средиземноморского региона (в том числе у заболевших в Ираке), стали поступать для исследования в аккредитованные лаборатории начиная с 1998 г., а в Европейском регионе такая процедура вошла в практику с конца 1999 г.

Ротарианцы-добровольцы, политическое руководство и общественные деятели участвуют в церемонии открытия НДИ, Болгария, 1995 г.

Мобильная бригада специалистов по вакцинации в период проведения НДИ, Афганистан, 2000 г.

ПАРТНЕРСТВО В РАМКАХ ОПЕРАЦИИ МЕКАКАР

Благодаря проведению НДИ удалось добиться невиданного ранее сплочения между многими частными лицами, учреждениями и министерствами, а также между различными сферами деятельности общества.

Очевидно, что помимо непосредственного влияния согласованных мероприятий на уровень заболеваемости полиомиелитом самым удивительным явлением в связи с Операцией МЕКАКАР и главным фактором достижения успеха было развитие партнерских связей и создание гарантий со стороны всех участвующих учреждений, причем инициатива в таких случаях, как правило, исходила от вполне конкретных лиц.

Поскольку страны и территории МЕКАКАР, входящие в состав двух Регионов ВОЗ, характеризуются целым рядом особенностей, региональные бюро также были вынуждены строить свою работу с учетом этих особенностей. Тем не менее, такие факторы, как совместное планирование Операции МЕКАКАР, решение возникающих проблем на базе коллективного опыта, согласование общих мероприятий и свободный обмен информацией (включая пересмотр национальных планов проведения дополнительных мероприятий по иммунизации и обновление данных эпиднадзора), позволили добиться дальнейшего укрепления оперативных связей по линии уже достаточно прочного партнерства между региональными организациями (а также с коллективом специалистов ВОЗ по глобальной координации усилий в связи с предпринятой инициативой по ликвидации полиомиелита).

Конкретный потенциал партнерских отношений при реализации Операции МЕКАКАР проявлялся на самых разных уровнях, однако такой процесс можно подразделить на две категории, одна из которых заключается в развитии партнерских отношений внутри стран и территорий, а другая – в формировании партнерства, главным образом, в международном масштабе.

ПАРТНЕРСТВА ВНУТРИ СТРАН

В любой стране ответственность за организацию мероприятий, связанных с Операцией МЕКАКАР, возлагалась на министерства здравоохранения. Вместе с тем, в связи с реализацией НДИ потребовалось беспрецедентное по своему масштабу развитие связей между многочисленными группами лиц, учреждениями и министерствами и между различными сферами деятельности общества. И хотя определить конкретный вклад каждого участника не представляется возможным, большинство территорий благодаря усилиям отдельных личностей, сыгравших в этом деле ключевую роль, оказались в выигрышном положении во многих отношениях, а именно:

- на национальном уровне главы государств, государственные министры, религиозные деятели и руководители других объединений выступали в поддержку прививочных кампаний, нередко публично демонстрируя важность участия в ежегодных кампаниях и собственноручно вводя первую дозу вакцины;
- на периферийном уровне ведущие общественные деятели демонстрировали аналогичную поддержку, обращаясь к местным общинам;
- общественные деятели, представляющие средства массовой информации, театральную и особенно спортивную жизнь, обращались с призывом к родителям принять участие в мероприятиях по защите здоровья своих детей. Имея поклонников своего таланта, таким деятелям всегда удавалось внести немаловажный вклад;
- телевизионные программы и радиостанции выделяли немало эфирного времени, подробно информируя общественность обо всех аспектах и целях прививочных кампаний, рассказывая о предыстории иммунизации, о таком заболевании, как полиомиелит, и даже о необходимости проведения эпиднадзора;
- по линии других министерств также выделялось необходимое время, оказывалась поддержка, предоставлялись кадровые и дополнительные ресурсы в помощь медицинским работникам для обеспечения охвата всех контингентов населения. В ряде стран и территорий в прививочных кампаниях принимали участие подразделения вооруженных сил, предоставляя свои транспортные средства, включая автомашины и вертолеты, для доставки медработников и грузов с вакциной в отдаленные районы;
- большой вклад в общее дело внесли общественные объединения, женские организации, члены Ротари-клубов, скауты и другие организации, сыгравшие ключевую роль в информировании, мотивации и фактической помощи в ходе проведения мероприятий по иммунизации.

Без таких массовых и тщательно согласованных мероприятий вряд ли удалось бы обеспечить неизменно высокие уровни охвата населения. Самые разные категории специалистов, не занятые в секторе здравоохранения, наглядно продемонстрировали

свое стремление принять участие в программе, целью которой являлось сохранение здоровья детского населения страны.

МЕЖДУНАРОДНОЕ ПАРТНЕРСТВО

Если благодаря предпринимаемым внутри стран и территорий мерам удалось обеспечить успешное проведение НДИ, «подчищающих» мероприятий и в дальнейшем – развитие служб эпиднадзора, то за много месяцев до того, как детям были введены первые дозы вакцины, была проделана скрупулезная, тщательно согласованная работа по планированию.

Такое перспективное планирование включало в себя два важнейших элемента:

- успешное проведение ежегодных координационных совещаний, в работе которых принимали участие как отечественные специалисты, так и сотрудники международных организаций. Помимо официальных властей, отвечающих за проведение оперативной деятельности, достижению успеха на этих совещаниях во многом способствовали представители стран, участвующие в таких мероприятиях, как обмен опытом, подготовка предложений, уточнение потребностей в ресурсах, анализ возникших затруднений, формулирование политики и приоритетов на будущее;
- готовность международных учреждений к совместному планированию деталей Операции МЕКАКАР, выделению своих сотрудников для участия в совместных мероприятиях, предоставлению значительных финансовых средств, технических и кадровых ресурсов, включая закупку партий вакцин и, что особенно важно, – к оперативной и результативной работе в связи с подготовкой и проведением хорошо организованных прививочных кампаний.

Вклад различных учреждений был весомым, и его конкретные размеры зависели от той или иной страны. Чтобы гарантировать достижение успеха в рамках Операции МЕКАКАР, каждое учреждение оказывало поддержку, неизменно предоставляя следующие виды помощи, краткое описание и неполный перечень которых приводится ниже:

Всемирная организация здравоохранения

Техническое содействие:

✓Общая координация Операции МЕКАКАР
✓Планирование
✓Методическое руководство по техническим вопросам и программной деятельности
✓Методические рекомендации и стандартизация
✓Расследование вспышек заболеваний

✓Методическое руководство и поддержка в организации координационных совещаний
✓Координация работы лабораторной сети и аккредитация лабораторий
✓Мониторинг и развитие систем отчетности
✓Подготовка специалистов по эпиднадзору
✓Оценка эффективности программы
✓Обеспечение обратной связи и распространение информации
✓Стимулирование политической поддержки
✓Создание принципиальной основы для сертификации и безопасного хранения вирусов

Финансовая поддержка:
✓Услуги инженерно-технического и вспомогательного персонала
✓Обучение и подготовка кадров
✓Проведение оценки программной деятельности
✓Мониторинг и проверка исполнения

Программа Ротари Интернэшнл ПолиоПлюс

Техническое содействие:
✓Проведение разъяснительной работы на всех уровнях в целях ликвидации полиомиелита
✓Поддержание связей с общественностью и влияние на общественное мнение, включая работу среди групп национальных меньшинств
✓Помощь добровольцев в работе прививочных пунктов во время проведения НДИ
✓Поощрительные и пропагандистские меры
✓Пропаганда важности эпиднадзора за ОВП

Финансовая поддержка:
✓Социальная мобилизация
✓Закупка вакцин
✓Поощрительные и пропагандистские меры
✓Оказание оперативной поддержки, выплаты
✓Мероприятия по эпиднадзору за ОВП
✓Предоставление автотранспорта
✓Закупка оборудования и расходных материалов для вирусологических лабораторий, оказание поддержки в подготовке специалистов
✓ Услуги сотрудников центральных органов ВОЗ, отвечающих за координацию
✓Прочие направления работы служб вакцинопрофилактики (включая закупку вакцины против гепатита В)

Многие другие неправительственные организации, в том числе такие, как Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, Врачи без границ, Некоммерческая неправительственная международная медицинская благотворительная организация (Мерлин), Врачи мира и Международный медицинский корпус, оказывали техническое содействие и оперативную поддержку во многих странах и территориях, где осуществляли свою деятельность. Кроме того, Фонд Организации Объединенных Наций оказал поддержку Региональным организациям (бюро) на покрытие текущих расходов, связанных с проведением дополнительных мероприятий по иммунизации, организацией процесса сертификации и координацией мер по безопасному хранению диких полиовирусов в лабораторных условиях.

Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ)

Техническое содействие:

✓Вопросы планирования
✓Оказание технической помощи на региональном и национальном уровнях
✓Обучение и подготовка специалистов
✓Оценка состояния и развитие холодовой цепи
✓Проведение оценки программ
✓Помощь в оценке потребностей в ресурсах
✓Развитие системы отчетности
✓Социальная мобилизация
✓Важнейшая поддержка в переговорном процессе по организации «дней спокойствия».

Финансовая поддержка:

✓Услуги инженерно-технического и вспомогательного персонала
✓Закупка вакцин
✓Приобретение оборудования для холодовой цепи
✓Оплата по мере необходимости транспортных услуг и другие выплаты.

Центры по борьбе с болезнями и их профилактике (США) (ЦББ)

Техническое содействие:

✓Вопросы планирования
✓Обучение и подготовка специалистов
✓Оценка качества эпиднадзора
✓Расследование вспышек заболеваний
✓Проведение специальных исследований на базе вирусологических лабораторий и консультаций
✓Проведение по мере необходимости эпидемиологической и лабораторной экспертизы.

Финансовая поддержка:

✓Закупка вакцин
✓Подготовка специалистов по эпиднадзору
✓Оказание поддержки лабораториям в снабжении оборудованием и расходными материалами (через АМР США)
✓Услуги сотрудников центральных органов ВОЗ, отвечающих за координацию
✓Организация мероприятий по эпиднадзору в странах
✓Распространение информации и обеспечение обратной связи (публикации и координационные совещания).

Агентство США по международному развитию (АМР США) непосредственно или через Общественную организацию БЕЙСИКС – своего партнера в реализации проектов

Техническое содействие:

✓Вопросы планирования
✓Оценка состояния холодовой цепи
✓Подготовка управленческих кадров
✓Социальная мобилизация
✓Сравнительный анализ аспектов Операции МЕКАКАР с точки зрения организации управления, а также по критерию «затраты-выгоды»

Финансовая поддержка:

✓Обучение и подготовка специалистов
✓Социальная мобилизация
✓Оказание технической и кадровой поддержки в рамках сети вирусологических лабораторий по диагностике полиомиелита
✓Организация мероприятий по эпиднадзору в странах
✓Распространение информации и обеспечение обратной связи (публикации и координационные совещания)
✓Другие направления работы служб вакцинопрофилактики
  – Сравнительная оценка состояния холодовой цепи и ее совершенствование
  – Поддержка деятельности регионального межведомственного комитета
  – Подготовка специалистов по вопросам экономической самостоятельности и материально-технического обеспечения.

Учреждения двустороннего сотрудничества

Многие правительства стран через свои учреждения, специфика деятельности которых связана с вопросами развития, оказывали всевозможную поддержку, в частности в решении таких проблем, как закупка вакцин и усиление национальных служб

лабораторных исследований. Такие правительства выступали от имени следующих стран: Дания, Италия, Канада, Нидерланды, Норвегия, Соединенное Королевство, Финляндия, Франция, Швейцария и Япония.

ОТЗЫВЫ О ПАРТНЕРСТВЕ, ПОСТУПИВШИЕ ОТ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ И КОЛЛЕКТИВНЫХ УЧАСТНИКОВ ОПЕРАЦИИ МЕКАКАР

Оперативные действия партнеров в ответ на обращения правительств стран и регулярная обратная связь по результатам осуществления программной деятельности сыграли важнейшую роль в успешном развитии партнерских отношений в рамках Операции МЕКАКАР.

Представители стран и международных организаций, принимавшие участие в работе шестого координационного совещания, которое состоялось в октябре 1999 г. в Анкаре, полностью посвятили пленарное заседание обсуждению вопросов партнерства. Являясь индивидуальными и коллективными участниками и непосредственными исполнителями Операции МЕКАКАР, все они привнесли личный опыт и высказали свое мнение, которое имело большое значение не только при оценке факторов, обеспечивших успех предпринятой инициативы, но и в плане возможного применения накопленного опыта в организации будущих партнерств.

В 12 стран и территорий (десять из которых находятся в Европейском регионе и две страны – в регионе Восточного Средиземноморья) была предварительно направлена специальная анкета. Все участники опроса считали, что в осуществлении Операции МЕКАКАР партнерства играют важную роль или являются непреложным условием для достижения успеха, а также отмечали важность координации действий партнерских организаций на национальном уровне. По их мнению, важнейшие слагаемые успеха заключались не только в лидирующей роли (руководителей национальных программ по иммунизации и сотрудников региональных бюро ВОЗ), но и в четко сформулированных региональных и национальных задачах и планах. К факторам, сыгравшим чрезвычайно важную роль в реализации успешного партнерства в рамках Операции МЕКАКАР, были отнесены следующие: готовность партнеров откликнуться на обращения правительств стран; поступление регулярной информации о результатах проведения программной деятельности; прозрачность и подотчетность в расходовании финансовых средств; перспектива для развития диалога; и готовность прислушаться к различным предложениям. Помимо этого, респонденты обратили внимание на такие возможности, как дальнейшее совершенствование координации и партнерства по линии Операции МЕКАКАР посредством более полной

реализации собственного потенциала каждого учреждения-партнера; определение круга партнеров, объединяемых общими интересами; и расширение принципов гласности и укрепление потенциала для обмена информацией.

Перечень дополнительных вопросов, рассмотренных при обсуждении на заседании в Анкаре, включал следующие аспекты:

- партнерство является весьма ценным механизмом для повышения качества технических решений, мобилизации людских и финансовых ресурсов, исключения элементов дублирования и ведения разъяснительной работы на должном уровне;
- эффективное партнерство предполагает присутствие руководящего начала, распространение информации, а также наличие обратной связи и возможностей для признания сделанного ими вклада;
- партнерство представляется наиболее эффективными тогда, когда определены общие цели, разработаны кратко- и среднесрочные планы действий и составлены подробные сметы расходов;
- для достижения оптимального результата партнерские отношения должны развиваться на международном, региональном, национальном и субнациональном уровнях;
- создание эффективно функционирующих национальных межведомственных координационных комитетов может сыграть полезную роль в целом ряде профилактических мероприятий в области здравоохранения;
- важная роль при планировании для уточнения потребностей программ и надлежащего учета реальной ситуации в практической работе принадлежит таким составляющим, как периодичность проведения общих совещаний, формулирование пунктов повесток дня и определение подходящих кандидатур участников;
- в тех случаях, когда из-за различных санкций – политических или финансовых – невозможно полностью реализовать потенциал партнерства, проведение неформальных дискуссий во время координационных совещаний по-прежнему является полезным инструментом;
- Операция МЕКАКАР повсеместно воспринимается в качестве чрезвычайно эффективного механизма для достижения консенсуса по вопросам технического плана, координации дополнительных мероприятий по иммунизации в приграничных районах, созданию условий для обратной связи и обмена между странами/территориями уроками, которые они извлекли для себя;
- большинство участников сочли целесообразным проведение совещаний по Операции МЕКАКАР в будущем для обсуждения круга вопросов по ситуации в приграничных районах и дальнейшего обмена приобретенным опытом и извлеченными уроками;
- совещания по ситуации в приграничных районах позволяют самым эффективным образом заниматься обсуждением наиболее актуальных оперативных вопросов

при условии, если состав их участников формируется из представителей эпидемиологических блоков, объединенных общностью географического положения, спецификой эпидемиологической ситуации, уровнями развития и доступностью соответствующих служб;

- ощущается явная необходимость в совершенствовании коммуникации и постановке общих целей, стоящих перед оперативным персоналом в лице руководителей программ иммунизации и сотрудников лабораторий, а также теми специалистами, которые отвечают за социальную мобилизацию;
- координационные совещания последних лет по Операции МЕКАКАР оказались не столь успешными в плане безотлагательной мобилизации ресурсов, вовлечения новых партнеров или изыскания возможностей для пропаганды политических подходов, как это было на совещаниях, проводившихся ранее;
- Несмотря на успехи Операции МЕКАКАР было с сожалением отмечено отсутствие новых доноров и двусторонних фондов; в связи с чем было рекомендовано специалистам ВОЗ активизировать диалог с такими организациями.

«Подчищающая» иммунизация в провинции Мардин, Турция, 1999 г.

Бригада специалистов по вакцинации в сельских районах неподалеку от Багдада во время проведения НДИ, Ирак, 1999 г.

АНАЛИЗ ОПЕРАЦИИ МЕКАКАР

ВЫПОЛНЕНИЕ ПОСТАВЛЕННЫХ ЗАДАЧ

Операция МЕКАКАР увенчалась полным успехом. Принципы координации и партнерства, воплощенные в жизнь посредством Операции МЕКАКАР, стали достоянием других регионов ВОЗ, как например, согласование с мая 1999 г. НДИ, проводимых государствами-членами Восточно-Средиземноморского и Африканского регионов в странах Африканского Рога, а также предпринимаемые в последнее время усилия по синхронизации НДИ в странах Западной и Центральной Африки.

На территории Европейского региона случаи заболевания полиомиелитом, вызванным дикими полиовирусами, практически прекратились в странах, входящих в зону МЕКАКАР. Последний зарегистрированный по настоящее время случай полиомиелита в Европейском регионе имел место 26 ноября 1998 г. в восточной части Турции. Причиной такой ситуации послужили слабо организованные службы плановой иммунизации юго-восточных и восточных провинций Турции, а также проживание родственных групп населения по обе стороны границы, что обусловило более продолжительную циркуляцию полиовирусов в этих районах по сравнению с другими территориями Региона. Однако начиная с осени 1998 г. (благодаря более тщательному планированию, контрольным посещениям, мониторингу и оказанию материально-технической поддержки) не только совершенствование системы эпиднадзора, но и повышение качества дополнительных мероприятий по иммунизации позволило медработникам обеспечить охват ранее не вакцинированной части детского населения. Координация мероприятий в сопредельных с соседними странами территориях, включая Ирак, играет важную роль и окажется актуальной в дальнейшем, чтобы можно было гарантировать прекращение передачи инфекции на всей территории проживания родственных контингентов населения. Для получения данных, подтверждающих прекращение циркуляции полиовирусов, потребуется проведение последующих наблюдений и усиление системы эпиднадзора и вирусологических исследований по всем случаям ОВП среди детей.

ВЫПОЛНЕНИЕ ЗАДАЧ, ПОСТАВЛЕННЫХ ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ МЕКАКАР

Задача	Уровень выполнения
1. Создать соответствующий механизм для проведения мероприятий, обеспечивающих ликвидацию полиомиелита на большой территории, включающей много стран.	Выполнена полностью во всех странах и территориях, где была возможность доступа ко всем населенным пунктам: в настоящее время благодаря активизации материально-технической поддержки и контролю исполнения доступность детского населения к медицинской помощи обеспечивается повсеместно.
2. Добиться ликвидации полиомиелита.	Хотя эта задача решена большинством стран и территорий, все еще имеются страны, где ликвидация полиомиелита не достигнута; это потребует проведения дальнейших мероприятий, чтобы окончательно достигнуть цели.
3. Развивать систему эпиднадзора за ОВП.	Такая система теперь функционирует во всех странах и территориях и позволяет не только выявлять случаи ОВП, но и добиваться большей эффективности, что подтверждается текущими показателями качество работы. Если бы Операции МЕКАКАР не было, то для этого потребовалось бы гораздо больше времени.
4. Развивать лабораторную сеть.	Такая сеть уже существует и способна с высокой степенью точности проводить исследования проб стула, поступающих от значительной доли ОВП. Несмотря на то, что начиная с 1999 г. все пробы фекалий, от случаев ОВП, анализировались в аккредитованных ВОЗ лабораториях, в обоих регионах ВОЗ по-прежнему остается актуальным дальнейшая аккредитация лабораторий и укрепление связей между ними и персоналом, выполняющим оперативную работу.
5. Совершенствовать системы отчетности.	Задача выполнена успешно. В настоящее время все страны направляют в ВОЗ еженедельные отчетные данные и пользуются показателями эффективности для мониторинга хода работы и выполнения технических задач.
6. Расширять партнерство.	Расширение партнерства как между странами/территориями и организациями, так и между самими организациями оказалось на редкость успешным при гораздо более тщательном совместном планировании и консультациях, проводимых на координационных совещаниях и в рабочем порядке.
7. Обеспечивать получение данных, необходимых для сертификации.	Почти во всех странах и территориях созданы национальные сертификационные комитеты для оценки и представлению данных на рассмотрение региональными сертификационными комиссиями по окончательной сертификации ликвидации полиомиелита. В рамках национальных систем эпиднадзора обеспечивается регулярный сбор данных, которые будут крайне необходимы для окончательной сертификации.
8. Содействовать развитию сотрудничества между странами в борьбе с другими инфекционными заболеваниями.	На данный момент такое сотрудничество развито недостаточно, хотя мало кто сомневается в том, что механизмы, созданные для ликвидации полиомиелита, оказались полезными в организации кампании борьбы с дифтерией, и им будет принадлежать жизненно важная роль в реальном выполнении таких задач, как активизация борьбы с корью/ее ликвидация.

В странах и территориях МЕКАКАР Восточно-Средиземноморского региона, несмотря на существенное укрепление системы эпиднадзора и представление вследствие этого более исчерпывающих отчетных данных, наблюдалось резкое сокращение числа зарегистрированных случаев полиомиелита. Из восьми стран Региона, принимавших участие в Операции МЕКАКАР, в пяти странах – Иордании, Исламской Республике Иран, Ливане, самоуправляемых территориях Палестины и Сирийской Арабской Республике – не выявлено доказательств того, что продолжается эндемичная циркуляция полиовирусов. С 1999 г. вплоть до начала 2000 г. в Ираке продолжалась вирусологически подтвержденная циркуляция полиовирусов, однако в этой стране были предприняты энергичные меры по прекращению их дальнейшей циркуляции. Начало паралича у последнего заболевшего полиомиелитом (подтвержденного вирусологически), который был зарегистрирован по настоящее время в Ираке, датируется 28 января 2000 г., причем данный случай произошел на фоне усиления в стране системы эпиднадзора за ОВП и своевременного тестирования проб стула, что, скорее всего, указывает на прекращение циркуляции полиовирусов. На всей территории Пакистана уровень заболеваемости значительно снизился. Рост зарегистрированных случаев заболевания в Пакистане за период 1997-1999 гг. является следствием не только широко распространенной эпидемии в 1997 г., но и неуклонного совершенствования системы эпиднадзора за ОВП, в результате чего удавалось более систематическим образом выявлять случаи заболевания и в более полном объеме представлять отчетные данные. По предварительным данным в 2000 г., несмотря на дальнейшее усиление системы эпиднадзора за ОВП, было отмечено рекордно низкое число случаев полиомиелита. Имеющиеся по Афганистану данные являются далеко не полными, чтобы можно было оценивать уровни циркуляции полиовирусов, однако примечательно то, что дополнительные мероприятия по иммунизации постепенно переросли в повсеместно проводимые НДИ; кроме того, следует также отметить, что несмотря на такое расширение зоны действия эпиднадзора, сама система в ее нынешнем виде позволила по предварительным данным выявить в 2000 г. меньшее, чем в 1999 г., число случаев.

Несмотря на то, что в сравнении с Европейским регионом влияние Операции МЕКАКАР на ситуацию в некоторых частях Региона Восточного Средиземноморья оказалось менее впечатляющим, полученные в конечном итоге результаты представляются вполне логичными. В Пакистане и Афганистане исходный уровень охвата иммунизацией по состоянию на 1994 г. и в течение последующих нескольких лет был гораздо ниже, чем соответствующий уровень в Европейских странах МЕКАКАР. Таким образом, детям в среднем было введено меньшее количество доз ОПВ, и достигнутый защитный эффект является меньшим в пропорциональном отношении. Более того, отрицательное воздействие на эффективность проведения НДИ оказали

проблемы, обусловленные конфликтными ситуациями, скученностью населения и неудовлетворительным состоянием санитарно-гигиенических условий. Можно вполне рассчитывать на то, что дальнейшее проведение в жизнь таких же стратегий в этих странах (на фоне акселерации количества и особенно качества дополнительных туров иммунизации) позволит добиться аналогичного результата в кратчайшие сроки.

Предпринятая Операция оказалась не менее успешной в выполнении задач второстепенной важности. Можно утверждать, что опирающийся на данные лабораторных исследований эпиднадзор за ОВП, пока что неполный в отдельных территориях с напряженной ситуацией, стал проводиться на должном уровне и обеспечивает сбор данных для окончательной сертификации ликвидации полиомиелита. В перечне на странице слева представлена краткая информация о фактическом выполнении задач, которые упоминались выше в данном отчете.

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВОВАВШИЕ УСПЕХУ ОПЕРАЦИИ МЕКАКАР

Техническая основа

Принцип, в соответствии с которым строился замысел Операции МЕКАКАР, т.е. проведение скоординированной, согласованной по срокам и достаточно эффективной вакцинации среди всего детского населения, включая потенциально восприимчивых лиц, на большой территории, – оказался целесообразным и надежным с точки зрения эпидемиологии. Если говорить о таком инфекционном заболевании, как полиомиелит, при котором большинство случаев инфицирования носит субклинический характер, и несмотря на распространенность возбудителя на большой территории число заболевших оказывается относительно незначительным (со случающимися время от времени серьезными эпидемическими вспышками), то данная Операция, по всей вероятности, была наиболее результативной, наиболее надежной и наиболее экономически эффективной в плане прекращения эндемичной циркуляции полиовирусов и окончательного устранения угрозы распространения данного заболевания в будущем.

Вклад отдельных стран и территорий

Для успешного проведения Операции МЕКАКАР необходимо было обеспечить активное участие всех стран и территорий в такой инициативе, которая, принося очевидную пользу каждой из стран, также предполагала взятие коллективной ответственности за организацию борьбы с полиомиелитом на большой территории. При этом в течении ряда лет наблюдалось не только широкое и активное сотрудничество стран и территорий, которые участвовали в Операции МЕКАКАР, но и присоединение других соседних стран к названной инициативе для проведения в

жизнь соответствующих стратегий, так как в них наблюдалась передача инфекций. Итак, для участия в коллективной разработке рекомендуемых ВОЗ стратегий ликвидации полиомиелита и их согласования между собой к этой группе присоединились страны и территории, занимающие огромную площадь, представляющие собой основную часть Европейского региона и составляющие значительную долю Восточно-Средиземноморского региона. Убедительным доказательством достижений этих стран является фактическое воздействие на распространенность данного заболевания на большей части этой огромной территории.

С технической точки зрения, успех Операции МЕКАКАР находился в зависимости от реального введения всему детскому населению целевой возрастной группы дополнительных доз вакцины в течение короткого промежутка времени в сезон низкой циркуляции полиовирусов. Эту задачу удалось успешно выполнить путем проведения НДИ (когда практически все участвующие страны и территории вышли на уровень более 90-процентного охвата детей целевой группы, который обычно превышал 95%) и «подчищающей» иммунизации. Чтобы обеспечить выполнение данной задачи, требовалось составить план с учетом ряда ключевых факторов. Такие факторы заключались в том, чтобы министерствами здравоохранения различных уровней, а также руководителями национальных программ иммунизации и другими специалистами, обладающими высоким уровнем технических, мотивационных и управленческих навыков, были действительно взяты твердые обязательства.

Непосредственно в странах и территориях процесс успешного обеспечения социальной мобилизации и межсекторального сотрудничества и согласованного вовлечения ведущих деятелей и личностей нередко зависел от активного участия руководителей, занимающих высшие посты в государстве. Ключевым фактором в успехе операции МЕКАКАР оказалось делегирование традиционных полномочий министерств здравоохранения другим государственным структурам, неправительственным организациям и общественности. Весьма важным представлялось непосредственное подключение к этому процессу руководителей стран, которое проявлялось в их участии в церемониях открытия прививочных кампаний и собственноручной вакцинации первой группы детей, что всегда сопровождалось широким освещением таких событий средствами массовой информации.

Для проведения НДИ и продолжения этой практики в течение многих лет потребовались затраты времени, кадровые и финансовые ресурсы, которые ложились дополнительным бременем на государственный бюджет стран, зачастую переживавших тяжелые времена. То обстоятельство, что ни одна из стран не прекращала платежи

по своим обязательствам, представляет собой не только заслугу министерств здравоохранения в выполнении принятых обязательств, но и служит доказательством огромных усилий по изысканию дополнительных источников финансирования на национальном, территориальном, районном и коммунальном уровнях.

Координация действий с участием всех заинтересованных сторон

Реальные возможности и поддержка усилий министерств здравоохранения по организации НДИ также служат доказательством тесной координации, которая имела место в странах и территориях между государственными органами, международными учреждениями, национальными НПО и представителями всех слоев общества. Без такого усиленного взаимодействия и развития партнерств вряд ли бы удалось обеспечить успех по всем направлениям деятельности. В равной степени, на международном уровне нельзя недооценивать работу региональных организаций (бюро) ВОЗ и их сотрудников в лице как административного, так и инженерно-технического персонала, а также следует отметить не менее существенный вклад ЮНИСЕФ, Ротари Интернэшнл и других внешних партнеров, которые сыграли чрезвычайно важную роль в достижении успеха.

В методическом плане очень важно подчеркнуть исключительную роль координационных совещаний, в работе которых принимали участие представители соответствующего уровня всех без исключения стран/территорий и учреждений. Такие совещания сыграли колоссальную роль в планировании и координации мероприятий, анализе хода работы, обмене опытом и в обсуждении дальнейших технических деталей, выходящих за пределы ограниченного круга вопросов, касающихся НДИ. Без таких встреч и их умелого ведения осуществление Операции МЕКАКАР не было бы настолько удачным.

Решение других вопросов, не связанных с согласованием НДИ в рамках Операции МЕКАКАР

Немаловажный вопрос также состоял в том, чтобы круг технических проблем, решаемых в рамках Операции МЕКАКАР, был связан не только с первоначально запланированными НДИ, но и включал в себя такие аспекты, как развитие эффективного эпиднадзора за ОВП, аккредитация и использование сети вирусологических лабораторий по полиомиелиту. И что особенно важно, – внедрение и реализация концепции мониторинга и оценки эффективности работы и использование стандартных показателей эффективности позволили проводить количественную оценку хода работы, к тому же на основании таких показателей будет осуществляться сертификация ликвидации полиомиелита в обоих регионах ВОЗ, что в конечном

итоге будет способствовать окончательной сертификации ликвидации полиомиелита в глобальном масштабе.

ДОЛГОСРОЧНЫЕ ВЫГОДЫ ОТ РЕАЛИЗАЦИИ ОПЕРАЦИИ МЕКАКАР

К четырем результатам проведения Операции МЕКАКАР, значение которых будет сказываться еще в течение многих лет, можно отнести следующее:

- факт того, что полиомиелит удастся ликвидировать, тогда как в противном случае это было бы нереально, или же для выполнения такой задачи потребовалось бы гораздо больше времени, не говоря уже о многочисленных случаях инвалидизации детей, которые можно было бы предотвратить;
- наращивание значительно более мощного потенциала для организации эпиднадзора, опирающегося на стандарты и результаты лабораторных исследований, и для дальнейшей борьбы с инфекционными заболеваниями;
- явное стремление секторов, не относящихся к здравоохранению, и широкой общественности принять участие в программах в области охраны здоровья и гуманитарного развития;
- демонстрация того, что международное сотрудничество в борьбе с инфекционными заболеваниями является не только реальным и эффективным, но и пользуется очевидной и всемерной поддержкой государств-членов каждого региона.

ПЕРСПЕКТИВЫ ОПЕРАЦИИ МЕКАКАР

Достигнув к сегодняшнему дню громадного успеха, Операция МЕКАКАР пока еще не полностью выполнила поставленные перед ней задачи. По истечении первых трех лет Операции МЕКАКАР стало ясно, что нужно обеспечить дальнейшее проведение дополнительных мероприятий и их акселерацию в рамках Операции МЕКАКАР Плюс. Во время дискуссий на всех состоявшихся координационных совещаниях последних лет подчеркивалась необходимость в дальнейшем продолжать тщательно согласованные мероприятия в будущем вплоть до сертификации ликвидации полиомиелита в глобальном масштабе. С наступлением 2001 г. лишь немногие страны и территории МЕКАКАР отныне будут проводить НДИ в полном объеме, а некоторым странам МЕКАКАР в Европейском регионе уже больше не потребуется организовывать какие-либо мероприятия по дополнительной иммунизации. Поскольку риск завоза диких полиовирусов в приграничные районы в ключевых странах и территориях будет существовать, согласованные дополнительные иммунизационные мероприятия по линии Операции МЕКАКАР Плюс будут продолжены как минимум вплоть до 2003 г. включительно, даже если эпиднадзор за ОВП будет соответствовать всем необходимым показателям эффективности, а службы плановой иммунизации обеспечат устойчивые и неизменно высокие уровни охвата вакцинацией.

Риск нераспознанной циркуляции полиовирусов в приграничных районах продолжает сохраняться на двух основных территориях, в таких странах, как Ирак, Исламская Республика Иран, Турция и Сирийская Арабская Республика, а также, вероятнее всего, в Афганистане, Исламской Республике Иран, Пакистане, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане. Продолжающаяся циркуляция вирусов в Афганистане и Пакистане представляет собой главный источник завоза инфекции с дальних территорий в обоих регионах ВОЗ, хотя не исключены завозные случаи из сохраняющихся резервуаров инфекции в Индии и в отдельных районах Африки. Чтобы добиться окончательных успехов при организации предстоящих мероприятий по линии МЕКАКАР, следует опираться на уже достигнутые результаты, обеспечив их дальнейшее развитие.

Продолжение Операции МЕКАКАР Плюс означает:

- проведение очередных согласованных дополнительных прививочных кампаний там, где это требуется (см. табл. 7 с предлагаемыми мероприятиями на 2001-2003 гг.);
- координацию действий в целях совершенствования эпиднадзора за ОВП с фокусируясь на территориях высокого риска;
- дальнейшую координацию усилий эндемичных в недалеком прошлом стран и территорий, чтобы обеспечить сертификацию ликвидации полиомиелита в глобальном масштабе к 2005 г.;
- обмен опытом проведения успешных мероприятий по безопасному хранению диких полиовирусов и потенциально инфекционных материалов в лабораторных условиях.

Более того, предстоит обеспечить дальнейшую активизацию поддержки лабораторной службы и сети доставки проб стула, чтобы добиться такого положения, при котором услуги лабораторий, аккредитованных ВОЗ, были бы легко и быстро доступны для всех стран и территорий и их административных районов.

В настоящее время планируется совещание по координации Операции МЕКАКАР, которое состоится в марте 2001 г. в Каире. Теперь, когда очевидны успехи Операции МЕКАКАР и ясны предстоящие мероприятия по ликвидации полиомиелита, в ходе дискуссии между участниками Операции и партнерами на 2001 г. будут также подниматься вопросы борьбы с другими инфекционными заболеваниями и рассматриваться представляющие взаимный интерес программы их ликвидации с точки зрения перспективы дальнейшего сотрудничества между странами и регионами, в том числе и в связи с выполнением такой общей региональной задачи, как ликвидация кори.

Таблица 7.
Предлагаемые мероприятия по дополнительной иммунизации и сроки их проведения в странах и территориях МЕКАКАР на период 2001–2003 гг.

		Регион Восточного Средиземноморья								Европейский регион									
		Афганистан	Исламская Респ. Иран	Ирак	Иордания	Ливан	Пакистан	Сирийская Арабская Респ.	Самоуправляемые террит. Палестины	Армения	Азербайджан	Грузия	Казахстан	Кыргызстан	Российская Федерация	Таджикистан	Турция	Туркменистан	Узбекистан
2001 г.	Январь		CB1				N1												
	Февраль	SN1	CB2																
	Март	N1		N1	N1	SN1	N2	SN1	M1						M1				
	Апрель	N2		N2	N2	SN2	N3	SN2	M2						M2	N1[1]	SN1	N1[1]	N1[1]
	Май	N3														N2[1]	SN2	N2[1]	N2[1]
	Июнь																		
	Июль	M1					M1												
	Август	M2					M2												
	Сентябрь	N1					N1												
	Октябрь		SN1	N1				M1								SN1	M1	SN1	SN1
	Ноябрь	N2	SN2	N2			N2	M2								SN2	M2	SN2	SN2
	Декабрь																		
2002 г.	Январь																		
	Февраль						N1												
	Март	N1		N1	SN1	SN1	N2		M1										
	Апрель	N2		N2	SN2	SN2			M2							N1	SN1	N1	N1
	Май															N2	SN2	N2	N2
	Июнь																		
	Июль	M1					M1												
	Август	M2					M2												
	Сентябрь	N1																	
	Октябрь	N2	SN1	SN1			N1	M1								SN1	M1	SN1	SN1
	Ноябрь		SN2	SN2			N2	M2								SN2	M2	SN2	SN2
	Декабрь																		
2003 г.	Январь																		
	Февраль						N1												
	Март	N1		N1			N2		M1										
	Апрель	N2		N2					M2							SN1	M1	SN1	SN1
	Май															SN2	M2	SN2	SN2
	Июнь																		
	Июль																		
	Август	M1																	
	Сентябрь	M2					M1												
	Октябрь		SN1	SN1			M2	M1								SN1	M1	SN1	SN1
	Ноябрь		SN2	SN2				M2								SN2	M2	SN2	SN2
	Декабрь																		

N1: Национальные дни иммунизации, 1-й тур
N2: Национальные дни иммунизации, 2-й тур
N3: Национальные дни иммунизации, 3-й тур
SN1: Субнациональные дни иммунизации, 1-й тур
SN2: Субнациональные дни иммунизации, 2-й тур
M1: «Подчищающая» иммунизация, 1-й тур
M2: «Подчищающая» иммунизация, 2-й тур
CB: Приграничная иммунизация; прочие приграничные мероприятия по иммунизации в ограниченном масштабе, проводимые параллельно с соответствующими мероприятиями в соседних странах и территориях
CB1: Приграничная иммунизация, 1-й тур
CB2: Приграничная иммунизация, 2-й тур

[1] Запланированные на весну 2001 г. НДИ, однако ввиду нехватки ОПВ по линии международных поставок эти мероприятия, скорее всего, можно будет осуществить не раньше осени.

Мелик Минас из провинции Агри – последняя жертва полиомиелита в Европейском регионе, Турция, 1998 г.