



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ
Сто семнадцатая сессия
Пункт 4.4 предварительной повестки дня

ЕВ117/4
8 декабря 2005 г.

Ликвидация полиомиелита

Доклад Секретариата

1. В 1988 г., когда полиовирус был эндемическим более чем в 125 странах, в резолюции WHA41.28 была поставлена цель глобальной ликвидации полиомиелита. В 1999 г. Ассамблея здравоохранения в резолюции WHA52.22 призвала все государства-члены ускорить деятельность по ликвидации. В 2005 г. уровень деятельности по прекращению циркуляции полиовируса в странах, еще страдающих от полиомиелита, был беспрецедентным.
2. В Африке передача местного полиовируса не была зафиксирована в Египте или Нигере в течение более шести месяцев и, по-видимому, она прекратилась. Занесенный полиовирус был ликвидирован в 10 из 15 африканских стран, в которых появлялись занесенные случаи с 2003 г., в результате серии из пяти скоординированных кампаний иммунизации против полиомиелита, проведенных в 25 странах под эгидой Африканского союза. После возобновления в октябре 2004 г. общенациональных кампаний по иммунизации от полиомиелита в Нигерии число штатов в этой стране, сообщивших о наличии полиовируса на момент составления этого доклада в 2005 г., снизилось на 32%, а число случаев полиомиелита - на 20% (по сравнению с 9 ноября 2004 г.).
3. В Азии после введения моновалентной пероральной вакцины против полиомиелита типа 1 (mOPV1) циркулирующий местный вирус не был обнаружен в одном из трех остающихся резервуаров полиовируса в Индии (Мумбай) и ограничивался 14 из 107 районов в Уттар-Прадеш и Бихаре¹. В Пакистане в 2005 г. был обнаружен только полиовирус типа 1¹ в девяти из 126 районов на фоне уменьшения числа линий циркулирующих диких полиовирусов на 57% по сравнению с 2004 годом. В Афганистане, в южных районах, в 2005 г. было зарегистрировано несколько случаев паралитического полиомиелита, вызванного полиовирусами типа 1 и 3.
4. В 2005 г. 12 стран сообщали о случаях заноса полиовируса, и впервые число случаев полиомиелита во вновь затронутых странах оказалось выше, чем в странах, эндемичных по этой болезни (873 по сравнению с 655 на 22 ноября 2005 г.).

¹ Данные на начало сезона высокой передачи дикого полиовируса, 1 июля 2005 г.

ПРОБЛЕМЫ

5. **Прекращение передачи местного дикого полиовируса в Африке.** Северная Нигерия остается последним резервуаром местного дикого полиовируса в Африке и представляется единственным остающимся в мире резервуаром полиовирусов типа 1 и 3 одновременно. Из-за тяжелого бремени болезни и риска распространения на другие территории требуется проводить каждые четыре-шесть недель крупномасштабные дополнительные мероприятия по иммунизации с использованием соответствующего сочетания моновалентных и трехвалентных пероральных вакцин против полиомиелита до тех пор, пока не будет прекращена передача полиовируса.

6. **Прекращение передачи местного дикого полиовируса в Азии.** Передача дикого полиовируса в Афганистане, Индии и Пакистане в настоящее время ограничивается одним серотипом типа 1 или 3 в каждой данной географической области. Требуется проводить каждые четыре-шесть недель крупномасштабные дополнительные мероприятия по иммунизации с охватом более 95% детей в инфицированных районах с использованием соответствующей моновалентной пероральной вакцины против полиомиелита до прекращения передачи полиовируса.

7. **Подготовка к глобальной сертификации ликвидации полиомиелита и возможное прекращение использования пероральной вакцины против полиомиелита.** Одновременно с ускорением ликвидации дикого полиовируса все страны должны осуществлять рекомендованные мероприятия по биосдерживанию диких полиовирусов, укреплять и поддерживать эпиднадзор за циркулирующими полиовирусами и проводить оценку долгосрочных альтернатив политике иммунизации против полиомиелита.

8. **Обеспечение финансирования "фазы зачистки и сертификации" на 2006-2008 годы.** Для обеспечения неудовлетворенных потребностей финансирования в размере 750 млн. долл. США на 2006-2008 гг., из которых 200 млн. долл. США необходимы немедленно на деятельность в 2006 г., требуются многолетние и гибкие финансовые обязательства. Средства нужны на закупку пероральной вакцины, проведение кампаний иммунизации, реагирование на неожиданные вспышки, поддержание высокой чувствительности эпиднадзора за болезнью и обеспечение технической поддержки государствам-членам.

9. **Ограничение международного распространения передачи дикого полиовируса.** Признавая, что 57% всех случаев полиомиелита, зарегистрированных в 2005 г., относятся к вспышкам в странах, ранее свободных от полиомиелита, Консультативный комитет по ликвидации полиомиелита провел подробный анализ мер, принимавшихся в ответ на такие вспышки в период с 2003 по 2005 годы. Комитет пришел к выводу, что риск продолжения передачи и дальнейшего распространения полиовируса на национальном и международном уровнях связан с (1) быстротой реагирования, включая проведение иммунизации, (2) географическим распространением ответных мер, (3) долей детей среди охваченного населения, (4) использованием моновалентной пероральной вакцины против полиомиелита и (5) общим числом проведенных раундов иммунизации. Комитет поэтому

сформулировал постоянные рекомендации для государств-членов в отношении мер по борьбе с циркулирующим полиовирусом в районах, свободных от полиомиелита. Он также рекомендовал Генеральному директору и основным партнерам оказывать поддержку мерам, принимаемым в ответ на вспышки полиомиелита в государствах-членах, сообщающих о случаях полиомиелита, вызываемого занесенными вирусами, и вновь подтвердил меры, которые могли бы принимать страны, подверженные особо высокому риску занесения вирусов, с тем чтобы сократить этот риск¹. Эффективное выполнение этих рекомендаций требует немедленного признания любого циркулирующего полиовируса в качестве потенциальной международной угрозы здоровью, требующей соответствующих ответных мер.

ДЕЙСТВИЯ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА

10. Исполнительному комитету предлагается рассмотреть следующий проект резолюции:

Исполнительный комитет,

Рассмотрев доклад о ликвидации полиомиелита²,

РЕКОМЕНДУЕТ Пятьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения принять следующую резолюцию:

Пятьдесят девятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

Рассмотрев доклад о ликвидации полиомиелита;

Напоминая Женевскую декларацию 2004 г. о ликвидации полиомиелита, в которой перед шестью странами, эндемичными по полиомиелиту, и основными партнерами поставлена задача прервать последние цепи передачи полиовируса посредством активизации кампаний иммунизации против полиомиелита;

Признавая, что случаев полиомиелита становится все меньше благодаря активизации деятельности по ликвидации полиомиелита в глобальном масштабе и что все государства-члены укрепляют эпиднадзор в целях выявления циркулирующих полиовирусов и находятся в процессе осуществления мероприятий по его сдерживанию;

Отмечая, что занос полиовирусов в районы, свободные от полиомиелита, представляет потенциальную угрозу для здоровья в международном масштабе;

Напоминая постоянные рекомендации Консультативного комитета по ликвидации полиомиелита¹,

¹ Полные рекомендации содержатся в *Weekly Epidemiological Record*, 2004, **79**(32): 289-291; 2005, **80**(38): 330-331, and 2005, **80**(47), в печати.

² Документ EB117/4.

1. **НАСТОЯТЕЛЬНО ПРИЗЫВАЕТ** все государства-члены, свободные от полиомиелита, быстро реагировать на выявление циркулирующих полиовирусов посредством:

(1) проведения первоначального расследования, активизации ответных мер на местном уровне и представления запроса на оценку риска международными экспертами не позднее чем через 72 часа после подтверждения индексного случая в целях выработки экстренного плана действий;

(2) проведения как минимум трех крупномасштабных раундов сплошной иммунизации с использованием специфической для данного типа вируса моновалентной пероральной полиомиелитной вакцины, при том что первый раунд проводится в течение четырех недель после подтверждения индексного случая с перерывом в четыре недели между последующими раундами;

(3) планирования охвата иммунизацией как минимум двух-пяти миллионов детей в возрасте до пяти лет в затронутых и прилегающих географических районах;

(4) использования независимого мониторинга для определения, достигнут ли охват иммунизацией по крайней мере в 90%;

(5) проведения по крайней мере двух полных раундов иммунизации против полиомиелита после самого последнего выявления полиовируса;

2. **ПРЕДЛАГАЕТ** Генеральному директору:

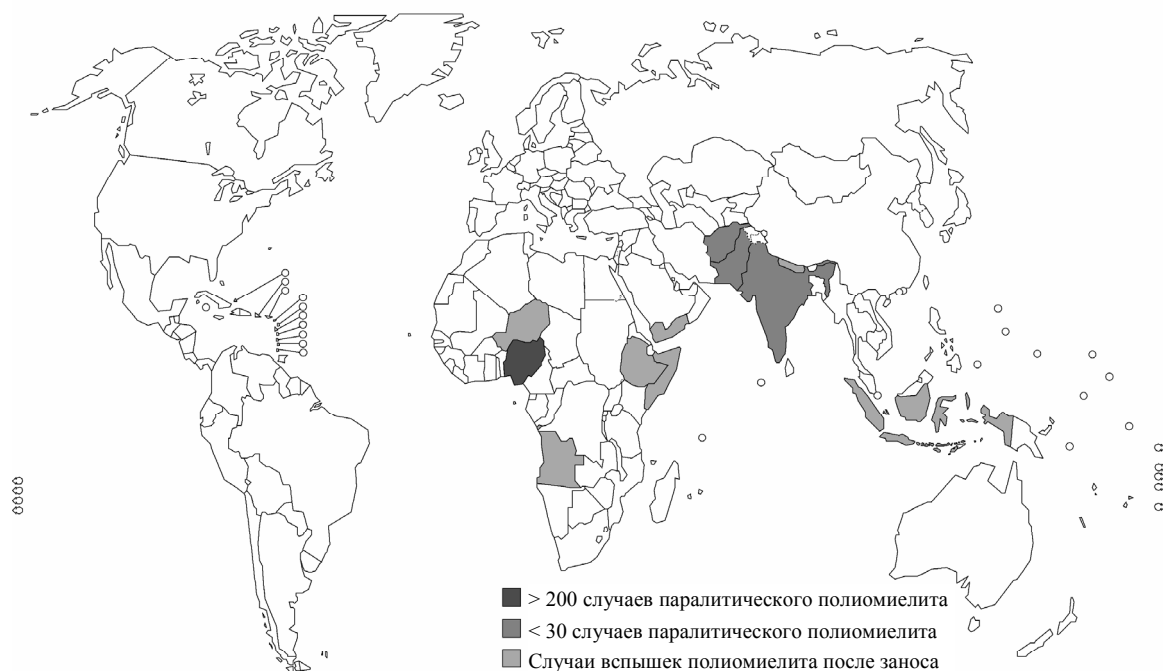
(1) обеспечить доступность услуг технических экспертов для поддержки государств-членов в планировании и экстренном реагировании в связи со вспышкой;

(2) оказать помощь в мобилизации средств для принятия экстренных мер в ответ на вспышку;

(3) давать подверженным рискам государствам-членам консультации на основе каждой оценки риска в отношении того, требуются ли, и если да, то какие дополнительные меры на национальном и международном уровнях для сокращения дальнейшего распространения полиовируса, принимая во внимание рекомендации Консультативного комитета по ликвидации полиомиелита.

¹ *Weekly Epidemiological Record*, 2004, **79**(32): 289-291; 2005, **80**(38): 330-331, and 2005, **80**(47), в печати.

Страны, в которых зарегистрированы случаи полиомиелита, вызванные передачей дикого полиовируса в наиболее опасный сезон 2005 г. (с 1 июля 2005 г.)



Данные получены в штаб-квартире ВОЗ 22 ноября 2005 года.

Использованные обозначения и представление материала на этой карте не подразумевают выражения какого-либо мнения со стороны Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса любой страны, территории, города или района, их властей или относительно делимитации их границ и пограничных линий. Пунктирные линии на карте обозначают приблизительные пограничные линии, в отношении которых, возможно, еще нет полного согласия. ВОЗ.05.158

= = =