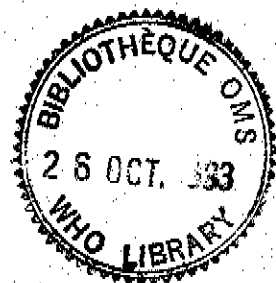


EUR/ICP/EPI 033

Russian only

ЕВРОПЕЙСКОЕ СОВЕЩАНИЕ КООРДИНАТОРОВ НАЦИОНАЛЬНЫХ
ПРОГРАММ В СТРАНАХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЫ
ПО РАСШИРЕННОЙ ПРОГРАММЕ ИММУНИЗАЦИИ



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО
КОПЕНГАГЕН

ЗАДАЧА 5

СОКРАЩЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

К 2000 г. не будет местных случаев заболевания полиомиелитом, дифтерией, столбняком новорожденного, корью, эпидемическим паротитом и краснухой в Регионе и должно быть достигнуто устойчивое и непрерывное сокращение частотности и неблагоприятных последствий заболевания другими инфекционными болезнями, в частности ВИЧ-инфекцией.

By the year 2000, there should be no indigenous cases of poliomyelitis, diphtheria, neonatal tetanus, measles, mumps and congenital rubella in the Region and there should be a sustained and continuing reduction in the incidence and adverse consequences of other communicable diseases, notably HIV infection.

Данный отчет издан на английском, немецком, русском и французском языках, и Европейское региональное бюро ВОЗ оставляет за собой все права, связанные с настоящим документом. Тем не менее его можно свободно рецензировать, реферировать, воспроизводить или переводить на любой другой язык. Не разрешается лишь продажа документа, либо иное его использование в коммерческих целях. На название и эмблему ВОЗ распространяются соответствующие положения об охране авторских прав, и они не могут быть использованы без соответствующего разрешения на перепечатках или переводах настоящего документа. Все ответственность за любые взгляды, выраженные в подписанных авторами статьях, несут сами авторы. Региональное бюро будет признательно, если ему будут представлены три экземпляра любого перевода данного отчета.

48337

EUR/ICP/EPI 033

0055A

12 июля 1993 г.

ОРИГИНАЛ: РУССКИЙ

ORIGINAL: RUSSIAN (ONLY)

EUROPEAN MTG. OF COORDINATORS OF NATIONAL
EPI PROGRAMMES IN THE COUNTRIES OF CENTRAL
AND EASTERN EUROPE;

ЕВРОПЕЙСКОЕ СОВЕЩАНИЕ КООРДИНАТОРОВ НАЦИОНАЛЬНЫХ
ПРОГРАММ В СТРАНАХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЫ
ПО РАСШИРЕННОЙ ПРОГРАММЕ ИММУНИЗАЦИИ

REPORT OF A WHO MTG.

Отчет о совещании B03

Милан MILAN

2-4 ноября 1992 г. 2-4 NOVEMBER 1992

1993 г.

задача 5 ЗДВ/ЕРБ

РЕЗЮМЕ

Несмотря на снижение инфекционной заболеваемости в Европейском регионе в целом, ставшее возможным благодаря проведению эффективных программ иммунизации на региональном и национальном уровнях, качеству вакцинопрофилактики в странах Центральной и Восточной Европы угрожают отрицательные факторы, связанные с социально-экономическими преобразованиями, происходящими в этих странах.

Координаторы национальных программ иммунизации в странах Центральной и Восточной Европы встретились для того, чтобы обсудить ход выполнения программ иммунизации и качество эпиднадзора в рамках этих программ, а также пересмотреть политику в отношении ликвидации полиомиелита с целью ускорения работы в этом направлении путем применения эффективных стратегий.

В данном отчете суммируются достижения и недостатки Региональной программы иммунизации и рекомендуется повысить качество эпиднадзора в кратчайшие сроки. Особое внимание в нем уделено необходимости разработки и внедрения национальных программ иммунизации, а также внедрению в практику показателей качества эпиднадзора на уровне первичных звеньев здравоохранения для оценки эффективности этих программ.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
ВВЕДЕНИЕ	1
1. АНАЛИЗ СИТУАЦИИ	3
1.1 Успехи региональной программы	3
1.2 Недостатки	5
1.3 Ликвидация полиомиелита	8
2. ВОЗРАСТАЮЩАЯ РОЛЬ ЭПИДНАДЗОРА	14
3. РЕКОМЕНДАЦИИ	16
Приложение 1. Новые оперативные задачи	21
Приложение 2. Список рабочих документов и исходных материалов	24
Приложение 3. Список участников	27

ВВЕДЕНИЕ

Всемирная организация здравоохранения одобрила ВОЗ (резолюция WHA 45.17) инициативу Всемирного совещания на высшем уровне по проблемам детства о целях иммунизации детей, которая состоит в:

- обеспечении к 2000 г. высокого уровня охвата прививками (по крайней мере до 90%) детей до одного года против дифтерии, коклюша, столбняка, кори, полиомиелита и туберкулеза и женщин детородного возраста - против столбняка;
- обеспечении к 1995 г. снижения смертности и заболеваемости от кори (соответственно на 95% и 90%) по сравнению с доиммунизационным периодом как главного шага к ликвидации кори в более отдаленные сроки;
- ликвидации столбняка новорожденных к 1995 г.; и
- глобальной ликвидации полиомиелита к 2000 г.

Всемирная организация здравоохранения подчеркнула, что при достижении целей борьбы со специфическими заболеваниями следует стремиться к усилению развития РПИ в целом, способствуя тем самым развитию всех инфраструктур здравоохранения, включая его первичные звенья.

В свете вышеуказанной резолюции все европейские страны скорректировали (Приложение 1) свою региональную задачу 5 достижения ЗДВ к 2000 г., утвержденную тридцать четвертой сессией Европейского регионального комитета.

За последние два года число независимых государств в Регионе увеличилось с 31 (1991 г.) до 49 (1992 г.)

Политические и социально-экономические изменения, происходящие в странах центральной и восточной частей Европейского региона, сопровождаются ухудшением работы

служб здравоохранения и медицинской помощи, что отрицательно сказывается на дальнейшем развитии программ иммунизации в большинстве этих стран. Заболеваемость и смертность от некоторых инфекционных болезней, предупреждаемых при помощи иммунизации (например дифтерии), растет или остается на высоком уровне (например корь, коклюш, полиомиелит). Отсутствие современных вакцин, финансовые затруднения, связанные с их производством или закупками, недостаточная компетентность или отсутствие опыта в развитии эффективных программ иммунизации на разных уровнях здравоохранения в этих странах могут привести к их отставанию от других стран в плане выполнения задачи 5 региональной стратегии "Здоровье для всех к 2000 г.", если в них не будут приняты согласованные эффективные меры с целью улучшения сложившейся ситуации.

В свете вышесказанного координаторы национальных программ иммунизации из центральной и восточной частей Европы по инициативе Европейского регионального бюро ВОЗ провели в Милане (Италия) с 2 по 4 ноября 1992 г. совещание с целью:

1. пересмотра существующих систем эпидемиологического надзора в рамках программ иммунизации в странах центральной и восточной частей Региона;
2. анализа эффективности существующих стратегий по ликвидации полиомиелита и их пересмотра;
3. составления оперативного плана по улучшению эпиднадзора в свете рекомендаций ВОЗ и в целях ускорения прогресса по ликвидации полиомиелита.

Председателем совещания был избран проф. W. Magdzik, составителем отчета - проф. Б. Быченко, а д-р Г. Облапенко исполнял обязанности секретаря.

Участники совещания выразили свою глубокую признательность д-ру V. Gheti, директору сотрудничающего центра ВОЗ по подготовке медицинских кадров, и его сотрудникам за оказанную ими помощь и прекрасную организацию совещания.

Список участников совещания приведен в Приложении 3. В Приложении 2 перечислены рабочие и другие справочные материалы.

Этот доклад суммирует данные, отражающие современное состояние эпиднадзора в странах Центральной и Восточной Европы и заканчивается рекомендациями, принятыми участниками совещания.

1. АНАЛИЗ СИТУАЦИИ

1.1 Успехи региональной программы

Несмотря на ухудшение социально-экономических условий, влияющих на качество вакцинопрофилактики в Центральной и Восточной Европе, инфекционная заболеваемость в целом по Региону продолжает снижаться, главным образом за счет высокого уровня охвата прививками, достигнутого в прошлые годы. Этот охват возрос до 84% в отношении полио-
о-вакцин и сохранился на прежнем уровне в отношении вакцин АКДС 3 (80%) и вакцины БЦЖ (76%).

В 1991 г. было отмечено снижение заболеваемости полиомиелитом (306 случаев) по сравнению с 1990 г. (370 случаев). На 15 октября 1992 г. зарегистрировано только 66 случаев полиомиелита в 17 странах Европы. Уровень заболеваемости столбняком новорожденных в 1989-1991 гг. стабилизировался: ежегодный показатель, равный 67-69 случаев, наблюдался не более, чем в четырех странах. Турция, где было зарегистрировано абсолютное большинство случаев столбняка новорожденных, приступила к внедрению национальной программы ликвидации этого заболевания.

Средний уровень заболеваемостью корью в Европе в последние годы (1990-1991 гг.) снизился на 75% по сравнению с предыдущими годами, что стало возможным благодаря внедрению в практику вакцины КПК (коревой-паротитной-краснушной) и улучшению качества программ иммунизации в большинстве стран Скандинавии и Западной Европы. Одновременно с корью снизилась заболеваемость паротитом и краснухой - на 80% по сравнению с аналогичными показателями 1984-1986 гг.

В течение последних двух лет (1990-1991 гг.) в рамках региональной программы иммунизации были отмечены следующие положительные сдвиги в плане улучшения эпиднадзора за целевыми инфекционными заболеваниями:

- внедрена система ежемесячной отчетности о случаях полиомиелита (46 стран);
- расширяется практика отчетности о нулевой заболеваемости полиомиелитом (к 1992 г. 14 стран направляли такие отчеты в ЕРБ ВОЗ);
- в 10 странах внедрен эпиднадзор за случаями острого вялого паралича;
- в 35 странах на уровне провинций (областей/районов) проводится мониторинг охвата прививками;
- в нескольких странах внедряются или уже действуют компьютерные системы эпиднадзора за инфекционной заболеваемостью и охвату прививками;
- пересмотрены и согласованы с координаторами национальных программ иммунизации новые оперативные цели эпидемиологического надзора (Приложение 1).

1.2 Недостатки

Хотя европейские страны были пионерами, предложившими эффективную борьбу с инфекционными заболеваниями путем развития национальных программ иммунизации (Рабат, 1959 г.), теперь они начали отставать в развитии таких программ, успешно реализуемых в других регионах. Одной из причин этого отставания является консерватизм работников здравоохранения, привыкших к рутинной иммунизации и с трудом меняющих свои взгляды относительно концепции программного подхода к иммунизации.

Этим, вероятно, объясняется тот факт, что до сих пор некоторые страны не имеют четко сформулированных национальных или субнациональных целей и программ иммунизации, рекомендованных ВОЗ. Целевые инфекционные болезни не регистрируются в целом ряде стран. В частности не регистрируются:

- корь - в 6 странах;
- краснуха - в 7 странах;
- синдром врожденной краснухи - в 37 странах;
- столбняк новорожденных - в большинстве европейских стран.

Некоторые страны не сообщают о единичных случаях полиомиелита немедленно после их выявления. Многие из новых независимых государств (НИГ) из-за недостаточного опыта или из-за каких-либо других причин еще не разработали или не внедрили национальные программы иммунизации. В ряде стран не решен вопрос о назначении одного координатора, ответственного за реализацию программы иммунизации.

Из-за отсутствия программ, а также надлежащего контроля за их выполнением вакцинопрофилактика проводится во многих странах недостаточно эффективно. Огромный вред этой работе наносят некоторые малокомпетентные лица, выдающие себя за специалистов и выступающие при поддержке

органов массовой информации против иммунизации. В результате этого в ряде стран снизился охват прививками детей и возросла инфекционная заболеваемость среди населения в целом. Наиболее серьезную проблему в странах Восточной Европы представляет продолжающаяся эпидемия дифтерии, от которой погибли уже сотни детей и взрослых.

В 1991 г. в Регионе было зарегистрировано 3009 случаев дифтерии (из них 1700 – на территории России и Украины), и эта эпидемия продолжается, поражая как детское, так и взрослое население.

Так, на 1 ноября 1992 г. на Украине заболели дифтерией 1120 человек (861 взрослый и 259 детей), из них 48 человек (26 взрослых и 22 ребенка) уже умерли. Большинство случаев имели место в Киеве (207 случаев), Львовской (110 случаев), Одесской (105 случаев) и Харьковской (82 случая) областях. Общая летальность составила 4,7%: среди взрослых – 4,5%, среди детей – 5,6%.

В России на 1 ноября 1992 г. дифтерией заболели 2717 человек, из них 729 детей до 14 лет. Эпидемия охватила почти все административные территории. Наиболее высокие показатели заболеваемости были отмечены в г. Санкт-Петербурге (535 больных, 10,8 на 100 000 населения), в г. Москве (588 больных, 6,6 на 100 000 населения), Калининградской области (100 случаев, 11,1 на 100 000 населения), Орловской области (43 случая, 4,8 на 100 000 населения) и т.д. В целом по стране заболеваемость в 1992 г. увеличилась в два раза по сравнению с 1991 г. Все это происходит из-за отсутствия иммунитета к дифтерии у 30–70% разных возрастных групп городского населения. В 1992 г. из-за различных противопоказаний (более 28 противопоказаний к прививкам) и слабой работы по социальной мобилизации медицинского персонала и всего населения в Москве уклонились от иммунизации более 50% детей, которые должны были получить вакцину АКДС.

Аналогичная ситуация отмечается в некоторых других больших городах России и Украины. Необходимы быстрые и эффективные меры по устранению этой эпидемии и предупреждению ее распространения в соседние страны.

За последние три года не отмечается снижения заболеваемости столбняком новорожденных, что свидетельствует о недостаточной активности пораженных стран в отношении иммунизации женщин детородного возраста в районах повышенного риска.

Если эффективные меры по борьбе со столбняком новорожденных не будут приняты безотлагательно, цель глобальной ликвидации столбняка новорожденных, предложенная Всемирной ассамблеей здравоохранения ВОЗ в 1990 г., не будет достигнута из-за отставания Европейского региона.

К недостаткам вакцинопрофилактики следует отнести также вспышки кори (Албания, 1987 г., Венгрия, 1989 г., Португалия, 1989 г., Турция, 1989 г., Чехословакия, 1990 г. и т.п.), дифтерии (Россия, 1990-1992 гг., Украина, 1991-1992 гг., Турция, 1990-1992 гг., Албания, 1990 г. и т.п.), полиомиелита (Болгария, 1991 г., Румыния, 1991 г., Азербайджан, 1990-1991 гг., Таджикистан, 1991 г., Туркменистан, 1990-1991 гг., Узбекистан, 1990-1991 гг.).

Хотя системы эпиднадзора в странах Центральной и Восточной Европы традиционно считались образцовыми, тот факт, что в них не используются такие важные критерии контроля качества, как своевременность и полнота сообщений о случаях заболевания, использование стандартных определений случаев заболевания, выявление состояния привитости заболевших, охват прививками населения, процент случаев, в которых были предприняты меры по ликвидации вспышки заболевания, и т.п. свидетельствует о несовершенстве этих систем и необходимости их улучшения.

Политическая и экономическая нестабильность во многих из этих государств уже нанесла значительный ущерб национальным службам здравоохранения и может быть серьезной причиной ухудшения эффективности национальных программ иммунизации на некоторых административных территориях.

Координаторам национальных программ следует учитывать возможное влияние различных отрицательных факторов на дальнейшее развитие программ и приложить усилия для их успешного выполнения.

1.3 Ликвидация полиомиелита

В результате инициативы, направленной на достижение всеобщей детской иммунизации (WHA45.17, глобальный охват детского населения прививками применительно к третьей дозе ОПВ достиг к 1990 г. уровня 83%.

Америриканский регион первый достиг цели ликвидации полиомиелита. С 1992 г. в нем не было ни одного случая заболевания, обусловленного дикими полиовирусами, циркулирующими в окружающей среде.

В Европейском регионе заболеваемость полимиелитом снизилась до 306 случаев в 1991 г. (на 17% по сравнению с 1990 г.). При этом отмечены три завозных случая: два - в Германии и один - в Норвегии. Нидерланды сообщили о вспышке полиомиелита, которая имела место среди религиозной группы населения, отказывающегося от прививок даже во время эпидемии. До настоящего времени 8 случаев заболевания из разных возрастных групп были вызваны диким полиовирусом типа 3.

В Регионе сформировались три основных эндемичных очага полиомиелита (табл. 1):

1. Балканский: Болгария, Румыния, Югославия;

Табл. 1 Местные случаи полиомиелита в Европе в 1989-1992 гг.*

Географическая территория	Страна	1989 г.	1990 г.	1991 г.	1992 г. (янв.-окт.)
БАЛКАНЫ	Болгария	1	0	43	0
	Румыния	5	5	25	5
	Югославия	2	2	6	4
ВСЕГО:		8	7	74	9
ТРАНСКАВКАЗ- СКИЙ РЕГИОН	Армения	0	12	3	1
	Азербайджан	30	182	26	7
	Грузия	2	31	6	0
	Россия**	1	5	2	5
	Турция	14	21	27	5
ВСЕГО:		47	251	64	13
СРЕДНЯЯ АЗИЯ	Казахстан	13	7	5	4
	Кыргызстан	5	1	2	4
	Таджикистан	5	2	111	6
	Туркменистан	1	40	15	2
	Узбекистан	17	42	16	6
ВСЕГО:		41	92	149	22
ДРУГИЕ	Беларусь	2	1	0	0
	Бельгия	3	0	0	0
	Франция	2	0	0	0
	Германия	0	3	0	0
	Латвия	0	0	0	3
	Молдова	3	3	2	1
	Нидерланды	0	0	0	8
	Польша	0	11	0	0
	Россия***	1	0	1	4
	Украина	1	0	1	4
ВСЕГО:		21	19	17	22

Примечания:

- * - Данные за 1992 г. только за период январь-октябрь.
 ** - Случаи, зарегистрированные только в этом регионе.
 *** - Исключая случаи, отнесенные к Транскавказскому региону.

2. Транскавказский: Азербайджан, Армения, Грузия, Турция, Россия (часть территории);
3. Средняя Азия: Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркмения.

Ведется работа по установлению различных каналов связи между центральными и первичными звеньями здравоохранения на национальном уровне, с одной стороны, и между ЕРБ ВОЗ и новыми независимыми государствами, с другой. На данный момент, однако, следует отметить неудовлетворительный характер их функционирования во многих странах.

В 1989-1991 гг. почти 95% всех случаев полиомиелита были сконцентрированы в вышеперечисленных очагах. Опыт Американского региона по ликвидации полиомиелита показал, что для успешного осуществления программы требуется хорошая система эпиднадзора, позволяющая своевременно выявлять территории и группы населения повышенного риска. Основной принцип хорошего эпиднадзора состоит в том, что "эпиднадзор - это информация к действию".

Мероприятия, необходимые для улучшения эпиднадзора за полиомиелитом, должны включать:

1. Укрепление рутинной системы эпиднадзора путем:

- назначение конкретного лица, отвечающего на каждом уровне за работу системы эпиднадзора;
- учреждения практики сообщения о "нулевой заболеваемости" полиомиелитом на уровне первичных звеньев здравоохранения;
- использования стандартного определения случая болезни всеми работниками здравоохранения;
- контроля за своевременностью и полнотой отчетности в течение каждого месяца;

- посещения с проверочным визитом тех санитарно-эпидемиологических станций (СЭС) или соответствующих медицинских учреждений, которые не сообщают никаких данных о полиомиелите.

Хорошим индикатором контроля за эффективностью рутинной системы эпиднадзора является доля СЭС и других медицинских учреждений, сообщающих требуемые данные ежемесячно и в должный срок, от общего числа учреждений, сообщающих такие данные каждый месяц.

2. Предоставление по типу обратной связи информации всем сотрудникам, участвующим в программе. Идеальным способом быстрого информирования является распространение информационного письма (буллетеня).

3. Внедрение специальной системы эпиднадзора за полиомиелитом, которая должна включать:

- выявление чувствительности систем эпиднадзора (т.е. показателя числа случаев острого вялого паралича (ОВВ) на 100 000 детей в возрасте до 15 лет);
- принятие определения случая заболевания, рекомендованного ВОЗ (подозреваемый случай полиомиелита - это любой ребенок в возрасте до 5 лет с острым вялым параличом (ОВВ), включая синдром Гийон-Баррэ, если нет никакой другой причины, объясняющей это нарушение);
- принятие практики сообщения о всех случаях острого вялого паралича;
- организацию системы незамедлительного извещения обо всех подозреваемых случаях полиомиелита;
- составление списка всех подозреваемых случаев полиомиелита с их последующей классификацией (местные, неизвестные, завозные, ассоциированные с вакцинацией);

- тщательное обследование каждого случая острого вялого паралича со сбором соответствующих эпидемиологических, клинических и лабораторных данных;
- активное посещение больного медицинским персоналом через 60 дней после начала паралича с целью выявления остаточных признаков паралича;
- мониторинг за полнотой и своевременностью обследования случаев заболевания.

Для оценки своевременности принятых мер используют следующие основные показатели:

- % отчетов, полученных в течение недели после начала паралича;
- % отчетов, по данным которых соответствующее обследование больного было проведено в течение двух суток после получения экстренного извещения о заболевании;
- % заболевших, у которых пробы кала были собраны в течение двух недель после начала паралича.

Для оценки полноты обследований используют следующие основные показатели:

- % обследованных случаев из общего числа сообщенных подозреваемых случаев;
- % больных, у которых были взяты пробы кала;
- число случаев острого вялого паралича, не связанного с полиомиелитом, среди детей в возрасте до 5 лет на 100 000 населения.

Хорошо организованный эпиднадзор должен быть достаточно чувствительным, чтобы выявлять, как минимум, один случай ОПВ на 100 000 детей в возрасте до 15 лет и должен обеспечить квалифицированное лабораторное обследование большинства таких случаев (не менее 80%) и быструю регистрацию каждого случая (в течение первой недели от начала ОПВ) для своевременного проведения необходимых мероприятий.

Опыт борьбы с полиомиелитом в Европейском и других регионах показывает, что ликвидация этой инфекционной болезни – реально достижимая цель. Благодаря высокому охвату прививками детского населения случаи полиомиелита, вызываемого дикими вирусами, практически исчезли в 32 странах Европы. Отдельные вспышки заболевания в этих странах имели место в тех случаях, когда органы здравоохранения ослабляли надзор за состоянием иммунитета разных возрастных групп населения или не предпринимали эффективных мер по усилению иммунитета в группах населения повышенного риска (Нидерланды, 1978, 1992 гг.; Финляндия, 1984 г.; Болгария, 1980, 1991 гг.; Израиль, 1988 г.).

Северная Америка ликвидировала полиомиелит путем плановой иммунизации детей с высоким уровнем охвата прививками ОПВ. В Латинской Америке цель ликвидации полиомиелита была достигнута при помощи хорошо разработанной и четко реализованной программы, в которой помимо плановых прививок были предусмотрены дополнительные прививочные мероприятия, включающие национальные дни вакцинации, вакцинации в случае вспышек полиомиелита, а также завершающие мероприятия по ликвидации полиомиелита по методу "прочесывания".

В европейских странах, где полиомиелит эндемичен, стратегии, разработанные Американским региональным бюро, могут оказаться эффективными для быстрого достижения цели.

Для быстрой ликвидации полиомиелита, вызываемого дикими полиовирусами, применяют следующие четыре основные стратегии иммунизации:

- 1) Плановая четырехкратная иммунизация детей моложе двух лет трехвалентной вакциной ОПВ. По крайней мере, 90% всех детей должны быть полностью иммунизированы во всех районах.

2) Проведение национальных дней вакцинации, во время которых всем детям до 5 лет, независимо от того, делали им раньше прививки или нет, дают дозу трехвалентной ОПВ, а затем 4-6 недель спустя повторяют эту процедуру. Национальные дни вакцинации следует проводить в сезоны низкого уровня передачи полиовирусов.

3) Вакцинация в случае вспышки полиомиелита. Рекомендуется в виде проведения массовой кампании иммунизации на ограниченной территории. В этом случае прививки лучше всего проводить от дома к дому, охватывая обязательно всех детей и желательно взрослых, независимо от того, делали им раньше прививки или нет. Вторую дозу они получают через 4-6 недель.

4) Проведение завершающих мер по ликвидации полиомиелита (по методу "прочесывания"). Такие меры рекомендуются применять лишь в странах, где циркуляция диких полиовирусов наблюдается в отдельных очагах. При этом проводят кампанию иммунизации от дома к дому, используя трехвалентную ОПВ, в районах с высоким риском передачи дикого полиовируса. Вакцину получают все дети (обычно до 5 лет) независимо от того, делали ли им прививки или нет. Дети получают две дозы вакцины с интервалом в 4-6 недель.

Такого рода меры следует проводить в сезон низкой передачи диких полиовирусов в районах высокого риска, идентифицированных в результате анализа эпидемиологических данных.

2. ВОЗРАСТАЮЩАЯ РОЛЬ ЭПИДНАДЗОРА

В Европе сбор данных об охвате прививками должен осуществляться как минимум начиная с уровня районов. В Регионе 69% районов (провинций) достигли уровня 80% охвата детей прививками вакциной АКДС 3; 61% районов (провинций) достигли 90% охвата детского населения прививками

коровой вакциной. Однако вариабельность этих показателей между странами огромна (от 0 до 100%), и сведения, поступающие в ВОЗ, содержат неполную информацию. Только 15 стран из 49 сообщают об охвате прививками во всех районах.

Для достижения цели ликвидации специфических инфекционных болезней необходима эффективная система эпиднадзора, в рамках которой полученная информация эффективно трансформируется в действия, способствующие дальнейшему успеху борьбы с инфекционной заболеваемостью, что имеет большое значение для здравоохранения. Так, например, странам, которым пока не удалось прервать передачу данных полиовирусов, нужна эффективная система эпиднадзора за случаями острого вялого паралича, включающая быстрое обследование выявленных случаев с последующей иммунизацией групп риска.

В странах, ликвидировавших полиомиелит, эпиднадзор за случаями острого вялого паралича важен для демонстрации существования системы эпиднадзора, достаточно чувствительного для обнаружения случаев полиомиелита, если они появятся.

Эффективный эпиднадзор за охватом прививками и заболеваемостью на уровне районов (провинций) помогает координаторам программ иммунизации идентифицировать районы повышенного риска и группы населения, в отношении которых работа по вакцинопрофилактике должна быть усилена, вплоть до проведения дополнительных мер по иммунизации.

Число показателей, характеризующих качество эпиднадзора, должно быть, по возможности, минимальным, а сами они должны быть предельно упрощенными. Как правило, они включают сведения о случаях заболевания, об охвате прививками и о своевременности и полноте сообщений, поступающих через соответствующие информационные системы.

В странах с более развитыми программами иммунизации (например, уже достигших охвата прививками более 80% детского населения), а также ликвидации столбняка новорожденных и ликвидации диких полиовирусов, большее число показателей может потребоваться для обеспечения эффективного и неуклонного развития программы на прочной научной основе.

Расширенная программа иммунизации ВОЗ предлагает координаторам национальных программ использовать нижеприведенные основные показатели для контроля качества эпиднадзора (см. табл. 2).

4. РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Продолжающиеся наблюдаться в Регионе вспышки полиомиелита и дифтерии указывают на то, что всем странам следует предпринять срочные меры по пересмотру и совершенствованию их работы по иммунизации, направленной на достижение цели 5 стратегии "Здоровье для всех к 2000 г.", для того чтобы повысить эффективность прививок, как это было рекомендовано сорок первой сессией Европейского регионального комитета (Лиссабон, 1991 г.), европейской группой экспертов по оперативным целям в отношении заболеваний, охваченных РПИ (Милан, июнь 1992 г.), а также Координационным совещанием по развитию национальных программ (Минск, сентябрь 1992 г.).

2. Страны могут просить ЕРБ ВОЗ оказать им помощь при разработке национальных программ иммунизации с учетом накопленного ВОЗ опыта по использованию комплексного подхода к целевым заболеваниям, основанного на реалистической оценке потребностей в подготовке кадров и ресурсах, а также имеющихся на местах возможностей. Каждая страна должна иметь такую программу, введенную в действие не позднее конца 1993 г. и включающую, если необходимо, планы по дополнительной иммунизации (национальные дни иммунизации, "туровые" кампании иммунизации с целью

Таблица 2. Данные, необходимые на национальном уровне
ВОЗ определяет тот минимальный перечень данных, которые следует обычно сообщать в ВОЗ. На уровне областей может быть принято решение о сообщении тех или иных дополнительных данных.

Корь	Столбняк новорожденных (СН)	Полномиелит (ПМ)
* Охват (ВОЗ)	* Охват (ВОЗ)	* Охват (ВОЗ)
* Число случаев (ВОЗ)	* Число случаев (ВОЗ)	* Число случаев ПМ (ВОЗ)
	* Показатель неонатальной смертности (только в тех случаях, когда случаи СН являются редкими)	* Число случаев острого вялого паралича (ОВП) по результатам изучения случаев заболеваний)
	* % районов, сообщающих о случаях СН (ВОЗ)	* % пораженных районов (т.е. районов, в которых был хотя бы один случай болезни в течение последних 12 месяцев) (ВОЗ)
* Состояние привитости больных (по результатам обследования вспышек)	* Состояние привитости матерей заболевших новорожденных (по результатам изучения случаев заболевания)	* Состояние привитости заболевших (по результатам обследования вспышек/случаев заболевания)
* Повозрастная структура заболевших (по результатам обследования вспышек)		* Повозрастная разбивка (по результатам обследования вспышек/случаев заболевания)
* Число сообщений, полученных своевременно, в сравнении с числом ожидаемых сообщений ВОЗ)	* Число сообщений, полученных своевременно, в сравнении с числом ожидаемых сообщений (ВОЗ)	* Число сообщений, полученных своевременно, в сравнении с числом ожидаемых сообщений (ВОЗ)
		* Процент случаев, о которых было сообщено в пределах 1 недели, 2 недель и более, чем через 2 недели после развития паралича

Таблица 2. Данные, необходимые на национальном уровне (продолжение)

Корь	Столбняк новорожденных (СН)	Полиомиелит (ПМ)
	* % обследованных случаев смерти в неонатальном периоде	* % обследованных случаев
	* % случаев смерти в неонатальном периоде, обследованных в течение месяца после их выявления (в медицинском учреждении) или сообщения (на районный уровень)	* % случаев, обследованных в течение двух суток после постановки диагноза
	* % случаев СН, в которых были проведены корректирующие меры в течение одного месяца после обследования	* % случаев, в которых были предприняты меры по ликвидации вспышки
		* % случаев, в которых меры по ликвидации вспышки были проведены в течение 24 часов после обследования
	* % беременных женщин, посещающих медицинские учреждения в антенатальном периоде ¹	* % обследованных случаев, когда у пациента были взяты 1 или 2 пробы фекалий
	* Число случаев материнской смертности (по данным роддомов) ²	* Показатель ОВП на 100 000 детей в возрасте до 5 лет

Замечания к табл. 2: Данные, необходимые на национальном уровне

1. Во многих странах на местном уровне могут иметься соответствующие данные, однако имеется необходимость в разработке системы сбора этих данных, что должно быть сделано в тесном сотрудничестве с программами охраны здоровья матери и ребенка.
2. Данные об этом показателе менее доступны. Методология их сбора не сложна, но ее необходимо применять на рутинной основе в рамках программ охраны здоровья матери и ребенка. Случаи смерти матерей можно регистрировать по предполагаемой причине смерти, включая столбняк.

прерывания эпидемиологического процесса), направленные на ликвидацию полиомиелита.

3. Быстрое достижение широкого охвата прививками против каждого целевого заболевания и его поддержание на уровне 90% в каждом районе каждой страны является основной целью эффективной стратегии национальных и Региональной программ иммунизации.

4. Внимание национальных служб здравоохранения должно все больше фокусироваться на качестве эпиднадзора за охватом прививками и за заболеваемостью на уровне первичных звеньев здравоохранения. Следует выявить районы повышенного риска и поставить задачу ликвидации заболеваемости путем усиления в них работы по плановой иммунизации и/или путем проведения дополнительных контрольных мероприятий.

5. Эффективность систем эпиднадзора необходимо контролировать (как это рекомендовано Глобальной группой консультантов ВОЗ по РПИ, Джакарта, 1992 г.) при помощи качественных индикаторов, среди которых главными являются:

- использование всеми работниками здравоохранения стандартного определения случаев заболевания;
- своевременность и полнота извещений о случаях заболевания;
- доля расследуемых случаев от всех сообщаемых случаев;
- доля расследуемых случаев/вспышек, в отношении которых были предприняты интенсивные меры контроля.

6. Для того чтобы обеспечить унифицированность и надежность информации по заболеваниям, перечисленным в цели 5 Региональной стратегии достижения ЗДВ, необходимо, чтобы РПИ* ЕРБ разработала стандартные определения случаев каждого целевого заболевания и направила эти определения в страны, по возможности, быстрее. Это особенно важно для организации эффективных эпиднадзора и борьбы с дифтерией, полиомиелитом, корью и синдромом врожденной краснухи.

7. Во всех странах сведения о каждом подозреваемом случае полиомиелита и дифтерии должны незамедлительно поступать через национальные центры, ответственные за эпиднадзор, в РПИ ВОЗ по соответствующим каналам информации. Эти сообщения должны затем дополняться сведениями о результатах расследования и о принятых мерах по предупреждению дальнейшего распространения инфекции.

8. Эффективность национальных программ иммунизации в Регионе может быть значительно улучшена путем организации семинаров и курсов ВОЗ по подготовке национальных кадров по разным аспектам РПИ с концентрированием внимания на задаче достижения высокого уровня охвата прививками и на качестве эпиднадзора.

* РПИ - Расширенная программа иммунизации

Приложение 1

НОВЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ЗАДАЧИ
ЭПИДНАДЗОР

Полиомиелит

- * К 1993 г. в каждой стране следует обеспечить возможности доступа к лабораторному оборудованию, позволяющему проводить выделение, типирование и характеристику полиовирусов как диких или вакцинальных.
- * К 1993 г. в странах, регистрирующих менее 10 случаев полиомиелита в год, все пациенты с подозрением на полиомиелит и контактирующие с ними лица должны подвергаться полному обследованию с проведением вирусологического анализа проб кала; к 1995 г. такая практика должна быть принята всеми странами.
- * К 1995 г. во всех странах Региона должны быть либо системы эпиднадзора за случаями острого вялого паралича либо другие способы, обеспечивающие выявление всех случаев полиомиелита в любой возрастной группе.

Столбняк новорожденных

- * Во всех странах следует регистрировать все случаи столбняка новорожденных отдельно от всех других случаев столбняка.
- * К 1995 г. во всех странах должны анализироваться все случаи столбняка с разбивкой по возрасту и полу.
- * К 1995 г. во всех странах путем проведения соответствующих серологических исследований должны проводиться оценки иммунного статуса взрослого населения по отношению к столбняку.

Дифтерия

- * К 1995 г. все зарегистрированные случаи дифтерии должны классифицироваться как местные или завозные.
- * К 1995 г. во всех странах с помощью соответствующих серологических исследований следует проводить оценки иммунного статуса взрослого населения по отношению к дифтерии.

Корь

- * Корь должна быть рутинно сообщаемой болезнью во всех странах Региона. К концу 1993 г. в странах, в которых в настоящее время эта болезнь не регистрируется, следует принять законоположения, делающие корь болезнью, подлежащей регистрации и извещению.
- * К 1997 г. во всех странах Региона должны быть учреждены эффективные системы эпиднадзора, направленного на выявление всех случаев кори.
- * К 1995 г. следует принять практику лабораторного подтверждения всех эпизодических случаев кори в странах, регистрирующих менее одного случая этой болезни на 100 000 населения; к 1997 г. такая практика должна быть принята во всех странах.
- * Начиная с 1997 г. восприимчивость людей к кори должна быть менее 10% во всех возрастных группах.

Паротит

- * Паротит должен быть регистрируемой болезнью во всех странах Региона. В тех странах, в которых в настоящее время эта болезнь не регистрируется, к концу 1993 г. следует принять законоположения, делающие паротит болезнью, подлежащей регистрации и извещению.

- * К 1997 г. все страны Региона должны иметь эффективную систему эпиднадзора, обеспечивающую выявление всех случаев паротита.

Краснуха

- * К 1995 г. все страны Региона должны иметь системы эпиднадзора, способные выявлять все случаи синдрома врожденной краснухи.

н.в. В странах, в которых используется лишь стратегия избирательной вакцинации, с повышением чувствительности эпиднадзора, по-видимому, чаще будут выявляться случаи повторного заболевания краснухой у беременных женщин.

- * К 1995 г. во всех странах должны проводиться серологические обследования всех беременных женщин с сыпью и всех беременных женщин, имеющих контакт с краснухой.

В странах, где нет запрета на проведение аборт, частота случаев прерывания беременности по поводу краснухи служит чувствительным косвенным показателем заболеваемости краснухой среди женщин и подлежит мониторингу.

Приложение 2

СПИСОК РАБОЧИХ ДОКУМЕНТОВ И ИСХОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ

Рабочие документы

- | | |
|----------------|--|
| ICR/ERI 033/6 | РПИ в Европе: успехи и проблемы - д-р Г. Облапенко |
| ICR/ERI 033/7 | Эпиднадзор за РПИ в Европе: рекомендации ВОЗ - д-р Н. Zoffmann |
| ICR/ERI 033/8 | Ликвидация полиомиелита: упор на совершенствование эпиднадзора - д-р Н. Hull |
| ICR/ERI 033/9 | Эпиднадзор за РПИ в Соединенном Королевстве - д-р D. Salisbury |
| ICR/ERI 033/10 | Компьютеризированная информационная система - д-р G. Walter, Чешская Республика |
| ICR/ERI 033/11 | Компьютеризированная информационная система - д-р В.П. Филонов, Беларусь |
| ICR/ERI 033/12 | Мониторинг основных управленческих показателей в рамках существующей системы эпиднадзора - д-р Т. Хачатрян, Армения |
| ICR/ERI 033/13 | Мониторинг основных управленческих показателей в рамках существующей системы эпиднадзора - проф. В. Borcic, Хорватия |

- ICP/EP1 033/14 Мониторинг основных управленческих показателей в рамках существующей системы эпиднадзора - д-о А. Vass, Венгрия
- ICP/EP1 033/15 Эпиднадзор за болезнями - д-р Д. Рысалиев, Кыргызстан
- ICP/EP1 033/16 Эпиднадзор за болезнями - д-р V. Bakasenas, Литва
- ICP/EP1 033/17 Эпиднадзор за болезнями - проф. W. Magdzik, Польша
- ICP/EP1 033/18 Эпиднадзор за болезнями - д-р А.А. Ясинский, Российская Федерация
- ICP/EP1 033/19 Эпиднадзор за болезнями (вспышка дифтерии) - г-н В.Ф. Мариевский, Украина
- ICP/EP1 033/20 Эпиднадзор за болезнями - д-р O. Dulovic, Югославия
- ICP/EP1 033/21 Ликвидация полиомиелита: дополнительные стратегии иммунизации с целью достижения поставленной цели - д-р H. Hull
- ICP/EP1 033/22 Ликвидация полиомиелита в Европе: последние события - д-р Г. Облапенко
- ICP/EP1 033/23 Стратегия массовой иммунизации - г-н А.С. Велибеков, Азербайджан
- ICP/EP1 033/24 Контроль за вспышками болезней - С. Попова, Болгария

ICP/EPI 033/25 Иммунизационная работа по типу
"прочесывания" -
д-р N. Ion-Nedelcu, Румыния

ICP/EPI 033/26 Борьба со вспышками болезней -
г-н А.Г. Копыльцов, Таджикистан

ICP/EPI 033/27 Эпиднадзор за полиомиелитом -
д-р N. Babalioglu, Турция

Исходные материалы

EPI/POL10/92.1 Выдержка из проекта отчета о
Совещании технической консульта-
тивной группы, Женева, май 1992 г.

ICP/EPI 031 Отчет (окончательный проект)
Совещания группы экспертов по
оперативным задачам в отношении
болезней, охватываемых РПИ, Милан,
июнь 1992 г.

ICP/GAG/92 Выдержка из проекта резюме выводов
и рекомендаций совещания Глобаль-
ной группы консультантов по РПИ,
Джакарта, октябрь, 1992 г.

Приложение 3

СПИСОК УЧАСТНИКОВ

АЛБАНИЯ

Dr Jolanda Koci
Microbiologist
Head of Production Department
Institute of Hygiene
Tirana

АРМЕНИЯ

д-р Тереза Хачатрян
Заместитель министра здравоохранения
Республики Армения
Министерство здравоохранения
ул. Туманяна, 8
375001 Ереван

г-н А.С. Велибеков
Заместитель министра
Министерство здравоохранения
Республики Азербайджан
ул. Тодорски, 4
Баку 370014

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ

д-р В.П. Филонов
Заместитель министра
Программа борьбы с инфекционными
болезнями
Министерство здравоохранения
ул. Мясникова, 39
220097 Минск

БОЛГАРИЯ

д-р С. Попова
Министерство здравоохранения
5, Sveta Nedelja Square
Sofia 1000

РЕСПУБЛИКА ХОРВАТИЯ

Professor Berislav Borcic
Head, Department of Epidemiology
Institute of Public Health of the Republic
of Croatia
Rockefellerova 7
41000 Zagreb

ЧЕШСКАЯ И СЛОВАЦКАЯ ФЕДЕРАТИВНАЯ РЕСПУБЛИКА

Dr Margareta Slacikova
Head, Department of Epidemiology
National Institute of Hygiene
and Epidemiology
Trnavska 52
826 45 Bratislava

Dr Gustav Walter
Department of Epidemiology
Ministry of Health of
the Czech Republic
Palackeho nam. 4
128 01 Prague 2

ЭСТОНИЯ*

Mrs Ene Tomberg
Adviser
Ministry of Health
Sakala Str.1
200100 Tallin

* Наблюдатели

ГРУЗИЯ

д-р Н.Т. Шавдия
Министерство здравоохранения
проспект им. Гамсахурдия, 30
380060 Тбилиси

ВЕНГРИЯ

Dr Adam Vass
Head, Department of Public Health
and Epidemiology
Ministry of Welfare
Republic of Hungary
Arany Jaanos u. 6-8
H-1361 Budapest

КАЗАХСТАН

д-р А.А. Реймер
Заместитель министра
Министерство здравоохранения
Проспект Аблая Хана, 63
Алма-Ата 480003

КЫРГЫЗСТАН

д-р Д. Рысалиев
связываться через Министерство здравоохранения
Кыргызстана
ул. Московская, 148
Бишкек 720000

РЕСПУБЛИКА ЛАТВИЯ

Dr Anita Brila
National Institute of Public Health
Ministry of Welfare
Skolas str. 28
226331 Riga

РЕСПУБЛИКА ЛИТВА

Dr V. Bakasenas
Director
Republican Immunization Centre
Ministry of Health
4a Roziu Avenue
2600 Vilnius

МОЛДОВА

д-р В.С. Вангхели
Руководитель Санитарно-эпидемиологического
управления
Министерство здравоохранения Республики
Молдова
ул. Хинчети, 1
277028 Кишенев

ПОЛЬША

Professor W. Magdzik
National Institute of Hygiene
24, Chocimska Street
00-791 Warsaw

РУМЫНИЯ

Dr N. Ion-Nedelcu
NIP Manager
Department of Preventive Medicine
Ministry of Health
Str. Ministerului 1
70052 Bucharest

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

д-р А.А. Ясинский
связываться через д-ра Е.В. Косенко
Начальник Управления международных связей
Министерство здравоохранения Российской
Федерации
Рахмановский пер., 3
101431 ГСП Москва К-51

РЕСПУБЛИКА СЛОВЕНИЯ

Dr Alenka Kraigher
Director
Institute of Hygiene, Epidemiology
and Laboratory Diagnosis
Trubarjeva 2
Ljubljana

ТАДЖИКИСТАН

г-н А.Г. Копыльцов
первый Заместитель министра здравоохранения
Министерство здравоохранения Таджикистана
ул. Шевченко, 69
Душанбе 25

ТУРЦИЯ

Dr Nihal Babalioglu
Communicable Diseases Department
General Directorate of
Primary Health Care
c/o The Under-Secretary of State
Ministry of Health
Sihhiye, Ankara

ТУРКМЕНИСТАН

д-р Ю. Ахмамедов
Начальник Санитарно-эпидемиологического
управления
Министерство здравоохранения
Республики Туркменистан
Проспект Махтумкули, 95
744000 Ашхабад

УКРАИНА

г-н В.Ф. Мариевский
Заместитель министра здравоохранения
Министерство здравоохранения
Украины
ул. Грушевского, 7
252021 Киев

УЗБЕКИСТАН

д-р Р.А. Касымов
Начальник Санитарно-эпидемиологического
управления
Министерство здравоохранения
Республики Узбекистан
ул. Навои, 12
Ташкент 70011

ФЕДЕРАТИВНАЯ РЕСПУБЛИКА ЮГОСЛАВИЯ
(Сербия и Черногория)

Dr Olga Dulovic
Department of Infectious Disease
Institute of Communicable and
Tropical Diseases
University Clinical Centre
16, Bulevar JNA
Belgrade

ВРЕМЕННЫЕ КОНСУЛЬТАНТЫ

Dr D.M. Salisbury
Principal Medical Officer
Room 338, HM(M)1
Department of Health
Friars House
157-168 Blackfriars Road
London SE1 8EU
United Kingdom

Д-р Б. Быченко
Центральный научно-исследовательский
институт эпидемиологии
ул. Новогиреевская, 3-а
111123 Москва
Российская Федерация

НАБЛЮДАТЕЛИ

Dr Vittorio Carreri
Quinta Regionale
Settore Sanita Igiene
Servize Igiene Pubblica
Via Stresa, 24
20125 Milano
Italy

Dr V. Ghetti
Fondazione SmithKline
WHO Collaborating Centre for Manpower
and Health
Palazzi dei Congressi
Corso Magenta 59
20123 Milano
Italy

Dr Marco Oppizio
Biological and Paediatric
Products Director
Smith Kline and French
Via Zambelletti
20021 Milano
Italy

Dr Carlo Resti
Quinta Regionale
Settore Sanita Igiene
Servize Igiene Pubblica
Via Stresa, 24
20125 Milano
Italy

Mr M. Roumiantzeff
Scientific Director EEC Affairs
Pasteur-Merieux Serums et Vaccins
58, Avenue Leclerc, B.P. 7046
69348 Lyon Cedex 07
France

Mr W. Vandersmissen
Director Government Affairs and
Business Support
Smithkline Beecham Biologicals s.a.
Rue de l'Institut 89
B-1330 Rixensart
Belgium

ДРУГИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

ROTARY INTERNATIONAL

Ms Mary Anne Pace
Technical Specialist, Polio Plus Program
The Rotary Foundation
Rotary International
One Rotary Center
1560 Sherman Avenue
Evanston, Illinois 60201
USA

Dr Unal Ural
Polio Plus Program
Rotary International
Cinnah Caddessi 76/7
Ankara 06680
Turkey

Mr Cetin H. Demirman
National Chairman
Polio Plus Program
Rotary International
Yeni Istanbul Carsisi D. Blok
Kat 2 Almedag Cad. 81250
Umraniye Istanbul
Turkey

Dr Cirino Fichera
Universita degli Studi di Catania
Corso Italia 85
Catania, Sicilia
Italy

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕТСКИЙ ЦЕНТР

Dr Nicole Guerin
Chateau de Longchamp
F-75016 Paris
France

ПЕРЕВОДЧИКИ-СИНХРОНИСТЫ

Mr M. Howard (team leader)
WHO/HQ
Geneva
Switzerland

Ms T. Borowiec
2, Avenue de Warens
1203 Geneva
Switzerland

Ms E. Horneffer
20, Avenue du Mail
1205 Geneva
Switzerland

Mr Victor M. Ronnet
3, rue Salvador Allende
F-92240 Malakoff
France

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Штаб-квартира

Dr H. Hull
Медицинский сотрудник, ЕРІ/НҚ (РПИ)

Dr H. Zoffmann
Медицинский сотрудник, ЕРІ/НҚ (РПИ)

Европейское региональное бюро

Dr Alan P. Kendal
Сотрудник Программы иммунизации

д-р Г. Облапенко
И.о. регионального консультанта по
инфекционным болезням

Вспомогательный персонал

Loreta Colatosti
Ассистент программы
Инфекционные болезни

Johanna Kehler
Секретарь
Ликвидация полиомиелита