



# ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ  
Сто одиннадцатая сессия  
Пункт 10.5 предварительной повестки дня

ЕВ111/32  
21 ноября 2002 г.

## Ликвидация полиомиелита

### Доклад Секретариата

1. В 1988 г. Сорок первая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения (резолюция WHA41.28) поставила цель глобальной ликвидации полиомиелита к концу 2000 года. Во время принятия резолюции, согласно оценкам, ежегодно происходило 350 000 случаев заболевания полиомиелитом, и по крайней мере 125 стран были эндемичными в отношении вируса полиомиелита. В 1999 г. Пятьдесят вторая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения в резолюции WHA52.22 призвала государства-члены активизировать деятельность по ликвидации для прекращения передачи дикого полиовируса и по внедрению лабораторного сдерживания дикого полиовируса.

2. В результате активизации этой деятельности на конец 2001 г. только 10 стран<sup>1</sup> оставались эндемичными в отношении дикого полиовируса, и в этих странах было зарегистрировано всего 483 случая полиомиелита, подтвержденного лабораториями. Отсутствие сообщений о случаях заболевания в течение этого года из стран, исторически считающихся крупными резервуарами дикого полиовируса, особенно из Бангладеш и Демократической Республики Конго, также демонстрирует, что стратегии ликвидации являются обоснованными. Двадцать первого июня 2002 г. независимая Региональная комиссия по сертификации признала Европейский регион ВОЗ свободным от полиомиелита, в результате чего общее число сертифицированных таким образом регионов достигло трех с общей численностью населения более чем 3 миллиарда человек в 134 странах, районах и территориях. На 12 ноября 2002 г. число стран, пораженных полиомиелитом, было самым низким, чем когда-либо ранее, и составило всего лишь семь стран, о которых известно, что они являются эндемичными.

3. В 2001–2002 гг. были созданы рамки для оценки и управления рисками полиомиелита в период после сертификации, основанные на результатах широких исследований, с тем чтобы содействовать национальным и международным дискуссиям в отношении будущей политики иммунизации против полиомиелита. В настоящее время планируется провести широкие консультации с государствами-членами для определения того, как эти риски могут повлиять на национальную политику использования вакцин против полиомиелита после глобальной сертификации.

4. Все большее внимание обращается на оптимизацию и документальное подтверждение роли инфраструктуры Инициативы по глобальной ликвидации полиомиелита в содействии достижению других целей здравоохранения. Например, в 2001 г. обследование 1015 сотрудников ВОЗ, оплачиваемых из средств Инициативы по

---

<sup>1</sup> Афганистан, Ангола, Египет, Эфиопия, Индия, Нигер, Нигерия, Пакистан, Сомали и Судан.

ликвидации полиомиелита, подтвердило, что 91% международных сотрудников и 100% национальных сотрудников посвящают в среднем 44% и 22% своего времени соответственно на усиление систем регулярной иммунизации и эпиднадзора. Были установлены промежуточные ориентиры и разработаны показатели для мониторинга прогресса в этой области.

## **ПРОБЛЕМЫ**

5. В течение следующих 12 месяцев потребуются интенсивные глобальные усилия для ликвидации полиомиелита в районах, остающихся эндемичными. Особое значение будет иметь устранение недостатков в качестве дополнительных мероприятий по иммунизации для обеспечения такого положения, при котором все дети будут получать оральную вакцину против полиомиелита в Индии, Нигерии и Пакистане, на которые по состоянию на 12 ноября приходится 98% случаев, происшедших в 2002 г. (90% этих случаев зарегистрировано в девяти из 76 штатов или провинций этих трех стран) (см. Приложение, Рис. 1). Потребуется согласованные усилия, для того чтобы остановить невысокую, но географически широко распространенную передачу полиовируса в Египте и Нигере.

6. В Афганистане, в районе Магадишу (Сомали) и в восточной части Анголы продолжение улучшения доступа к иммунизации всех детей имеет важное значение для окончательного разрыва цепей передачи полиовируса в этих районах "низкой передачи".

7. Для того чтобы все регионы ВОЗ начали процесс сертификации в качестве свободных от полиомиелита к 2005 г., качество эпиднадзора за острым вялым параличом должно быть повышено до уровня сертификации, особенно в 33 странах регионов ВОЗ: в Африке (23 страны), в Восточном Средиземноморье (7) и в Юго-Восточной Азии (3) (см. Приложение, Рис. 2).

8. Что касается прогресса в направлении лабораторного сдерживания полиовируса, то к августу 2002 г. 122 государства-члена начали национальное обследование, и из этого числа 76 завершили и представили перечень лабораторий, хранящих дикие полиовирусы и потенциально инфекционные материалы. Глобальная сертификация потребует, чтобы все страны завершили эти мероприятия для обеспечения такого положения, при котором любые хранящиеся материалы будут обрабатываться в надлежащих биобезопасных условиях.

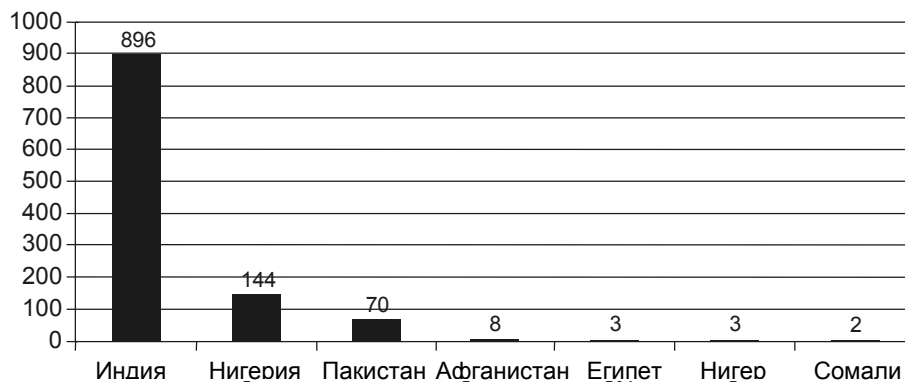
9. Осуществление необходимой деятельности по ликвидации, эпиднадзору, сертификации и сдерживанию в значительной степени зависит от того, будет ли покрыт недостаток в финансировании в сумме 275 млн. долл. США на 2003–2005 годы.

## **ДЕЙСТВИЯ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА**

10. Исполнительному комитету предлагается принять к сведению настоящий доклад.

ПРИЛОЖЕНИЕ

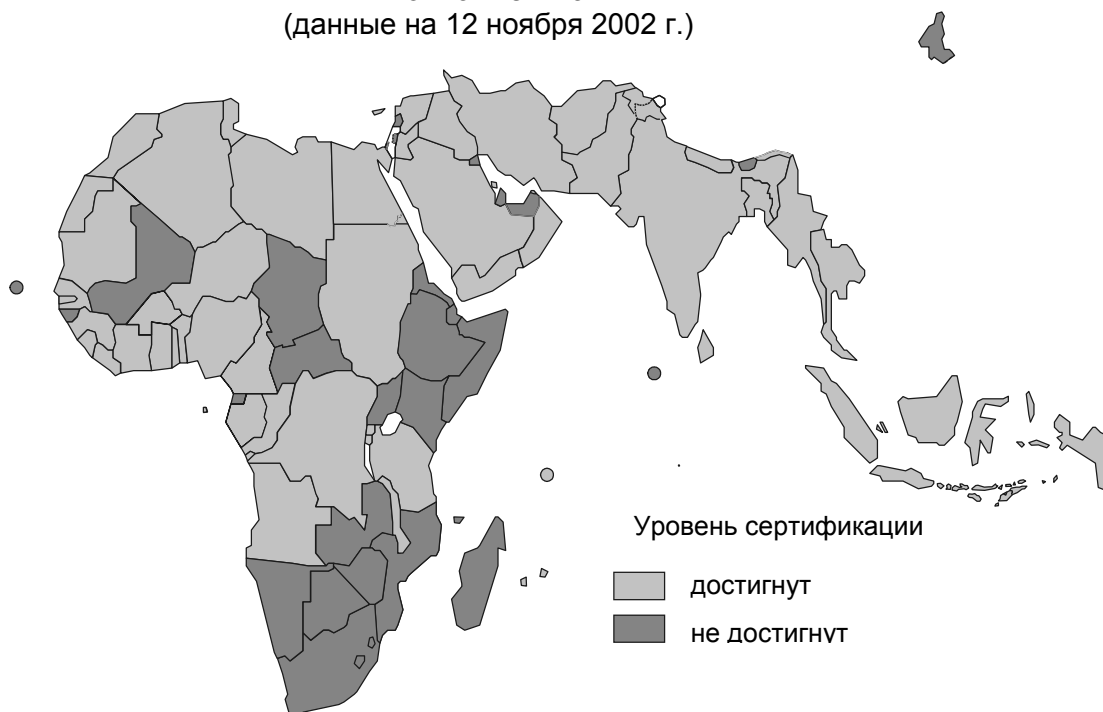
Рисунок 1. Зарегистрированные случаи полиомиелита, вызванные передачей местного дикого полиовируса, по странам, в 2002 г.\* (данные на 12 ноября 2002 г.)



\* Помимо стран, указанных в данном Рисунке, изоляты дикого полиовируса обнаружены у ангольских беженцев в Замбии и свидетельствуют о происходящей передаче в Анголе в течение 2002 г.

WHO 02.198

Рисунок 2. Осуществление в 2002 г. эпиднадзора за острым вялым параличом в целях ликвидации полиомиелита в трех регионах ВОЗ, пока еще не сертифицированных в качестве свободных от полиомиелита (данные на 12 ноября 2002 г.)



= = =