ТРЕТЬЕ СОВЕЩАНИЕ РУКОВОДИТЕЛЕЙ НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ПО РАСШИРЕННОЙ ПРОГРАММЕ ИММУНИЗАЦИИ

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Европейское региональное бюро
Копенгаген

ЗАДАЧА 5

Ликвидация семи конкретных болезней

К 2000 г. в странах Региона не будет местных случаев заболевания корью, полиомиелитом, столбняком новорожденного, врожденной формой краснухи, дифтерией, врожденной формой сифилиса и малярией.

EUR/ICP/EPI 023
4733A
ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

ТРЕТЬЕ СОВЕЩАНИЕ РУКОВОДИТЕЛЕЙ НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ПО РАСШИРЕННОЙ ПРОГРАММЕ ИММУНИЗАЦИИ

Отчет о совещании ВОЗ

Сент-Винсент, Аоста, Италия
22-25 мая 1990 г.

1991 г. ЕРБ/ЗДВ задача 5

Примечание

Настоящий отчет издан Европейским региональным бюро на английском, немецком, русском и французском языках, однако он может быть воспроизведен или переведен на любой другой язык при условии надлежащего согласования.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

Данное ежегодное третье совещание проходило в Центре конгрессов гостиничного комплекса Биллиа в итальянском городе Сент-Винсент благодаря, главным образом, щедрому содействию и гостеприимству руководства области долины Аоста. Кроме того, помощь по финансированию совещания оказали за счет добровольных взносов SmithKline Biologicals (Италия) и Институт Mérieux (Франция).

В работе совещания участвовали (см. Приложение 3) 47 руководителей программ и представители 28 европейских государств-членов, 7 консультантов и 3 технических сотрудника из Европейского регионального бюро ВОЗ, а также 9 наблюдателей из различных организаций и учреждений. Руководители национальных программ иммунизации от 4 государств-членов (Люксембург, Монако, Норвегия и Сан-Марино) не смогли принять участие. Совещание было открыто от имени д-ра J.E. Asvall, Регионального директора ЕРБ, директором по системам здравоохранения д-ром М.С. Цешковским.

Председателем совещания был избран д-р I. Masar, его заместителем - д-р S. Squarcione, а составителем доклада - д-р N. Billo. Д-р Б.Д. Быченко представлял ВОЗ в качестве секретаря.

Главные задачи совещания заключались в следующем:

- утвердить политику и стратегию Регионального бюро, направленные на решение региональной задачи 5 по достижению здоровья для всех;

- рассмотреть вопросы, связанные с дальнейшей работой по ликвидации полиомиелита в Регионе;

- обсудить накопленный опыт использования вакцин корь/паротит/краснуха (КПК) в национальных программах иммунизации;

- выявить новые антигены, которые можно было бы включить в календарь прививок;

- дать рекомендации по улучшению качества работы на национальном и региональном уровнях.

Совещание поддержало рекомендации четвертого совещания Европейской консультативной группы по Расширенной программе иммунизации (ЕКГ/РПИ), проходившего 13-15 февраля 1990 г. в Париже, и совещания Регионального бюро по борьбе с дифтерией в Европе, проходившего 17-19 апреля 1990 г. в Женеве и решение о проведении которого было принято на парижском совещании ЕКГ/РПИ. Все рабочие и исходные справочные документы перечислены в Приложении 1.

Ликвидация полиомиелита (ход работы)

Цель глобальной ликвидации полиомиелита, поставленная Всемирной ассамблеей здравоохранения (ВАЗ), определяется как прекращение местной передачи инфекции, вызываемой диким полиовирусом. Это означает, что в мире не должно быть ни одного случая клинического полиомиелита, обусловленного диким полиовирусом, а также не должно быть лабораторного выделения дикого полиовируса где бы то ни было в мире после проведения выборочных обследований населения и объектов внешней среды.

Успехи Глобальной программы ВОЗ

К началу 90-х годов Расширенная программа иммунизации (РПИ) достигла весьма значительных результатов. Впервые в истории глобальный охват прививками детей первого года жизни превысил две трети в отношении третьей дозы вакцин полиомиелита и АКДС. При этих уровнях охва-

та подсчитано, что РПИ в настоящее время позволяет предупредить ежегодно примерно 2,2 млн. смертных случаев и примерно 360 000 случаев паралитического полиомиелита.

Ожидается, что в ближайшие пять лет значительные территории Земного шара станут свободными от полиомиелита. Остающиеся эндемические области потребуют активнейших усилий с тем, чтобы достичь ликвидации полиомиелита во всем мире к 2000 г.

Вклад Европейского региона

В 1989 г. в Регионе было зарегистрировано лишь 133 случая полиомиелита по сравнению с 228 случаями в 1988 г. Это сокращение в 1,8 раза было достигнуто главным образом благодаря кампаниям по иммунизации в СССР, Турции и Израиле. Двадцать стран (62,5%) сообщили в 1989 г. об отсутствии у них местных случаев полиомиелита, вызванных диким вирусом.

Появление вновь местных случаев полиомиелита или случаев неизвестной этиологии в некоторых европейских государствах (Албании, Болгарии и Югославии) свидетельствует о недопустимости какой бы то ни было самоуспокоенности среди тех, кто занимается проведением в жизнь программ иммунизации.

Было отмечено, что в 1988 г. было сообщено о 18 случаях полиомиелита, ассоциируемых с вакциной, тогда как в 1989 г. это число составило 11.

Хотя почти 50% населения Европы проживает в районах, где не регистрировались случаи полиомиелита, вызванные диким полиовирусом, ликвидация этой инфекции может быть достигнута только в результате неослабных усилий со стороны всех государств-членов, направленных на поддержание высоких уровней охвата прививками с использованием при этом эффективных вакцин.

Рекомендации по ликвидации

1. В большинстве европейских стран достигнут уровень привитости 90%. В случаях недостаточного охвата прививками следует определить отрицательные факторы с тем, чтобы соответственно выправить положение. Однако один только высокий уровень привитости не гарантирует отсутствие местных случаев полиомиелита. Руководителям программы следует обеспечить соответствие качества применяемых вакцин (ОПВ или ИПВ) требованиям ВОЗ, а также надлежащие температурные условия их хранения. Если в результате серологического обследования будут выявлены недостаточные уровни иммунитета, следует принять надлежащие меры для ликвидации этих недостатков. Там, где случаи полиомиелита - особенно случаи местного заражения - наблюдаются чрезвычайно редко, может снизиться убежденность медицинских работников и общественности в необходимости поддержания высокого уровня привитости. Руководители программ должны стремиться к повышению и поддержанию достигнутых высоких уровней иммунизации.

Хотя в настоящее время положение в Регионе и улучшилось, необходимо все же рекомендовать лицам, едущим в эндемические по полиомиелиту районы, прививаться или ревакцинироваться, если их национальное удостоверение о вакцинации является недействительным.

2. Решающее значение при оценке результатов вакцинации имеет эпидемиологический надзор. В большинстве стран имеются системы эпиднадзора за полиомиелитом, в которые не включены случаи вялого паралича и синдрома Гийена-Барре (СГБ) у детей в возрасте до 15 лет в качестве индикаторов, говорящих о возможном наличии полиомиелита. Предлагается обратить внимание врачей в Регионе на то, что вялый паралич и СГБ могут оказаться признаками полиомиелита.

Странам надлежит обеспечить тщательное обследование всех предполагаемых случаев полиомиелита и приложить

максимум усилий к тому, чтобы изоляция вируса достигалась на как можно более ранней стадии после появления симптомов болезни. Изоляты следует направлять на вирусологический анализ в национальную или справочную лаборатории ВОЗ.

Обо всех подозреваемых случаях полиомиелита следует в срочном порядке информировать на местном и общенациональном уровнях с тем, чтобы можно было предпринять надлежащие противоэпидемические меры. Рекомендуется внедрить в систему отчетности информацию об отсутствии случаев полиомиелита. Каждая страна должна извещать о подтвердившихся случаях заболевания немедленно в Региональное бюро ВОЗ. Региональное бюро продолжит практику распространения ежегодных вопросников по полиомиелиту среди руководителей программ. Вопросники эти следует заполнять аккуратно и затем возвращать.

Была подчеркнута важность эпиднадзора за дикими вирусами в окружающей среде. Однако все еще предстоит определить, каковы должны быть идеальное количество забираемых проб, оптимальные место их сбора, а также лабораторная методика. Было предложено, чтобы рассмотрением этой проблемы безотлагательно занялась группа экспертов (вирусологов, эпидемиологов), которая должна быть организована Глобальной РПИ ВОЗ.

3. Каждый случай полиомиелита должен классифицироваться в соответствии с рекомендациями ВОЗ и с учетом характерных особенностей полиовируса, выделенного из этого случая, то есть:

- местный (дикий полиовирус)
- завозной (дикий полиовирус)
- ассоциированный с вакцинным штаммом или
- неизвестный/прочие.

Случай полиомиелита должен рассматриваться как ассоциированный с вакцинным штаммом, если изоляты относятся

к вирусоподобному штамму вакцины и если нет возможности идентифицировать другой этиологический агент в качестве причины болезни. Есть целый ряд справочных лабораторий ВОЗ, где может быть получено подтверждение этиологии выявленных штаммов с дальнейшим их описанием. Предлагается классифицировать случаи, когда не происходит выделения вируса (довольствуясь лишь клиническим и/или серологическим диагнозом), как неизвестные, если их нельзя эпидемиологически связать с другими случаями, имеющими место при данной вспышке заболевания или после тесного контакта с лицами, недавно прошедшими вакцинацию.

Критерии для объявления страны, свободной от местных случаев заболевания полиомиелитом

1. Чтобы доказать, что та или иная страна свободна от местных случаев полиомиелита, необходимо продемонстрировать, что в течение последних трех лет не было выявлено подтвердившихся случаев полиомиелита за исключением завозных или ассоциированный с вакцинным штаммом.

2. Кроме того, необходимо показать, что:

- осуществлялся хорошо продуманный план действий по ликвидации полиомиелита с проведением надежного эпиднадзора;

- все случаи, подпадающие под определение ВОЗ о подозреваемых случаях полиомиелита (любой случай острого вялого паралича, включая ГБС у детей до 15-летнего возраста, в происхождении которого нет возможности незамедлительно выявить какую-либо другую причину), изучались и дальше будут изучаться (клинически, эпидемиологически и вирусологически);

- существует эффективная, функционирующая с использованием лабораторных данных, система эпиднадзора, обеспечивающая подтверждение каждого случая полиомиелита путем экспертной оценки и классификации как

завозного или ассоциированного с вакцинным штаммом, как правило, на основании внутритиповой дифференциации вызывающих заболевание полиовирусов;

- во всех целевых группах и на всех территориях достигнут минимальный уровень охвата иммунизацией, равный 90% (завершенные курсы иммунизации против полиомиелита), с использованием достаточно иммуногенных и должным образом хранившихся вакцин;

- поддержание надлежащих уровней иммунитета показано во всех группах населения. Работа по иммунизации должна продолжаться до тех пор, пока не будет достигнута ликвидация полиомиелита во всемирном масштабе.

Корь/паротит/краснуха (новые стратегии борьбы)

Введение вакцины КПК в некоторых странах значительно повысило охват прививками. Вместе с тем было подчеркнуто, что введение вакцины КПК должно тщательно планироваться, и при решении этого вопроса не следует руководствоваться только лишь соображением наличия этой вакцины.

Главная цель стратегии заключается в том, чтобы ликвидировать синдром врожденной краснухи (СВК). Предпосылкой для иммунизации против кори, паротита и краснухи является способность достичь высокой степени охвата прививками детей к концу второго года жизни. В противном случае существует риск повышения случаев СВК в дальнейшем; избежать этого можно лишь путем обеспечения прививками всех женщины, достигших детородного возраста. Поэтому необходимо приложить максимум усилий для достижения как можно более высоких уровней охвата в кратчайшие, по возможности, сроки, наряду с проведением иммунизации от краснухи могущих заболеть женщин или девочек, используя для этого все имеющиеся возможности. Необхо-

димо обеспечение функционирования надлежащих систем мониторинга заболеваемости краснухой.

В условиях, затрудняющих проведение соответствующей работы из-за финансовых ограничений или из-за отсутствия вакцины КПК, значительное влияние на частоту случаев СВК могут оказать выборочные мероприятия (стратегии) по борьбе с краснухой, нацеленные на девочек, девушек или женщин, хотя полная ликвидация СВК при такой стратегии вряд ли возможна. Сочетание иммунизации детей раннего и подросткового возраста может дать наибольший эффект в кратчайшие сроки.

В странах, где вакцины против кори и краснухи использовались с охватом прививками большой части населения и основная деятельность была направлена на предупреждение заражения краснухой беременных женщин, число случаев заболевания корью, краснухой и СВК значительно снизилось.

В восточных странах Региона испытывается нехватка вакцин потив кори, паротита и краснухи по причинам технологического порядка и в связи с финансовыми затруднениями.

Рекомендации по дальнейшему сокращению заболеваемости этими болезнями

1. Учитывая значительные политические и социальные перемены в некоторых восточноевропейских странах, нельзя ожидать улучшения положения дел с вирусными вакцинами и их широкой доступностью без внешней помощи. Поэтому необходимо в срочном порядке обеспечить помощь со стороны западноевропейских стран, включая финансовую поддержку и передачу технологий. На этом следует сконцентрировать внимание Регионального комитета ВОЗ.

2. Необходимо обеспечить использование принятых ВОЗ определений случаев заболеваний и соответствующих систем

эпиднадзора за всеми болезнями, которые можно предупредить путем иммунизации на стадии, близкой к ликвидации этих заболеваний.

3. Особое внимание следует уделить эпиднадзору краснухи и СВК путем:

- проведения активного надзора за СВК;
- мониторинга прекращения беременностей в связи с краснухой;
- исследования глухоты в детском возрасте;
- исследования обусловленных краснухой заражений при беременности.

4. Имеющиеся материалы ВОЗ по изучению вспышек кори и мерам по их ликвидации следует использовать для предупреждения аналогичных ситуаций в европейских государствах-членах.

5. Региональная РПИ ВОЗ должна сформулировать для ВОЗ четкие критерии ликвидации местных случаев заболевания корью.

6. Была одобрена рекомендация, вынесенная на совещании руководителей РПИ в 1990 г. в Стамбуле и на совещании ЕКГ 1990 г. в Париже о том, чтобы рассмотреть вопрос об использовании подходящей стратегии двух доз для защиты не имеющих иммунитета детей от кори, паротита и краснухи.

Дифтерия

Участники одобрили рекомендации, принятые на женевском совещании ВОЗ по борьбе с дифтерией в Европе (17-19 апреля 1990 г.). Странам, где случаи заболевания дифтерией все еще имеют место, рекомендуется рассмотреть

сложившуюся ситуацию и внести соответствующие изменения в свои программы. При этом следует рассмотреть вопрос о целесообразности проведения повторных прививок взрослых во всех случаях, когда выявляется отсутствие иммунитета. Предназначенная для взрослых противодифтерийная вакцина, вводимая небольшими дозами (d), может даваться с противостолбнячной вакциной (T) в виде комбинированной вакцины Td, однако разбивка по времени доз после первичной вакцинации нуждается в дальнейшем исследовании с помощью согласованных и стандартизированных контрольных серологических исследований в отдельных европейских странах.

Рекомендации по эпиднадзору и контролю

Странами должно быть обеспечено:

- все большее понимание работниками здравоохранения и широкой публикой возможности заболевания дифтерией;

- чтобы хотя бы одна лаборатория на областном уровне располагала возможностями рутинной идентификации C. diphtheriae;

- создание рабочей группы ВОЗ для составления для работающих в полевых условиях двух пособий для решения задачи содействия ликвидации дифтерии: одно из них должно быть посвящено вопросам эпиднадзора и борьбы с дифтерией, а другое - методам рутинной изоляции и идентификации C. diphtheriae, а также конкретным методам определения иммунитета против дифтерии с использованием для калибровки стандартного образца антитоксина ВОЗ;

- принятие всеми государствами-членами нового стандартного определения подтвержденных случаев дифтерии в соответствии с рекомендацией совещания ВОЗ по борьбе с дифтерией в Европе, проходившего 17-19 апреля 1990 г. в Женеве;

- организация в Европе сети национальных справочных лабораторий для налаживания обмена информацией по вопросам, связанным с дифтерией.

Столбняк новорожденного (призыв к совершенствованию эпиднадзора)

Всемирная ассамблея здравоохранения поставила задачу ликвидации столбняка новорожденного (СНР) к 1995 г. Был проведен анализ ситуации в Регионе. Поставленная в 1990 г. руководителями национальных программ задача по ликвидации СНР не будет выполнена, в первую очередь, из-за случаев СНР, продолжающих иметь место в отдельных странах. Считается установленным, что для достижения задачи ликвидации СНР потребуется интенсивное планирование (включая разработку плана действий по ликвидации СНР и пересмотр применяемого в настоящее время столбнячного анатоксина) и внедрение стратегических установок глобального плана действий в соответствии с положением в каждой из стран. В каждой стране должна иметься своя действующая система эпиднадзора за СНР.

Заболевание, вызываемое Haemophilus influenzae типа b

Данные, представленные по вопросу вакцинации Haemophilus influenzae типа b (Hib) в Финляндии (и в последнее время в Исландии), со всей очевидностью свидетельствуют о том, что конъугированные вакцины Hib являются приемлемым и безопасными препаратами для предупреждения Hib инфекции.

Рекомендация ЕКГ была поддержана, и было выражено пожелание, чтобы в странах проводился эпидемиологический анализ инфекций, вызываемых Haemophilus influenzae типа b, с тем чтобы рассмотреть вопрос о внедрении в практику вышеназванной вакцины. Показано, что вакцина-

ция Hib может быть успешно интегрирована в национальные программы иммунизации.

Грипп (предупреждение избыточной смертности)

Руководителям программ было сообщено о последствиях недавних вспышек эпидемии гриппа с точки зрения общей заболеваемости и смертности, особенно среди пожилых и престарелых. Они признали, что грипп является весьма важной проблемой здравоохранения. Имеется целый ряд вакцин против гриппа, используемых в большинстве стран Региона. Однако уровень охвата прививками тех групп населения, которые больше всего нуждаются в защите от гриппа, бывает низким. В последнее время ВОЗ начато проведение совместных исследований по оценке эффективности вакцин среди различных контингентов населения.

Тем временем государствам-членам рекомендуется провести оценку последствий гриппа для их населения, с тем чтобы разработать основу для принятия решений по использованию эффективных вакцин против гриппа во избежание избыточной смертности.

Холодовая цепь (применение мониторов холодовой цепи)

Проверка надежности холодовой цепи и обеспечение сохранности качества препаратов являются предпосылкой успешного проведения программ иммунизации. Страны, в которых еще не проведена оценка качества их холодовой цепи и сохранения качества препаратов, должны сообщить о ходе работы в этой области на следующем совещании национальных руководителей программ РПИ.

Применение мониторов холодовой цепи и компьютерного программного обеспечения РПИ обеспечивает недорогостоящие и эффективные средства оценки качества холодовой цепи.

Если та или иная страна не в состоянии гарантировать, что почтовая служба обеспечит безопасные условия в отношении вакцин, то услуги этой почтовой службы не следует использовать для доставки вакцин потребителю.

Мониторинг холодовой цепи должен проводиться таким образом, чтобы сохранялось качество вакцин. Только лишь отсутствие случаев заболевания не может считаться показателем качества холодовой цепи.

Общие рекомендации

1. Для обеспечения надлежащей координации работы на региональном уровне каждой из стран предлагается составить документ под названием "Национальная программа иммунизации" (пример содержания такого документа приведен в Приложении 2).

2. До сведения всего медицинского персонала, отвечающего за вакцинацию, лиц, определяющих и разрабатывающих политику иммунизации, и особенно до сведения широкой публики должна быть доведена информация о необходимости соблюдения рекомендуемых календарей прививок для того, чтобы сократить заболеваемость и избежать поствакцинальных осложнений.

3. В каждой стране следует создать системы эпиднадзора за побочным действием и неблагоприятными факторами после проведения иммунизации с тем, чтобы работники здравоохранения и широкая публика имели исчерпывающие данные и информацию о преимуществах и незначительном риске поствакцинанальных осложнений.

4. Рекомендуется проводить изучение иммуногенности применяемых вакцин для оценки их качества, а также серологические исследования для определения уровней иммунитета у различных возрастных групп населения.

Приложение 1

РАБОЧИЕ ДОКУМЕНТЫ И ИСХОДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ[a]

ICP/EPI 023/6	Vaccination against measles, mumps and rubella in Sweden aiming at elimination of all three diseases, by Margareta Böttiger and Brith Christensen
ICP/EPI 023/7	Social, economic and psychological impacts of childhood diseases, by Professor B. Velimirovic
ICP/EPI 023/8	The role of health education in preventing EPI diseases, by Mr J. Huntington
ICP/EPI 023/9	Improving immunization coverage - the only way to achieve EURO Target 5 HFA 2000, by Dr I. Masar
ICP/EPI 023/10	Immunization coverage of Italian children, by Dr Donato Greco
ICP/EPI 023/11	Расширенная программа иммунизации в Европейском регионе. Отчет о ходе работы, д-р Б.Д. Быченко и д-р Р.П. Прохорскас
ICP/EPI 023/12	Polio vaccine coverage as a performance indicator, by Dr D. Salisbury

[a] Копии можно получить в отделе инфекционных болезней Европейского регионального бюро ВОЗ, World Health Organization, 8 Scherfigsvej, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark.

ICP/EPI 023/13	Elimination of the congenital rubella syndrome, by Dr D. Salisbury
ICP/EPI 023/14	Progress of WHO Expanded Programme on Immunization, by Dr R. Kim-Farley
ICP/EPI 023/15	Current global situation on poliomyelitis, by Dr N. Ward
ICP/EPI 023/16	Результаты программы по ликвидации полиомиелита в СССР, д-р М. Наркевич
ICP/EPI 023/17	Evaluation report of poliomyelitis eradication programme in Turkey, by Dr N. Emiroglu and Dr M.A. Biliker
ICP/EPI 023/18	Surveillance of poliomyelitis in the phase of elimination in France, by Dr Colette Roure
ICP/EPI 023/19	Maintaining immunization coverage against polio in the Netherlands, by Dr H.P. Verbrugge
ICP/EPI 023/22	Sentinel surveillance and experience with MMR campaign in Switzerland, by Dr N. Billo
ICP/EPI 023/23	European experience in elimination of diphtheria, by Dr I. Masar
ICP/EPI 023/24	Strategies for elimination of neonatal tetanus, by Dr R. Kim-Farley
ICP/EPI 023/25	Whole cell pertussis vaccines in national immunization programmes, by Dr Raisa Chuprinina
ICP/EPI 023/26	Control of Haemophilus influenzae type b and Neisseria meningitidis A&C infections in Nordic countries, by Dr J. Eskola
ICP/EPI 023/27	Adult immunization: an overview, by Dr H. Zoffmann
ICP/EPI 023/28	Immunization of tourists and other travellers, by Dr W. Passini
ICP/EPI 023/29	Influenza: activity in the 1989/90 epidemiological season and WHO control policy, by Dr Y. Ghendon

ICP/EPI 023/30	European cold-chain studies, by Mr A. Battersby
ICP/EPI 023/31	Prospective vaccines for national immunization programmes, by Dr D.I. Magrath
ICP/EPI 023/32	Training in immunization and EPI technical briefings, by Dr A.I. Savinykh
ICP/EPI 023/33	Management information systems: progress in the development of user-friendly software, Dr R. Kim-Farley
ICP/EPI 023/34	Monitoring of side effects and adverse events following immunization, by Dr S. Dittmann
ICP/EPI 023/35	Meeting on the Control of Diphtheria in Europe, Geneva, 17-19 April 1990, report by Dr Waltraud Thilo
ICP/EPI 001/m01	Immunization policies in Europe (Summary report), Karlovy Vary, 10-12 December 1984
ICP/EPI 018	Expanded Programme on Immunization, report of the first meeting, Budapest, 26-28 April 1988
ICP/EPI 020	European Advisory Group on the Expanded Programme on Immunization, report on the third meeting, Rome, 24-27 January 1989
ICP/EPI 021	Expanded Programme on Immunization, report of the second meeting, Istanbul, 23-26 May, 1989
ICP/EPI 022	Четвертое совещание Европейской консультативной группы по расширенной программе иммунизации, Париж, 13-15 февраля 1990 г.
ICP/EPI 024	Meeting on the Control of Diphtheria in Europe, report, Geneva, 17-19 April 1990

EUR/RC35/8	Расширенная программа иммунизации и соответствующие мероприятия в Европе - отчет о ходе работы
EUR/RC39/9 + Conf.Doc./7 Rev.1	Ликвидация полиомиелита
EUR/RC39/R5	Ликвидация полиомиелита - резолюция
EPI/GAG/89	Global Advisory Group on Expanded Programme on Immunization, report of the 12th meeting, Tokyo, 16-20 October 1989
	Diphtheria activities at the Cantacuzino Institute, Romania, 1.1.89-31.12.89

Приложение 2

СОДЕРЖАНИЕ НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ИММУНИЗАЦИИ (НПИ)

1. Введение

2. Болезни (частотность, геополитическое распределение, тенденции, контингенты населения, подвергнувшиеся заболеваниям)

3. Используемые в рамках НПИ вакцины

   - БЦЖ
   - АКДС
   - ОПВ
   - 3-валентная ОПВ
   - АКДС + инактивная полиовакцина
   - корь (моно- или ассоциир.)
   - паротит (моно- или ассоциир.)
   - краснуха (моно- или ассоциир.)
   - КПК
   - гепатит В
   - Haemophilus influenzae b (Hib)
   - менингококковые вакцины (А + С)
   - другие вакцины, появление которых ожидается

4. Календарь иммунизации (график)

5. Приоритетные области НПИ (рис. 1)

6. Стратегии борьбы с заболеваниями

   - иммунизация детей
   - иммунизация взрослых

- сдерживание вспышек заболевания
- иммунизация туристов и других путешествующих/ пассажиров

7. Противопоказания

8. Политика иммунизации

- задачи ВОЗ (ЗДВ 2000)
- задачи и цели на уровне стран

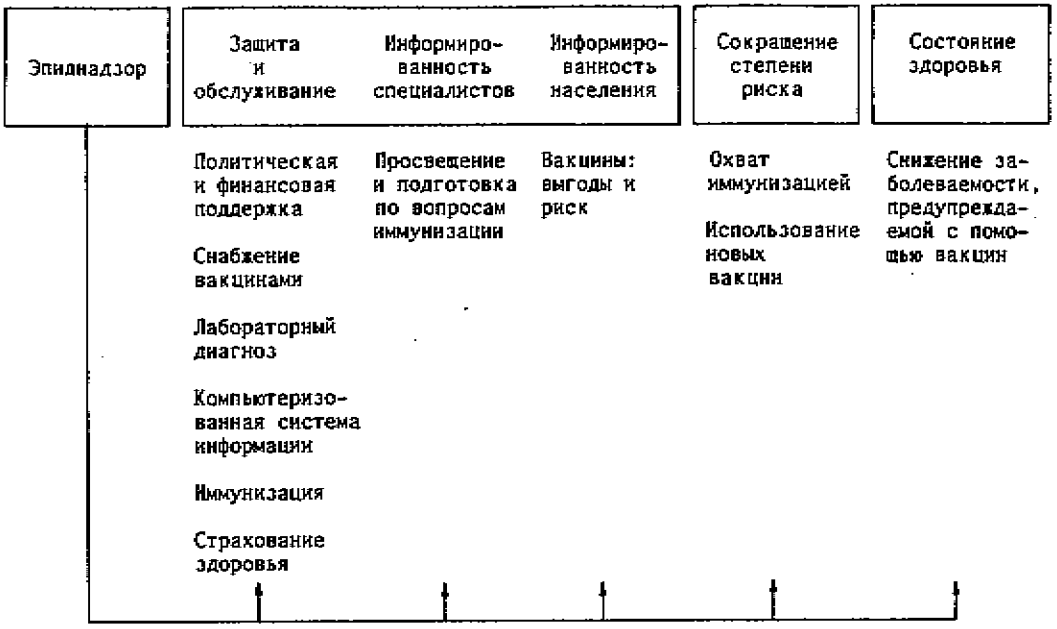
9. Структура и разработка программы

- анализ затрат и выгод
- людские ресурсы здравоохранения
- ресурсы (итого: на национальном международном и частном уровнях)
- системы оказания помощи
- участие частного сектора
- холодовая цепь
- информационная система
- планирование (план действий)
- подготовка/обучение
- осуществление
- пропагандирование программы (коммуникация)
- социальная мобилизация (информирование кадров специалистов и широкой публики)
- эпиднадзор (см. рис. 1)
- лабораторная поддержка: качество вакцин
  контроль
  наблюдение
  серология
  бактериология
  вирусология
- оценка: число случаев целевых заболеваний
  иммунизация
  охват

10. Научные исследования и разработки

- новые и усовершенствованные вакцины
- методы контроля качества вакцин (со ссылками)
- составленный на рациональной основе календарь по иммунизации
- методы наблюдения и контроля
- клинический и лабораторный диагноз болезней
- определение количественных параметров охвата иммунизацией
- оценка системы холодовой цепи
- противопоказания
- поствакцинальные осложнения (неблагоприятные признаки)
- защитный уровень и устойчивость иммунитета
- анализ затрат и выгод
- методы укрепления программы

Рис. 1. Приоритетные области НПИ



Приложение 3

СПИСОК УЧАСТНИКОВ

Временные консультанты

Dr Michael Alkan
Head, Infectious Diseases Institute, Soroka Medical Centre and Ben Gurion University, Beer-Sheva, Israel

Dr Roxana Apetrei
Département de la médecine préventive, Ministère de la Santé de la République socialiste de Roumanie, Bucharest, Romania

Dr Donatella Ballada
Chief, Infectious Diseases Department, Ministry of Health, Rome, Italy

Dr Luc Berhgmans
Médecin-inspecteur, Service de l'hygiène et de la prévention, Inspection générale de la médecine préventive, Brussels, Belgium

Dr Nils Billo
Section de l'épidémiologie médicale, Office fédéral de la santé publique, Berne, Switzerland (Rapporteur)

Professor Margareta Böttiger
National Epidemiologist, National Bacteriological Laboratory, Stockholm, Sweden

Dr John M. Cachia
Professional Medical Officer II, Community Care Services, Valletta, Malta

Dr Rosa Cano
Chief of Surveillance of Communicable Diseases, Centro Nacional de Epidemiología, Madrid, Spain

Dr Maria Celsa Ferreira Afonso de Carvalho
Chief, Division of Maternal and Child Health, Directorate-General for Primary Health Care, Lisbon, Portugal

Д-р Р. Чупрынина
Институт им. Тарасевича, Москва, СССР

Dr Andrei Combiescu
Director, Cantacuzino Institute, Bucharest, Romania

Professor Sieghart Dittmann
Director, Zentralinstitüt für Hygiene, Mikrobiologie und Epidemiologie der DDR, Berlin, Germany

Dr Nedret Emiroglu
Communicable Diseases Department, Primary Health Care, Ministry of Health, Ankara, Turkey

Dr Juhani Eskola
Head, Infectious Disease Unit, National Public Health Institute, Helsinki, Finland

Dr Gérard J.J. Felten
Medecin-inspecteur, Chef de service, Service de l'hygiène et de la prévention, Inspection générale de la médecine préventive, Brussels, Belgium

Dr Ewa Maria Gonera
National Institute of Hygiene, Warsaw, Poland

Ministerialrat Dr Heinz Gran
Bayerisches Staatsministerium des Inneren, Gesundheitsabteilung, Munich, Germany

Dr Michele Grandolfo
Epidemiology and Statistics Laboratory, National Institute of Health, Rome Nomentano, Italy

Dr Donato Greco
Director, WHO collaborating centre for health and disease surveillance, Istituto Superiore di Sanità, Rome Nomentano, Italy

Dr Johannes F. Hallauer
Referatsleiter Hygiene und Seuchenhygiene, Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Bonn, Germany

Dr John A. Huntington
Consultant (Immunization), Health Education Authority, London, United Kingdom

Mrs Jolanda Koci
Microbiologist, Head of Production Department, Institute of Hygiene, Tirana, Albania

Professor J. Kostrzewski
National Institute of Health, Warsaw, Poland

Dr Alenka Kraigher
Director, Institute of Hygiene, Epidemiology and Laboratory Diagnosis, Ljubljana, Yugoslavia

Dr Sigrid Ley
Deutsches Grünes Kreuz, Marburg, Germany

Dr Ivan Masar
Director, Public Health Service, Ministry of Health and Social Affairs of the Slovak Republic, Bratislava, Czechoslovakia (Chairman)

Dr Wolfgang Meinrenken
Kinderarzt, Bremen, Germany

Dr Olafur Olafsson
Director General of Health, Reykjavik, Iceland

Dr T. O'Dwyer
Deputy Chief Medical Officer, Department of Health, Dublin, Ireland

Dr T. Papadimitriou
Bacteriologist, Public Health Division, Ministry of Health, Welfare and Social Security, Athens, Greece

Dr Walter Pasini
Head, WHO collaborating centre for tourist health and tourist medicine, Rimini, Italy

Dr Stanislava Petrova Popova
Senior Officer, Ministry of Public Health and Social Welfare, Sofia, Bulgaria

Dr C.A. Postema
Medical Officer of Health for Infectious Diseases, Department of the Chief Medical Officer of Health, Rijswijk, Netherlands

Dr Colette Roure
Conseiler technique, Bureau des maladies transmissibles 1C, Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, Paris, France

Dr Hans C. Rümke
Head, Medical Centre Immunizations, National Institute of Public Health and Environmental Protection, Bilthoven, Netherlands

Dr M. Akif Saatcioglu
Deputy General Director, Primary Health Care, Ministry of Health, Ankara, Turkey

Dr David M. Salisbury
Senior Medical Officer, Department of Health, London, United Kingdom

Dr W. Schmidt
Berufsverband des Kinderärzte Deutschlands e.V., Cologne, Germany

Dr Salvatore Squarcione
Chief Medical Officer, Ministry of Health, Rome, Italy (Vice-Chairman)

Dr André Stroobant
Chef de travaux, Institut d'hygiene et d'épidemiologie, Brussels, Belgium

Dr B. Swennen
Assistante, Universite de Bruxelles en charge du programme ROR, Inspection générale de la médecine préventive, Brussels, Belgium

Professor Waltraud Thilo
Zentralinstitut für Hygiene, Mikrobiologie und Epidemiologie der DDR (ZIHME), Berlin, Germany

Dr O.A. Thores
Scottish Home and Health Department, Edinburgh, United Kingdom

Dr Adam Vass
Head of Department for Hygiene and Epidemiology, Ministry of Social Affairs and Health of the Hungarian Republic, Budapest, Hungary

Professor B. Velimirovic
Director, Institute of Social Medicine, University of Graz, Austria

Dr Gustav Walter
Chief, Epidemiology Department, Ministry of Health and Social Affairs of the Czech Republic, Prague, Czechoslovakia

Dr Henrik Zoffmann
Department of Epidemiology, State Serum Institute, Copenhagen, Denmark

Dr Patrick Zuber
Office fédéral de la santé publique, Berne, Switzerland

Представители других организаций

Международный детский центр

Dr Daniel Levy-Bruhl
Service des maladies transmissibles et vaccinations, Paris, France

Наблюдатели

Dr Angelo Laniece
Chief Medical Officer, Valle d'Aosta Autonomous Region, Aosta, Italy

Dr Corrado Lupo
Director, Public Relations, SmithKline & French S.p.A., Milan, Italy

Dr Marco Oppizio
Project Manager, Anti/HBV vaccine project, SmithKline & French S.p.A., Milan, Italy

Dr John Roberts
Institut Mérieux, Maidenhead, United Kingdom

Mr Augusto Rollandin
President, Valle d'Aosta Autonomous Region, Aosta, Italy

Dr Dirk E. Teuwen
Director, Medical Affairs, SmithKline Biologicals, Rixensart, Belgium

Dr Miroslava Vasinova
Representative of Aosta Valley Region, Aosta, Italy

Dr Giuliano da Villa
Counsellor of the Minister of Health on Problems regarding Health and Preventive Medicine, Ministry of Health, Rome, Italy

Всемирная организация здравоохранения

Европейское региональное бюро

Д-р Б.Д. Быченко
Региональный сотрудник, Отделение инфекционных болезней (секретарь)

Г-жа Loreta Colatosti
Помощник по программе, Отделение инфекционных болезней

Г-жа Elena Nivaro
Секретарь, Отделение инфекционных болезней

Д-р Г. Облапенко
Медицинский сотрудник, Программа по полиомиелиту

Д-р Р. Прохорскас
Статистик

Г-жа Liz Shrapnel
Секретарь, Отделение инфекционных болезней

Д-р М.С. Цешковский
Директор, Системы здравоохранения

Штаб-квартира

Г-н Antony Battersby
Консультант, РПИ

Д-р Ю. Гендон
Медицинский сотрудник, CDS/MIM

Д-р M. Kane
Медицинский сотрудник, CDS/MIM

Д-р Robert Kim-Farley
Директор, РПИ

Д-р D.I. Magrath
Старший медицинский сотрудник, DMP/BLG

Д-р А.И. Савиных
Медицинский сотрудник, РПИ

Д-р Nick Ward
Медицинский сотрудник, РПИ