

Эпидемиологический надзор за COVID-19

Временные рекомендации

16 декабря 2020 г.



Всемирная организация
здравоохранения

Справочная информация

В настоящем документе кратко представлены текущие рекомендации ВОЗ по ведению эпидемиологического надзора за коронавирусной болезнью 2019 г. (COVID-19), возникающей у человека в результате инфицирования коронавирусом тяжелого острого респираторного синдрома-2 (SARS-CoV-2) (далее обозначается как эпиднадзор за COVID-19). Руководство объединяет и заменяет два ранее опубликованных документа: [Глобальный эпиднадзор за случаями заболевания COVID-19, вызванного заражением человека новым коронавирусом: временное руководство](#) и [Стратегии эпиднадзора за случаями инфицирования человека COVID-19: временные рекомендации от 10 мая 2020 г.](#)

Настоящий документ следует рассматривать совместно с руководствами ВОЗ по таким вопросам, связанным с COVID-19, как [обеспечение готовности и принятие мер реагирования](#), а также [отслеживание контактов](#).

Обновленную информацию и другие рекомендации по борьбе с COVID-19 можно найти на [веб-сайте ВОЗ, посвященном COVID-19](#).

Что нового в данной версии руководства.

- В определении случаев включены результаты экспресс-тестов на антигены (АГ-ДЭТ) в соответствии с руководством [Роль иммунохимических экспресс-тестов для определения антигенов в диагностике инфекции, вызванной вирусом SARS-CoV-2](#).
- Обновлена классификация уровней передачи инфекции с включением подкатегорий, предложенных в недавно опубликованном руководстве [Принципы реализации и корректировки мер по защите здоровья населения и социальных мер в связи с распространением COVID-19](#).
- В ряде мест по тексту документа было обновлено использование терминов в целях проведения более четких различий между обозначением болезни (COVID-19) и названием вируса-возбудителя (SARS-CoV-2).

Предназначение настоящего документа

Документ содержит рекомендации для государств-членов по ведению эпиднадзора за COVID-19 и за характеристиками вызывающего эту болезнь вируса SARS-CoV-2, а также по выполнению требований ВОЗ в отношении отчетности.

Стандартные определения для целей эпиднадзора

1. Определения случаев

Приведенные ниже определения предполагаемых и вероятных случаев были пересмотрены с учетом обновленных данных в отношении наиболее распространенных или прогностических субъективных симптомов, клинических и рентгенологических признаков, присутствующих при COVID-19, а также известной динамики передачи. Эти определения включают последние сведения о клинических проявлениях COVID-19, полученные из следующих источников.

- Публикации, описывающие спектр клинических проявлений COVID-19 у госпитализированных (например, Guan 2020 [1], Menni 2020 [2]) и не госпитализированных (например, Spinato 2020 [3]; Tostamann 2020 [4], Struyf 2020 [5]) пациентов, а также временное руководство ВОЗ [Клиническое ведение случаев COVID-19](#).
- Проведенный ВОЗ и партнерами анализ чувствительности, специфичности и прогностической ценности большинства описанных признаков и симптомов с использованием данных эпиднадзора.
- Экспертные консультации с участием клиницистов, а также специалистов в области лучевой и лабораторной диагностики в рамках глобальных экспертных сетей, которые поддержали валидацию определений случаев.

Странам, возможно, потребуется адаптировать эти определения с учетом местной эпидемиологической ситуации. Всем странам рекомендуется публиковать применяемые определения в сети Интернет и в регулярных ситуационных отчетах и регистрировать периодически вносимые в них изменения, которые могут повлиять на интерпретацию данных эпиднадзора.

Предполагаемый случай инфекции, вызванной вирусом SARS-CoV-2 (три варианта: А, В и С)

А. Соответствие результатов оценки состояния пациента клиническим, **А ТАКЖЕ** эпидемиологическим критериям.

Клинические критерии:

- 1) острое развитие лихорадки, **А ТАКЖЕ** кашель;

ИЛИ

- 2) острое возникновение ЛЮБЫХ ТРЕХ ИЛИ БОЛЕЕ из следующих симптомов: лихорадка, кашель, общая слабость, головная боль, миалгия, боль в горле, насморк, одышка, снижение аппетита/тошнота/рвота¹, диарея, изменение психического состояния;

А ТАКЖЕЭпидемиологические критерии:

- 1) проживание или работа в условиях высокого риска передачи инфекции: например в учреждениях закрытого типа и в объектах оказания гуманитарной помощи, таких как места временного проживания и лагеря беженцев, в любое время в течение 14-дневного периода, предшествующего появлению симптоматики;

ИЛИ

- 2) проживание или поездка в район, где отмечается передача инфекции внутри сообщества, в любое время в течение 14-дневного периода, предшествующего появлению симптоматики;

ИЛИ

- 3) работа, связанная с оказанием медицинской помощи в медицинском учреждении или на дому, в любое время в течение 14-дневного периода, предшествующего появлению симптоматики.

В. Наличие у пациента картины тяжелой острой респираторной инфекцией (ТОРИ), характеризующейся следующими признаками: лихорадка в анамнезе или на момент обследования $\geq 38^{\circ}\text{C}$; кашель; начало в период предшествующих 10 дней; заболевший нуждается в госпитализации.

С. Отсутствие каких-либо симптомов и эпидемиологических критериев у лица с положительным результатом экспресс-теста на антигены SARS-CoV-2 (АГ-ДЭТ)².

Вероятный случай инфекции, вызванной вирусом SARS-CoV-2 (четыре варианта: А–D)

А. Соответствие указанным выше клиническим критериям, **А ТАКЖЕ** наличие в анамнезе пациента контакта с лицом с вероятной или подтвержденной инфекцией или эпидемиологической связи с кластером случаев COVID-19³.

В. Предполагаемый случай (описанный выше) при наличии результатов визуализации органов грудной клетки, указывающих на COVID-19⁴.

С. Недавнее возникновение у пациента anosmia (потери обоняния) или ageusia (потери восприятия вкуса) при отсутствии какой-либо другой объективной причины.

Д. Респираторный дистресс-синдром с летальным исходом у взрослого пациента при отсутствии какой-либо другой выявленной причины, **А ТАКЖЕ** наличие в анамнезе умершего пациента контакта с вероятным или подтвержденным случаем или эпидемиологическая связь с кластером COVID-19³.

¹ Симптомы, перечисленные через черты (/), следует считать как один признак.

² Для подтверждения диагноза следует проводить тест МАНК, см. [Диагностическое тестирование для определения вируса SARS-CoV-2](#).

³ Кластер – это группа пациентов с клиническими проявлениями заболевания, объединенных по показателям времени, места и контакта с инфекцией, среди которых имеется по крайней мере **один** случай, подтвержденный с применением **МАНК**, и по крайней мере **два** эпидемиологически связанных, клинически выраженных случая (соответствующих клиническим критериям предполагаемого случая по определению А или В) с **положительным АГ-ДЭТ** (при значении специфичности теста $\geq 97\%$ и желательной вероятности $>99,9\%$ получения по крайней мере одного истинно положительного результата).

⁴ Типичные результаты визуализации органов грудной клетки, указывающие на COVID-19, включают следующее (Manna 2020 [6]):

- рентгенография грудной клетки: нечеткие затемнения, чаще округлой формы, расположенные по периферии и в нижних долях легких;
- КТ грудной клетки: множественные двусторонние затемнения по типу матового стекла, чаще округлой формы, с расположением по периферии и в нижних долях легких;
- УЗИ легких: утолщенные плевральные линии, В-линии (мультифокальные, отдельные или сливающиеся), консолидация легочной ткани с симптомом воздушной бронхограммы или без него.

Подтвержденный случай инфекции, вызванной вирусом SARS-CoV-2 (три варианта: А, В и С)

- А.** Положительный результат тестирования методом амплификации нуклеиновых кислот (МАНК).
- В.** Положительный результат АГ-ДЭТ на SARS-CoV-2, **А ТАКЖЕ** соответствие определению вероятного случая или критериям А ИЛИ В предполагаемого случая.
- С.** Отсутствие клинических проявлений при положительном результате АГ-ДЭТ на SARS-CoV-2, **А ТАКЖЕ** наличие в анамнезе контакта с вероятным или подтвержденным случаем.

Примечание. Для определения необходимости дальнейшего обследования пациентов, которые не полностью соответствуют клиническим или эпидемиологическим критериям, следует принимать индивидуальные решения с учетом клинических соображений и интересов общественного здравоохранения. Определения случаев для целей эпиднадзора не должны служить единственной основой для принятия клинических решений.

2. Определение контакта

Контактное лицо (контакт) – это лицо, которое в период от **2 дней до – и 14 дней после** появления симптомов у пациента с вероятным или подтвержденным диагнозом вступало с ним в любой из указанных ниже контактов:

1. личный контакт с пациентом с вероятным или подтвержденным диагнозом на расстоянии в пределах 1 метра в течение не менее 15 минут;
2. прямой физический контакт с пациентом с вероятным или подтвержденным диагнозом;
3. непосредственный уход за пациентом с вероятным или подтвержденным диагнозом COVID-19, осуществляемый без применения [рекомендуемых средств индивидуальной защиты](#);

ИЛИ

4. другие ситуации в соответствии с местными оценками риска (см. таблицу 1 в публикации [Отслеживание контактов в контексте COVID-19](#)).

Более подробная информация о выявлении контактов приведена в публикации [Отслеживание контактов в контексте COVID-19](#).

Примечание. В отношении подтвержденных бессимптомных случаев периодом контакта считается интервал, начинающийся за 2 дня до и заканчивающийся через 14 дней после даты взятия образца, на основании которого был подтвержден диагноз.

3. Определение случая смерти вследствие COVID-19

Для целей эпиднадзора летальный исход COVID-19 определяется как смерть, наступившая в результате заболевания с диагнозом вероятного или подтвержденного случая COVID-19, протекавшего с соответствующими клиническими проявлениями и при отсутствии явной альтернативной причины смерти, которая не могла быть связана с заболеванием COVID-19 (например, травмы). Между болезнью и смертью не должно быть периода полного выздоровления.

4. Рекомендации по лабораторной диагностике

В предполагаемых и вероятных случаях необходимо проводить лабораторное исследование согласно рекомендациям ВОЗ, изложенным в документе [Диагностическое тестирование для определения вируса SARS-CoV-2](#). Хотя для вероятных и подтвержденных случаев рекомендуемые меры реагирования в основном одинаковы, тестирование пациентов с вероятной инфекцией, если позволяют ресурсы, по-прежнему целесообразно, поскольку это поможет исключить здоровых лиц и таким образом сократить издержки, связанные с их изоляцией и отслеживанием контактов.

В зависимости от интенсивности передачи инфекции в конкретных условиях, числа случаев и пропускной способности лабораторий, можно ограничивать тестирование, проводя его в приоритетном порядке лишь для определенной категории предполагаемых или вероятных случаев. Рекомендации ВОЗ в отношении того, как определять приоритетность лиц, подлежащих тестированию в условиях передачи инфекции внутри сообщества, приведены в документе [Рекомендации в отношении стратегии лабораторного тестирования на COVID-19](#).

Эпиднадзор за COVID-19, рекомендуемый для проведения на уровне государств-членов

В настоящем разделе представлен обзор подходов, которые государства-члены должны учитывать при организации комплексного национального эпиднадзора за COVID-19. В разделе подчеркивается необходимость адаптации и укрепления существующих национальных систем, а также наращивания функционального потенциала эпиднадзора, когда в этом возникает потребность.

При планировании этого потенциала государства-члены должны предусматривать регулярную подачу отчетных сведений в ВОЗ в соответствии с приведенными ниже требованиями.

1. Цели и задачи

Цель осуществляемого на национальном уровне эпиднадзора за COVID-19 – дать возможность органам общественного здравоохранения добиться сокращения передачи SARS-CoV-2, тем самым ограничив связанную с этим заболеваемость и смертность.

Задачи эпиднадзора за COVID-19:

- обеспечивать раннее выявление, изоляцию, тестирование и ведение случаев;
- обнаруживать и локализовать кластеры и вспышки инфекции, особенно среди уязвимых групп населения;
- обеспечивать выявление и изоляцию контактов и последующее наблюдение за ними;
- руководить внедрением и корректировкой целенаправленных мер контроля, обеспечивая при этом безопасное возобновление экономической активности и социальной жизни;
- оценивать влияние пандемии на системы здравоохранения и общество;
- проводить мониторинг долгосрочных эпидемиологических тенденций, эволюции вируса SARS-CoV-2 и динамики смертности от COVID-19;
- вносить вклад в формирование более точных представлений о совместной циркуляции SARS-CoV-2, вирусов гриппа, других респираторных вирусов и иных патогенов.

2. Подходы к проведению эпиднадзора

Большинству стран необходимо значительно укрепить потенциал эпиднадзора, чтобы обеспечить оперативное выявление случаев COVID-19 и оказание необходимой помощи заболевшим, отслеживание и изоляцию контактов, а также мониторинг эпидемиологических и клинических показателей. Комплексный национальный эпиднадзор за COVID-19 потребует адаптации и укрепления существующих национальных систем и, по мере необходимости, наращивания дополнительного потенциала. Этот потенциал может подкрепляться применением цифровых технологий для ускоренной отчетности, отслеживания контактов, управления и анализа данных.

После внедрения надежного комплексного эпиднадзора его проведение следует продолжать и там, где передача инфекции остановлена или находится под контролем, даже если случаев инфекции немного или они отсутствуют. Крайне важно оперативно выявлять новые единичные случаи и кластеры инфекции SARS-CoV-2 до возникновения вспышки и/или широко распространенной передачи инфекции. Непрерывное проведение эпиднадзора за COVID-19 также важно для понимания эпидемиологических тенденций, в частности динамики заболеваемости и смертности среди различных возрастных групп, для выявления групп, подверженных более высокому риску тяжелого течения заболевания и смерти, а также для анализа потенциальных эпидемиологических изменений в долгосрочной перспективе.

Организация комплексного эпиднадзора за COVID-19 включает принятие следующих мер:

- использование, адаптация и укрепление существующих систем эпиднадзора;
- укрепление потенциала лабораторной диагностики и тестирования;
- привлечение, подготовка и наращивание кадровых ресурсов в области общественного здравоохранения для выявления случаев заболевания, отслеживания контактов и тестирования;
- включение COVID-19 в список заболеваний, выявленные случаи которых подлежат обязательному уведомлению органов здравоохранения;
- введение требований по немедленному представлению отчетных сведений;
- создание системы для мониторинга мероприятий по отслеживанию контактов.

Важно поддерживать регулярный синдромный эпиднадзор и за другими инфекционными болезнями, особенно вызываемыми респираторными возбудителями, такими как вирусы гриппа и респираторно-синцитиальный вирус, посредством эпиднадзора за гриппоподобными заболеваниями (ГПЗ), тяжелой острой респираторной инфекцией (ТОРИ), атипичной пневмонией и лихорадкой неясного генеза. Процесс включает взятие клинических образцов и их лабораторное исследование во всех случаях или в определенной выборке случаев. Это критически важно для понимания тенденций в отношении других болезней с аналогичными проявлениями в целях обеспечения надлежащей готовности в сфере общественного здравоохранения и клинического ведения пациентов.

3. Основной эпиднадзор за COVID-19

Поскольку существует возможность экспоненциального роста вспышек COVID-19, следует как можно более оперативно выявлять новые единичные случаи и кластеры и уведомлять о них, а также использовать эти данные в проведении соответствующего эпидемиологического анализа в течение 24 часов после постановки диагноза. Национальные органы должны включить COVID-19 в список болезней, выявленные случаи которых подлежат обязательному уведомлению органов здравоохранения с немедленной подачей отчетных сведений.

Системы эпиднадзора должны обеспечивать широкий географический охват, и необходимо усилить эпиднадзор за уязвимыми группами населения и группами высокого риска. Это потребует использования комбинированных систем, включающих отслеживание контактов на всех этапах оказания медицинской помощи, на уровне местных сообществ, а также в специализированных учреждениях закрытого типа и среди уязвимых групп.

В таблице 1 показано, как можно объединить системы эпиднадзора на разных участках.

Таблица 1. Системы эпиднадзора для различных мест/контекстов

Система Места/ Условия	Немедленное уведомление о случаях заболевания	Отслеживание контактов	Вирусологи- ческий эпиднадзор	Расследования кластеров	Мониторинг смертности	Серологи- ческий надзор
Местное сообщество	X	X		X	X	X
Учреждения первичной медико- санитарной помощи (недозорные источники сведений по ГПЗ/ОРИ)	X		X	X		
Больницы (недозорные источники сведений по ГПЗ/ТОРИ)	X		X	X	X	X
Пункты дозорного эпиднадзора за ГПЗ/ОРИ/ТОРИ	X		X			
Учреждения закрытого типа*	X	X		X	X	X
Случаи инфекции SARS-CoV-2, связанные с оказанием медицинской помощи	X	X		X	X	X
Пункты въезда (лица, совершающие поездку)	X	X		X		

* Включая, помимо прочих, учреждения длительного проживания, места лишения свободы и общежития.

3.1 Подходы к проведению эпиднадзора в зависимости от места/контекста

3.1.1 Эпиднадзор в местном сообществе

Лицам с клиническими проявлениями COVID-19 и с подозрением на инфекцию должен быть предоставлен доступ к обследованию и тестированию, в идеале на уровне первичной помощи. В условиях, когда тестирование на уровне первичной помощи недоступно, важную роль в эпиднадзоре за COVID-19 могут играть сами граждане. Эпиднадзор на уровне сообщества – систематическое выявление и информирование о событиях, происходящих в сообществе и имеющих значение для общественного здравоохранения, – может служить для преодоления разрыва между сообществом и системой здравоохранения. При такой системе эпиднадзора обученные волонтеры передают информацию в органы здравоохранения для проверки и принятия ответных мер с применением установленных механизмов эпиднадзора и для направления пациентов в соответствии с алгоритмом оказания помощи. Более подробные рекомендации по внедрению эпиднадзора на уровне сообщества, включая упрощенные определения случаев, требующих уведомления, доступны на сайте Международной федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца [здесь](#).

Другие действия, с помощью которых граждане и сообщества могут внести полезный вклад в эпиднадзор за COVID-19 и прерывание цепочки передачи вируса, – это участие в отслеживании контактов и расследовании кластеров. Отслеживание контактов – это выявление всех людей, которые могли находиться в контакте с лицом, инфицированным SARS-CoV-2, и последующее наблюдение за ними. Ежедневное наблюдение за такими людьми в течение 14 дней с момента их контакта с инфицированным позволяет выявить лиц с высокой вероятностью наличия инфекции или заболевания и изолировать их до того, как они передадут вирус другим людям. Отслеживание контактов можно сочетать с выявлением случаев путем надомных посещений и с систематическим тестированием в специализированных учреждениях закрытого типа, таких как дома-интернаты, или с проведением планового тестирования профессиональных групп, таких как медицинские работники или незаменимые сотрудники основных отраслей. См. [Отслеживание контактов в контексте COVID-19](#).

3.1.2 Эпиднадзор на уровне первичной медико-санитарной помощи

Эпиднадзор на уровне первичной помощи необходим для выявления единичных случаев и кластеров среди населения. Услуги тестирования, по мере возможности, должны предоставляться в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Дополнительным вариантом является создание специализированных центров тестирования на SARS-CoV-2, таких как пункты тестирования «не выходя из машины» или стационарные пункты в общественных зданиях. Сведения о пациентах с вероятной или подтвержденной инфекцией SARS-CoV-2 должны быть переданы в соответствующие органы общественного здравоохранения в течение 24 часов после постановки диагноза. Оперативная отчетность и анализ данных имеют решающее значение для выявления новых единичных случаев и кластеров инфекции и для принятия мер по отслеживанию контактов. Поэтому для каждого случая инфекции следует собирать лишь минимально необходимые данные: возраст, пол, место жительства, дата начала заболевания, дата взятия образца и результат теста. Ежедневное представление данных в местные или национальные органы здравоохранения может осуществляться с помощью онлайн-систем, приложений для мобильных телефонов, текстовых сообщений (SMS) или устно по телефону. Большое значение для проверки функционирования системы эпиднадзора и мониторинга циркуляции вируса имеет подача, в идеале ежедневная, нулевой отчетности (когда не обнаружено ни одного случая инфекции) от всех учреждений первичной помощи.

3.1.3 Эпиднадзор на базе больниц

О поступающих в больницы пациентах с вероятной или подтвержденной инфекцией COVID-19 следует в течение 24 часов уведомлять национальные органы общественного здравоохранения. Некоторые существенные данные (например, об исходе заболевания) могут быть доступны не сразу, но это не должно стать причиной задержки уведомления органов общественного здравоохранения.

Больницы должны предоставлять как минимум следующие сведения по каждому случаю:

- возраст, пол/гендер и место жительства пациента;
- даты начала заболевания, взятия образца, поступления в стационар;
- тип и результат лабораторного тестирования;
- является ли пациент медицинским работником;
- тяжесть состояния пациента на момент подачи сведений (например, находится на искусственной вентиляции легких или поступил в отделение реанимации и интенсивной терапии);
- исход заболевания (дата выписки или смерти).

Большое значение для проверки непрерывного функционирования системы эпиднадзора имеет подача нулевой отчетности от больниц.

3.1.4 Дозорный эпиднадзор за ГПЗ/ОРИ/ТОРИ

Дозорный синдромный эпиднадзор – это подход, который служит дополнением к другим формам эпиднадзора, описанным в настоящем документе. Преимущество системы дозорного эпиднадзора заключается в том, что при этом используется

систематический стандартизированный подход к тестированию, на который, в отличие от других типов эпиднадзора за COVID-19, не влияют изменения в стратегиях тестирования. Это облегчает отслеживание эпидемиологических тенденций.

Страны, которые проводят на уровне первичной медико-санитарной помощи или больниц дозорный эпиднадзор за гриппоподобными заболеваниями (ГПЗ), острыми респираторными инфекциями (ОРИ), случаями тяжелой острой респираторной инфекции (ТОРИ) или пневмонии, должны продолжать синдромный эпиднадзор и взятие респираторных образцов, используя принятые определения случаев. Лаборатории должны по-прежнему осуществлять вирусологическое тестирование образцов, собранных в учреждениях дозорного эпиднадзора, с добавлением тестирования на SARS-CoV-2. Странам рекомендуется осуществлять круглогодичный дозорный эпиднадзор за острыми респираторными синдромами с тестированием образцов на SARS-CoV-2.

В рамках существующих систем эпиднадзора выборки пациентов для дополнительного тестирования на SARS-CoV-2 предпочтительно должны быть репрезентативными для определенной группы населения, включать лиц обоих полов и всех возрастов. При возможности следует продолжать взятие образцов в учреждениях дозорного эпиднадзора за ГПЗ и за ТОРИ, что позволит охватить случаи как легкого, так и тяжелого течения заболевания. Известно, что, исходя из местной ситуации, ресурсов и эпидемиологии, страны могут счесть целесообразным осуществлять в приоритетном порядке взятие образцов от госпитализированных пациентов (с диагнозом ТОРИ или пневмонии), чтобы получить представление о циркуляции SARS-CoV-2 среди пациентов с более тяжелым течением заболевания.

Случаи инфекции SARS-CoV-2, выявленные с помощью дозорного эпиднадзора, следует включать в общую государственную отчетность о числе случаев инфекции SARS-CoV-2/COVID-19; кроме того, о них необходимо сообщать через соответствующие информационные каналы дозорного эпиднадзора.

Дополнительные рекомендации по дозорному эпиднадзору за COVID-19 приведены в документе [Maintaining surveillance of influenza and monitoring SARS-CoV-2: interim guidance](#) (Продолжение эпиднадзора за гриппом и мониторинг COVID-19: временные рекомендации).

3.1.5 Учреждения закрытого типа

Для того чтобы обеспечить более раннее (по сравнению с возможностями эпиднадзора на базе первичной помощи и больниц) выявление единичных случаев и кластеров инфекции среди лиц, проживающих или работающих в учреждениях закрытого типа, требуется принятие мер целевого, усиленного эпиднадзора. Люди, которые находятся в специализированных учреждениях закрытого типа, таких как пенитенциарные учреждения, дома-интернаты для престарелых или лиц с ограниченными возможностями, могут быть особенно уязвимы к COVID-19. Причины этого включают пребывание в условиях с более высокой вероятностью распространения инфекции, чем среди населения в целом, а также частое наличие сопутствующих заболеваний или предрасполагающих факторов, которые повышают риск тяжелого течения заболевания и летального исхода. Усиленный эпиднадзор в учреждениях закрытого типа предполагает, в частности, активное выявление случаев заболевания, например путем ежедневного медосмотра на предмет обнаружения симптомов COVID-19 с обязательным измерением температуры тела, а также ежедневную подачу нулевой отчетности в отношении всех лиц с высоким уровнем риска.

3.2 Случаи инфекции SARS-CoV-2, связанные с оказанием медицинской помощи

В странах, имеющих систему обязательной отчетности о внутрибольничных инфекциях, следует включить в эту отчетность в качестве приоритетного показателя случаи инфекции, вызванной вирусом SARS-CoV-2, в дополнение к аналогичной отчетности в рамках общего эпиднадзора за COVID-19. Все единичные случаи и кластеры, выявленные в условиях оказания медицинской помощи, необходимо расследовать на предмет их источника и характеристик передачи инфекции и тщательно документировать. Эти меры позволяют обеспечить оперативный контроль дальнейшего распространения инфекции. В идеале следует ввести отдельную отчетность о количестве случаев (включая инфекцию SARS-CoV-2 с бессимптомным течением) и летальных исходов от COVID-19 среди медицинских работников. Дополнительную информацию в отношении COVID-19 среди медицинских работников можно найти [здесь](#) и [здесь](#).

3.3 Мониторинг смертности

Сведения о количестве случаев смерти от COVID-19 (см. определение ниже) в больницах следует сообщать ежедневно. О количестве случаев смерти от COVID-19, выявленных среди населения, в том числе в учреждениях долговременного ухода, также при возможности следует сообщать ежедневно или по крайней мере еженедельно. В отчетности по случаям смерти, как в больницах, так и среди населения, необходимо указывать возраст и пол умершего и место наступления смерти. В рамках эпиднадзора за COVID-19 отчетность о случаях смерти обеспечивается независимо от официальной регистрации смерти, которая выполняется в соответствии со стандартными требованиями систем регистрации актов гражданского состояния. Статистические данные о естественном движении населения следует использовать для мониторинга динамики избыточной смертности от всех причин. Страны также должны отслеживать: случаи смерти от неспецифических респираторных причин (например, от неуточненной пневмонии), которые могут представлять собой недиагностированный COVID-19; изменения показателей смертности от других причин, которые могут быть связаны с воздействием пандемии COVID-19 на системы здравоохранения. Там, где системы регистрации актов гражданского состояния и статистики естественного движения населения ограничены или отсутствуют, можно рассмотреть возможность применения системы оперативного мониторинга смертности. Более подробные рекомендации приведены в документе [Revealing-the-toll-of-COVID-19](#) (Оценка потерь от COVID-19).

3.4. Лабораторный эпиднадзор

От всех соответствующих лабораторий рекомендуется получать данные о количестве лиц, протестированных на SARS-CoV-2. Стандартным методом выявления инфекции SARS-CoV-2 является тестирование МАНК. Если используются другие методы диагностики, необходимо документировать количество проведенных тестов и случаев, подтвержденных с применением каждого метода, и включать эти сведения в отчетность. Хотя системы эпиднадзора обычно фиксируют количество случаев инфекции SARS-CoV-2, также важно собирать информацию о критериях тестирования и общей численности лиц, прошедших тестирование (эти данные отличаются от количества проведенных тестов, которое является неточным показателем из-за возможности повторного тестирования одного и того же лица). Общее число проведенных лабораторных тестов (знаменатель в формуле расчета) может указывать на уровень активности эпиднадзора, а доля положительных тестов – на интенсивность передачи инфекции среди населения.

- Тесты на основе амплификации нуклеиновых кислот

На начальных стадиях развития эпидемии тест с применением метода амплификации нуклеиновых кислот, или МАНК (например, ОТ-ПЦР), был единственным рекомендованным ВОЗ диагностическим тестом для подтверждения наличия инфекции. ПЦР и другие тесты на основе МАНК могут выполняться вручную или с той или иной степенью автоматизации, что упрощает их использование. Для целей эпиднадзора все тесты МАНК считаются равноценными. Дополнительная информация приведена в документе [Диагностическое тестирование для определения вируса SARS-CoV-2](#).

- Диагностические экспресс-тесты на антигены (АГ-ДЭТ)

В настоящей пересмотренной версии, в дополнение к тестам МАНК, которые остаются эталонным стандартом, ВОЗ предлагает использовать в качестве подтверждающего метода диагностические экспресс-тесты на выявление вирусных антигенов. Эта новая технология для выявления SARS-CoV-2 гораздо проще, и тесты с ее применением выполняются быстрее, чем тесты амплификации нуклеиновых кислот, такие как ОТ-ПЦР. Метод основан на прямом обнаружении вирусных белков SARS-CoV-2 в носовых или носоглоточных мазках с помощью латерального проточного иммуноанализа с получением результатов через 15–30 минут. АГ-ДЭТ менее чувствительны, чем МАНК, однако они дают возможность быстрого, недорогого и раннего выявления наиболее контагиозных случаев инфекции SARS-CoV-2 там, где ПЦР-тестирование недоступно или отсутствуют возможности для своевременного получения результатов.

Дополнительная информация приведена в документе [Роль иммунохимических экспресс-тестов для определения антигенов в диагностике инфекции, вызванной вирусом SARS-CoV-2](#).

- Выявление антител (серология)

В различных условиях можно с пользой применять серологические анализы, направленные на обнаружение антител, вырабатываемых человеческим организмом в ответ на инфекцию SARS-CoV-2.

Эпиднадзор с применением серологического мониторинга может проводиться в рамках расследования продолжающейся вспышки, а также для ретроспективного расчета коэффициента эпидемической пораженности или масштабов вспышки. Поскольку SARS-CoV-2 является новым патогеном, детальные представления о характере иммунного ответа еще находятся на стадии формирования; поэтому тесты на выявление антител следует использовать с осторожностью и не применять их для диагностики острой стадии инфекции.

Качественные тесты (например, на основе латерального проточного иммуноанализа), в отличие от полуколичественных и количественных, не позволяют выявить рост титров антител. Тесты на обнаружение антител на основе латерального проточного иммуноанализа (или другие качественные тесты) в настоящее время не рекомендуются для диагностики острых состояний и клинического ведения случаев, их применимость для целей эпидемиологических исследований изучается. Более детальная информация на данную тему приведена в научной справке ВОЗ [Рекомендации по использованию иммунодиагностических тестов на COVID-19 по месту лечения](#).

Иммунная сероконверсия определяется путем тестирования на наличие (и концентрацию) антител против различных белков SARS-CoV-2 в начале заболевания (острая фаза – первые несколько дней после появления симптомов) и вновь через несколько недель после исчезновения клинических проявлений (фаза конвалесценции). Значительный прирост титра антител от острой фазы до фазы конвалесценции служит ретроспективным подтверждением диагноза. Дополнительная информация приведена в документе [Диагностическое тестирование для определения вируса SARS-CoV-2](#).

4. Дополнительные методы и подходы к эпиднадзору за COVID-19

Наряду с основными элементами комплексного эпиднадзора за COVID-19 можно использовать и дополнительные подходы. В настоящее время разрабатываются такие новые методы, как экологический эпиднадзор за неинфекционными фрагментами вируса SARS-CoV-2 в сточных водах, но эти подходы пока еще недостаточно надежны для повседневного использования.

4.1 Эпиднадзор на основе сигнальных событий

Возможности для оперативного выявления тех или иных изменений в общей ситуации с COVID-19 можно дополнительно повысить с помощью надежных механизмов эпиднадзора на основе сигнальных событий (ЭОС). Данный метод предусматривает фиксирование неструктурированной информации из официальных и неофициальных источников, таких как онлайн-контент, радиовещание и печатные СМИ во всех соответствующих секторах, и служит дополнением к традиционным формам эпиднадзора в сфере общественного здравоохранения. Для успешного осуществления ЭОС нужны специально выделенные кадры и четкие алгоритмы обработки больших объемов информации, включая такие процессы, как фильтрация, сортировка, проверка, сравнение, оценка и передача соответствующего контента. Итогом многолетних усилий стало создание целого ряда онлайн-систем для поддержки мероприятий по ЭОС, многие из которых осуществляются в рамках инициативы ВОЗ [Epidemic Intelligence from Open Sources](#) (EIOS) (Платформа оперативно-аналитической эпидемиологической информации из открытых источников). Не менее важно отслеживать и другие потенциальные события, которые могут возникать параллельно, в еще большей степени влиять на жизнь людей и ставить под угрозу усилия по реагированию на COVID-19. Дополнительные рекомендации в отношении ЭОС приведены на сайте <https://africacdc.org/download/africa-cdc-event-based-surveillance-framework/>.

4.2 Телефонные горячие линии

Телефонные горячие линии, предоставляемые населению для получения консультаций и направления в медицинские учреждения, могут способствовать выявлению ранних признаков распространения болезни в сообществе. Эффективное функционирование горячих линий требует выделенных ресурсов и подготовленного персонала для сортировки звонков и надлежащего направления обратившихся лиц в соответствующее медицинское учреждение или другую службу.

4.3 Эпиднадзор с привлечением населения

Эпиднадзор с привлечением населения основан на сообщениях от самих граждан о появлении у них симптомов заболевания без лабораторного тестирования или врачебного обследования (Menni 2020 [2]). Такая отчетность обеспечивается на добровольной основе, обычно с применением специальных приложений для смартфонов. Этот тип эпиднадзора, вероятно, недостаточно специфичен для точной идентификации случаев COVID-19, однако анализ поступающих от населения сообщений о случаях заболевания может помочь в выявлении сообществ, которые находятся на раннем этапе распространения инфекции. Данные, собираемые в ходе эпиднадзора с привлечением населения, могут также указывать на изменения в частоте обращений за медицинской помощью, что следует учитывать при интерпретации данных эпиднадзора на базе медицинских учреждений.

4.4 Серологический эпиднадзор

Массовые обследования населения на наличие антител и использование серологических методов в конкретных условиях/ группах населения могут помочь в определении доли лиц, инфицированных или перенесших ранее инфекцию SARS-CoV-2. Усиленный эпиднадзор, обследования населения и расследование вспышек позволяют оценить распространенность инфекции среди населения в целом или в отдельных субпопуляциях, например в конкретных возрастных группах, и, возможно, определить долю нераспознанных случаев инфекции (например, с бессимптомным или субклиническим течением). Дополнительная информация о применении серологических методов и сероэпидемиологии в контексте COVID-19 приведена на сайте <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/serology-in-the-context-of-covid-19>.

4.5 Эпиднадзор в контексте оказания гуманитарной помощи и в других условиях с ограниченными ресурсами

Ряд дополнительных рекомендаций относится к организации эпиднадзора в лагерях беженцев, среди вынужденно перемещенных лиц, а также в других условиях оказания гуманитарной помощи и при дефиците ресурсов.

Выявление случаев инфекции SARS-CoV-2 в таких контекстах может осуществляться с использованием ряда стратегий. Эпиднадзор на основе сигнальных событий может способствовать получению ранних предупреждений и оповещений. При наличии систем раннего предупреждения, оповещения и реагирования (EWAR) или эпиднадзора на уровне сообщества (CBS) в них необходимо включить COVID-19; при возможности следует проводить активное выявление случаев. В медицинских учреждениях может применяться синдромный эпиднадзор. Уязвимые группы населения, включая медицинских работников, лиц с риском тяжелого течения заболевания и лиц с ограниченным доступом к медицинскому обслуживанию, должны быть приоритетными для эпиднадзора и мер реагирования, также как и проживающие в учреждениях закрытого типа с высоким риском передачи инфекции.

Стратегии тестирования должны быть нацелены на выявление предполагаемых случаев в соответствии с определениями ВОЗ. Дальнейшее определение приоритетности может зависеть от уровня передачи инфекции, наличия групп населения с высоким риском и имеющихся ресурсов.

Дополнительная информация приведена в межучрежденческом руководстве [Scaling-Up Covid-19 Outbreak Readiness and Response Operations in Humanitarian Situations, Including Camps and Camp-Like Settings](#) (Наращивание операций по обеспечению готовности в связи со вспышкой COVID-19 и мерам реагирования в гуманитарных ситуациях, включая лагеря беженцев и другие аналогичные условия). Дополнительные рекомендации в отношении гуманитарных операций, лагерей и других нестабильных условий можно найти [здесь](#).

5. Отчетность и анализ данных эпиднадзора

Описанные выше основные данные эпиднадзора за COVID-19 следует на ежедневной основе передавать по инстанциям, систематизировать и анализировать, при этом также необходимо представлять нулевую отчетность (при отсутствии выявленных случаев). Данные должны составляться на общенациональном или соответствующем административном уровне (например, на уровне района или области). Также следует периодически проводить более глубокий анализ с разбивкой по возрасту, полу, результатам тестирования и тяжести течения заболевания. Регулярные аналитические сводки должны доводиться до сведения каждого учреждения в системе эпиднадзора и в идеале размещаться в свободном доступе на веб-сайте государственного органа. Многие национальные и местные структуры общественного здравоохранения используют для представления данных эпиднадзора онлайн-информационные панели.

Для того чтобы пользователи могли значимым образом интерпретировать результаты эпиднадзора в контексте этой новой болезни, ВОЗ рекомендует анализировать и представлять эту информацию с четким описанием следующих аспектов: используемые определения вероятных и подтвержденных случаев (например, считаются ли подтвержденными случаи с положительными результатами экспресс-тестов); стратегии обнаружения (например, активное выявление случаев инфекции, выявление по обращениям от населения); стратегии тестирования (целевое или систематическое тестирование, тестирование только госпитализированных пациентов и др.); учет изменений, периодически вносимых в определения/критерии. Изменения в определениях и/или критериях влияют на идентификацию случаев и, следовательно, на множество эпидемиологических параметров, таких как эпидемическая кривая и расчет показателя летальности.

Соответствующие данные следует направлять в ВОЗ, как указано ниже в разделе «Представление в ВОЗ данных эпиднадзора за COVID-19».

Странам также рекомендуется отслеживать качество эпиднадзора за COVID-19 путем мониторинга показателей эффективности, таких как актуальность, полнота и репрезентативность данных.

Представление в ВОЗ данных эпиднадзора за COVID-19

ВОЗ предлагает государствам-членам сообщать ежедневное число случаев заболевания и летальных исходов и еженедельное совокупное число случаев и смертей на различных уровнях агрегирования данных.

1. Задачи глобального эпиднадзора

Приведенные ниже обновленные задачи вытекают из структуры текущего глобального эпиднадзора. Эти задачи заключаются в следующем:

- отслеживать тенденции в отношении COVID-19 на национальном и глобальном уровнях;
- отслеживать смертность, прямо обусловленную и косвенно связанную с COVID-19;
- оценивать заболеваемость и смертность среди медицинских работников;
- оценивать эффект принимаемых мер контроля.

Страновые метаданные

Государствам-членам предлагается представлять в ВОЗ следующие дополнительные метаданные для облегчения интерпретации данных эпиднадзора:

1. определение используемой в стране эпидемиологической (недельной) периодизации (например, неделя с понедельника по воскресенье);
2. используемые в стране определения случаев и дата их ввода в действие;
3. осуществляемые в стране стратегии эпиднадзора и выявления случаев и дата их ввода в действие;
4. осуществляемые в стране стратегии тестирования и дата их ввода в действие;
5. ситуационные отчеты, по мере выпуска.

Данные следует отправлять на специальный почтовый ящик для эпиднадзора за COVID-19 (covidsurveillance@who.int) или через соответствующие региональные бюро ВОЗ.

2. Ежедневный сбор агрегированных данных

Ежедневные отчеты о количестве случаев и смертей от COVID-19 составляются региональными бюро ВОЗ, которые, в свою очередь, либо получают отчетные сведения непосредственно от государств-членов, либо используют данные из официальных открытых источников (например, публикуемые на веб-сайтах министерств здравоохранения). Государствам-членам рекомендуется продолжать представлять эти ежедневные сведения на постоянной основе. ВОЗ ежедневно собирает данные о количестве подтвержденных случаев COVID-19 и летальных исходов и публикует эти сведения в своих ситуационных отчетах, на глобальной информационной панели (covid19.who.int) и с использованием других каналов коммуникации.

Число случаев рассчитывают в соответствии с определениями случаев, установленными ВОЗ, если не указано иное (см. [Country, territory, or area-specific updates and errata](#) (Обновления и исправления для конкретной страны, территории или региона)). Все данные датированы не днем появления симптомов, а днем подачи отчетности. Все данные подлежат непрерывной проверке и могут изменяться на основе ретроспективных обновлений, чтобы точно отражать тенденции, изменения в определениях случаев, используемых в странах, или в практике отчетности. Основные изменения страновых данных публикуются в регулярно обновляемом документе [Country, territory, or area-specific updates and errata](#) (Обновления и исправления для конкретной страны, территории или региона).

Число новых случаев и смертей рассчитывается как разность между последними и предыдущими значениями. Из-за различий в таких аспектах, как организация отчетности, точки отсчета, консолидация ретроспективных данных, и задержки в подаче сведений число новых случаев инфекции не всегда отражает ежедневные итоги, публикуемые отдельными странами, территориями или регионами.

Дополнительная информация о собираемых и отображаемых данных приведена [здесь](#).

3. Еженедельная сводная отчетность

Целью постоянной еженедельной сводной отчетности является получение дополнительной информации о глобальных тенденциях COVID-19 для углубленного анализа. С тем чтобы учесть новые определения случаев (включая вероятные случаи) и задачи глобального эпиднадзора (заболеваемость и смертность среди медицинских работников), добавлены новые переменные, которые в приведенном ниже перечне выделены **жирным шрифтом**.

- Число подтвержденных случаев
- **Число вероятных случаев**
- Число летальных исходов в подтвержденных случаях
- **Число летальных исходов в вероятных случаях**
- Число госпитализированных пациентов (подтвержденные и вероятные случаи)
- Число выписанных из стационара (подтвержденные и вероятные случаи)
- **Число инфицированных работников здравоохранения (подтвержденные + вероятные случаи) как часть от общего числа случаев**
- **Число медицинских работников, умерших от COVID-19 (подтвержденные + вероятные случаи), как часть от общего числа летальных исходов**
- Число протестированных лиц
- **Число лиц, протестированных методом ПЦР**
- Число подтвержденных + **вероятных** случаев в разбивке по возрастным группам и полу (см. ниже)
- Число летальных исходов среди подтвержденных + **вероятных** случаев в разбивке по возрастным группам и полу (см. ниже)
- Уровень передачи инфекции

В последней обновленной форме отчетности изменены возрастные категории. Предлагается использовать следующие возрастные группы (число лет жизни): 0–4, 5–9, 10–14, 15–19, 20–29, 30–39, 40–49, 50–59, 60–64, 65–69, 70–74, 75–79, 80 и старше.

Данные можно представлять в формате файлов Excel с помощью формы «Глобальный эпиднадзор за COVID-19: процесс ВОЗ для представления агрегированных данных – V2», которая доступна [здесь](#). В форму включен словарь данных. Государства-члены также могут загружать отчетные данные с помощью специальной электронной платформы еженедельного представления в ВОЗ данных эпиднадзора. Эта платформа позволяет государствам-членам самостоятельно вводить данные по минимальному набору переменных на национальном уровне, а также сведения об уровнях передачи инфекции на национальном и субнациональном уровнях. Для получения дополнительной информации и реквизитов доступа в систему, а также для обновления параметров передачи инфекции до истечения очередной недели следует обращаться по адресу электронной почты covidsurveillance@who.int. При отсутствии новых случаев рекомендуется еженедельно представлять нулевую отчетность. Платформа оснащена информационной панелью для непосредственной визуализации новых введенных данных.

В таблице 2 приведены категории, которые ВОЗ рекомендует использовать для описания уровней передачи инфекции на национальном (и, по возможности, на субнациональном) уровне для обоснования решений по обеспечению [готовности и мер реагирования](#).

Таблица 2. Определение категорий для описания уровней передачи инфекции

Категория	Определение
Отсутствие (активных) случаев	Отсутствие новых случаев инфекции в течение как минимум 28 дней (двухкратная максимальная длительность инкубационного периода) при наличии надежной системы эпиднадзора. Риск инфицирования для общего населения – почти нулевой.
Завозные/Единичные случаи	Все случаи, выявленные за последние 14 дней, – завозные, единичные (например, внутрилабораторные или зоонозные) либо связанные с завозными/ единичными случаями, и нет четких свидетельств дальнейшей местной передачи. Риск инфицирования для общего населения – минимальный.
Кластеры случаев	Случаи, выявленные за последние 14 дней, преимущественно ограничены четко определенными кластерами, которые непосредственно не связаны с завозными случаями, но все они объединены по времени, территории, а также общими источниками контакта с инфекцией. Допускается наличие на данной территории ряда невыявленных случаев. Риск инфицирования населения за пределами кластера – низкий, при условии предотвращения контактов с кластером.
Массовое распространение – уровень 1 (MP1)	Низкая частота возникновения местно приобретенных, территориально широко разбросанных случаев, выявленных за последние 14 дней, не связанных с конкретными кластерами; передача инфекции может быть сосредоточена в определенных подгруппах населения. Риск инфицирования для общего населения – низкий.
Массовое распространение – уровень 2 (MP2)	Умеренная частота возникновения местно приобретенных, территориально широко разбросанных случаев, выявленных за последние 14 дней; передача инфекции в меньшей степени сосредоточена в определенных подгруппах населения. Риск инфицирования для общего населения – умеренный.
Массовое распространение – уровень 3 (MP3)	Высокая частота возникновения местно приобретенных, территориально широко разбросанных случаев, выявленных за последние 14 дней; передача инфекции не сосредоточена в определенных подгруппах населения. Риск инфицирования для общего населения – высокий.
Массовое распространение – уровень 4 (MP4)	Крайне высокая частота возникновения местно приобретенных, территориально широко разбросанных случаев, выявленных за последние 14 дней. Риск инфицирования для общего населения – крайне высокий.

См. [Принципы реализации и корректировки мер по защите здоровья населения и социальных мер в связи с распространением COVID-19](#)

ВОЗ предлагает государствам-членам в приоритетном порядке представлять сведения о характере передачи инфекции для нулевого (национального) административного уровня. Если характер передачи на национальном уровне неизвестен, однако имеются соответствующие сведения для субнациональных уровней, ВОЗ присвоит стране наиболее высокую степень передачи инфекции, представленную для любой территории на первом уровне административного деления. ВОЗ просит представлять сведения только по основным сценариям передачи (отсутствие случаев, завозные/единичные случаи, кластеры или массовое распространение); информирование по подуровням массового распространения не является необходимым.

В ходе развития эпидемии классификационный уровень передачи может быть повышен или понижен в зависимости от ситуации. При переходе от одного сценария к другому ВОЗ рекомендует следующее:

- при переходе от более низкого к более высокому сценарию передачи: об изменении следует сообщать в любое время (при очередном еженедельном обновлении данных);
- при переходе от более высокого к более низкому сценарию передачи: перед подтверждением понижения уровня передачи следует наблюдать за ситуацией в течение 28 дней.

Прежде чем будет изменен уровень передачи, ВОЗ рекомендует провести консультации между государством-членом и страновым бюро ВОЗ с обсуждением вопросов о том, как эффективность эпиднадзора и стратегия тестирования влияют на наблюдаемую эпидемиологическую картину.

Контрольный срок представления государствами-членами еженедельных данных и сценария передачи – четверг недели, следующей за отчетной. Государствам-членам предлагается представлять еженедельные данные, даже если в течение недели не было зарегистрировано новых случаев (нулевая отчетность).

Представленные данные публикуются в открытом доступе, без редактирования или фильтрации со стороны ВОЗ, для информирования всех государств-членов и широкой общественности через веб-сайт ВОЗ; эти данные могут быть объединены с другими сведениями в поддержку планирования операций реагирования и могут периодически публиковаться в ситуационных отчетах ВОЗ и в других форматах в интересах всех государств-членов.

4. Отчетность на основе конкретных случаев

ВОЗ больше не требует представления отчетов по конкретным случаям.

Государства-члены, по согласованию со страновыми бюро ВОЗ, могут продолжать представлять такие отчеты на добровольной основе. Политика представления данных по конкретным случаям, стратегии их анализа, а также обмен результатами регулируется соответствующим Региональным бюро.

Хотя ВОЗ рекомендует прекратить представление данных по конкретным случаям для целей эпиднадзора, Организация приглашает страны к участию в сборе клинических данных по COVID-19 с использованием формы, доступной по адресу https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333229/WHO-2019-nCoV-Clinical_CRF-2020.4-rus.pdf

5. Подача отчетных сведений по COVID-19 через Глобальную систему эпиднадзора за гриппом и принятия ответных мер (ГСЭГО)

ВОЗ в течение многих лет проводит мониторинг эпидемиологических тенденций и вирусологических характеристик гриппа с помощью Глобальной системы ВОЗ по эпиднадзору за гриппом и принятию ответных мер (ГСЭГО), которая собирает информацию о заболеваемости и смертности в связи с ГПЗ, ОРВИ, ТОРИ и пневмонией, в основном посредством дозорного эпиднадзора. Странам рекомендуется поддерживать и укреплять существующий дозорный синдромный эпиднадзор и дополнительно тестировать на SARS-CoV-2 образцы, собранные для целей эпиднадзора за гриппом (см. https://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/covid19/en/). Данные дозорного синдромного эпиднадзора и лабораторного тестирования на грипп и SARS-CoV-2 (число проведенных тестов и положительных результатов), полученные на объектах ГСЭГО, следует передавать в ВОЗ через существующие платформы отчетности в установленных форматах и с определенной периодичностью как через систему ГСЭГО, так и в рамках совокупной отчетности по COVID-19 (как указано выше). Дополнительная информация о подаче отчетных сведений в ГСЭГО приведена в публикации [Операционные аспекты эпиднадзора за COVID-19 через систему ГСЭГО](#).

Избранная библиография

1. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, et al. China Medical Treatment Expert Group for Covid-19. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med.* 2020 Apr 30;382(18):1708-1720. doi: 10.1056/NEJMoa2002032. Epub 2020 Feb 28. PMID: 32109013; PMCID: PMC7092819.
2. Menni C, Valdes AM, Freidin MB, et al. Real-time tracking of self-reported symptoms to predict potential COVID-19. *Nat Med.* 2020 Jul;26(7):1037-1040. doi: 10.1038/s41591-020-0916-2. Epub 2020 May 11. PMID: 32393804.
3. Spinato G, Fabbris C, Polesel J, et al. Alterations in Smell or Taste in Mildly Symptomatic Outpatients With SARS-CoV-2 Infection. *JAMA.* 2020 Apr 22;323(20):2089-90. doi:10.1001/jama.2020.6771. Epub ahead of print. PMID: 32320008; PMCID: PMC7177631.
4. Tostmann A, Bradley J, Bousema T, et al. Strong associations and moderate predictive value of early symptoms for SARS-CoV-2 test positivity among healthcare workers, the Netherlands, March 2020. *Euro Surveill.* 2020 Apr;25(16):2000508. doi:10.2807/1560-7917.ES.2020.25.16.2000508. PMID: 32347200; PMCID: PMC7189649.
5. Struyf T, Deeks JJ, Dinnes J, et al. Cochrane COVID-19 Diagnostic Test Accuracy Group. Signs and symptoms to determine if a patient presenting in primary care or hospital outpatient settings has COVID-19 disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020 Jul 7;7:CD013665. doi: 10.1002/14651858.CD013665. PMID: 32633856.
6. Manna S, Wruble J, Maron S, et al. COVID-19: a multimodality review of radiologic techniques, clinical utility, and imaging features. *Radio Cardiothoracic Imaging.* 2020 June 1; 2(3): <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/ryct.2020200210>.

ВОЗ продолжает проводить тщательный мониторинг ситуации в целях своевременного выявления любых изменений, которые могут оказывать влияние на эти временные рекомендации. В случае возникновения таких изменений ВОЗ выпустит следующую обновленную версию. В противном случае срок действия настоящего временного руководящего документа истекает через 2 года после даты его опубликования.

© Всемирная организация здравоохранения, 2021. Некоторые права защищены. Данная работа распространяется на условиях лицензии [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](#).

WHO reference number: [WHO/2019-nCoV/SurveillanceGuidance/2020.8](#)