E: 50009

EUR/ICP/EPI 030(G)
04464
ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

ПЛАНИРОВАНИЕ ПОСТАВОК ВАКЦИН И ПОЛИТИКА ИММУНИЗАЦИИ ДЕТЕЙ В ЦЕНТРАЛЬНОАЗИАТСКИХ РЕСПУБЛИКАХ И КАЗАХСТАНЕ

Отчет о совещании ВОЗ/ЮНИСЕФ

Бишкек, Кыргызстан
2-4 ноября 1993 г.

1994 г.

Задача 5 ЗДВ/ЕРБ ВОЗ

РЕЗЮМЕ

На данном совещании было рассмотрено положение дел с поставками вакцин, необходимых для иммунизации грудных детей, и были подтверждены продолжающиеся или даже усугубляющиеся проблемы, связанные с обеспечением надежных поставок вакцин от производителей в России. На нем также была выработана и согласована политика использования вакцин, поставленных в виде донорской помощи; в частности, эта политика предусматривает использование таких вакцин лишь для иммунизации детей в возрасте до одного года (базовая вакцинопрофилактика). Представители доноров, присутствовавшие на данном совещании, обязались предоставить 1 млн. долл. США для приобретения вакцин и оборудования, необходимого для поддержания холодовой цепи, при этом первоочередной задачей является удовлетворение неотложных потребностей в этой области в Казахстане и Узбекистане. Предполагается также предоставление дополнительной донорской помощи. Были обсуждены предложения по более долгосрочным мерам разрешения стоящих перед рассматриваемыми странами трудностей, которые, в частности, включали проведение - в партнерстве с Международной федерацией обществ Красного Креста и Красного Полумесяца - проекта, направленного на оказание помощи этим странам в деле приобретения вакцины БЦЖ. Второе предложение заключалось в создании международного консорциума с целью поддержания вакцинопрофилактики грудных детей в ближайшие пять лет. На совещании была также принята Бишкекская декларация по иммунизации грудных детей, в которой содержится призыв развивать такого рода партнерские отношения и сотрудничество, с тем чтобы добиться самообеспеченности стран в деле приобретения вакцин.

СОДЕРЖАНИЕ

Стр.

Резюме

На совещании было рассмотрено положение дел с поставкой вакцин, необходимых для иммунизации детей грудного возраста, и подтверждены проблемы, связанные с обеспечением надежных поставок со стороны производителей в России. Как уже указывалось на предыдущих совещаниях, проблемы с поставками вакцин связаны с резким увеличением цен (до 1000% за последние 1-2 года) и трудностями, связанными с переводом платежей. Ввиду трудностей, испытываемых в странах в деле изыскания достаточных финансовых средств или в их переводе изготовителям в России, очевидна необходимость максимального повышения эффективности использования имеющихся вакцин. С учетом вышеуказанного было достигнуто состоящее из восьми пунктов соглашение относительно политики использования вакцин.

1. Наибольшую пользу приносят базовые прививки, сделанные в течение первого года жизни (одна доза вакцины БЦЖ, три дозы вакцины АКДС, четыре дозы ОПВ и одна доза коревой вакцины), и поэтому первоочередное внимание следует уделить достижению высокого охвата детского населения именно этими прививками.

2. Дополнительные дозы вакцин после первого года жизни различаются по своей эффективности и являются менее приоритетными.

3. Все вакцины, полученные в виде донорской помощи, следует использовать для иммунизации грудных детей.

4. Гепатит В в настоящее время, по-видимому, является серьезной проблемой в ряде центральноазиатских республик и в Казахстане, однако вакцина против гепатита В является дорогостоящей. Ввиду этого рекомендуется, чтобы международная рабочая группа рассмотрела имеющиеся данные и, в случае необходимости, провела сбор дополнительных данных, что

позволит сделать конкретные рекомендации в отношении включения вакцины против гепатита В в рутинные программы иммунизации.

5. Использование моновакцины против эпидемического паротита гораздо менее приоритетно по сравнению с вакцинами, используемыми в Глобальной РПИ. Отдельные республики могут рассмотреть вопрос о том, является ли ее использование действительно полезным и не могут ли они исключить ее из своих программ иммунизации.

6. Следует предпринять все соответствующие меры в области организации, разработки политики и материально-технического снабжения с целью снижения потерь вакцин. Для этой цели полезным может оказаться использование ампул с вакциной БЦЖ, содержащих меньшее число доз. Следует предпринять все усилия для того, чтобы не была потеряна ни одна возможность вакцинации детей.

7. Для обеспечения необходимого охвата детского населения прививками необходимы не только вакцины, но и техническая помощь программы подготовки кадров, а также оборудование и поставки, необходимые для поддержания холодовой цепи.

8. Запросы, поступающие от стран, желающих провести национальные дни вакцинации с целью ликвидации полиомиелита, либо запросы с просьбой предоставить вакцину АДС-М (т.е. вакцину, содержащую нормальную дозу столбнячного анатоксина и уменьшенную дозу дифтерийного анатоксина), необходимую для предупреждения или борьбы со вспышками дифтерии, следует указывать отдельно; эти запросы будут удовлетворяться в дополнение к потребностям, связанным с проведением рутинной вакцинации в рамках РПИ.

Было отмечено, что больше всего нуждаются в гуманитарной помощи Казахстан и Узбекистан. В Узбекистане,

по-видимому, имеется большое число неиммунизированных или недостаточно иммунизированных детей, что объясняется нехваткой вакцин в 1993 г., несмотря на недавние экстренные поставки вакцин со стороны Японии, ЮНИСЕФ и ВОЗ. В ходе совещания представители организаций-доноров взяли на себя обязательство предоставить по меньшей мере 1 млн. долл. США для прямой закупки ЮНИСЕФ вакцин или оборудования, необходимого для поддержания холодовой цепи, что поможет Казахстану и Узбекистану преодолеть нынешний кризисный период.

Что касается всех других стран, представленных на данном совещании, то в их отношении были уже приняты обязательства по предоставлению донорской помощи, которая будет использована для обеспечения их вакцинами в конце 1993 г. или начале 1994 г. Тем не менее многие запланированные прививки грудных детей были отложены, а нынешний охват грудных детей базовыми прививками гораздо ниже обычного. Жизненно важным представляется перспективное планирование с целью удовлетворения потребностей рассматриваемых стран во второй половине 1994 г.

Была также предложена дополнительная краткосрочная поддержка в виде пожертвований вакцин и технической помощи. Доноры и потенциальные доноры поддержали предложенную ВОЗ и ЮНИСЕФ концепцию об учреждении международного "консорциума", который смог бы обеспечить, основываясь на принципах справедливости, адекватное снабжение вакцинами в ближайшие годы. Также необходима поддержка для создания надлежащих систем хранения вакцин (т.е. обеспечение надлежащей холодовой цепи) и их распределения, а также для достижения этими странами самообеспеченности в этой области. ВОЗ и ЮНИСЕФ вместе с донорами проведут в начале 1994 г. еще одно совещание по этому вопросу, задачи которого будут включать организацию такого "консорциума" и планирование долгосрочной помощи.

Предварительные предложения были сделаны в отношении технического сотрудничества в следующих областях:

а) обеспечение качества вакцины БЦЖ, изготавливаемой в Москве (с участием Международной федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца и Европейского регионального бюро ВОЗ), с тем чтобы помочь тем странам, которые желают этого, возобновить практику закупок вакцины БЦЖ у данного изготовителя;

б) проведение в одной или нескольких странах проектов по улучшению подходов к борьбе с туберкулезом, с тем чтобы повысить эффективность прививок БЦЖ у грудных детей;

в) организация обзора положения дел с гепатитом В, который бы позволил определить направления дальнейшей помощи в борьбе с этой болезнью со стороны международного сообщества.

Помимо этого был принят документ ("Бишкекская декларация"), в котором подтверждалась приверженность всех представленных на совещании стран цели достижения и поддержания полной вакцинации детей, а также самообеспеченности в области финансирования необходимых поставок вакцин. Этот документ будет направлен министрам здравоохранения для их подписи.

Введение

Совещание ВОЗ/ЮНИСЕФ по планированию поставок вакцин и политики иммунизации детей для центральноазиатских республик и Казахстана было проведено в Бишкеке (Кыргызстан) 2-4 ноября 1993 г. В этом совещании приняли участие 16 представителей участвующих стран (Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан), 4 временных консультанта, 10 представителей правительственных организаций, 4 представителя неправительственных организаций, 4 представителя других организаций и 4 представителя других учреждений ООН.

Председателями пленарных заседаний были д-р Б. Шапиро и д-р D. Hareide, а председателями специальных заседаний и заседаний рабочих групп были д-р В.Н. Девятко и д-р A.R. Hinman. Составителями отчета были д-р A.R. Hinman и д-р H. Sandblad. В Приложениях 2 и 3 приведены перечни рабочих материалов и исходных документов, а также участников совещания.

Цели

Три основные цели данного совещания включали:

а) проведение оценки неотложных потребностей в вакцинах в каждой стране, с тем чтобы помочь донорам, присутствующим на совещании, принять правильные решения на ближайшую перспективу;

б) разработка политики поддержания должного уровня иммунизации детей в центральноазиатских республиках в среднесрочной и долгосрочной перспективе;

в) выработка планов реализации политики, рекомендованной в ходе данного совещания.

На совещании был также подчеркнут принцип обеспечения справедливости при поставке и использовании вакцин в странах-участницах.

Доклады о положении дел в странах

Для всех стран были характерны следующие общие проблемы, связанные с поставками вакцин.

- В последние 1-2 года цена вакцин, поставляемых изготовителями в России, резко возросла (иногда на 1000%), и по нынешним обменным курсам в ряде

случаев она равна цене вакцин от международных изготовителей, покупаемых ЮНИСЕФ. В силу нехватки средств странам-участницам трудно выплачивать такие суммы.

- Даже в тех случаях, когда страны пытались направить оплату изготовителям в России, в результате проблем, связанных с переводом денег, эти суммы часто возвращались обратно.

- Когда страны ввели новые национальные валюты, это еще более осложнило ситуацию в этой области.

Ввиду всего вышеуказанного поставки вакцин от российских изготовителей в 1993 г. варьировали от 0-10% всех заказов (Казахстан, Кыргызстан и Таджикистан) до адекватной поставки некоторых вакцин (Туркменистан). Сообщаемые показатели охвата детей прививками в 1993 г. (по данным, имеющимся на сегодняшний день) были низкими (см. Приложение 1), хотя предполагается, что эти показатели будут улучшены к концу года.

Неопределенность относительно поставок вакцин в 1994 г. была чрезвычайно высокой. В частности, Казахстан охарактеризовал положение дел как "катастрофическое". Более того, выяснилось, что в Узбекистане очень высокий процент детей не был полностью иммунизирован в 1993 г. из-за нехватки вакцин.

Сводка данных об известных пожертвованиях вакцин приведена в Приложении 1. Эта сводка будет обновлена с целью включения поставок из России, как только эта информация будет сообщена ВОЗ. Что касается местного производства вакцин, то следует отметить, что единственное такое предприятие находится в Ташкенте, где производится вакцина БЦЖ: около 150 000 комплектов вакцины БЦЖ в год (речь, по-видимому, идет об ампулах, содержащих 20 доз вакцины, и растворителе), что позволяет удовлетворить почти полностью потребности Узбекистана в соответствии с его нынешним календарем прививок.

Одним из вопросов, обсужденных на данном совещании, был вопрос о "потребностях" в вакцинах. Когда страны

дают описание своего положения дел с поставками вакцин лишь в виде процента от общих потребностей, очень важно дать описание не только числителя, но и знаменателя: "потребности" являются завышенными, если при их подсчете учитываются множественные ревакцинации или предупреждаемые потери вакцин.

Каждой стране, помимо отчетов с количественными данными о поставках и запасах вакцин, было предложено предоставлять секретариату дополнительные отчеты. В полученных на сегодняшний день отчетах такого рода дано описание целого ряда вопросов. В частности, эти отчеты показали определенные различия показателей заболеваемости в рассматриваемых странах. Так, в Туркменистане не было зарегистрировано ни одного случая дифтерии, в то время как в других странах имело место некоторое повышение этого вида заболеваемости, хотя далеко не в эпидемических масштабах. Аналогичным образом эти страны сообщили только об отдельных случаях полиомиелита. Вспышки кори имели место в большинстве стран. Эти отчеты будут анализироваться в Европейском региональном бюро по мере их получения и будут предоставляться желающим с ними ознакомиться по соответствующему запросу.

Презентации экспертов

Каждый член группы экспертов представил исходную информацию, имеющую отношение к рабочей группе по политике в области вакцинации.

Туберкулез

Проф. Ludek Trnka, директор Европейского региона Международного союза борьбы с туберкулезом и болезнями легких, сообщил, что одна треть населения мира заражена туберкулезом и что каждый год в мире регистрируется 10 млн. новых случаев этой болезни и 3 млн. случаев смерти от туберкулеза. Каждый год производится около 3 млрд. прививок вакциной БЦЖ.

БЦЖ защищает только от серьезных форм туберкулеза детей младшего возраста; она не защищает от инфекции и не дает иммунизацию на всю жизнь (а только на 5-6 лет). В районах с высокой распространенностью этой инфекции, таких как центральноазиатские республики, БЦЖ является одним из важнейших компонентов программы борьбы с этой болезнью. В этих районах прививку БЦЖ следует проводить в течение первых нескольких дней жизни. Для этого нужна лишь одна доза, и она должна обеспечить защиту привитого ребенка на несколько лет. Не имеется никакой необходимости в проведении рутинных туберкулиновых проб, так как медицинским работникам достаточно лишь проверить, имеется ли у данного пациента рубчик, оставшийся после прививки БЦЖ, чтобы определить, кто из людей не был вакцинирован в детском возрасте. Дополнительные дозы БЦЖ следует назначать лишь только тем людям, которые не были иммунизированы и проживают в районах с высокой распространенностью туберкулеза. Вакцинация БЦЖ - это только один из компонентов программы борьбы с туберкулезом, и позитивные аспекты иммунизации грудных детей вакциной БЦЖ не будут реализованы до тех пор, пока не будут четко проводиться другие элементы программы борьбы с туберкулезом.

Организация программы иммунизации и стоимость вакцин РПИ в Малайзии

Д-р Keong-Bin Но, помощник директора служб здравоохранения при Министерстве здравоохранения Малайзии, сообщил об основных медико-санитарных показателях в стране, таких как материнская и младенческая смертность, которые значительно снизились за последние 20 лет от уровней, которые были аналогичны показателям, наблюдаемым сейчас в центральноазиатских республиках и Казахстане. Программа иммунизации в Малайзии основана на использовании импортных вакцин и затраты на их приобретение покрываются государством. Ввиду этого, при принятии решений о календаре прививок учитывается стоимость вакцин. Нынешний календарь прививок включает прививку БЦЖ сразу после родов; прививку против гепатита В - сразу после родов и через 1 и 5 месяцев; прививку

ОПВ - в возрасте 3, 4, 5 и 18 месяцев; прививку АКДС - в возрасте 3, 4, 5 и 18 месяцев; и коревую прививку в возрасте 9 месяцев. Нынешний охват детского населения прививками АКДС (3 дозы) и ОПВ (3 дозы) составляет 92%, коревыми прививками - 82% и прививками против гепатита В - 87%. Благодаря этой программе заболеваемость вышеуказанными болезнями резко снизилась. Стоимость вакцин для программы иммунизации составляет порядка 8 долл. США на ребенка, из которых 6 долл. США приходятся на вакцину против гепатита В.

Проведение программы иммунизации в Соединенных Штатах Америки

Д-р Alan Hinman (директор Национального центра профилактических служб при Центрах по борьбе с болезнями) сообщил, что программа иммунизации детей в Соединенных Штатах Америки оказалась необычайно эффективной в плане снижения частоты предупреждаемых вакцинацией болезней (на 90% или более) при использовании ограниченного числа доз. Благодаря существованию закона, в соответствии с которым поступающие в школы дети должны пройти прививки, 97% школьников или более вакцинированы против дифтерии, кори, коклюша, полиомиелита, столбняка. Вакцины против эпидемического паротита и краснухи включены в коревую вакцину.

Однако США были менее успешны в области иммунизации грудных детей, являющихся наиболее подходящей целевой группой. Собственно говоря, уровень привитости у двухлетних детей, согласно оценкам, составляет лишь порядка 50-60%. В настоящее время осуществляется крупная инициатива, направленная на повышение уровня вакцинации грудных детей. Важным компонентом этой инициативы была разработка стандартов для практики вакцинации детей; эти стандарты были разработаны официальными органами здравоохранения в сотрудничестве с педиатрами и другими предоставителями медицинских услуг в частном секторе. В частности, эти стандарты требуют, чтобы медицинские работники использовали все медицинские контакты с пациентами для проведения необходимых прививок, учитывали только истинные противопоказания к прививкам,

учредили систему выявления детей, нуждающихся в прививках, а также получали непрерывное образование и подготовку с целью ознакомления с нынешними рекомендациями в отношении вакцинопрофилактики. Даже в США соображения, касающиеся стоимости вакцин, замедлили внедрение новых вакцин в рутинную практику иммунизации всего населения. Использование вакцин против гепатита В и *Haemophilus influenzae* увеличивается с каждым годом.

Использование паротитной вакцины

Д-р S. Jepsen (директор Отдела международного здрвоохранения при Государственном институте сыворотки, Дания) отметил, что скандинавские эксперты обсудили вопрос о пользе иммунизации против эпидемического паротита в странах Балтии. Как и в других республиках бывшего СССР, дети в странах Балтии получали паротитную вакцину в возрасте 1,5 лет начиная с 1985 г. Показатель охвата составляет около 75%. Несмотря на то, что в этих странах имело место значительное снижение частоты этого заболевания, результаты сероэпидемиологического исследования в Литве показали, что 14% молодых людей и 4% людей среднего возраста имеют отрицательную серологическую реакцию. Точно такая же картина наблюдалась и в Дании до того, как начали проводиться прививки против эпидемического паротита. В результате обсуждений экономической эффективности использования моновакцины против эпидемического паротита был сделан вывод о том, что такая вакцинация целесообразна только в тех случаях, если можно гарантировать охват детского населения, превышающий 90%, и дальнейшее его поддержание на этом уровне.

Дополнительные расходы на ревакцинацию

Д-р Öztek (профессор общественного здравоохранения и педиатрии в Хасеттепском университете, Турция) напомнил участникам совещания о том, что ни один календарь прививок не является идеальным и что в этой связи важно определить приоритеты, потребности и возможности в каждой стране. В качестве примера им была использована

такая теоретическая ситуация, как использование вакцины с 85%-ной эффективностью в виде одной дозы. По-видимому, введение второй дозы сможет повысить общую эффективность до 96%, удваивая в то же время стоимость вакцинации. В условиях ограниченных ресурсов необходимо принять решение о наилучшем их использовании. Наиболее важным представляется обеспечение максимального охвата населения базовыми, а не бустерными прививками. Помимо того, что это является наиболее экономически эффективным использованием вакцин, следует отметить, что дети, которым не была проведена первая запланированная прививка, скорее всего относятся к группе детей, вакцинация которых связана с большими сложностями и которые скорее всего не будут охвачены и при проведении ревакцинации.

Политика иммунизации

После презентации экспертов, для обсуждения вопроса об использовании вакцин была создана соответствующая рабочая группа. Имелось широкое согласие относительно того, что в календарь базовых прививок в течение первого года жизни следует включить дозу вакцины БЦЖ, даваемую детям сразу же или как можно скорее после рождения. Три дозы АКДС, четыре дозы ОПВ (первая доза дается в неонатальном периоде) и разовую дозу коревой вакцины следует давать детям в первый год жизни. После первого года жизни подходы к календарю прививок в значительной степени различались между разными республиками: общее число рекомендуемых доз вакцины БЦЖ варьировало от 3 до 4, вакцины АКДС (включая вакцину АДС-М), варьировало от 4 до 8 доз, а число доз ОПВ варьировало от 6 до 8. Все республики рекомендовали использование двух доз коревой вакцины, четыре республики рекомендовали рутинное использование паротитной вакцины и три республики - использования вакцины против гепатита В.

Имела место оживленная дискуссия относительно необходимости бустерных прививок вакциной БЦЖ. Во всех центральноазиатских республиках имеется политика ревакцинации лиц с отрицательной туберкулиновой пробой.

Участники совещаний имели различные мнения относительно необходимости ревакцинации, а также проведения туберкулиновой пробы перед ревакцинацией (в отличие от практики использования в качестве показателя ранее успешно проведенной прививки оставшегося после нее рубчика на коже). Все участники придерживались мнения, что наиболее важным моментом является поставка вакцины БЦЖ в количествах, позволяющих провести первую прививку БЦЖ у всех новорожденных и что все вакцины БЦЖ, предоставляемые в виде гуманитарной помощи, должны использоваться именно для этой цели.

Среди участников также имелось общее согласие относительно того, что прививки вакциной БЦЖ являются лишь одним из компонентов эффективной программы борьбы с туберкулезом и что имеется значительная потребность в общем усовершенствовании противотуберкулезных программ.

Рабочая группа поддержала ряд стратегий, представленных совещанию в целом для внесения соответствующих поправок и их принятия в виде рекомендаций. Таким образом, заключительные рекомендации о стратегиях иммунизации детей в Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане являются следующими.

1. Наибольшую пользу от вакцинации можно получить, когда прививки производятся в течение первого года жизни (одна доза вакцины БЦЖ, три дозы вакцины АКДС, четыре дозы вакцины ОПВ и одна доза коревой вакцины), и основной приоритет следует уделить достижению высокого охвата детского населения именно этими прививками.

2. Дополнительные дозы вакцин после первого года жизни ребенка различаются по эффективности и имеют меньшую приоритетность.

3. Все вакцины, полученные в виде пожертвований, следует использовать для иммунизации грудных детей.

4. Гепатит В представляется серьезной проблемой в ряде центральноазиатских республик и в Казахстане, однако вакцина против этой болезни является дорогостоящей. В связи с этим рекомендуется провести силами международной рабочей группы обзор имеющихся данных, а также - в случае необходимости - сбор дополнительных данных, с тем чтобы можно было сделать конкретные рекомендации относительно включения вакцины против гепатита В в рутинный календарь прививок.

5. Моновакцина противэпидемического паротита является гораздо менее приоритетной, чем вакцины Глобальной РПИ. В отдельных республиках может быть рассмотрен вопрос о том, является ли использование этой вакцины действительно полезным и не следует ли ее исключить из национальных программ иммунизации.

6. С целью снижения потерь вакцин следует приложить все необходимые усилия в таких областях, как организация работы, выработка соответствующей политики и материально-техническое обеспечение. Полезным в этом отношении может оказаться использование ампул вакцины БЦЖ, содержащих меньшее количество доз. Следует предпринять все усилия для того, чтобы устранить "потерянные возможности" для вакцинации детей.

7. В дополнение к вакцинам страны нуждаются в технической помощи, системах подготовки кадров, а также в оборудовании и поставках, необходимых для поддержания холодовой цепи.

8. В тех случаях, когда страны хотят организовать национальные дни вакцинации в рамках кампании по ликвидации полиомиелита или просят предоставить вакцину АДС-М с целью ее использования для предупреждения вспышек дифтерии или борьбы с ними, эти заявки должны составляться отдельно; они будут

рассматриваться в дополнение к удовлетворению потребностей в рутинной иммунизации вакцинами РПИ.

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПОСТАВОК ВАКЦИН И ФИНАНСИРОВАНИЯ

Эти вопросы были обсуждены в рамках второй рабочей группы и на последующих заседаниях Совещания.

Предложения от Международной федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (МФОКК) относительно оказания помощи при приобретении вакцины БЦЖ и, возможно, оральной полиомиелитной вакцины

Д-р H. Sandblad, представляющий Московскую региональную делегацию Международной федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, дал описание предложения, разработанного при содействии Регионального бюро ВОЗ и касающегося оказания помощи при закупке вакцины БЦЖ и, возможно, вакцины ОПВ, у изготовителей в Москве. Федерация испытывает озабоченность по поводу снижения охвата детского населения прививками в бывшем СССР. Федерация хочет помочь оптимизировать обычные механизмы закупки вакцин с помощью следующих путей.

- Вакцины будут закупаться централизовано в Москве по согласованной цене, которая в идеале должна быть значительно ниже цен ЮНИСЕФ. Для реализации этой цели потребуется помощь международных доноров.

- Федерация будет сотрудничать с изготовителями вакцин с целью организации адекватной доставки вакцин в соответствующие республики.

- На практике Федерация будет передавать закупленные вакцины в дар национальному обществу Красного Креста или Красного Полумесяца в стране, которое затем передаст их Министерству здравоохранения. Министерство здравоохранения будет выплачивать национальному обществу сумму (в местной валюте), равную закупочной цене.

Это было предложено в качестве временной меры, которая должна помочь установить нормальные процедуры закупок, которые в настоящее время не срабатывают. Желательные результаты включают стимулирование местного производства вакцин, совершенствование процедур обеспечения качества, используемых изготовителями и национальными контролирующими органами, учреждение механизмов для обеспечения транспортной холодовой цепи от изготовителя до страны-реципиента, а также оказание помощи в обеспечении полной базовой вакцинации детей в странах бывшего СССР. После обсуждений, в которых приняли участие заместители директоров московских институтов, изготовляющих вакцину БЦЖ и оральную полиомиелитную вакцину, а также комментариев представителей стран-участниц был распространен проект меморандума с описанием предложений, который предназначен для его рассмотрения участвующими в совещании странами.

После дальнейших обсуждений в ходе совещания Кыргызстан, Таджикистан и Туркменистан подтвердили свою заинтересованность в предложении МФОКК относительно приобретения вакцины БЦЖ. Эти страны, а также Узбекистан выразили интерес к возможности получения вакцины ОПВ аналогичным образом. Казахстан не был представлен на этих обсуждениях, и он будет поставлен в известность о рассмотренных на них вопросах.

Новый источник поставок одобренных ВОЗ коревой вакцины и, возможно, вакцины АКДС

На совещании было сообщено о недавнем одобрении ВОЗ коревой вакцины и возможном одобрении вакцины АКДС, изготавливаемых частным производителем в Индии, так как такие вакцины, возможно, будут в будущем распро-

страняться через ЮНИСЕФ. На данный момент этот изготовитель представляется наименее дорогостоящим источником вакцин. Участники совещания имели возможность задать представителю этого изготовителя вопросы, относящиеся к эффективности вакцины и клиническим данным о ее использовании. Коревая вакцина из Индии представляет собой первый такой продукт из развивающихся стран, который получил одобрение ВОЗ, и Индия будет счастлива стать поставщиком вакцин в новые независимые страны и установить с ними дружественные отношения, которые у нее ранее существовали с СССР.

Роль стран-доноров с точки зрения предоставления вакцин и других видов поддержки

Участникам совещания было сообщено о том, что различные страны и организации проявляют самый непосредственный интерес к налаживанию системы поставок вакцин в рассматриваемом регионе. Среди этих стран можно назвать Данию, Норвегию, Тайвань, Турцию, Соединенные Штаты Америки и Японию.

Дания может предоставить техническую помощь Министерства здравоохранения через Государственный институт сывороток. Норвегия может также оказать техническую поддержку, а также предпринимает усилия для изыскания пожертвований, для того чтобы поставить вакцины, необходимые для региона Центральной Азии. Что касается Тайваня, то для него это была первая возможность поближе ознакомиться с данным регионом, и он выразил готовность оказать соответствующую техническую и материальную помощь. Турция уже предоставила республикам Центральной Азии лекарственные средства на сумму свыше 2 млн. долл. США, а также изъявила готовность поддержать усилия в области вакцинопрофилактики. Соединенные Штаты Америки являются партнером Японии, которая уже официально обещала внести взнос в размере 4 млн. долл. США в 1993 г. для оказания помощи с закупками вакцин для республик бывшего СССР (за исключением России); около 75% этой суммы уже выделено. Вклад США в эту помощь включает предоставление технической поддержки и некоторых видов оборудования для холодовой цепи. Из

числа стран, присутствующих на совещании, Кыргызстан и Туркменистан являлись реципиентами поддержки со стороны японско-американского проекта. Япония также предоставила экстренные поставки вакцин для Казахстана, Кыргызстана и Узбекистана в августе 1993 г. через ЮНИСЕФ и ВОЗ.

Имеются также и другие действительные или потенциальные доноры (например Нидерланды и Швеция), которые не смогли прислать своих представителей на данное совещание.

Роль международных организаций

Международный союз борьбы с туберкулезом и болезнями легких (МСБТБЛ) проявил большую заинтересованность в работе с республиками Центральной Азии, имея прежде всего в виду проведение экспериментальных проектов по борьбе с туберкулезом. Генеральный директор МСБТБЛ направит письма соответствующим министрам здравоохранения с предложением этим странам присоединиться к Союзу.

Вновь созданный Восточноевропейский комитет PoliPlus при Ротари Интернешнл готов оказать помощь работе по ликвидации полиомиелита. Крепкие партнерские взаимосвязи между Ротари Интернешнл, ЮНИСЕФ, ВОЗ и национальными правительствами, установленные с самого начала кампании по ликвидации полиомиелита, оказались очень эффективными. Помимо значительных сумм, выделенных Ротари Интернешнл на приобретение вакцин и оказание технической помощи, члены этой организации во всем мире приняли активное участие в этой инициативе и внесли значительный вклад в виде материальных и иных пожертвований. Ротари Интернешнл надеется на скорейшее получение от центральноазиатских республик конкретных предложений относительно вакцин РПИ (особенно ОПВ) и проявляет большой интерес к участию в рекомендуемых ВОЗ стратегиях по ликвидации полиомиелита. Эта организация выражает свою готовность оказать поддержку активным мероприятиям по ликвидации полиомиелита (особенно на стадии завершающих мер по ликвидации этой

болезни), если таковые будут проводиться в республиках Центральной Азии (и Азербайджане).

БИШКЕКСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ

Проект этой Декларации был обсужден в ходе двух пленарных заседаний, после чего были приняты ее окончательные варианты на английском и русском языках. Декларация будет направлена в окончательной форме в каждое министерство здравоохранения для соответствующей подписи.

МЕЖДУНАРОДНАЯ ДОНОРСКАЯ ПОМОЩЬ

На основании данных, представленных участникам совещания, они пришли к мнению о том, что наиболее важные потребности включают обеспечение Казахстана и Узбекистана вакцинами и хотя бы минимально необходимым количеством новых национальных низкотемпературных хранилищ для вакцин. Представитель правительства Японии предложил сумму в размере 800 000 долл. США для закупки срочно требуемых вакцин и оборудования для каждой из этих стран.

Делегация Тайваня предложила предоставить в распоряжение ЮНИСЕФ 200 000 долл. США для приобретения вакцин и удовлетворения относящихся к вакцинации потребностей.

Делегация Турции сделала официальное обещание предоставить вакцину АКДС и коревую вакцину через ЮНИСЕФ; объемы поставок будут определены позднее.

Предпринимаются усилия для изыскания других источников поддержки, например в Норвегии. Соединенные Штаты Америки уже взяли на себя официальное обязательство выделить 500 000 долл. США для ЮНИСЕФ для закупки вакцин для Таджикистана.

Будущее международное сотрудничество

В ходе совещания состоялись предварительные обсуждения предложения ВОЗ и ЮНИСЕФ о создании "консорциума" доноров, с тем чтобы обеспечить совместное удовлетворение потребностей центральноазиатских республик и Казахстана в вакцинах, оборудовании для холодовой цепи, шприцах и других потребностях подобного рода. Такая поддержка необходима, поскольку общий бюджет ЮНИСЕФ, санкционированный для поддержки каждой страны, составлял лишь 1 млн. долл. США на страну в год для всех видов помощи, а этого явно недостаточно для приобретения нужного количества вакцин, и поэтому имеется потребность в донорской помощи.

Было принято решение о том, что следующее совещание организаций-доноров будет проведено в первом квартале 1994 г., на котором будут определены полномочия и рабочие процедуры международной группы, которая будет совместно заниматься поддержкой вакцинопрофилак-тики детского населения. Помимо этого, по возможности, на этом совещании желательно определить дальнейшие мероприятия, направленные на стабилизацию поставок вакцин в рассматриваемые страны и предоставление им иных видов помощи в 1994 г.

Приложение 1

ПОКАЗАТЕЛИ ОХВАТА ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРИВИВКАМИ

Предварительные данные об охвате детей грудного возраста базовыми прививками (взятые из устных презентаций в случае Кыргызстана и Туркменистана и письменных докладов Казахстана, Таджикистана и Узбекистана) приводятся ниже в виде процентов (1 доза вакцины БЦЖ, 3 дозы вакцины АКДС, 1 доза коревой вакцины, 3 дозы вакцины ОПВ).

Вакцина	Казахстан[а]	Кыргызстан[б]	Таджикистан[в]	Туркменистан	Узбекистан[а]
БЦЖ	92	29	90	71	98
Вакцина АКДС	86	35	87	57[г]	40
Коревая вакцина	87	45	85	73	90
Полиомиелитная вакцина	76	54	90	60	20

[а] Казахстан и Узбекистан: полная базовая вакцинопрофилактика детей в возрасте до 1 года.

[б] Кыргызстан: представленные данные относятся к детям до 2 лет.

[в] Таджикистан: представленные данные относятся только к первой дозе у детей в возрасте до 1 года.

[г] Этот обобщенный показатель, состоящий из 24% охвата детей прививками АКДС и 33% - дифтерийно-столбнячными прививками.

Следует отметить, что вышеприведенные показатели не являются окончательными и что определение "охват детского населения прививками" в большинстве случаев не является четким. Причинами низких показателей являются прежде всего проблемы, связанные с получением поставок

вакцин, заказанных у изготовителей вакцин в России. Поставки вакцин из России в 1993 г. были в целом гораздо ниже, чем в 1992 г., когда проблемы в этой области уже начали проявляться. Еще одной причиной являются задержки с организацией программ международной помощи после того, как была выявлена проблема, связанная с недостаточными поставками вакцин из России.

Еще одним фактором низких показателей охвата грудных детей прививками является тот факт, что не все вакцины, поставленные в виде гуманитарной помощи, были использованы для целей базовой вакцинопрофилактики, а могли быть использованы для ревакцинации более старших возрастных групп детей или взрослых.

Продолжающиеся поставки вакцин в Кыргызстан и Туркменистан со стороны США и ЮНИСЕФ, оплачиваемые, главным образом, японским правительством, могут привести к повышению общих показателей охвата в 1993 г., когда за этот год будут представлены окончательные данные о вакцинопрофилактике. Для того чтобы в 1994 г. обеспечить высокий уровень охвата грудных детей прививками, все еще необходимо провести большую работу по рационализации планирования поставок вакцин и их использования.

Приложение 2

РАБОЧИЕ ДОКУМЕНТЫ И ИСХОДНЫЕ СПРАВОЧНО-ИНФОРМАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ[a]

Рабочие документы

ICP/EPI/ 030(G)/6	Международный проект по поддержанию иммунизации грудных детей в центрально-азиатских республиках бывшего СССР, E. Birerdinc и A.P. Kendal
ICP/EPI/ 030(G)/7	Бишкекская декларация
ICP/EPI/ 030(G)/8	Презентация по Таджикистану

Справочно-информационные материалы

ICP/EPI 030(B)	Заключения и рекомендации совещания по поставке вакцин в ННГ, Копенгаген, 18-20 марта 1993 г.
ICP/EPI 030(B)/9	Перспективы партнерства в области поставки вакцин для ННГ. Презентация д-ра A.P. Kendal на совещании по поставке вакцин в ННГ, Копенгаген, 18-20 марта 1993 г. Иммунизация детей в США, A. Hinman Потребности в вакцинах в ННГ и оказываемая им донорская помощь, 1993 г., A.P. Kendal Противопоказания ВОЗ к вакцинам, используемым в РПИ. Перепечатка из *Еженедельника эпидемиологического учета*, 37, 279-281 (1988 г.) Осложнения после иммунизации и противопоказания для вакцин, используемых в Расширенной программе иммунизации, д-р S.Dittmann Нынешнее положение с БЦЖ-вакцинацией в мире, в частности в европейских странах, L. Trnka (только на русском языке)

[a] Экземпляры этих документов можно получить от Отделения CEE/V Европейского регионального бюро ВОЗ по адресу: 8 Scherfigsvej, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark.

Приложение 3

СПИСОК УЧАСТНИКОВ

Казахстан

Д-р В.Н. Девятко
Министр здравоохранения, Алматы

Д-р А. Дуйсекеев
Зам. министра здравоохранения, Алматы

Г-жа И.А. Айтмагамбетова
Ведущий специалист, Управление по внешним связям, Министерство здравоохранения, Алматы

Г-н Ауабов
Заместитель министра финансов, Алматы

Кыргызстан

Д-р Б.М. Шапиро
Заместитель министра здравоохранения, Бишкек

Д-р Сабигжан Абдикаримов
Руководитель санитарно-эпидемиологической службы, Бишкек

Д-р Жумабубу Доскеева
Руководитель, Управление охраны материнства и детства, Министерство здравоохранения, Бишкек

Проф. С.К. Кудайров
Директор, руководитель педиатрического отделения, Кыргызский медицинский инстиут, Бишкек

Д-р Виктор Глиненко
Главный государственный санитарный врач Чуйской области, Бишкек

Таджикистан

Д-р Анатолий Копыльцов
Заместитель министра здравоохранения, Душанбе

Г-н Мушигул Хасанов
Заместитель министра финансов, Душанбе

Туркменистан

Д-р Дж. Акмамедов
Директор, Санитарно-эпидемиологическая служба, Ашгабат

Д-р Анатолий Абрамов
Консультант, Кабинет министров, Ашгабат

Узбекистан

Д-р Ахрор Яркулов
Заместитель министра здравоохранения, Ташкент

Д-р Владислав Болкунов
Старший советник по вопросам здравоохранения, Кабинет министров, Ташкент

Г-жа Людмила Амбартсумова
Руководитель Управления финансирования здравоохранения, Министерство финансов, Ташкент

Временные консультанты

Dr Bodolf Hareide
Director, National Institute of Public Health, Oslo, Norway

Dr Alan R. Hinman
Director, National Center for Prevention Services, Centers for Disease Control, Atlanta, GA, USA

Dr Keong-Bin Ho
Assistant Director for Health Services, Ministry of Health, Kuala Lumpur, Malaysia

Dr S. Jepsen
State Serum Institute, Copenhagen, Denmark

Правительственные организации

Япония

Mr Kensuke Yoshida
Assistant Coordinator, NIS Assistance Division, Ministry of Foreign Affairs, Tokyo

Тайвань

Dr Po-Ya Chang
Director-General, Department of Health, Taipei

Dr Mei-Hsiang Ho
Department of Health, Taipei

Ms Chuan-Chuan Ruan
Department of Health, Taipei

Турция

Dr Mehmet Ali Biliker
Deputy General Director of Maternal and Child Health and Family Planning, Ministry of Health, Ankara

Dr Hasan Çelik
Department of External Relations, Ministry of Health, Ankara

Dr Birten Gükyay
Turkish International Cooperation Agency, Ministry of Foreign Affairs, Ankara

Dr Kubilay Orten
Head of Infectious Diseases Department, General Directorate of Primary Health Care, Minstry of Health, Ankara

Professor Zafer Öztek
Hacettepe University, School of Medicine, Department of Public Health, Ankara

США

Ms Paula Feeney
Сотрудник по общему развитию, Региональное бюро ЮСАИД для Центральной Азии, Алматы, Казахстан

Неправительственные организации

Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца

Dr H. Sandblad
Московская региональная делегация, Российская Федерация

Mr Tor Plantint
Общество Красного Креста, Алматы

Международный союз борьбы против туберкулеза и болезней легких

Professor Ludek Trnka
Director, Europe Region, Prague, Czech Republic

Ротари Интернешнл

Dr Unal Ural
Ankara, Turkey

Другие организации

Д-р Л.С. Белоусова
Заместитель директора, Отдел производства бактериальных препаратов, Научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Гамалея, Москва, Российская Федерация

Д-р Г. Белова
Заместитель директора, Институт полиомиелита и вирусных энцефалитов, Москва, Российская Федерация

Mr Gordon Larsen
REACH, Arlington, VA, USA

Dr S.S. Jadhav
Executive Director, Serum Institute of India Ltd., Pune, India

Другие учреждения ООН

ЮНИСЕФ (Пакистан)

Mr Ekrem Birerdinc
Area Representative for Central Asian Republics and Kazakhstan, Islamabad

Dr Gary Gleason
Consultant, Islamabad

Dr Claude Letarte
Islamabad

Ms Pauline Parkinson
Personal Assistant to the UNICEF, Camp Peshawar

Европейское региональное бюро ВОЗ

Д-р Alan P. Kendal
Руководитель, Программа "Вакцины для СЦВЕ/ННГ"

Г-жа Tanya Michaelsen
Ассистент по коммуникациям