

**ПЯТОЕ СОВЕЩАНИЕ ЕВРОПЕЙСКОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ГРУППЫ
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.

Index:

IMMUNIZATION

COMMUNICABLE DISEASE CONTROL - methods

EUR

EUR/ICP/EPI 026

4880A

ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

ПЯТОЕ СОВЕЩАНИЕ ЕВРОПЕЙСКОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ГРУППЫ
ПО РАСШИРЕННОЙ ПРОГРАММЕ ИММУНИЗАЦИИ

Доклад о совещании ВОЗ

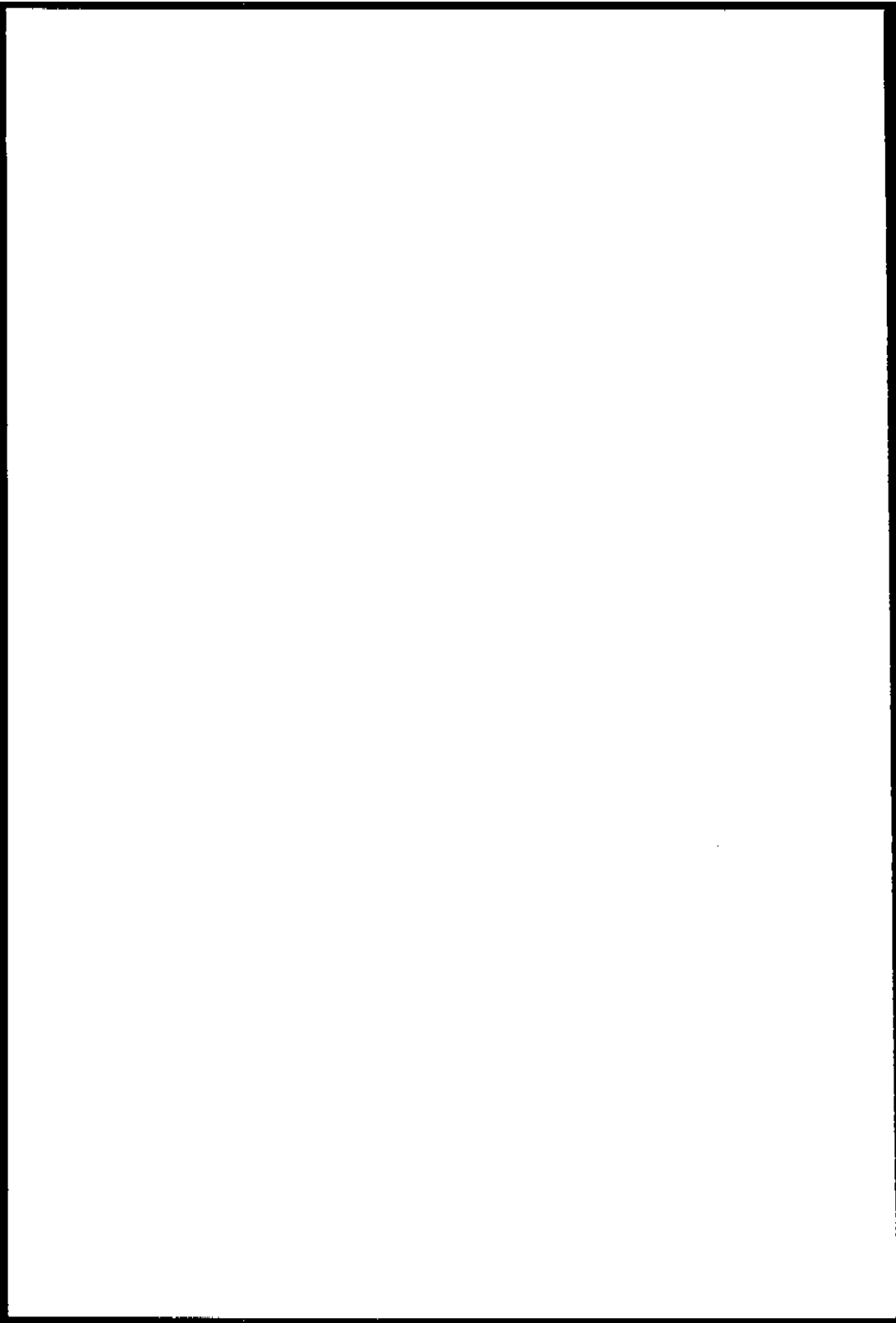
Афины
15-17 января 1991 г.

Примечание

Настоящий доклад издается Европейским региональным бюро на английском, немецком, русском и французском языках, однако он может быть воспроизведен или переведен на любой другой язык при наличии соответствующего указания на источник.

СОДЕРЖАНИЕ

	<u>Стр.</u>
Введение	1
Общая ситуация	1
Греческая программа иммунизации	4
Новые вакцины	4
Вакцина БЦЖ	5
Коклюш	6
Ликвидация полиомиелита	7
Содействие иммунизации	11
Календарь профилактических прививок	13
Рекомендации	14
Приложение 1. Список участников	17



Введение

Пятое совещание Европейской консультативной группы (ЕАГ) по расширенной программе иммунизации (РПИ) было проведено в Афинах 15-17 января 1991 г. с тем, чтобы:

- провести обзор европейской политики РПИ по стратегиям иммунизации в области туберкулеза, полиомиелита, коклюша и инфекции *Haemophilus influenzae* B;
- обсудить план составления проектов региональных и национальных программ иммунизации;
- согласовать график иммунизаций, который может использоваться в качестве образца для согласованного осуществления в рамках всего Региона;
- информировать членов ЕАГ о рекомендациях, сделанных Рабочей группой ВОЗ по иммунизации туристов и других путешественников;
- утвердить проект повестки дня четвертого совещания национальных управляющих программами РПИ, предварительно намеченного для проведения на 21-24 мая 1991 г. в Сент-Винсенте, Италия.

Совещание проводилось под председательством проф. S. Dittmann, заместителем председателя являлся д-р T. Sapounas, докладчиком д-р D. Salisbury и секретарем д-р Б. Быченко.

Общая ситуация

Несмотря на то, что европейская программа иммунизации продолжает улучшаться, о чем свидетельствует повышение уровня охвата населения и снижение заболеваемости, достигнутые результаты оказались меньшими, чем это предполагалось, и программе необходимо активизировать свои усилия

для достижения целей здоровья для всех (ЗДВ). Если раньше Европа занимала лидирующее положение в разработке и осуществлении мероприятий служб иммунизации, то сейчас ее обходят другие регионы, имеющие, по сообщениям, более высокий уровень охвата населения и более высокие темпы сокращения заболеваемости.

В конце 80-х годов заболеваемость дифтерией в Европе сокращалась, однако в настоящее время она вновь возрастает, преимущественно в результате крупной вспышки в СССР. Продолжается также передача инфекции дифтерии в Турцию.

Борьба с коклюшем ведется еще недостаточно успешно. В ряде стран охват вакцинацией крайне низок, и это сопровождается большим числом случаев заболевания. В одной из стран, в Швеции, вакцина против коклюша применяется не на регулярной основе.

Число зарегистрированных случаев заболевания столбняком продолжает сокращаться медленно, хотя столбняк новорожденных ликвидирован в большинстве стран Региона; однако число случаев столбняка новорожденных сократилось лишь на 4% за последние пять лет, что дает основание полагать, что в странах, где эта болезнь еще существует, значительных изменений в лучшую сторону не произошло.

Несмотря на тот факт, что самый низкий уровень заболевания полиомиелитом был зарегистрирован в 1989 г., в 1990 г. наблюдался рост заболеваемости, при этом 310 случаев паралитического полиомиелита было зарегистрировано в СССР и около 40 случаев в других странах (Германия, Венгрия, Румыния, Турция, Соединенное Королевство и Югославия). Причиной по крайней мере 335 случаев (95,7%) заболевания явился дикий вирус. В 1989 г. лишь 41% европейцев проживали в странах, не пораженных инфекцией полиомиелита.

Корь остается одной из крупных проблем во многих странах, где наблюдаются регулярные вспышки эпидемии и недостаточный охват вакцинацией. Ликвидация паротита и краснухи является целью, которая может быть достигнута при условии, что вакцина против кори - паротита - краснухи будет доступна для целевых групп населения и в эти группы будет включено, по возможности, наибольшее число людей, восприимчивых к этим болезням.

Управление программами иммунизации, по-прежнему, остается неоправданно пассивным в ряде стран; лишь немногие страны составили планы действий, и проводилось слишком мало оценок программ. Все еще наблюдается слишком значительная зависимость от рутинных служб иммунизации, и поскольку время, отпущенное на достижение целей ЗДВ, сокращается, управляющие программами должны предпринять критическую оценку своих служб и активизировать свои усилия.

Наряду с достигнутыми успехами в различных странах были выявлены серьезные проблемы, которые сводятся к следующему:

- недостаток современных вакцин и ресурсов в странах Восточной и Южной Европы;
- слабый эпидемиологический надзор и охват иммунизацией;
- консервативное и негативное отношение к РПИ в ряде служб общественного здравоохранения;
- недостаточное желание добиться успеха, плохо налаженная связь и слабая социальная мобилизация.

Греческая программа иммунизации

На рассмотрение группы была представлена Греческая программа иммунизации. За последние три года случаев заболевания полиомиелитом зарегистрировано не было, и Греция считает себя страной, в которой полиомиелит отсутствует. Последний национальный обзор иммунизации проводился в 1986 г.; поэтому современные данные определяются на основе показателей распределения вакцин. Вакцинация против гепатита В будет в скором времени проведена в качестве экспериментальной программы в районе, где высока распространенность носителей этой инфекции; в настоящее время обсуждается вопрос о целесообразности использования вакцины против *Haemophilus influenzae B*. Группа призвала греческое руководство улучшить охват населения вакцинацией, а также эпидемиологический надзор и подготовить план действий, который оказал бы ему помощь в достижении целей задачи 5.

Новые вакцины

Для большинства стран Региона вакцина против кори, паротита, краснухи является первой новой вакциной за последние годы, которую предполагается использовать для стандартной иммунизации детей. В будущем появятся другие новые противовирусные и противобактериальные вакцины, а также ожидается, что будут улучшены существующие вакцины. Графики иммунизации будут начинаться в гораздо более ранние сроки после рождения, количество требуемых доз вакцинации сократится, а также появится доступ к более широкому спектру антигенов. Есть возможности для соединения пневмококковых вакцин с менингококковыми вакцинами групп А и С, хотя в отношении против менингококковой вакцины группы В перспективы в настоящее время остаются незначительными. Вакцина против ветряной оспы уже продемонстрировала

свою безопасность и относительную эффективность в отношении лиц, относящихся к группе иммунного риска, в то время как вакцина против *Haemophilus influenzae B* уже введена в повседневную практику в Финляндии, Исландии и Германии. Соединенное Королевство заявило о своем намерении приступить к использованию этой вакцины в 1992 г.

Вакцина БЦЖ

Несмотря на длительную историю применения вакцины БЦЖ и повсеместное требование сообщать о случаях заболевания туберкулезом, большое количество случаев, по-прежнему, остается незарегистрированными. Проведение сравнений между странами затрудняется из-за расхождений в практике отчетности, однако существует тесная взаимосвязь между среднегодовым риском инфекции и частотой случаев заболевания положительным в отношении возбудителя легочным туберкулезом. Ежегодно в мире отмечается приблизительно 3,5-4,5 млн. новых случаев положительного в отношении возбудителя туберкулеза и аналогичное число случаев других разновидностей этой болезни, например, отрицательных в отношении возбудителя. Общее число случаев заболевания туберкулезом в год составляет от 14 до 18 млн. Эндемичность вдвое выше заболеваемости, и туберкулез является причиной около 3 млн. случаев смерти ежегодно. Это самый высокий показатель смертности, вызываемой единичным патогеном. Около 30% населения мира инфицированы *M. tuberculosis*; у 5% из инфицированных лиц развивается инвазивная форма болезни. В настоящее время БЦЖ является основным практическим средством профилактики туберкулеза в детстве, особенно в тяжелой форме, хотя ряд стран в Европе в настоящее время сообщают о столь низких отмеченных уровнях распространенности, что значение БЦЖ для профилактики тяжелых

инвазивных форм этой болезни подвергается сомнению. Появление ВИЧ-инфекции ставит две крупные проблемы в отношении борьбы с туберкулезом: первая заключается в самом туберкулезе, как таковом и выражается в увеличении числа случаев заболевания среди людей, подвергающихся высокому риску заражения, а вторая возникает в силу ограниченности ресурсов программы борьбы с туберкулезом.

Коклюш

Хотя коклюш не является ни задачей ЗДВ, ни глобальной задачей РПИ, это упущение отнюдь не свидетельствует об отсутствии приоритетности. Коклюш вызывает очень значительную заболеваемость и смертность и является причиной половины миллиона случаев детской смертности в развивающемся мире. В Европе зарегистрировано более 100 000 случаев и, учитывая серьезные осложнения коклюша, тот ущерб, который причиняется здоровью людей в результате этой поддающейся профилактике болезни, очевидно является гораздо более значительным, чем это поддается непосредственному учету.

Существуют широкие расхождения в применении противокклюшной вакцины, о чем можно судить по уровням охвата иммунизацией. Несмотря на то, что вакцина имеется во всех странах Региона и совмещается с вакциной против дифтерии и столбняка, некоторые страны активно отказываются от ее использования. В то время как в Болгарии, Чехо-Словакии, Венгрии и Польше достигнуты высокие уровни иммунизации против коклюша и распространенность данной болезни меньше 1 случая на 100 000, Португалия, Швейцария и Турция также сообщают о низких уровнях распространенности, однако уровни охвата иммунизацией в этих странах также ниже. С другой стороны, Дания и Исландия, где уровень охвата является высоким, сообщают об уровнях распространенности, превышающих 10 случаев на 100 000 человек. Швеция, которая не проводит иммунизацию против коклюша, в настоящее время сообщает очень высокие показатели распространенности, составляющие более 100 случаев на 100 000.

Группа признала, что очевидно имеются факторы, вызывающие проблемы использования противокклюшной вакцины, которые необязательно связаны с дифтерией или столбняком. К их числу относятся следующие:

- самоуспокоенность и апатия среди медицинских работников и общественности;
- отказ правительств активно поддерживать иммунизацию против коклюша;
- антипатия к медицине и к принуждению;
- отрицательное отношение, поощряемое средствами массовой информации;
- подлинная научная обеспокоенность;
- споры в отношении предполагаемых отрицательных последствий.

Ликвидация полиомиелита

В 1989 г. в Европе было зарегистрировано 134 случая заболевания полиомиелитом, из которых 111 были местного происхождения, 7 - неизвестного происхождения, 4 - привнесены извне и 12 - ассоциированы с вакцинацией. В семи странах: Бельгии, Франции, Румынии, Испании, Турции, СССР и Югославии - вероятно, продолжалась передача дикого вируса.

Предварительные данные за 1990 г. показывают увеличение числа случаев, которых в 1990 г. было зарегистрировано 350. Из их числа 335 имели местное происхождение и 15 - ассоциированы с вакцинацией. Случаи заболевания были зарегистрированы в СССР (310), в Турции (22), в Румынии (8), в Соединенном Королевстве (4 - ассоциированы с вакцинацией), в Венгрии (3 - ассоциированы с вакцинацией), в Германии (2 - ассоциированы с вакцинацией) и в Югославии (1).

Две страны относятся к категории С в соответствии с классификацией глобальной программы по ликвидации полиомиелита, этими странами являются Турция и СССР. Шесть стран - к категории В: Бельгия, Франция, Израиль, Румыния, Испания и Югославия. Остальные 23 страны: Албания, Австрия, Болгария, Чехо-Словакия, Дания, Финляндия, Германия, Греция, Венгрия, Исландия, Ирландия, Италия, Люксембург, Мальта, Монако, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Сан-Марино, Швеция, Швейцария и Соединенное Королевство - к категории А.

За последние два года улучшился надзор за полиомиелитом в Турции. Министерство здравоохранения приняло рекомендации ВОЗ, и это позволило улучшить регистрацию случаев заболеваемости: приблизительно 44% случаев были зарегистрированы в течение первой недели после диагностики в 1990 г. по сравнению с 17% в 1989 г., и в 95% случаев были взяты анализы стула. Необходима дальнейшая активизация этой деятельности, а также следует улучшить охват иммунизацией в восточных и юго-восточных районах. В СССР наибольшая частота заболеваний наблюдалась в четырех республиках: Туркмении, Азербайджане, Таджикистане и Узбекистане. На эти республики пришлось 71% всех зарегистрированных случаев в СССР. В 1989 г. была проведена значительная работа, и в результате заболеваемость в том же году сократилась в 1,8 раза. Однако незамедлительное сообщение о каждом подозрительном случае еще не отмечается и в ряде республик лабораторное обеспечение является недостаточным; отмечается также недостаток эпидемиологического анализа ситуации на районном уровне. В 1990 г. 174 случая полиомиелита было зарегистрировано в Азербайджане, 31 - в Грузии, 28 - в Туркмении и 12 - в Армении. В настоящее время предпринимаются необходимые меры и эпидемия находится под контролем.

Как отмечалось на предыдущих совещаниях Европейской консультативной группы и совещаниях руководителей программ иммунизации, остается насущная необходимость улучшить как охват, так и надзор. К решению первой задачи можно подойти посредством улучшения обычной иммунизации, проведения национальных дней иммунизации, иммунизации всех лиц, находившихся в контакте с больными, и проведения санитарно-гигиенических мероприятий. Надзор остается слабым, и данные, собранные по 17 европейским странам, показывают, что только в 60% из этих стран уведомление о полиомиелите имеет место в период от одной до двух недель после возникновения паралича. Еженедельная отчетность является далеко не полной, а незамедлительное изучение случая болезни и сбор анализов не могут быть гарантированы из-за отсутствия надлежащих индикаторов. В большинстве европейских стран отсутствует постоянный надзор за охватом иммунизацией населения по районам, а компьютеризированные системы мониторинга охвата иммунизацией на базе общин существуют лишь в Болгарии, Чехо-Словакии, Нидерландах и Соединенном Королевстве. Согласно данным по охвату иммунизацией, представленным в ВОЗ, в 23 странах охват населения превышает 90%, в четырех он находится в пределах от 80% до 90% и еще в четырех странах он составляет ниже 80%. Единообразие расчетов охвата иммунизацией, по-прежнему, остается очень незначительным, и страны не указывают вероятную точность или неточность своих данных.

Несмотря на инициативу, предпринятую Региональным бюро для стран Америки, где надзор за вялым параличом позволяет установить стандарт качественного контроля схожести регистрируемых случаев острого полиомиелита, ни в одной европейской программе надзор за вялым параличом еще не установлен. Лишь немногие страны осуществляют эпидемиологический надзор за диким вирусом полиомиелита во внешней среде.

Четыре европейские лаборатории были назначены специальными контрольными лабораториями ВОЗ/РПИ в рамках глобального плана ликвидации: NIBSC, Лондон, RIVM, Бильтховен (Нидерланды), институт Пастера, Париж, и высший учебный институт здравоохранения (ISS), Рим. Эти четыре лаборатории, очевидно, станут основой для сети региональных справочных лабораторий Европейского региона и будут поддерживать стандарты вирусов полиомиелита в национальных лабораториях, относящихся к кругу их ведения, проводить подготовку кадров, предоставлять реагенты и осуществлять консультативные услуги.

До сих пор нет единообразия в отношении типа вакцин, применяемых в отдельных странах. Двадцать стран применяют ОПВ; пять - ИПВ и ОПВ (Дания, Франция, Израиль, Люксембург и Монако); пять используют только ИПВ (Финляндия, Исландия, Нидерланды, Норвегия и Швеция); и одна (Чехословакия) использует моновалентную ОПВ. Подавляющее большинство вакцин, имеющихся в Регионе, отвечает требованиям ВОЗ.

Швеция и Дания добились ликвидации полиомиелита; Швеция использовала только вакцину ИПВ, а Дания применяла ИПВ в сочетании с ОПВ. Ни в одной из этих стран не было случаев заболевания в результате вакцинации, равно как и не было случаев возникновения болезни в результате попадания в организм иммунизированных дикого вируса. Применение вакцины ИПВ представляется оправданным в тех случаях, когда надежность и единообразие охвата находится на самом высоком уровне и когда имеются лишь незначительные участки низкого охвата. В тех странах, где имеется много участков низкого охвата, а также существует попадание вируса из тех стран, где передача вируса полиомиелита, по-прежнему, имеет место, предпочтение отдается вакцине ОПВ. Тем странам, которые хотели заменить вакцину ОПВ вакциной ИПВ, следует учитывать риск падения охвата прививками, если потребуется проводить отдельные инъекции КДС и ИПВ.

Пропаганда иммунизации

Пропаганда иммунизации является одним из результатов интегрированной программы иммунизации и обеспечивает связь между разработкой политики и достижением эффективных результатов. Оно является побудительным стимулом как для тех, кто работает в службах по иммунизации, так и для тех, кому предоставляется помощь этих служб. Цель пропаганды может заключаться в поощрении сохранения существующих стратегий, в предупреждении общественности и информировании населения о новых стратегиях или национальных проблемах таких, как эпидемии, в оказании воздействия на конкретные группы и в мобилизации таких подгрупп, как профес-сионалы и лица, формирующие общественное мнение. Необходи-мо провести анализ того, какое место пропаганда занимает в программе, для того чтобы установить, должна ли она являться основной деятельностью, иными словами, постоянная информация всего населения в целом, или пропаганда должна носить форму кампаний, сопровождающих основную деятель-ность по программе и проводимых с регулярными интервалами. Непрерывность позволяет избежать феномена подъемов и спа-дов, который присущ высокопрофилированным кампаниям в тех случаях, когда отсутствует постоянная поддержка повседнев-ной деятельности.

В случае основной деятельности по пропаганде иммунизации, факторами, которые следует рассмотреть, являются следующие:

- отбор кандидатов для иммунизации: благодаря этому процессу можно проследить любого члена целевой группы населения на постоянной основе;
- распространенность материалов: постоянное обеспечение современными материалами или информацией;

- единообразие: все пропагандистские материалы должны содержать аналогичные послания, и лица, которые предоставляют информацию по иммунизации, должны быть последовательными в своих советах и должны постоянно пополнять свои знания;
- материалы должны изготавливаться таким образом, чтобы те, кто их получает, могли читать их неоднократно, а также передавать их для ознакомления другим, что усиливает их воздействие.

Мероприятия, проводимые в форме кампаний, дополняют основную деятельность. Эффективная кампания нуждается в надлежащем бюджете, четком выборе задачи, выборе адресата, выборе целей и выборе средств.

Пропаганда иммунизации нуждается в надлежащих ресурсах, и было предложено выделить 2% общих средств РПИ на покрытие расходов по информационному бюджету. В этих целях необходима междисциплинарная группа, в состав которой должны входить ученые-социологи/эксперты по налаживанию контактов, исследователи рынка, специалисты в области рекламы, эксперты по медико-санитарному просвещению, работники здравоохранения и специалисты по обеспечению доступности средств массовой информации.

Исследовательская деятельность является краеугольным камнем эффективной пропаганды. Она помогает осознать необходимость в проведении пропагандистского мероприятия, определить проблему и найти целесообразное решение, провести разработку, оценку и уточнение материалов, а затем провести оценку результатов пропагандистской деятельности. Расходы на исследовательскую деятельность должны включаться в сметы расходов магистральной деятельности по содействию и пропагандистских кампаний; на эти цели следует отводить 10-15% расходов по программе. Основными этапами исследовательской деятельности являются оценка концепции, проверка материалов, разработка направлений исследований и оценка.

Календарь профилактических прививок

Количество существующих в Европе календарей профилактических прививок практически равно количеству стран. Такое отсутствие единообразия имеет практические последствия, учитывая рост мобильности населения в пределах Европы в течение следующего десятилетия. И хотя маловероятно, что единый перспективный календарь профилактических прививок будет принят всеми европейскими странами, образец календаря позволит национальным управляющим программами сравнивать имеющиеся у них графики с форматом, одобренным ВОЗ.

Прежде чем вносить какие-либо изменения в существующие графики, руководители программ иммунизации должны учитывать следующие моменты:

- эпидемиологическую ситуацию и качество надзора в стране;
- наличие вакцин;
- качество и эффективность вакцин;
- системы снабжения вакцинами;
- рентабельность изменения календаря прививок;
- воздействие изменения календаря прививок на поствакцинальные реакции.

Антигены, рекомендуемые для образца календаря, будут включать в себя дифтерию, столбняк, коклюш, полиомиелит, корь, паротит и краснуху, которые в равной степени имеют важное значение. Календарь должен быть составлен таким образом, чтобы в нем могли учитываться и эффективно использоваться новые вакцины, например вакцины против гепатита В и *Haemophilus influenzae* В. Противогриппозная вакцина и противопневмококковая вакцина могут быть учтены и использованы в программах, нацеленных на конкретные группы населения.

Рекомендации

1. Отделу инфекционных болезней Регионального бюро следует предложить СССР услуги небольшой группы специалистов, которые могли бы в сотрудничестве с местными органами здравоохранения провести расследование вспышки дифтерии и помочь определить надлежащие меры.

2. Поскольку оставшиеся случаи заболевания столбняком чаще приходится на пожилое население и очень незначительное число случаев наблюдается среди детей раннего возраста, охваченных РПИ, национальные управляющие программами должны подготовить данные, касающиеся уровней заболеваемости столбняком по возрастным группам, для того чтобы их можно было обсудить на совещании в Аосте. Стратегии для быстрого снижения заболеваемости столбняком могут быть разработаны только при условии определения целевых возрастных групп населения.

3. Странам следует провести анализ заболеваемости туберкулезом и его распространенности, на базе которого следует принимать решения относительно продолжения программ обязательной иммунизации БЦЖ. Даже если обязательная иммунизация будет прекращена, прививка БЦЖ, по-прежнему, будет являться необходимой для лиц, относящихся к группе повышенного риска.

4. Все страны Европейского региона должны использовать имеющуюся вакцину против коклюша в своих повседневных программах. Поскольку "бесклеточная" вакцина против коклюша еще не имеется в наличии для широкого использования, необходимо пропагандировать применение вакцины КДС, содержащих весь набор клеточных антигенов (цельноклеточная вакцина). В настоящее время имеется достаточно научных данных, подтверждающих точку зрения, что риск заболевания коклюшем гораздо более значителен, чем опасность тяжелых отрицательных реакций на вакцину.

5. Любой рекомендуемый календарь прививок против коклюша должен включать в себя трехдозовые первичные серии КДС, содержащие цельноклеточную противокклюшную вакцину, вводимую в течение первых шести месяцев жизни, дополненные четвертой дозой, которая вводится приблизительно через один год. Необходимость и эффективность дополнительных доз в более позднем возрасте должна быть изучена в рамках индивидуальных национальных программ. Следует оценить побочные эффекты, связанные с применением таких ревакцинаций.

6. Охват первичными сериями и одной дополнительной дозой должен быть не ниже 90%. Все европейские страны должны вести регистрацию и отчетность по заболеваемости коклюшем.

7. В отношении ликвидации полиомиелита наиболее важной ближайшей целью должно стать сокращение передачи дикого вируса полиомиелита в Турции и в СССР, а также прекращение передачи вируса в Болгарии, Франции, Румынии и Югославии.

8. Необходимо улучшить надзор за полиомиелитом на местном уровне посредством введения отчетности в отношении подозрительных случаев, надлежащей диагностики случаев заболевания, сбора анализов и мониторинга охвата иммунизацией. Странам следует обеспечить тщательный мониторинг охвата иммунизацией по районам, проследить случаи подозрения на инфекцию и вести качественный контроль национальных систем надзора.

9. Странам, которые достигли или близки к достижению ликвидации полиомиелита, следует рассмотреть необходимость разработки методов осуществления эпиднадзора за вирусом полиомиелита во внешней среде. Однако эта рекомендация вряд ли будет пригодной для стран, где полиомиелит все еще является эндемической болезнью, особенно для стран, относящихся к категории С.

10. Необходимо разработать региональную сеть лабораторий, укрепить национальные учебные структуры и установить критерии для сертификации ликвидации полиомиелита.

11. Региональному бюро следует создать группу экспертов с целью проведения совместно с национальными органами здравоохранения обзора плана борьбы с полиомиелитом в СССР. Основное внимание при этом должно быть сосредоточено на эпиднадзоре, охвате, прививками, холодовой цепи, качестве вакцины и мерах по борьбе со вспышками инфекции.

12. Социальный маркетинг иммунизации с использованием пропагандистских мероприятий и рекламы является великолепным способом достижения задач, стоящих перед руководителями РПИ. Пропаганда иммунизации нуждается в исследовательской деятельности, в разработке специалистами эффективных материалов, целевого осуществления для достижения максимального результата, в профессиональной оценке и надлежащем финансировании. Необходимо создать междисциплинарную группу для проведения повседневной работы совместно с управляющими программами РПИ при осуществлении как магистральной пропагандистской деятельности, так и отдельных мероприятий по типу кампаний.

13. Необходимо подготовить образец календаря профилактических прививок к совещанию руководителей национальными программами в Аосте, а также вспомогательные материалы, содержащие информацию по индивидуальным вакцинам и их сочетаемости. В этом документе следует подробно охарактеризовать не только существующие вакцины, рекомендуемые для постоянного использования, но также и обратить внимание руководителей РПИ на новые вакцины, которые могут потребоваться с целью их включения в национальные программы иммунизации.

Приложение I

СПИСОК УЧАСТНИКОВ

Временные консультанты

Professor Margareta Böttiger
National Bacteriological Laboratory, Department of
Epidemiology, Stockholm, Sweden

Professor Sieghart Dittmann
Hutzenporter Weg 19, Berlin, Germany (Председатель)

Д-р В. Феденев
Министерство здравоохранения СССР, Москва, СССР

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

Professor Jerzy Leowsky
Department of Epidemiology, Tuberculosis and Lung
Diseases Institute, Warsaw, Poland

Dr G. Manes
Head, Epidemiology Section, Ministry of Health,
Welfare and Social Security, Athens, Greece

Dr Ivan Masar

Chief, Department of Epidemiology, Ministry of Health
and Social Affairs of the Slovak Republic,
Bratislava, Czechoslovakia

Д-р М.И. Наркевич

Министерство здравоохранения СССР, Москва, СССР

Professor George Papaevangelou

Professor of Epidemiology and Medical Statistics,
Athens School of Hygiene, Athens, Greece

Dr Inge Pedersen

Head, Enterovirus Department, State Serum Institute,
Copenhagen, Denmark

Dr Stanislava Petrova Popova

Senior Officer, Ministry of Public Health and Social
Welfare, Sofia, Bulgaria

Dr Colette Roure

Conseiller technique, Bureau des maladies
transmissibles, Direction générale de la santé,
Ministère des affaires sociales et de la solidarité,
Paris, France

Dr David M. Salisbury

Senior Medical Officer, Department of Health, London,
United Kingdom (Докладчик)

Dr T. Sapounas

Director, Public Health Division, Ministry of Health,
Welfare and Social Security, Athens, Greece
(Заместитель председателя)

Наблюдатель

Dr P. Georgiou-Boufas
Public Health Laboratory, Athens, Greece

Всемирная организация здравоохранения

Европейское региональное бюро

Д-р Б.Д. Быченко
Сотрудник Регионального бюро по инфекционным
заболеваниям (Секретарь)

Mrs Loreta Colatosti
Programme Assistant, Communicable Diseases Unit

Д-р Г. Облапенко
Медицинский сотрудник, План действий по ликвидации
полиомиелита

Штаб-квартира

Dr A. Galazka
Medical Officer, Expanded Programme on Immunization