



**ЭКОНОМИЧЕСКИЙ  
И СОЦИАЛЬНЫЙ СОВЕТ**

Distr.  
GENERAL

ECE/MP.WH/2007/5  
EUR/06/5069385/12  
5 January 2007

RUSSIAN  
Original: ENGLISH

**ЕВРОПЕЙСКАЯ ЭКОНОМИЧЕСКАЯ  
КОМИССИЯ**

**ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО**

СОВЕЩАНИЕ СТОРОН ПРОТОКОЛА ПО ПРОБЛЕМАМ  
ВОДЫ И ЗДОРОВЬЯ К КОНВЕНЦИИ ПО ОХРАНЕ  
И ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ТРАНСГРАНИЧНЫХ ВОДОТОКОВ  
И МЕЖДУНАРОДНЫХ ОЗЕР

Первое совещание  
Женева, 17-19 января 2007 года  
Пункт 7 предварительной повестки дня

**НАБЛЮДЕНИЕ ЗА СВЯЗАННЫМИ С ВОДОЙ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Записка секретариата\*

**I. ВВЕДЕНИЕ**

1. Одним из основополагающих элементов Протокола по проблемам воды и здоровья является создание систем наблюдения, раннего оповещения и реагирования в целях предупреждения вспышек связанных с водой заболеваний. В преамбуле к Протоколу Стороны признают, что "надзор в отношении заболеваний, связанных с водой, и создание систем раннего предупреждения и систем реагирования являются важными аспектами их предотвращения, ограничения и сокращения степени их распространения".

---

\* Настоящий документ был представлен в указанные выше сроки, с тем чтобы обеспечить возможность проведения консультаций с Председателем Рабочей группы по проблемам воды и здоровья и группой стран, являющихся Сторонами, и стран, не являющихся Сторонами.

2. В пункте 1 статьи 8 указано, что Стороны должны "обеспечить создание, совершенствование и обслуживание комплексных, национальных и/или местных систем надзора и раннего предупреждения", возможно, в сочетании с аналогичными системами, созданными для других целей.
3. В пункте 3 статьи 8 определяются следующие сроки: "в течение трех лет с момента приобретения статуса Стороны Протокола каждая Сторона вводит в действие системы надзора и раннего предупреждения, планы действий в чрезвычайных ситуациях и обеспечивает возможности по реагированию".
4. В статье 12 определены многочисленные возможности для совместных действий и международного сотрудничества, включая "создание совместных или согласованных систем надзора и систем раннего предупреждения, планов действий в чрезвычайных ситуациях и возможностей по реагированию в рамках национальных систем, обеспечиваемых в соответствии со статьей 8" (пункт с) статьи 12); а также "разработку комплексных информационных систем и баз данных, обмен информацией, а также техническим и правовыми знаниями и опытом" (пункт е) статьи 12).
5. В целях содействия осуществлению предусмотренных в Протоколе обязательств Сторон в отношении создания систем наблюдения в настоящем документе:
  - a) приводится обзор международных норм в области здравоохранения в части юридически обязательных механизмов представления отчетности по системам наблюдения за болезнями на глобальном уровне;
  - b) приводится обзор региональных обязательств по представлению отчетности, в частности применительно к правовым нормам Европейского сообщества;
  - c) содержится резюме содержащихся в научной литературе выводов в отношении нынешнего качества систем наблюдения за болезнями в Европе;
  - d) приводится перечень приоритетных болезней, связанных с водой, составленный различными группами экспертов, действующими в рамках Протокола;
  - e) содержится обзор и оценка информации, поступающей в настоящее время из программ мониторинга заболеваний ВОЗ в соответствии с требованиями Протокола;

- f) представляются предложения в части осуществления требований Протокола.

## II. ГЛОБАЛЬНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

6. В пункте 1 статьи 2 Протокола связанные с водой заболевания определяются следующим образом: "заболевания, связанные с водой, означают любые существенные отрицательные последствия для здоровья человека, такие, как смерть, инвалидность, болезнь или расстройства, непосредственно или опосредованно вызванные состоянием или изменениями в количестве или качестве любых вод".

7. Такое широкое определение позволяет разрабатывать мероприятия в целом ряде областей, однако не дает четкого понимания того, что подразумевается под термином "заболевание, связанное с водой". Обычная классификация заболеваний, связанных с водой<sup>1</sup>, включает заболевания, передаваемые через воду, болезни, возникающие в результате несоблюдения санитарно-гигиенических норм, из-за недостатка воды, и заболевания, связанные с работой систем канализации. Страны, подписавшие Конвенцию, на основе консенсуса договорились ограничить принимаемые в рамках Протокола меры болезнями, передаваемыми через воду, - категория, которая включает заболевания, связанные с попаданием внутрь патогенных микроорганизмов (протозойного, микробного или вирусного происхождения), или химических веществ, оказывающих негативное воздействие на здоровье через водный канал передачи.

8. Важно отметить, что единственным переносимым с водой заболеванием, на которое распространяются обязательные требования<sup>2</sup> о представлении отчетности в соответствии с международными нормами охраны здоровья, является холера, и, таким образом, это заболевание занимает привилегированное положение в рамках глобальных механизмов обнаружения заболеваний и представления отчетности<sup>3</sup>.

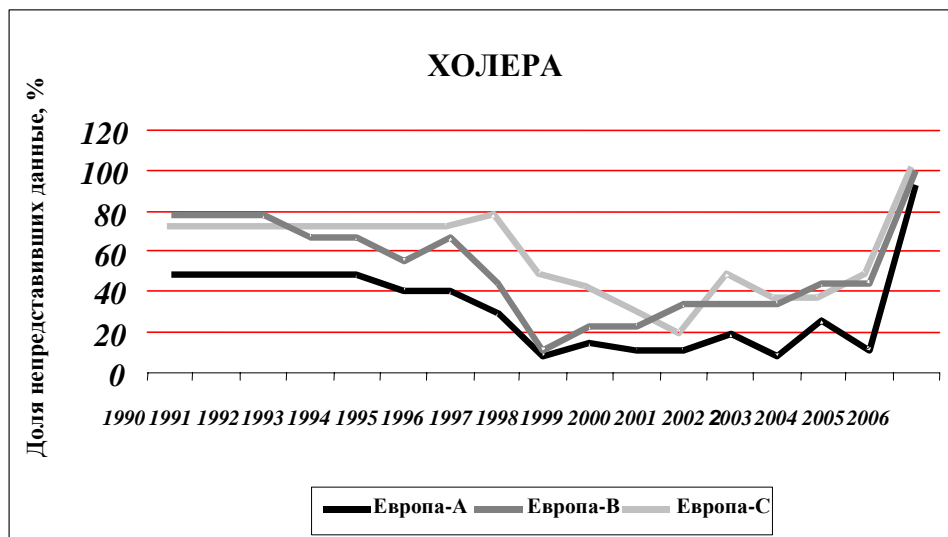
---

<sup>1</sup> Данные о глобальном положении в области связанных с водой заболеваний взяты с сайта: [http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/publications/facts2004/en/index.html](http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/facts2004/en/index.html) (информация получена на сайте 10 апреля 2006 года).

<sup>2</sup> Международные медико-санитарные правила ВОЗ имеются на сайте: [http://www.who.int/csr/ihr/WHA58\\_3-en.pdf](http://www.who.int/csr/ihr/WHA58_3-en.pdf) (данные получены 10 апреля 2006 года).

<sup>3</sup> Обзор системы представления данных о вспышках холеры см.: <http://www.who.int/csr/don/archive/disease/cholera/en> (данные получены 22 июня 2006 года).

**Рисунок 1. Показатели представления данных по холере в Европейском регионе ВОЗ**



10. В таблице 1 приведена информация о количестве случаев заболевания холерой в европейском регионе ВОЗ за период с 1990 года, выбранного базисным годом в Декларации тысячелетия, и с 1999 года - года подписания Протокола.

**Таблица 1. Количество случаев заболевания холерой, о которых сообщалось ВОЗ**

Субрегион	1990 – по н.в.	1999 – по н.в.
ЕВР-А	591	209
ЕВР-В	312	83
ЕВР-С	2 693	0
Всего	3 596	292

### **III. ПОЛОЖЕНИЕ В ГОСУДАРСТВАХ - ЧЛЕНАХ ЕС**

#### Юридические обязательства

11. Вопросы эпидемиологического наблюдения в Европейском союзе регулируются положениями решения 2119/98/ЕС<sup>4</sup> Европейского парламента и Совета от 24 сентября

<sup>4</sup> Решение 211/98/ЕС см. по адресу:  
[http://europa.eu.int/servlet/portail/RenderServlet?search=DocNumber&lg=en&nb\\_docs=25&do](http://europa.eu.int/servlet/portail/RenderServlet?search=DocNumber&lg=en&nb_docs=25&do)

1998 года, в котором устанавливается система эпидемиологического наблюдения и контроля за инфекционными заболеваниями в Европейском союзе. Это решение опирается на статью 129 Договора о создании Европейского сообщества<sup>5</sup>, в которой, в частности, говорится:

- "1. Сообщество вносит вклад в обеспечение высокого уровня защиты здоровья людей путем поощрения сотрудничества между государствами-членами и, при необходимости, предоставления поддержки в их деятельности. Действия Сообщества направлены на предотвращение заболеваний, в частности на борьбу с основными угрозами для здоровья, включая наркотическую зависимость, путем осуществления научных исследований в области их причин и путей передачи, а также путем распространения информации и просвещения. *Требования в области здравоохранения являются неотъемлемой частью других стратегий Сообщества.* (выделено авторами)
2. Государства-члены в контакте с Комиссией координируют свою политику и программы в областях, указанных в пункте 1. Комиссия в тесном контакте с государствами-членами может предпринимать любые полезные инициативы для содействия такой координации.
3. Сообщество и государства-члены развивают сотрудничество с третьими странами и компетентными международными организациями в сфере здравоохранения.
4. Для содействия достижению целей, изложенных в настоящей статье, Совет:
  - принимает меры в соответствии с процедурой, изложенной в пункте b) статьи 189, после консультаций с Экономическим и социальным комитетом и Комитетом регионов, принимает стимулирующие меры, исключая какую-либо гармонизацию законодательных и регламентарных актов, принятых государствами-членами;

---

[main=Legislation&coll=&in\\_force=NO&an\\_doc=1998&nu\\_doc=2119&type\\_doc=Decision](#)  
(информация получена 10 апреля 2006 года).

<sup>5</sup> С текстом данной статьи договора можно ознакомиться по адресу:  
<http://eur-lex.europa.eu/en/treaties/dat/11992M/htm/11992M.html> (информация получена 22 июня 2006 года).

- принимает по предложению Комиссии рекомендации квалифицированным большинством".

12. В статье 1 Решения содержится определение цели (создание в рамках Сообщества сети эпидемиологического наблюдения и контроля за инфекционными заболеваниями, указанными в приложении к решению). Эта сеть будет использоваться как для эпидемиологического наблюдения за этими заболеваниями, так и как система раннего оповещения и реагирования в целях профилактики и борьбы с заболеваниями.

13. Статья 9 требует от государств-членов назначить в течение шести месяцев с момента вступления в силу данного решения соответствующие структуры и/или органы и уведомить об этом Комиссию и другие государства-члены.

14. В статье 14 (пункт 1) говорится, что "Комиссия представляет Европейскому парламенту и Совету периодические доклады, содержащие оценку функционирования сети Сообщества".

15. В статье 14 (пункт 2) говорится, что "первый доклад представляется не позднее трех лет с момента вступления в силу настоящего решения" (выделено авторами) [...].

16. В статье 14 (пункт 3) говорится, что "Комиссия *в последующий период* проводит оценку деятельности сети Сообщества *раз в пять лет*, [...] и представляет доклады Европейскому парламенту и Совету".

17. Решение 2119/98/ЕС вступило в силу 3 января 1999 года.

18. В приложении 1 к решению Комиссии 2119/98/ЕС<sup>6</sup> от 22 декабря 1999 года об инфекционных заболеваниях, подлежащих к постепенному включению в сеть наблюдения Сообщества на основании решения 2119/98/ЕС Европейского парламента и Совета (опубликовано в качестве документа под номером C(1999)4015), содержится перечень инфекционных заболеваний и конкретных проблем для здоровья человека, которые подлежат охвату. К их числу, в частности, относятся: вирусный гепатит (гепатит А), болезни, переносимые с продуктами питания и водой, связанные с окружающей средой

---

<sup>6</sup> Решение 200/96/ЕС см. по адресу:  
[http://europa.eu.int/servlet/portail/RenderServlet?search=DocNumber&lg=en&nb\\_docs=25&do\\_main=Legislation&coll=&in\\_force=NO&an\\_doc=2000&nu\\_doc=96&type\\_doc=Decision](http://europa.eu.int/servlet/portail/RenderServlet?search=DocNumber&lg=en&nb_docs=25&do_main=Legislation&coll=&in_force=NO&an_doc=2000&nu_doc=96&type_doc=Decision)  
(информация получена 10 апреля 2006 года).

(кампилобациллярный энтерит, криптоспоридиоз, лямблиоз, энтерогеморрагическая эшерихия коли и шигиллиоз...), а также серьезные завезенные заболевания (холера, малярия).

19. В статье 3 система наблюдения за инфекционными заболеваниями в рамках Европейской информационной системы по общественному здравоохранению (ЕИСОЗ) определяется как промежуточный механизм технического осуществления<sup>7</sup>.

20. Решение 2000/96/ЕС вступило в силу 1 января 2000 года и не содержит каких-либо конкретных требований, касающихся представления отчетности.

21. Решение 2002/253/ЕС<sup>8</sup> Комиссии от 19 марта 2002 года содержит определения для целей представления информации об инфекционных заболеваниях в Сеть Сообщества в соответствии с решением 2119/98/ЕС<sup>9</sup> Европейского парламента и Совета.

22. Это последнее решение делает обязательным представление данных по ряду заболеваний, включая, в частности, кампилобациллярный энтерит, холеру, криптоспоридиоз, энтерогеморрагические инфекции коли, лямблиоз, вирусный гепатит А, легионеллез, лептоспироз, листериоз, малярию, сальмонеллез (non-Typhi, non-paratyphi непаратифозного типа), шигиллиоз, а также тиф/паратиф.

23. Информация о текущей работе в странах в области представления данных о заболеваниях координируется через Кадастр ресурсов по инфекционным заболеваниям (ИРИД)<sup>10</sup>.

---

<sup>7</sup> Более подробную информацию о ЕИСОЗ см. по адресу: <http://ec.europa.eu/idabc/en/document/2259/16#what> (информация получена на сайте 22 июня 2006 года).

<sup>8</sup> Решение 2002/253/ЕС см. по адресу: [http://europa.eu.int/servlet/portail/RenderServlet?search=DocNumber&lg=en&nb\\_docs=25&domain=Legislation&coll=&in\\_force=NO&an\\_doc=2002&nu\\_doc=253&type\\_doc=Decision](http://europa.eu.int/servlet/portail/RenderServlet?search=DocNumber&lg=en&nb_docs=25&domain=Legislation&coll=&in_force=NO&an_doc=2002&nu_doc=253&type_doc=Decision) (информация получена 22 июня 2006 года).

<sup>9</sup> Решение 2002/253/ЕС см. по адресу: [http://europa.eu.int/smartapi/cgi/sga\\_doc?smartapi!celexapi!prod!CELEXnumdoc&lg=EN&numdoc=32002D0253&model=guichett](http://europa.eu.int/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexapi!prod!CELEXnumdoc&lg=EN&numdoc=32002D0253&model=guichett) (информация получена на сайте 11 апреля 2006 года).

<sup>10</sup> Информацию по ИРИД см. по адресу: <http://iride.cineca.org/> (информация получена 10 апреля 2006 года).

24. Решение 2002/253/ЕС вступило в силу с 1 января 2003 года.
25. Несмотря на назначение временного механизма осуществления текущая ситуация в Европейском союзе характеризуется тем, что различные сети специализируются на различных болезнях<sup>11</sup>. Базовая сеть наблюдения недавно была расширена<sup>12, 13</sup> и в настоящее время обеспечивает возможность наблюдения за всеми болезнями, за исключением вирусных инфекционных заболеваний, связанных с водой.

Европейский центр по профилактике и контролю заболеваний (ЕЦПКЗ)

26. Задачи Европейского центра по профилактике и контролю заболеваний определены в правилах (ЕС) 851/2004 Европейского парламента и Совета от 21 апреля 2004 года, которые содержат положения об учреждении Европейского центра по профилактике и контролю заболеваний. К трем основным функциям ЕЦПКЗ относятся: научное консультирование, наблюдение, обеспечение готовности и принятие мер реагирования.
27. В рамках своей функции наблюдения ЕЦПКЗ имеет целью развитие Европейской системы наблюдения за распространением заболеваний, которая предусматривает введение в Европе (ЕС-25 плюс страны ЕЭП и ЕАСТ) единой системы уведомления.
28. Функции обеспечения готовности и реагирования предусматривают сбор эпидемиологической информации, обеспечение готовности и принятие мер реагирования в случае вспышек заболеваний, а также разработку и принятие стратегии обучения.

---

<sup>11</sup> Lenglet A and Hernandez Pezzi G (2006) "Comparison of European Union Disease Surveillance Websites" *Euro Surveill* 11 (5) см. по адресу: <http://www.eurosurveillance.org/em/v11n05/1105-227.asp> (информация получена 20 июня 2006 года).

<sup>12</sup> Ternhag A. et al (2004) "Basic Surveillance network, a European database for surveillance data on infectious diseases" *Euro Surveill*. 2004 Jul; 9(7) 19-22 см. в <http://www.eurosurveillance.org/em/v09n07/0907-221.asp> (информация получена 20 июня 2006 года).

<sup>13</sup> Базовая сеть наблюдения имеет вебсайт для служебного пользования, а также еще один вебсайт, доступный для общего пользования по адресу <https://www.eubsn.org/BSN/> (информация получена 20 июня 2006 года).

29. В настоящее время в рамках ЕЦПКЗ ведется работа по созданию централизованной базы данных на основе упомянутых выше нормативных требований.

30. В ходе специальной консультации (Будапешт, 9-10 мая 2006 года)<sup>14</sup> было принято решение о необходимости использования общей системы сбора данных для контроля за ходом деятельности по снижению бремени заболеваний, связанных с водой, а также о необходимости предложить ВОЗ (КИСИЗ) и ЕЦПКЗ исключить возможность дублирования усилий Сторонами

#### IV. ОБЩАЯ ОЦЕНКА СИСТЕМЫ НАБЛЮДЕНИЯ В ЕВРОПЕ

31. Анализ базы данных, полученных в рамках Программы по мониторингу за возникающими заболеваниями (ПроМЕД) с использованием ключевых слов "drinking AND water AND disease AND Europe" в разбивке по годам с момента подписания Протокола в июне 1999 года по настоящее время (март 2006 года) позволил получить определенную общую информацию в этом направлении:

32. Более ранние исследования<sup>15</sup> ограничивались попытками рассчитать бремя заболеваний в европейском регионе. Их авторы признают, что "не было представлено какой-либо информации о характере имеющихся в различных странах систем наблюдения, при этом данные по количеству заболеваний значительно варьировались между странами".

33. В одном общем исследовании<sup>16</sup>, проведенном в рамках подготовки к подписанию Протокола, содержится анализ систем наблюдения и делается вывод о том, что "имеющиеся данные о связанных с водой болезнях и их вспышках часто являются неполными и непоследовательными. Общая картина часто осложняется различиями в процедурах регистрации и представления данных, классификации болезней и финансовыми ограничениями, а также различиями в нормативных положениях", регулирующих вопросы представления отчетности.

---

<sup>14</sup> Текст доклада см. по адресу <http://www.euro.who.int/document/e89178.pdf> (информация получена 15 октября 2006 года).

<sup>15</sup> Kramer M et al (2001) "Waterborne diseases in Europe 1986 – 1996" Journal of the American Water Works Association January 2001 pp 48 - 53

<sup>16</sup> EEA/WHO (2002) Water and Health in Europe WHO Regional Publication European Series No 93 pp 109.

34. Одно из недавних исследований<sup>17</sup> было посвящено анализу системы наблюдения за связанными с водой болезнями конкретно в Европейском союзе. Его авторы сделали вывод о том, что "системы наблюдения являются несогласованными, а различия в нормативных требованиях, касающихся представления отчетности, между государствами-членами по-прежнему препятствуют выявлению многих случаев заболеваний, связанных с водой. Девять стран, участвовавших в исследовании, сообщили о том, что у них не имеется юридического определения термина "вспышка заболевания, связанного с водой".

35. В проводимых в настоящее время научных исследованиях<sup>18</sup> также указывается на "различия между странами и внутри стран в методах лабораторного анализа и пробоотбора, а также системах представления информации; эти различия, как было отмечено, оказывают влияние на оперативность, чувствительность и репрезентативность наблюдения, опирающегося на систему представления лабораторных и клинических данных. Было также подчеркнуто, что преимуществами наблюдения на основе системы представления данных является возможность электронного представления данных, направления напоминаний, а также возможность непосредственного представления данных на общенациональном уровне. Была отмечена необходимость в более подробных данных о заболеваемости в разбивке по демографическим группам и факторам риска, что упростит задачу выявления очагов заболеваний и проведения исследований. В качестве необходимых предварительных условий для обеспечения эффективного функционирования системы наблюдения было отмечено сотрудничество с водохозяйственными организациями, а также поддержание контактов с внешними и внутренними поставщиками данных".

36. По мнению некоторых экспертов<sup>19</sup> причина такого положения дел состоит в том, что национальные сети наблюдения ориентируются на обнаружение вспышек заболеваний и выявление условий, являющихся аномальными в сравнении с заданным фоном, а не с эндемическими уровнями самого заболевания.

---

<sup>17</sup> Poullis D.A., Attwell R.W. and Powell S.C. (2002) "An evaluation of waterborne disease surveillance in the European Union" Reviews on Environmental Health 17 (2) page 149- 159.

<sup>18</sup> Riserbo, H.L. and Hunter, P.R. "Surveillance of waterborne diseases in European Member States: a qualitative study" personal communication.

<sup>19</sup> Stanwell-smith, R ; Andersson Y and Levy D.A. "National Surveillance Systems" pp 37 – 38 in Hunter P.R; Waite M.; and Ronchi E Eds (2003) Drinking water and infectious disease – establishing the links CRC press.

37. Кроме того, Стороны, подписавшие Протокол, на своем втором совещании (Женева, 2-4 июля 2003 года)<sup>20</sup> "отметили отсутствие координации на европейском уровне в сфере организации наблюдения за болезнями, связанными с водой" и "просили включить в план работы меры по интеграции/координации существующих информационных механизмов, касающихся наблюдения и обнаружения вспышек заболеваний".

## V. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРИОРИТЕТОВ В СООТВЕТСТВИИ С ПРОТОКОЛОМ

38. Первая группа экспертов, учрежденная в соответствии с Протоколом, провела свое первое совещание в Бонне, Германия, 25-26 октября 2001 года. В совещании приняли участие сотрудники министерств здравоохранения Бельгии, Венгрии, Германии, Нидерландов, Франции, Швейцарии и Швеции; они рекомендовали<sup>21</sup> включить в перечень следующие болезни<sup>22</sup>:

- a) болезни с известной причиной: холера, энтерогеморрагическая эшерихия коли (ЕНЕС), вирусный гепатит А, бациллярная дизентерия/шигиллиоз и брюшной тиф;
- b) болезни с неизвестными причинами: сильная и острая диарея (с кровянистыми и бесцветными выделениями), обезвоживание, рвота, непрекращающееся лихорадочное состояние и брадикардия.

---

<sup>20</sup> Доклад о работе второго совещания Сторон, подписавших Протокол по проблемам воды и здоровья, см. в <http://www.euro.who.int/document/E81387.pdf>.

<sup>21</sup> Доклад о работе совещания группы экспертов см. по адресу <http://www.euro.who.int/document/e74636.pdf>.

<sup>22</sup> Подробные описания большинства определенных заболеваний, связанных с водой, имеются на вебсайте ВОЗ по адресу: [http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/diseases/diseasefact/en/print.html](http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/diseasefact/en/print.html). Описание заболеваний, не включенных в приведенный перечень, см. в Руководстве ВОЗ по контролю качества питьевой воды (2003 год), третье издание, том 1, ВОЗ, Женева: энтерогеморрагическая эшерихия - стр. 229-230; шигиллиоз - стр. 240-241; криптоспоридиоз - стр. 262-264, и лямблиоз - стр. 27-268. Более подробную информацию об этих заболеваниях см. в Hunter P. (1997) Waterborne disease – Epidemiology and ecology Wiley and Sons.

39. Эта рекомендация Группы экспертов была рассмотрена на втором совещании (Будапешт, 29-30 ноября 2001 года)<sup>23</sup>. В нем приняли участие 20 специалистов, представляющие министерства здравоохранения 12 стран. Совещание:

- a) дополнило определение "приоритетные болезни", которое должно включать "болезни, оказывающие серьезные последствия для здоровья и имеющие высокую вероятность вторичного распространения". В качестве приоритетных болезней были установлены следующие: холера, ЕНЕС, вирусный гепатит А, бациллярная дизентерия/шигиллиоз и брюшной тиф.
- b) Определило "вторичные заболевания", как вызываемые следующими патогенными микроорганизмами: вирусы *Campylobacter*, *Cryptosporidium*, *Giardia Intestinalis* и *Calici*.
- c) Подчеркнуло опасность спорадических вспышек редкого острого желудочно-кишечного синдрома (ЖКС) неопределенного происхождения.
- d) Напомнило, что вопреки широко распространенному мнению во многих частях европейского региона по-прежнему являются эндемичными заболеваниями, вызываемые присутствием в воде химических веществ. К основным веществам, вызывающим обеспокоенность относятся: нитрат/нитрит, фторид, мышьяк, свинец, тригалогенметаны (ТГМ); была также отмечена озабоченность в отношении органолептических характеристик: железо, марганец, цветовые характеристики и повышенная мутность.

40. Обсуждение перечня приоритетных болезней, связанных с водой, было вновь возобновлено на политическом уровне на пятой сессии Рабочей группы по проблемам воды и здоровья (Женева, 5-7 декабря 2005 года), однако в ходе обсуждения мнения совпали.

41. Достигнуто понимание в отношении того, что происхождение болезни не всегда удается однозначно увязать с водным каналом передачи и что во многих случаях речь могла идти о снижении качества как пищевых продуктов, так и воды. Невозможность определения воды как единственного фактора передачи не должна препятствовать включению конкретного заболевания в систему мониторинга в рамках Протокола.

---

<sup>23</sup> Доклад о работе совещания Группы экспертов по наблюдению за болезнями, связанными с водой, см. по адресу: <http://www.euro.who.int/document/e74635.pdf>.

## VI. ТЕКУЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

42. Нынешняя система охватывает информацию двух видов; государства - члены европейского региона ВОЗ представляют ВОЗ данные на добровольной основе: смертность в результате диарейных заболеваний для населения в возрасте до пяти лет имеются в базе данных ВОЗ "Здоровье для всех" (ЗДВ)<sup>24</sup>, а информация о случаях (или распространенности) приоритетных вторичных заболеваний, связанных с водой, имеется в Компьютеризованной информационной системе по инфекционным заболеваниям (КИСИЗ).

В соответствии с критериями состояния здоровья европейский регион ВОЗ, как правило, подразделяется на три субрегиона ЕВРОПА-А, ЕВРОПА-В и ЕВРОПА-С, которые графически представлены на карте на рисунке 2<sup>25</sup>. В настоящем документе будет сохранена аналогичная географическая структура. С учетом кардинальных изменений в законодательстве ЕС и их осуществления будут также включены некоторые замечания на основании политической географии.

---

<sup>24</sup> Доступ в базы данных ЗДВ и КИСИЗ осуществляется с запросной страницы по адресу: [http://www.euro.who.int/InformationSources/Data/20010827\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Data/20010827_1) (информация получена 15 октября 2006 года).

<sup>25</sup> В указанные субрегионы входят следующие страны (Стороны Протокола выделены **жирным шрифтом с подчеркиванием**, страны, подписавшие Протокол, выделены **подчеркиванием**). Европа-А: Австрия, Андорра, **Бельгия**, Германия, Греция, Дания, Израиль, Исландия, Испания, Ирландия, Италия, Кипр, **Люксембург**, Мальта, Монако, **Нидерланды**, **Норвегия**, **Португалия**, Сан-Марино, Словения, **Соединенное Королевство**, **Финляндия**, **Франция**, **Хорватия**, **Чешская Республика**, **Швейцария** и Швеция.

Европа-В: **Азербайджан**, **Албания**, Армения, Болгария, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Грузия, Кыргызстан, Польша, **Румыния**, Сербия и Черногория, **Словакия**, Таджикистан, Туркмения, Турция, Узбекистан.

Европа-С: Беларусь, **Венгрия**, Казахстан, **Латвия**, **Литва**, **Молдова**, **Российская Федерация**, **Украина**, **Эстония**.

**Рисунок 2. Европейские субрегионы, в соответствии с критериями состояния здоровья**



#### Смертность

43. База данных ВОЗ "Здоровье для всех" (ЗДВ)<sup>26</sup> содержит данные по смертности<sup>27</sup> от диарейных заболеваний в группе населения в возрасте до пяти лет в разбивке по полу, а также еще по более чем 600 показателям здоровья.

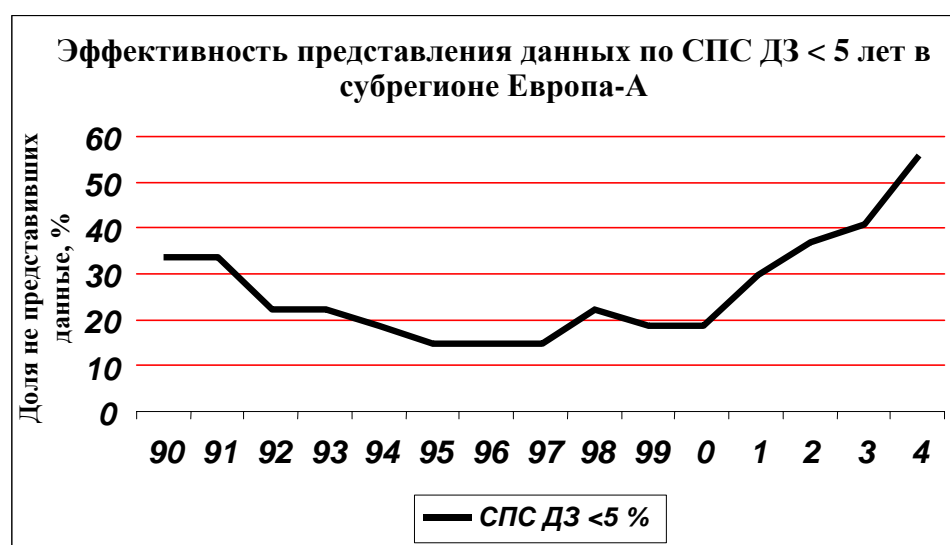
44. Система представления данных: для оценки эффективности системы представления информации данные были скачаны из соответствующей базы данных ВОЗ, после чего произведен подсчет полученных ответов на страну. Результат был определен при сопоставлении с общим числом стран в субрегионе и выражается в виде процентной доли. Вычитание этой доли из 100 дает уровень непредставления данных в год по каждому субрегиону. На рисунках 3-5 показана эффективность представления данных в субрегионах ЕВРОПА-А, ЕВРОПА-В и ЕВРОПА-С.

---

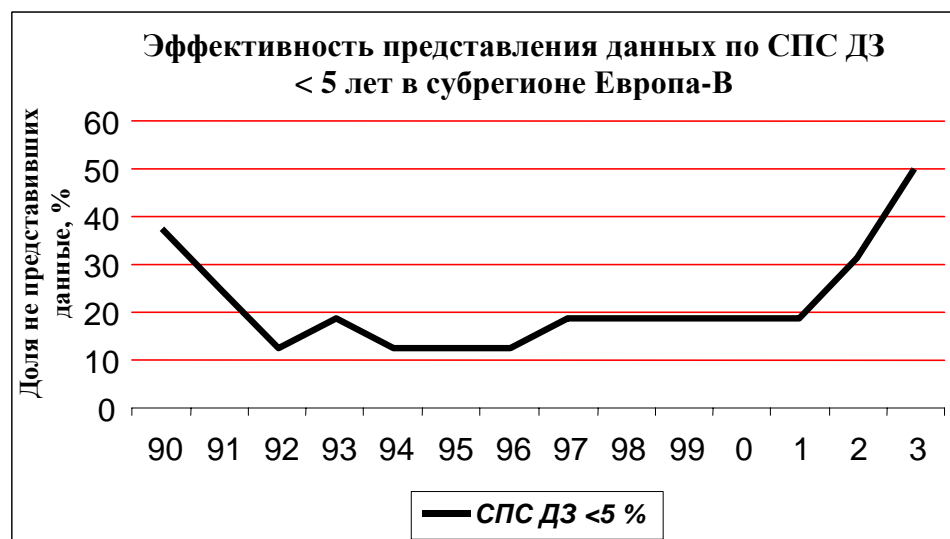
<sup>26</sup> Доступ к информации и базе данных ВОЗ "Здоровье для всех" осуществляется по адресу: [http://euro.who.int/InformationSources/Data/20010827\\_1](http://euro.who.int/InformationSources/Data/20010827_1) (информация получена 18 апреля 2006 года).

<sup>27</sup> Для ясности напомним, что "смертность" определяется как уровень смертности, т.е. соотношение общего количества смертей к общей численности населения, а "заболеваемость" - как распространенность заболевания или всех заболеваний среди населения. Источник: Anon On-line Medical Dictionary, Dept. of Medical Oncology, University of Newcastle upon Tyne, адрес: <http://cancerweb.ncl.ac.uk/cgi-bin/omd?action=Home&query=> (информация получена 25 июля 2005 года).

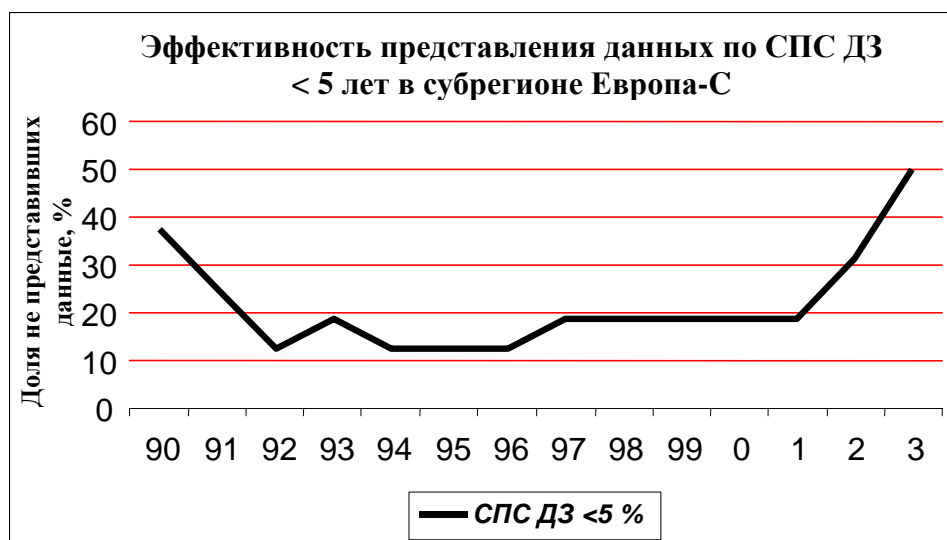
**Рисунок 3. Уровень представления данных по стандартизованному показателю смертности от диарейных заболеваний (СПЗД) в категории населения в возрасте до пяти лет в субрегионе Европа-А**



**Рисунок 4. Эффективность представления данных по СПЗД в категории населения в возрасте до пяти лет в субрегионе Европа-В**



**Рисунок 5. Эффективность представления данных по СПС ДЗ в категории населения в возрасте до пяти лет в субрегионе Европа-С**



45. Большинство стран - членов ЕС представляют отчетность в течение двух календарных лет, это также делают и страны, присоединяющиеся к ЕС. Страны ЕАСТ представляют данные крайне нерегулярно, что, возможно, связано с тем, что случаи детской смертности от диарейных заболеваний являются исключительными. Проблемы имеются в регионе ВЕКЦА: лишь половина стран представляют данные в течение двух календарных лет, пять стран вообще не представляют данные, а остальные - крайне нерегулярно.

46. Диаграмма отражает также серьезную задержку в представлении информации в базу данных ЗДВ; задержка данных на два-три года является обычным делом (это обуславливает рост процентной доли непредставления данных за последние годы).

#### Данные о смертности

47. В таблице 2 ниже сделана попытка оценки общего уровня смертности за один пятилетний период (1995-2000 годы) за счет объединения информации из базы данных ЗДВ с данными по группе населения в возрасте 0-4 лет, полученными из Отдела народонаселения Департамента ООН по экономическим и социальным вопросам<sup>28</sup>.

<sup>28</sup> С базой данных ДЭСВ можно ознакомиться по адресу: <http://esa.un.org/unpp/>

**Таблица 2. Общая смертность в результате диарейных заболеваний  
в возрастной группе до пяти лет**

<b>Субрегион</b>	<b>1995</b>	<b>2000</b>
ЕС	1 443	1183
ЕАСТ	20	20
ПЕС	1 995	1 712
ВЕКЦА	107 258	27 589
Прочие	3 517	1 365
Всего	114 233	31 869

48. В период с 1995 по 2000 год смертность от диарейных заболеваний в категории населения до пяти лет снизилась примерно на 72% главным образом благодаря усилиям стран ВЕКЦА. Тем не менее, даже приняв, что это сокращение было пропорционально распределено по годам, можно с полным основанием предположить, что в период с 1995 по 2000 год в Европейском регионе от диарейных заболеваний погибло около полумиллиона детей (438 306).

Распространенность приоритетных связанных с водой заболеваний

49. Информация в базу данных КИСИЗ поступает ежегодно после того, как ВОЗ направляет просьбы всем участникам НИБР представить информацию за предыдущий год о количестве подлежащих регистрации заболеваний в стране. Данные представляются в виде ответов на формуляр, рассылаемый ВОЗ государствам-членам; кроме того, также предусмотрена возможность рассылки, заполнения и возвращения документов в электронной форме в формате "MS Word".

50. Признается наличие следующих проблем:

- a) ответы стран должны подвергаться перекрестному контролю на качество данных. На сегодняшний день систематизированных регулярных проверок на соответствие результатам обследований целевых районов не проводится;
- b) в различных странах используются разные методы сбора данных, что, по общему мнению, является одной из главных проблем, стоящих перед КИСИЗ (и другими международными добровольными базами данных). Проведение сопоставления данных между странами, возможно, будет сопряжено с

трудностями ввиду различий в системах обеспечения качества наблюдения между странами;

- c) в свете добровольного характера программы КИСИЗ по-прежнему не исключена возможность того, что данные, имеющиеся в национальных банках данных, могут не поступать в КИСИЗ. Также одной из серьезных постоянных проблем является полнота данных;
- d) не все страны используют одинаковые критерии для подтверждения случаев заболевания; в некоторых случаях лаборатории подтверждают заболевание лишь на основании результатов клинического исследования.

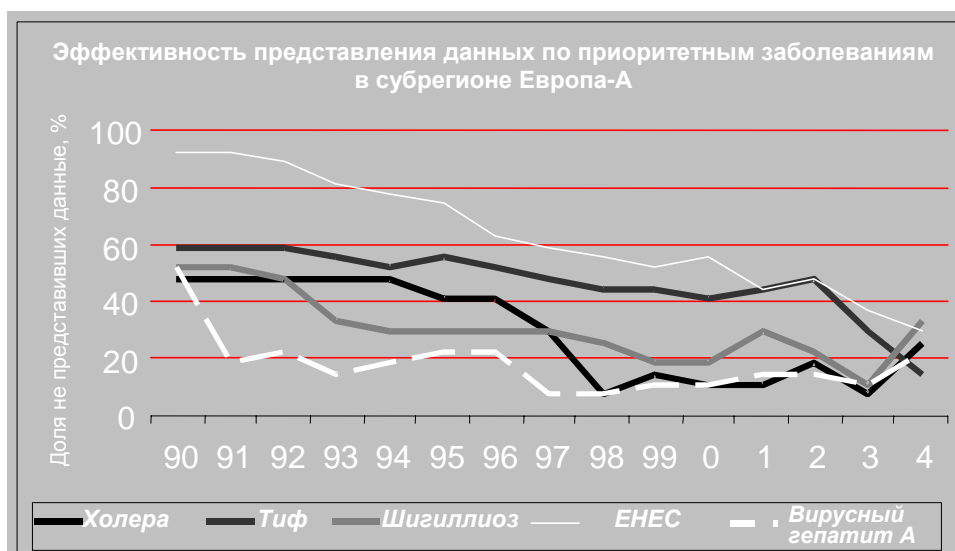
51. В рамках КИСИЗ сегодня ведется работа по гармонизации критериев во всех государствах - членах Европейского региона ВОЗ. Это позволит повысить степень сопоставимости данных между странами.

52. КИСИЗ также изучает возможности сотрудничества с ЕЦПКЗ в целях предупреждения дублирования и задействования в полной мере соответствующих сильных сторон каждой организации.

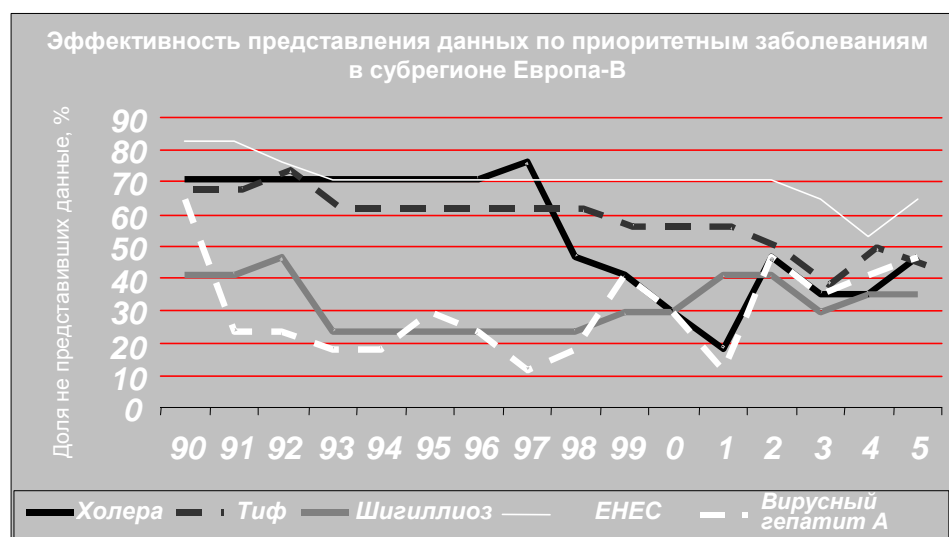
#### Эффективность представления данных

53. На рис. 6, 7 и 8 показана эффективность представления данных по приоритетным заболеваниям в рамках нынешней системы представления данных ВОЗ в разбивке по субрегионам.

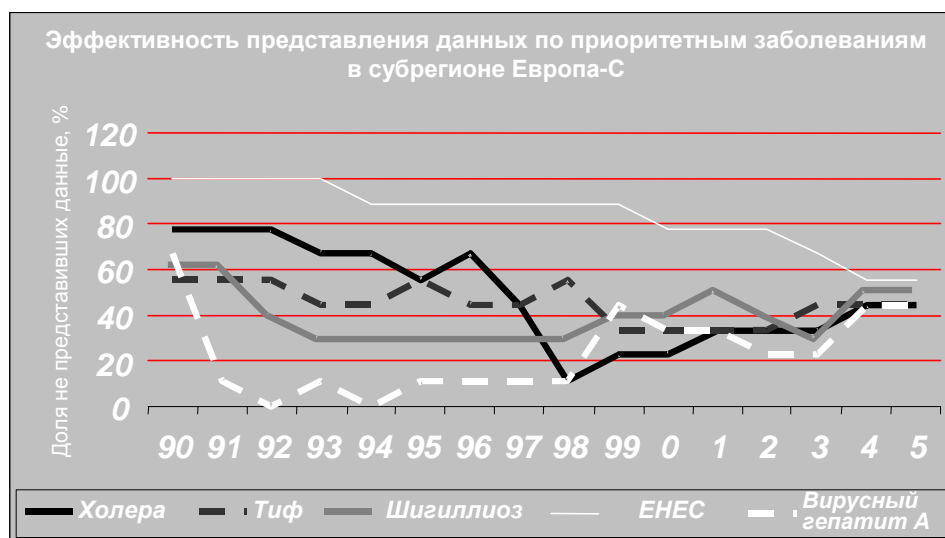
**Рисунок 6. Эффективность представления данных по приоритетным заболеваниям в субрегионе Европа-А**



**Рисунок 7. Эффективность представления данных по приоритетным заболеваниям в субрегионе Европа-В**



**Рисунок 8. Эффективность представления данных по приоритетным заболеваниям в субрегионе Европа-С**



54. Наиболее высокая эффективность представления данных по приоритетным заболеваниям отмечается в субрегионе Европа-А, за которым следуют субрегионы Европа-С и Европа-В.

55. На территории различных субрегионов со всей очевидностью проявляются серьезные дополнительные различия в области возможностей представления данных. Государства - члены ЕС характеризуются удовлетворительным потенциалом по представлению данных по приоритетным заболеваниям, связанным с водой, при этом значительное большинство из них представляют полные данные в течение двух календарных лет. В присоединяющихся к ЕС странах наблюдается иная ситуация. Среди стран ЕАСТ лишь одна страна периодически представляет качественные данные, при этом представление информации другими странами носит весьма нерегулярный характер. Результаты неофициальных консультаций показали, что эти заболевания рассматриваются по большей части как занесенные извне, а не имеющие эндемического характера. Страны, присоединяющиеся к ЕС, по всей видимости, сталкиваются с определенными трудностями в представлении данных по приоритетным связанным с водой заболеваниям. В странах ВЕКЦА проблемы в этой области значительны: лишь несколько из них имеют возможность представить полную отчетность в течение двух календарных лет.

Бремя заболеваний

56. В таблице 3 показано количество случаев приоритетных заболеваний за период с базисного 1990 года в разбивке по субрегионам.

**Таблица 3. Случаи приоритетных связанных с водой заболеваний в разбивке по субрегионам (1990 год - по настоящее время)**

	<b>Холера</b>	<b>ЕНЕС</b>	<b>Шигиллиоз</b>	<b>Тиф</b>	<b>Вирусный гепатит А</b>
Европа-А	591	13 793	216 621	32 479	282 350
Европа-В	312	101 658	310 695	223 872	2 046 915
Европа-С	2 693	1 488	1 465 465	912	2 815 462
<b>ВСЕГО</b>	<b>3 596</b>	<b>116 939</b>	<b>1 992 781</b>	<b>257 263</b>	<b>5 144 727</b>

57. В таблице 4 показано количество случаев приоритетных заболеваний за период с подписания Протокола в 1999 году.

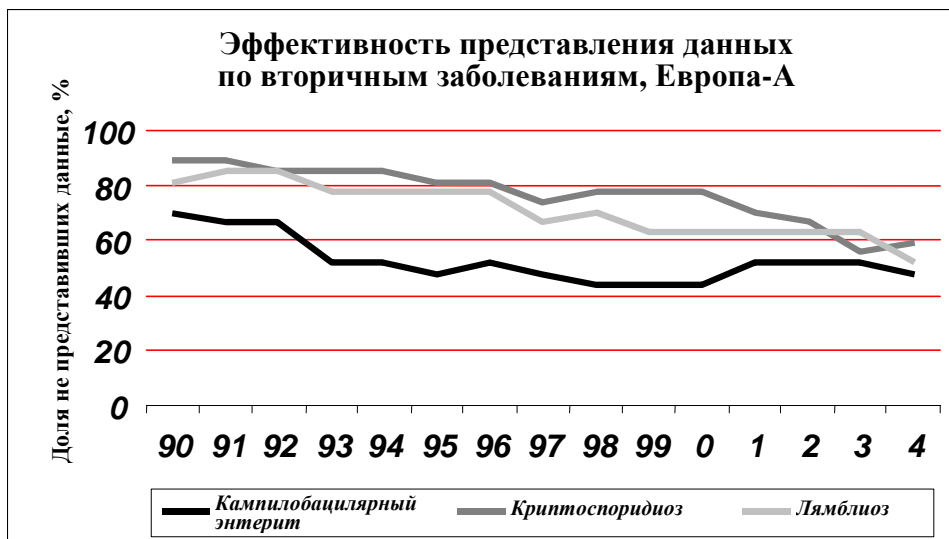
**Таблица 4. Случаи приоритетных связанных с водой заболеваний в разбивке по субрегионам (1999 год – по настоящее время)**

	<b>Холера</b>	<b>ЕНЕС</b>	<b>Шигиллиоз</b>	<b>Тиф</b>	<b>Вирусный гепатит А</b>
Европа-А	209	11 830	53 503	7 045	62 020
Европа-В	83	39 310	50 137	77 958	332 693
Европа-С	0	1 488	91 772	500	145 911
<b>ВСЕГО</b>	<b>292</b>	<b>52 628</b>	<b>195 412</b>	<b>85 503</b>	<b>540 624</b>

Распространенность вторичных связанных с водой заболеваний

58. Эффективность представления данных: на рисунках 9, 10 и 11 показана эффективность представления данных по приоритетным заболеваниям в рамках нынешней системы представления данных ВОЗ в разбивке по субрегионам.

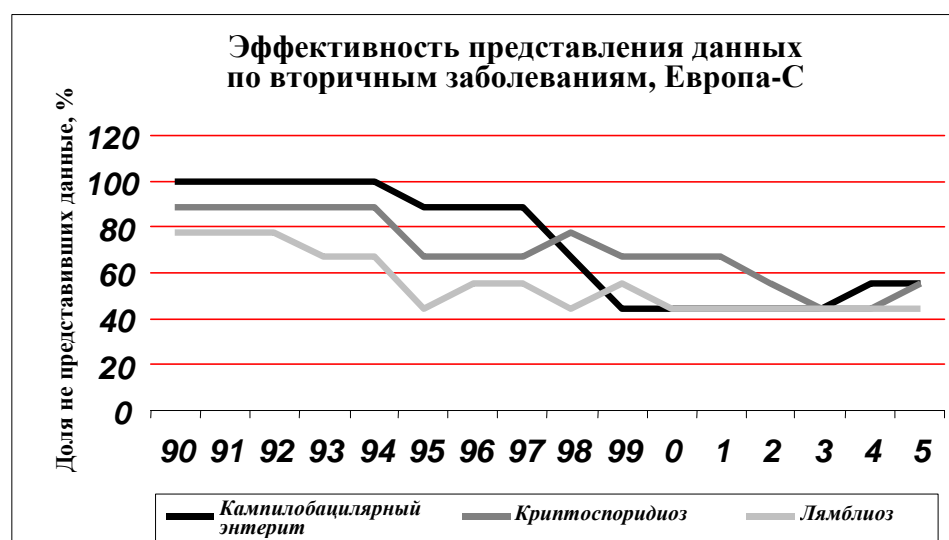
**Рисунок 9. Эффективность представления данных по вторичным связанным с водой заболеваниям, регион Европа-А**



**Рисунок 10. Эффективность представления данных по вторичным связанным с водой заболеваниям, регион Европа-В**



**Рисунок 11. Эффективность представления данных по вторичным связанным с водой заболеваниям, регион Европа-С**



59. Государства - члены ЕС, эффективно представившие данные по приоритетным заболеваниям, характеризуются хорошими показателями представления отчетности по вторичным связанным с водой заболеваниям, хотя эти показатели несколько хуже в сравнении с предыдущим периодом. Отмеченные ранее трудности с представлением данных в присоединяющихся странах также сказываются и в этой области. Страны ЕАСТ представляют данные крайне нерегулярно. В странах ВЕКЦА комплексные и согласованные механизмы представления данных по вторичным связанным с водой заболеваниям, по всей видимости, отсутствуют.

#### Бремя вторичных связанных с водой заболеваний

60. В таблице 5 показано бремя вторичных связанных с водой заболеваний за период с базисного 1990 года.

**Таблица 5. Случаи вторичных связанных с водой заболеваний в разбивке по субрегионам (1990 год - по настоящее время)**

Субрегион	Кампилобациллярный энтерит	Криптоспоридиоз	Лямблиоз
ЕВРОПА-А	986 619	90 220	162 343
ЕВРОПА -В	20 262	100	59 632
ЕВРОПА -С	75 868	525	77 133
ВСЕГО	1 082 749	90 845	299 108

61. В таблице 6 показано бремя вторичных связанных с водой заболеваний за период с подписания протокола в 1999 году.

**Таблица 6. Случаи вторичных связанных с водой заболеваний в разбивке по субрегионам (1999 год - по настоящее время)**

Субрегион	Кампилобациллярный энтерит	Криптоспоридиоз	Лямблиоз
ЕВРОПА-А	746 513	41 718	75 950
ЕВРОПА -В	12 091	61	32 167
ЕВРОПА -С	66 313	292	31 357
ВСЕГО	824 917	42 071	139 474

## VI. ОБСУЖДЕНИЕ

### Механизмы представления отчетности

62. Международные правила в области здравоохранения включают лишь одно связанное с водой заболевание (холеру), данные по которому таким образом должны представляться всеми странами.

63. Перечень приоритетных заболеваний, составленный экспертными группами в рамках Протокола, соответствует перечням для представления данных в соответствии с принятым в последнее время законодательством Европейского союза. С учетом обязательного характера законодательства ЕС и добровольного характера мероприятий по сбору данных в рамках программы "Здоровье для всех" ВОЗ и КИСИЗ можно предположить, что объем данных, поступающих в ЕИСОЗ, будет равен или превышать объем данных в программах ЗДВ и КИСИЗ в Европейском союзе. Можно также предположить, что программы ЗДВ и КИСИЗ и впредь останутся основными средствами

сбора данных на субрегиональной основе для стран, не входящих в ЕС. Таким образом, в целях создания единой гармонизированной системы управления данными для Сторон Протокола будет целесообразным заключить соглашение об обмене данными между ЕИСОЗ и ЗДВ КИСИЗ.

64. Опираясь на собранные в предыдущий период данные можно сделать ряд следующих выводов:

- a) обеспечение четкого функционирования системы сбора данных в рамках программы "Здоровье для всех" позволяет осуществлять разумную оценку стандартизованного показателя смертности от диарейных заболеваний в группе населения в возрасте до пяти лет для всего региона;
- b) картина заболеваемости является более сложной. В отношении заболеваний первоочередной важности государства - члены ЕС имеют возможность своевременно представлять всеобъемлющие данные. Страны ЕАСТ имеют более низкие показатели; это, возможно, связано с тем, что приоритетные связанные с водой заболевания в этих странах рассматриваются прежде всего как "занесенные" и на этом основании могут не охватываться стандартными процедурами представления данных в странах ЕАСТ. Страны ВЕКЦА сталкиваются с определенными трудностями, при этом лишь несколько из них имеют возможность полностью представлять необходимые данные в течение двух календарных лет. Уровень представления данных остальными странами является слишком неоднородным и не позволяет сделать какие-либо определенные выводы;
- c) по вторичным заболеваниям государства - члены ЕС характеризовались высокой эффективностью представления данных, хотя и с более низкими показателями в сравнении с приоритетными заболеваниями. Страны ВЕКЦА показали хорошие результаты в представлении данных за исключением криптоспоридиоза. В странах, присоединяющихся к ЕС, и странах ВЕКЦА какие-либо комплексные системы представления данных по вторичным заболеваниям, связанным с водой, по всей видимости, отсутствуют.

### Бремя заболеваний

65. На основе имеющихся в настоящее время ограниченных данных можно сделать ряд весьма предварительных выводов:

- a) стандартизованный показатель смертности в группе населения в возрасте до пяти лет за период 1995-2000 годов снизился примерно на 72%, что в основном связано с мерами, принимаемыми в странах ВЕКЦА. Вместе с тем, если допустить, что это сокращение было распределено пропорционально по годам, это означает, что в период 1995-2000 годов от легкопредупреждаемых болезней погибло около полумиллиона детей. Кроме того, смертность среди мальчиков выше;
- b) согласно зарегистрированным данным уровень заболеваемости по приоритетным связанным с водой заболеваниям за период с подписания Протокола составляет 874 459 случаев. Вместе с тем, принимая во внимание, что эффективность представления данных, как правило, составляет порядка 30%, можно обоснованно предположить, что общее бремя связанных с водой заболеваний за период 1999-2005 годов может составить порядка 2,5 млн. случаев;
- c) аналогичным образом, согласно представленным данным, бремя заболеваний по вторичным связанным с водой болезням составляет 1 006 462 случая. Вместе с тем с учетом того, что уровень данных составляет не более 20%, первая разумная оценка бремени заболеваний по вторичным болезням могла бы составить около 5 млн.;
- d) в исследовании были также показаны возможности улучшения положения, путем, к примеру:
  - i) проведения сбора данных в разбивке по полу и возрастным группам при наличии технических и финансовых возможностей;
  - ii) повышение эффективности каналов передачи эпидемиологической информации из национальных систем наблюдения в КИСИЗ с использованием нынешних процедур сбора данных, а также путем возможной автоматизации сбора данных с помощью использования электронных формуляров;

- iii) оперативное проведение оценки причин низкой эффективности национальных систем наблюдения в соответствии со стандартизованными процедурами<sup>29</sup>. При необходимости необходимо укреплять национальные возможности (и контроль) в области наблюдения<sup>30</sup>, с тем чтобы национальные системы наблюдения могли функционировать, также по болезням, связанным с водой, на уровне международно принятых стандартов<sup>31</sup>;
- iv) для укрепления национальных систем наблюдения потребуется принять меры в следующих областях:
- такие технические вопросы, как использование современного диагностического инструментария. С учетом значительных различий в финансовых возможностях национальных систем здравоохранения следует ожидать, что более современные инструменты экологической и клинической диагностики патогенов будут внедряться в первую очередь в странах ЕАСТ и, возможно, ЕС; внедрение таких методов в странах со слабыми в финансовом отношении системами здравоохранения прежде всего будет во многом зависеть от мер в русле международного сотрудничества, предусмотренных в Протоколе. Вместе с тем финансовые решения будут зависеть от возможности обеспечения экономичности применения таких передовых методов диагностики в конкретных условиях.

---

<sup>29</sup> См., например, WHO (2001) Protocol for the Assessment of National Communicable Disease Surveillance and Response Systems – Guidelines for Assessment Teams Ref. WHO/CDS/CSR/ISR/2001.2 WHO Dept of Communicable Disease, Surveillance and Response, WHO Geneva.

<sup>30</sup> См., например, WHO (2003) Global consultation on strengthening national capacities for surveillance and control of communicable diseases WHO/CDS/CSR/LYO/2005.18 WHO Lyon Office for National Epidemic Preparedness and Response.

<sup>31</sup> WHO (1999) WHP Recommended Surveillance Standards Ref. WHO/CDS/CSR/ISR/99.2 WHO Geneva.

- юридические вопросы, например, общее соглашение о подлежащих уведомлению заболеваниях, определениях случаев заболеваний и даже юридическое определение точного значения термина "заболевание, связанное с водой";
- регистрация и представление данных, в частности по вторичным заболеваниям.

66. И наконец, необходимо признать, что это является лишь первым шагом в работе по наблюдению.

## **VII. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ РАБОТА**

67. Следует также помнить, что это - лишь один из аспектов требований в части наблюдения в соответствии с Протоколом. Необходимо рассмотреть такие вопросы, как наблюдение за болезнями, возникающими в результате рекреационного использования водоемов, включая несчастные случаи, наблюдение за болезнями, связанными с водой, возникающими в результате экстремальных погодных явлений, а также конкретные программы мониторинга в целях реализации таких межправительственных решений, как, например, принятых на четвертой Конференции на уровне министров по окружающей среде и охране здоровья (Будапешт, 2004 год) и принятого на ней Европейского плана действий в области окружающей среды и охраны здоровья детей.

## **VIII. ВЫВОДЫ**

68. Нынешняя система сбора данных ВОЗ охватывает информационные потребности Протокола в отношении приоритетных и вторичных заболеваний, определенных Рабочей группой по проблемам воды и здоровья. Существующий механизм сбора данных, таким образом, можно сохранить в качестве системы для использования для целей Протокола.

69. Следует развивать международное сотрудничество между ВОЗ и ЕЦПКЗ в целях задействования соответствующих сильных сторон каждой организации в сфере их компетенции, что позволит предупредить дублирование усилий как Сторонами, так и этими организациями.

70. Для установления целей и контроля за ходом их осуществления необходимо в первую очередь включать заболевания, по которым должна предоставляться международная отчетность и которые по этой причине на сегодняшний день охватываются национальными системами наблюдения. Заболевания, по которым в

соответствии с национальным законодательством представление отчетности не является обязательным, но по которым ведется мониторинг в национальных системах на добровольной основе, должны быть включены как можно быстрее.

71. Сторонам следует по крайней мере сделать обязательным представление данных по заболеваниям первоочередной важности к моменту начала работы второго Совещания Сторон с сохранением возможности представления национальных данных по вторичным заболеваниям.

72. Сторонам следует поддерживать и как можно быстрее реализовывать меры ВОЗ (КИСИЗ) по гармонизации критериев определения заболеваний и процедур представления данных.

73. Необходимо разработать документ или ряд документов, содержащих рекомендации для Сторон по следующим вопросам:

- a) определение стандартизованных требований минимального качества для процесса сбора и представления информации;
- b) сборник, содержащий информацию об инструментах наблюдения, отвечающих требованиям различных социально-экономических условий, в которых функционируют национальные системы наблюдения.

74. Необходимо составить элемент плана работы на период 2007-2009 годов, касающийся разработки и осуществления комплексной стратегии наблюдения за болезнями, связанными с водой, с учетом работы, осуществляемой ВОЗ и ЕЦПКЗ.

75. Необходимо разработать элемент плана работы на период 2007-2009 годов, касающийся оказания взаимной помощи в области оценки и укрепления национальных систем наблюдения за болезнями, связанными с водой. Этот элемент плана работы может включать следующие меры:

- a) разработку рекомендательного(ых) документа(ов) по наблюдению, включая перевод на национальные языки;
- b) периодические региональные или субрегиональные семинары для обмена информацией и опытом в области передовых методов;

- с) обучение и наращивание потенциала, в частности в интересах Сторон, которые на сегодняшний день представляют информацию крайне нерегулярно и возможности которых по представлению данных снижаются из-за использования нестандартизованных методологий.

76. Необходимо вести дальнейшую работу по следующим вопросам:

- а) наблюдение за связанными с водой заболеваниями, относящимися к другим средам, т.е. водоемам, используемым для рекреационных целей;
- б) конкретные потребности в области наблюдения, ориентированные на детей, в соответствии с итогами четвертой Конференции на уровне министров по проблемам окружающей среды и здоровья.

77. В дополнение к эндемическому уровню заболеваний, связанных с водой, необходимо инициировать работу по оценке возможностей выявления вспышек заболеваний.

-----