EUR/ICP/EPI 034
06315
ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

ПЯТОЕ ЕВРОПЕЙСКОЕ СОВЕЩАНИЕ РУКОВОДИТЕЛЕЙ НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ В РАМКАХ РАСШИРЕННОЙ ПРОГРАММЫ ИММУНИЗАЦИИ

Отчет о совещании ВОЗ

Вена
2–4 июня 1993 г.

1995 г.

Задача 5 ЗДВ ЕРБ/ВОЗ

РЕЗЮМЕ

Политические и социально-экономические изменения, происшедшие за последние несколько лет в Европе, создали особые проблемы для программ иммунизации. Целый ряд стран, особенно из числа образовавшихся из бывшего СССР и бывшей Югославии, страдают от острого недостатка вакцин. Многочисленные вспышки в некоторых европейских странах таких ранее взятых под контроль болезней, как дифтерия и полиомиелит, вызывают большую озабоченность. Основная задача пятого совещания руководителей Европейских национальных программ Расширенной программы иммунизации заключалась в том, чтобы ускорить продвижение к ликвидации инфекционных болезней, упомянутых в рамках задачи 5 региональной стратегии достижения здоровья для всех и побудить страны предпринять надлежащие действия по своим национальным программам иммунизации и системам эпиднадзора. Участники отметили, что, несмотря на политические и социально-экономические изменения, затронувшие многие страны Региона в 1990-1992 гг., был достигнут определенный прогресс в расширении охвата иммунизацией и сокращении числа новых случаев таких инфекционных болезней, как полиомиелит, корь, краснуха и свинка. Участники рекомендовали, таким образом, укрепить национальные программы иммунизации и не допустить дальнейшего распространения дифтерии. Они также предложили информировать Региональный комитет на его сентябрьской сессии 1993 г. о том, что для достижения задачи 5 с 1994 г. понадобятся существенные дополнительные ресурсы. Если такие дополнительные ресурсы на закупки вакцин и укрепление программ не будут изысканы, необходимо будет пересмотреть задачу 5.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

Политические и социально-экономические изменения, происшедшие за последние несколько лет в Европейском регионе ВОЗ, создали особые проблемы для программы иммунизации. Массовая миграция, включая сотни тысяч перемещенных лиц, беженцев и лиц, обращающихся с просьбой об убежище, представляет значительные проблемы для медико-санитарной помощи как в восточно-, так и в западноевропейских странах. Многочисленные вспышки таких ранее взятых под контроль инфекций, как дифтерия и полиомиелит в некоторых европейских странах, вызывают глубокую озабоченность, и, кроме того, уже происходили случаи ввоза дифтерии в соседние страны. Эти проблемы еще более усугубляются острой нехваткой вакцин. Изменение эпидемиологической ситуации требует пристального внимания, и потребуются как национальные, так и международные усилия для предотвращения распространения вспышек и борьбы с дальнейшим распространением управляемых инфекций посредством иммунизации.

Пятое совещание руководителей европейских национальных программ Расширенной программы иммунизации (РПИ) проходило в Вене, Австрия, со 2 по 4 июня 1993 г. при поддержке со стороны европейских производителей вакцин, организаций Pasteur-Merieux, SmithKline Beecham и фондов Merieux и SmithKline.

В числе участников совещания были представители 41 европейской страны, сотрудники Европейского регионального бюро ВОЗ, штаб-квартиры ВОЗ и Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), а также наблюдатели от правительственных и неправительственных организаций. Рабочие документы и список участников представлены в Приложениях 1 и 2, соответственно.

Председателем совещания был сэр Joseph Smith, докладчиком - проф. S. Dittmann, а секретарем - д-р C. Roure. Рабочими языками совещания были английский и русский.

От имени Министерства здравоохранения, спорта и защиты потребителей Австрии участников приветствовал д-р Fritz, руководитель отдела международных отношений. От имени директора Европейского регионального бюро совещание открыл д-р М.С. Цешковский, директор отдела профилактики болезней и качества медико-санитарной помощи.

В память о покойном докторе Иване Мазаре, который внес столь значительный вклад в Европейскую программу РПИ, была соблюдена минута молчания.

Цели совещания были таковы:

- представление регионального плана действий по достижению новых оперативных целей, одобренных Европейской консультативной группой (ЕКГ) РПИ в феврале 1993 г.;
- ускорение продвижения к ликвидации болезней, предусмотренное в рамках региональной задачи 5 по достижению здоровья для всех, включая местную корь, свинку, врожденную краснуху, дифтерию, полиомиелит и неонатальный столбняк;
- побуждение стран к соответствующим действиям для создания и укрепления национальных систем эпиднадзора;
- уведомление менеджеров о новых областях развития программы, включая новые вакцины;
- представление регионального плана по снабжению вакцинами;
- обсуждение потребностей регионального бюджета на осуществление плана действий РПИ на 1994-1995 гг.

ОБСУЖДАВШИЕСЯ ВОПРОСЫ

Последние достижения РПИ в Европе

Несмотря на политические и социально-экономические изменения, затронувшие многие страны в Регионе с 1990 по 1992 гг., были достигнуты определенные успехи. Охват иммунизацией в Регионе несколько увеличился и достиг 84% по полиомиелиту, поддерживался на уровне 76% по БЦЖ и 80% по КДС/ДС. Число новых случаев полиомиелита снижалось в 1991 г. и 1992 г. Охват противокоревой вакциной снизился до 77%, в основном, в связи с нехваткой вакцин в новых независимых государствах на территории бывшего СССР. Тем не менее число случаев кори неуклонно сокращалось с 1989 по 1993 гг.

Среднее число новых случаев кори в течение периода 1987-1991 гг. показывает 75-процентное сокращение по сравнению с пятилетним периодом до иммунизации. В 1991-1992 гг. достигнуто замечательное сокращение числа новых случаев свинки и краснухи. Среднее число зарегистрированных случаев этих болезней сократилось на 80% в 1990-1991 гг. по сравнению с 1984-1986 гг. Число зарегистрированных новых случаев неонатального столбняка не изменилось с 1989 по 1991 гг. и оставалось на уровне 60-90 случаев в год по трем-четырем странам.

Что касается сообщений стран, представленных в Региональное бюро, имеется некоторое улучшение в эпиднадзоре, в основном, в отношении полиомиелита. К 1992 г. 37 стран представляли сообщения об охвате иммунизацией по районам; 45 стран помесячно сообщали о случаях полиомиелита; 17 стран продолжали представлять сообщения об отсутствии случаев полиомиелита, что на 4 больше, чем в 1991 г.; 35 стран сообщают данные по болезням, охватываемым РПИ, что представляет собой прогресс по сравнению с 26 странами в 1990 г. (причем 12 стран подают сведения еженедельно); в 6 странах был введен эпиднадзор за острым вялым параличом (ОВП), что представляет собой увеличение на 2 страны по сравнению с 1991 г.

Проблемы и трудности

Несмотря на значительные улучшения, необходимо укреплять эпиднадзор. Шесть стран не сообщают о случаях кори и свинки и только восемь стран представляют данные о синдроме врожденной краснухи. Стандартные определения случаев используются лишь в меньшинстве стран. Во многих странах методы подсчета охвата иммунизацией неточны. Особые проблемы были отмечены в странах с растущей приватизацией медицинских служб, поскольку частный сектор наименее надежен с точки зрения отчетности об иммунизации и заболеваниях.

Во многих странах испытывается потребность создать или укрепить сети эпиднадзора на базе лабораторий, особенно в отношении дифтерии и полиомиелита, но также и в отношении кори, свинки и врожденной краснухи в тех странах, которые приближаются к поздним и конечным этапам программ ликвидации. В тех немногих странах, где столбняк у новорожденных все еще представляется проблемой, были приняты меры для выявления способствующих заболеванию факторов и принятия соответствующих мер.

Были также выявлены следующие другие проблемы:

- эпидемии дифтерии в Российской Федерации и Украине все еще не взяты под контроль и происходит вывоз случаев в другие страны;
- многие государства-члены проявляют в недостаточной степени политическую приверженность своим национальным программам иммунизации;
- лишь несколько государств-членов утвердили национальные задачи по иммунизации;
- срочно необходимо укреплять управленческие навыки;
- во многих ННГ не хватает вакцин;
- не имеется регулярной обратной связи от Регионального бюро к руководителям национальных программ;
- все еще затруднена связь между Региональным бюро и ННГ;

- финансовая поддержка, оказываемая большинству национальных программ иммунизации и работе региональной РПИ, является недостаточной.

В свете глобальной цели ликвидации полиомиелита и эпидемии дифтерии в некоторых европейских странах участники согласились с тем, что в обсуждениях приоритет следует уделять этим двум болезням.

Дифтерия

Широко распространенная иммунизация детей грудного и младшего возраста дифтерийным анатоксином с 40-50-х гг. привела к решительному снижению как клинических случаев, так и процента носительства. В 1980 г. число новых случаев достигло самого низкого зарегистрированного уровня, и во всем Регионе было зафиксировано лишь 623 случая дифтерии. В некоторых странах в течение 10-17 лет не было отмечено ни одного случая дифтерии или ряд стран в течение 3-8 лет представлял отчеты об отсутствии случаев заболевания. В это время задача ликвидации дифтерии в Регионе представлялась осуществимой.

Однако сейчас картина изменилась. Тенденция в отношении числа распространенности новых случаев дифтерии в Европе значительно отличается от четкой направленности на снижение, наблюдавшееся за последние десятилетия в Америке, западной части Тихого океана и в Восточном Средиземноморье. Рост числа новых случаев в Европе за последние годы можно практически полностью отнести за счет ситуации в Российской Федерации и Украине.

Полиомиелит

Заболеваемость полиомиелитом продолжала снижаться в 1990-1992 гг.: в 1991 г. было зарегистрировано 306 случаев, что представляет снижение на 17% по сравнению с предыдущим годом (370 зарегистрированных случаев в 1990 г.). В 1992 г. в 17 странах было зарегистрировано 173 случая дикого и неопознанного

полиовируса (по сравнению с 1991 г. сокращение на 52%). На 31 марта 1993 г. в Регионе было зарегистрировано 15 случаев полиомиелита. В 1992 г. наибольшее число случаев было отмечено в:

- Нидерландах: 64 случая в результате завоза с последующей вспышкой среди неиммунизированной религиозной группы (дикий полиовирус типа 3);
- Азербайджане: 22 случая местного полиомиелита;
- Турции: 20 случаев местного полиомиелита;
- Украине: вспышка в 2 областях (12 случаев, вызванных диким полиовирусом типа 1).

Во многих странах, в которых еще существует эндемичная передача полиовируса в дополнение к систематической иммунизации для прекращения передачи дикого полиовируса, проводились дополнительные иммунизационные мероприятия ("подчистки" или национальные/региональные дни иммунизации), рекомендованные ВОЗ. Лишь Турция и Югославия (Сербия и Черногория) еще не приняли политику использования этих активных стратегий. Осуществление дополнительных иммунизационных мер для прекращения передачи дикого полиовируса потребует дополнительных 45 млн. доз пероральной полиовакцины (ОПВ) в год в течение 1993-1995 гг.

Средний показатель охвата вакцинацией против полиомиелита слегка повысился в 1991 г. и достиг 85%. В 1992 г. уровень охвата оставался довольно низким в ряде стран: Азербайджане (70%), Российской Федерации (72%), Турции (72%) и Эстонии (71%).

По-прежнему большого к себе внимания требует эпиднадзор. Предпринимаются усилия для улучшения качества существующей системы. В 1991 г. была введена нулевая отчетность, и теперь 19 стран Региона регулярно направляют в Региональное бюро соответствующую информацию.

В 1992 г. было введено помесячное представление сведений государствами-членами Региональному бюро о случаях полиомиелита: однако эта система еще работает недостаточно хорошо. Хотя полнота отчетности довольно высока (96-98%), своевременность представления данных составляет лишь 60-66%.

Эпиднадзор за ОВП показал себя важнейшим средством работы по ликвидации полиомиелита. Поскольку это - система активного эпиднадзора, результаты ее гораздо лучше, чем соответствующие результаты при пассивной системе. Эпиднадзор за ОВП необходимо испытать. Его осуществление зависит от тесного сотрудничества между клиницистами (педиатрами, детскими невропатологами и неврологами), вирусологами и эпидемиологами. Такая система может обеспечить убедительную квалифицированную обратную связь, необходимую для определения этиологии случаев ОВП. Участники указали, что в качестве первого шага необходимо более точно определить ОВП. С 1991 г. шесть стран создали систему надзора за ОВП: Болгария, Ирландия, Российская Федерация (частично), Румыния, Соединенное Королевство и Турция. В Соединенном Королевстве 65% ОВП были диагностированы, в основном, как синдром Gullain-Barré или как поперечный мислит.

Региональная сеть лабораторий требует укрепления, и ей надо уделять больше внимания, причем особенно в ННГ.

Что касается вакцин, то в Европе систематически используются и ОПВ, и ИПВ, хотя большинство стран уже применяют ОПВ. Некоторые страны начали применять последовательную иммунизацию с использованием и ИПВ, и ОПВ (например, Венгрия, Литва).

Методы, посредством которых будет удостоверяться ликвидация полиомиелита, имеют особое значение для Европейского региона ВОЗ. Многие европейские страны, в которых не было зарегистрировано случаев полиомиелита в течение многих лет, очевидно, свободны от полиомиелита и могут удостоверить ликвидацию в ближайшем будущем. Однако государствам-членам потребуется поочередно разрабатывать планы, чтобы продемонстрировать отсутствие дикого полиовируса в пределах их границ.

Улучшение эпиднадзора

Эффективный эпиднадзор является важнейшей предпосылкой для достижения региональных целей по борьбе с болезнями. Для контроля эффективности программы эпиднадзора следует использовать такие показатели качества, как своевременность или полнота отчетности, измеряемые числом ежемесячных (или еженедельных) отчетов, полученных вовремя на районном, областном и национальном уровнях по сравнению с числом тех медико-санитарных учреждений, которые должны представлять такие отчеты. В большинстве стран восьми недель должно быть достаточно для того, чтобы доклады с периферийного уровня дошли до национального уровня в соответствующей обработке.

Вторым показателем качества является число расследованных случаев или мероприятий в связи со вспышками по сравнению с числом зарегистрированных случаев или вспышек. В отношении столбняка у новорожденных и полиомиелита в низкоэндемичных странах этот параметр должен соотноситься с зарегистрированными случаями. Что же касается полиомиелита в странах с высокой эндемичностью или кори, то этот параметр должен соотноситься с зарегистрированными вспышками или групповыми случаями заболеваний. Число мероприятий в ответ на случаи или вспышки по сравнению с числом расследованных случаев или вспышек также можно использовать как показатель качества.

Охват является одним из основных показателей национальной программы иммунизации. Каждая страна располагает собственной системой измерения охвата в зависимости от характера медико-санитарной службы и административных процедур. Многие страны не имеют процедур для оценки качества выпускаемых данных.

Элементарно оценка охвата выражается простой пропорцией - количество доз вакцины, деленное на иммунизированную группу населения определенного возраста. Однако для оценки как числителя, так и знаменателя этой пропорции, используется множество различных методов. Страны, предоставляющие точные

данные, используют в числителе число иммунизированных детей, а в знаменателе число проживающих на соответствующей территории детей.

Любая система, используемая для расчета охвата иммунизацией, должна обеспечивать полные и точные данные. Там, где в числителе используются количества распределенных доз, основной причиной неточности является невозможность выяснения, в каком возрасте были введены вакцины, какова была доза для антигенов, требующих нескольких инъекций, и, что еще более важно, количество неиспользованных по назначению доз. При таком методе имеется тенденция к преувеличению реального охвата. Те системы, которые полагаются на иммунизационные службы в государственном и частном секторах, страдают в основном из-за того, что частный сектор не дает полных данных. При сборе данных через уведомительные бланки основным источником неточности является неполнота поступающих обратно в медико-санитарные службы данных.

Массовая миграция, беженцы и иммунизация

Более, чем что-либо другое, массовая миграция требует укрепления обычных служб иммунизации, чтобы справиться с неожидаемыми притоками неиммунизированных и, что еще более трудно, частично иммунизированных групп населения. Это потребует улучшения по всем аспектам регулярной программы и высокой степени гибкости в оперативных мероприятиях и обслуживании.

Лишь в исключительных случаях (например, в связи с эпидемией дифтерии в некоторых европейских странах или программой ликвидации полиомиелита) следует проводить кампании иммунизации, в частности потому, что такие дополнительные мероприятия имеют тенденцию отвлекать людские и финансовые ресурсы от создания хорошо функционирующей службы систематической иммунизации.

В лагерях беженцев или приемных пунктах для мигрантов ситуация в отношении иммунизации легче в концептуальном отношении, хотя с практической точки зрения не всегда легко осуществима. Стандартные рекомендации ВОЗ концентрируются на кори, поскольку

корь в таких условиях может проявляться в виде серьезных эпидемий с высоким процентом осложнений. Кроме того, в условиях лагеря трудно организовать уход за больными и их лечение.

Поэтому участники совещания рекомендовали вакцинировать против кори всех детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет по прибытии в лагерь беженцев. Те, кто были иммунизированы до 9 месяцев, должны получить вторую дозу в этом возрасте или сразу же, как это будет возможно. В случае особых эпидемиологических обстоятельств в области расположения лагеря или мест, откуда прибывают беженцы, могут быть оправданы особые меры контроля. В условиях ННГ такие обстоятельства могут включать высокое число случаев дифтерии или полиомиелита. Совершенно очевидно, что в отношении беженцев и других мигрантов, которые так или иначе были в зоне затронутой эпидемией дифтерии, желательна иммунизация от дифтерии детей и повторная иммунизация всех взрослых (старше 15 лет).

Дети иммигрантов, остающихся в принимающей стране в течение долгого периода, должны включаться в национальные схемы иммунизации.

Материально-техническое обеспечение

В Регионе 18 стран пересмотрели материально-техническую сторону своих программ иммунизации за последние три года. Наиболее часто и, в основном в СЦВЕ и ННГ, возникают следующие проблемы материально-технического порядка:

- *Обращение с вакциной со стороны поставщика:* условия упаковки не отвечают стандартам ВОЗ; вакцины замораживаются или подвержены воздействию высоких температур (особенно это касается поставок от российских производителей); задержки, неожиданные прибытия, отсутствие уведомления.
- *Обращение с вакциной на периферийном уровне:* контроль за температурой осуществляется редко;

часты переохлаждение или перегрев, отмечаемые мониторами холодовой цепи.

- *Шприцы:* количество шприцев одноразового пользования недостаточно, поэтому их используют вновь; использованные шприцы не сжигаются и не обеспечивается их безопасное удаление.
- *Недостаток оборудования холодовой цепи:* необходимы боксы и ледники для транспортировки; оборудование больших холодильных камер является устаревшим; холодильники местного производства не отвечают требованиям.
- *Задержки с ремонтом из-за недостатка запасных частей:* возможности для ремонта существуют, однако испытывается нехватка инструмента расходуемых материалов и запасных частей.
- *Слабое управление складским хозяйством:* множественная регистрация, используемая для контроля за хранением, затрудняет прогнозирование; не обеспечивается система, при которой сначала используются вакцины, срок действия которых истекает раньше, чем из других партий.
- *Подход к управлению холодовой цепью:* не сориентирован на решение проблем.

Участники обсудили различные управленческие решения, которые уже применяются в некоторых странах Региона, и которые были изучены и могут использоваться в других странах. Они согласились с тем, что изучение мониторов холодовой цепи (МХЦ) является наилучшим доступным средством для выявления и количественного определения проблем или неблагоприятного воздействия на вакцины, а также задержек в процессе распределения. Несмотря на то, что они хорошо известны во всем Регионе, лишь четверть его государств-членов применяют их. Те страны, которые не проводят изучение МХЦ, должны запланировать это. Такие изучения должны сопровождаться всеобъемлющим исследованием материально-технической стороны РПИ; на их основании должны составляться четкие

планы мероприятий и график; за ними должна следовать оценка для определения эффективности улучшений, введенных в систему. ВОЗ готова поддержать изучение МХЦ, с предоставлением руководств, мониторов и необходимого программного обеспечения.

Другим средством являются доклады о поступлении вакцин, которые в установленном порядке подают центральные хранилища ряда стран Региона для контроля и регистрации условий прибытия партии вакцин. Когда рассылка вакцин осуществляется неправильно и доклад направлен в ВОЗ, можно вступить в контакт с производителями и избежать дальнейших проблем. Особая проблема существует в отношении российских поставщиков вакцин, процедуры упаковки и отправки у которых не соответствуют этим стандартам. С точки зрения затрат и технической осуществимости, российские производители могут достичь стандартов ВОЗ довольно легко, и их следует поощрять к этому как со стороны ВОЗ, так и со стороны стран-"клиентов".

В ряде стран Региона и на центральном, и на провинциальном уровне существует машинный контроль поставок и запасов вакцин. Это помогает обеспечить большую точность прогнозов потребностей, использовать сначала те партии вакцин, срок годности которых заканчивается раньше, и надлежащим образом следить за состоянием срока годности вакцин. Компьютер с необходимым программным обеспечением для контроля запаса и автоматического слежения за температурами вакцин в ряде холодильных камер одновременно стоит столько же, что и обычная электросистема регистрации температуры в каждой отдельной холодильной камере.

Что касается поставок вакцин, то самая эффективная и дешевая стратегия для каждой страны вырабатывается в соответствии с такими факторами, как размеры и относительное богатство страны, степень развития инфраструктуры и то, какие вакцины нужны. Тем не менее, при рассмотрении двух широких факторов - валового национального продукта на душу населения и численности населения - страны с одинаковыми возможностями и потребностями можно подразбить на категории стран с низкими доходами, средними доходами или высокими

доходами. В рамках этих широких групп общие стратегии можно приспособить к более конкретным потребностям.

Страны с высокими доходами не требуют помощи от международного донорского сообщества и достигли самообеспечения в поставках вакцин либо за счет местного производства, либо за счет закупок на международном рынке. Производители вакцин в этих странах обеспечивают ими свой внутренний рынок и другие страны с высоким уровнем доходов, а также развивающиеся страны - зачастую через каналы ООН. Эти производители останутся важным источников вакцин, как в готовом для применения виде, так и в больших емкостях, равно как и исследований и разработок новых вакцин и консультативных услуг по передаче технологии и производства.

Многие страны со средним уровнем доходов получают вакцины, в силу исторически сложившейся традиции, в виде пожертвований, однако в состоянии финансировать свои потребности в этой области. Некоторые страны слишком малы, чтобы тратить деньги на собственное производство вакцин и если не будет обеспечена возможность экспорта. Эти страны могут повысить свою самообеспеченность за счет принятия на себя большей ответственности в области снабжения вакцинами посредством улучшения планирования и бюджетирования. ЮНИСЕФ предлагает услуги в рамках инициативы по вакцинной независимости, которая включает поддержку в отношении прогнозирования и бюджетирования потребностей в вакцине, доступ к международной системе закупок и гибкие финансовые условия.

Более крупные страны со средними доходами уже производят вакцины в достаточно значительных количествах. Эти страны могут повысить свое самообеспечение, однако им необходимо улучшить как качество, так и производительность существующей материальной базы.

Страны с низкими доходами будут нуждаться в дальнейшей поддержке со стороны доноров в отношении поставок вакцин в предстоящие годы. Им следует, однако, начинать финансировать часть поставок вакцин. Задача заключается в том, чтобы сначала выделить бюджетную статью для вакцин, а затем увеличивать ее по мере

улучшения экономического состояния страны. Некоторым странам лучше всего приобретать вакцины, а другие могут укреплять существующие возможности их производства на местах.

Устойчивые системы поставок вакцин и самообеспечение могут быть достигнуты как через международные поставки, так и местное производство вакцин. Различные страны в зависимости от своих конкретных условий сочтут более эффективным и дешевым тот или иной путь.

В конце 1992 и начале 1993 гг. стали чаще поступать сообщения о нарушениях поставок вакцин для иммунизации в ННГ. Это произошло по ряду причин, включая рост цен у российских производителей, превышающий бюджетные возможности, трудности в банковских перечислениях российским производителям, даже когда имелись достаточные средства, и новые требования в отношении экспортных лицензий в Российской Федерации.

Работа Регионального бюро в этой области была пересмотрена и обсуждена. В случае Балтийских стран в 1992 г. в результате консультаций было достигнуто временное соглашение об уровне потребностей на основе схемы вакцинации, скорректированной в отношении возможных поставок от скандинавских производителей или закупок от ЮНИСЕФ. Кампании по сбору средств всех Северных стран обеспечили примерно 1,5 млн. долл. США на 1993-1994 гг., которые должны удовлетворить все основные потребности в вакцинах БЦЖ, КДС, ДС, кори, полиомиелита (ОПВ), а также в вакцинах против краснухи, шприцах и определенном оборудовании для холодовой цепи, вплоть до 1995 г. На эти же цели будет оказана также определенная техническая помощь. Есть надежда на то, что можно будет использовать оставшиеся средства и дальнейшие взносы от Северных стран (которые будут запрошены в 1994 г.) на проект по "вакцинной самообеспеченности", который должен начаться в 1995 г. Цель заключается в том, чтобы постепенно повышать самофинансирование закупок вакцин странами Балтии.

Нехватки в поставках вакцин все еще, видимо, будут оставаться в некоторых ННГ в отношении как основной иммунизации, так и бустерных доз, особенно если будут

продолжаться трудности в поставках от российских производителей.

Многим ННГ будет оказана поддержка в отношении улучшения холодовых цепей, в поставке шприцев и в некоторых случаях в плане профессионального образования или кампании мобилизации общественности. Эти мероприятия будут финансироваться Канадой, Японией и США; ВОЗ и ЮНИСЕФ внесут свой технический вклад. Ожидаемая общая стоимость всей финансовой поддержки от вышеуказанных доноров составляет 10 млн. долл. США. По просьбе международных донорских организаций, участвующих в этой деятельности, специальная программа Регионального бюро по вакцинам для СЦВЕ и ННГ планирует провести дополнительные совещания с представителями ННГ в целях совершенствования основы, используемой для оценки ежегодных потребностей в вакцинах. Это должно облегчить дальнейшие усилия по изысканию средств. Необходима еще и другая помощь и она изыскивается в отношении остающихся неудовлетворенных потребностей (например, дополнительные поставки ОПВ для специальных мероприятий по ликвидации полиомиелита).

Канада по каналам ЮНИСЕФ обеспечивает примерно 2 млн. долл. США помощи в виде поставок запасных частей для содействия производству вакцин в России. Региональное бюро и ЮНИСЕФ также обеспечивают техническую поддержку Всемирному банку за счет разработки предложений по использованию примерно 10-15 млн. реабилитационного займа на модернизацию некоторых компонентов производства и контроля качества в Российской Федерации.

Ожидается, что при успешном осуществлении к концу 1994 г. и при дополнительном техническом сотрудничестве с производителями и регламентирующими органами в Российской Федерации по меньшей мере по одному из производителей каждой из вакцин в рамках РПИ смогут получить сертификацию со стороны ВОЗ в течение примерно трех лет.

В ходе дискуссии представители многих ННГ, включая Беларусь, Кыргызстан и Бывшую Югославскую Республику Македонию, выразили глубокую озабоченность по поводу

нехватки вакцин. Некоторые страны бывшей Югославии, по-видимому, сталкиваются с некоторыми из тех проблем, которые переживают ННГ в отношении поставок и производства вакцин.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Общие

1. Всем государствам-членам необходимо подтвердить или вновь подтвердить решительную политическую приверженность целям европейской Расширенной программы иммунизации и региональной задаче 5, утвердив ориентированные на эту цель национальные программы иммунизации и оперативные задачи по эпиднадзору за болезнями, охвату иммунизацией и другим мерам борьбы на основе рекомендаций ВОЗ.

2. Региональному бюро следует обеспечить, чтобы Региональный комитет в сентябре 1993 г. был информирован о том, что с 1994 г. и далее для достижения задачи 5 потребуются значительные дополнительные финансовые ресурсы. Если такие финансовые ресурсы на закупку вакцин и укрепление программ не будут изысканы, следует пересмотреть задачу 5.

3. Для улучшения эпиднадзора за болезнями все страны должны использовать стандартные определения случаев применительно к соответствующим "целевым" болезням; Региональное бюро просят предоставить странам как можно скорее существующие и обновленные определения.

4. В течение следующего года все страны должны будут внедрить показатели качества эпиднадзора за болезнями в отношении своевременности и полноты отчетности.

5. Все страны должны иметь доступ к лабораториям, способным обеспечивать эпиднадзор за всеми предусмотренными болезнями (дифтерия и полиомиелит, в первую очередь). ВОЗ следует оказывать поддержку созданию национальных эталонных лабораторий, которые используют стандартизированные методы диагностики предусмотренных болезней.

6. Региональному бюро следует улучшить обратную связь от эпиднадзора за предусмотренными болезнями, например, дифтерией, полиомиелитом и, возможно, корью, включая регулярную публикацию бюллетеня РПИ.

7. Следует придать высокую приоритетность национальным и международным усилиям по обеспечению поставок вакцин и эффективных программ распоряжения вакцинами в ННГ и бывшей Югославии.

8. Всем странам и изготовителям вакцин следует учитывать рекомендации ВОЗ по противопоказаниям в отношении вакцин, используемых в РПИ, в качестве основы для национальных рекомендаций и вкладышей в упаковки вакцин, выпускаемых производителями.

9. Страны, которые не проводили изучений МХЦ, должны рассмотреть вопрос о том, чтобы приступить к этому теперь. Такие обзоры должны сопровождаться всеобъемлющим исследованием всех аспектов материально-технической базы иммунизации с последующей подготовкой плана и графика для устранения недостатков в холодовой цепи.

10. Совещания руководителей программы европейской РПИ следует проводить каждые два года. Субрегиональные совещания руководителей программ следует использовать для пропаганды оперативных задач ВОЗ и подходов с учетом специфики стран.

Дифтерия

11. Региональному бюро следует предпринять чрезвычайные действия для координации национальных и международных усилий, направленных на борьбу с эпидемиями дифтерии, которые непосредственно затрагивают некоторые государства-члены и угрожают всем странам Региона.

12. К 1995 г. каждая страна в Регионе должна достичь 95-процентного охвата первичной иммунизацией к возрасту 2 лет.

13. К 1995 г. каждая страна должна включить бустерную дозу вакцины, включающей противодифтерийную, в иммунизацию детей школьного возраста и добиться либо 95-процентного охвата, либо 90-процентного уровня иммунитета, подтвержденного соответствующими серологическими исследованиями.

14. По возможности скорее, каждой стране следует включить повторную иммунизацию против дифтерии, предпочтительно Td (столбнячный анатоксин и низкая доза токсоида дифтерии) для взрослых, направляющихся в известные зоны риска в отношении дифтерии; иммигранты или беженцы из зон высокого риска должны иммунизироваться по прибытии или как можно быстрее после. Прививки для общего взрослого населения не рекомендуются, однако можно рассмотреть вопрос об иммунизации Td каждый раз, когда имеются показания для введения токсоида столбняка, т.е. в случае телесных повреждений.

15. Странам следует рассмотреть вопрос о проведении серологических исследований для оценки состояния иммунитета по дифтерии у их населения или групп, которые могут быть подвержены риску.

16. Все страны должны проводить эффективный эпиднадзор за дифтерией, чтобы обеспечить выявление, регистрацию и расследование каждого

случая. В Региональном бюро следует организовать доступ всех стран к лабораториям для дифференциации токсигенных от нетоксигенных штаммов. Все случаи должны классифицироваться как местные либо как ввезенные.

17. По возможности быстрее, Региональному бюро следует разработать протоколы для расследования подозреваемых случаев дифтерии и для мер борьбы в случае подтверждения. Необходимо распространить более подробные руководства по лечению случаев заболевания и контактам.

18. Странам следует рассмотреть вопрос о необходимости подготовки медико-санитарного персонала по клинической и лабораторной диагностике.

19. Страны, в которых дифтерия представляет проблему, должны рассмотреть вопрос об организации программ санитарного просвещения в отношении риска этого заболевания и мер профилактики.

Полиомиелит

20. К 1995 г. каждая страна Региона должна достичь 95-процентного охвата первичной иммунизацией к возрасту 2 лет.

21. К 1997 г. во всех районах всех стран без исключения охват иммунизацией к возрасту 2 лет должен быть не ниже 90%.

22. К 1993 г. все страны, в которых имеются зоны со случаями заболевания от дикого полиовируса, должны осуществить дополнительные стратегии иммунизации; такие стратегии должны применяться в Средней Азии (Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан) и в зонах высокого риска в Армении, Азербайджане, Грузии, Российской Федерации, Турции и Украине, а также следует рассмотреть целесообразность их проведения в Балканской зоне.

23. К 1993 г. в странах, сообщающих менее чем о 10 случаях в год, все подозреваемые случаи полиомиелита и их контакты должны подвергаться полному расследованию, включая сбор двух образцов стула на культуру вируса; к 1995 г. это должно осуществляться во всех странах.

24. Все страны должны иметь доступ к лабораториям для изоляции полиовируса и к национальной эталонной лаборатории для серотипирования и дифференциации диких от вакциноподобных полиовирусов.

25. Региональному бюро следует создать сеть региональных эталонных лабораторий, которые будут помогать национальным эталонным лабораториям и обеспечивать подготовку и стандартные материалы.

26. К 1995 г. все страны Региона должны создать активную систему эпиднадзора за ОВП или другие средства обеспечения того, чтобы ни один случай полиомиелита и циркуляции дикого полиовируса не остался незамеченным; надзор за ОВП следует развивать в тесном сотрудничестве между клиницистами, вирусологами и эпидемиологами.

27. Региональному бюро следует создать специальную группу для выработки необходимых планов и принятия мер для удостоверения ликвидации полиомиелита в странах Европы; эта деятельность должна проводиться в тесном сотрудничестве с глобальной консультативной группой РПИ.

Приложение 1

РАБОЧИЕ И ИНФОРМАЦИОННЫЕ ДОКУМЕНТЫ[a]

Рабочие документы

ICP/EPI 034/6	EPI in Europe: Progress and problems, by C. Roure
ICP/EPI 034/7	EPI in an emergency context – the case of the former Yugoslavia, by M. Duprat
ICP/EPI 034/8	Diphtheria outbreak the Russian Federation, by A. Galazka
ICP/EPI 034/9	Operational targets on surveillance, by D. Salisbury
ICP/EPI 034/10	Quality indicators, by H. Zoffmann
ICP/EPI 034/11	Obstacles and constraints to immunization coverage measurements, by N. Guйrin
ICP/EPI 034/12	Vaccine Independence Initiative, by A. Batson
ICP/EPI 034/13	Poliomyelitis eradication: regional overview – situation analysis, surveillance, by G. Oblapenko
ICP/EPI 034/14	Preliminary report of the Dutch polio outbreak 1992/1993, by H. Verbrugge
ICP/EPI 034/15	Certification of poliomyelitis eradication, byH. Hull
ICP/EPI 034/16	Health impacts of mass migration – vaccinations, by H. Zoffmann
ICP/EPI 034/17	Regional overview of the cold chain, by J. Lloyd
ICP/EPI 034/18	Vaccine supply in the newly independent states, by A. Kendal

[a] Экземпляры этих документов можно получить в отделении инфекционных болезней Регионального бюро ВОЗ по адресу: Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark.

Информационные документы

Report of the 7th Meeting of the European Advisory Group (EAG) on the Expanded Programme on Immunization (EPI), Copenhagen, 3-5 February 1993.

An integrated approach to high coverage, control of measles, elimination of neonatal tetanus and eradication of poliomyelitis. 15th Meeting of the Global Advisory Group, Jakarta, 12–16 October 1992.

Improving routine sytems for surveillance of infectious diseases including EPI diseases – guidelines for National Programme Managers. Geneva, World Health Organization, 1992.

Contraindications for vaccines used in EPI. Extract of report of the Meeting of National Programme Managers, Budapest, 26–29 April 1988.

Expanded Programme on Immunization – update on "Vaccine supply", May 1993.

EPI Alert No. 7, April 1993

CD-Flash on diphtheria in Europe in 1993, 25 May 1993.

Приложение 2

СПИСОК УЧАСТНИКОВ

Австрия

Dr Helga Halbich-Zankl
Ministerrätin, Bundesministreriumfür Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz, Vienna

Азербайджан

Г-н А.С. Велибеков
Генеральный директор, Республиканский центр гигиены и эпидемиологии, Баку

Албания

Dr Ibrahim Luloci
National EPI Coordinator, Institute of Hygiene and Epidemiology, Tirana

Армения

Д-р Вахаг Демирчян
Заместитель министра здравоохранения, Министерство здравоохранения, Ереван

Беларусь

Д-р В.П. Филонов
Заместитель министра здравоохранения, Руководитель программы борьбы с инфекционными болезнями, Министерство здравоохранения, Минск

Бельгия

Dr Béatrice Swennen
PROVAC – Ecole de santé publique, Brussels

Болгария

Dr Stanislava Popova
Ministry of Health, Sofia

Бывшая Югославская Республика Македония

Dr Liljana Ivanovska
Adviser in the Ministry of Health, Skopje

Венгрия

Dr A. Vass
Deputy Director, Executive Office of Chief Medical Office of State, Ministry of Welfare

Грузия

Д-р Н.Т. Шавдия
Министерство здравоохранения, Тбилиси

Германия

Dr Meinrad Koch
AIDS-Zentrum, Bundesgesundheitsamt, Berlin

Греция

Dr C.J. Miras
Emeritus Professor of Medicine, University of Athens, Athens

Дания

Dr Tove Rønne
Chief, Department of Epidemiology, Statens Seruminstitut, Copenhagen

Израиль

Dr Shmuel Rishpon
Health Officer, Haifa District, Ministry of Health, Rome

Ирландия

Dr H. Johnson
Eastern Health Board, Community Care Areas, Dublin

Испания

Dr Joeé Luis de la Torre
Head, Service for Infectious Diseases, Ministry of Health and Consumer Affairs, Madrid

Италия

Dr Loredana Vellucci
Medical Officer, Infectious Diseases Unit, Ministry of Health, Rome

Казахстан

Д-р А.А. Курмангалиева
Заместитель директора, Центральное санитарно-эпидемиологическое управление, Министерство здравоохранения Казахстана, Алматы

Кыргызстан

Д-р Сабырхан Абдикеримов
Начальник, Санитарно-эпидемиологическое управление, Министерство здравоохранения Кыргызстана, Бишкек

Латвия

Dr Anita Brila
National Institute of Public Health, Ministry of Welfare, Riga

Литва

Dr Vytautas Bakasenas
Director, Republican Immunization Centre, Ministry of Health, Vilnius

Мальта

Dr Ray Busuttil
Professional Medical Officer II, Department of Health, Valletta

Нидерланды

Dr Hans P. Verbrugge
Medical Officer for Maternal and Child Health, Department of the Chief Medical Officer of Health, Rijswijk

Норвегия

Dr Kari Kveim Lie
Section of Infectious Disease Control, National Institute of Public Health, Oslo

Польша

Dr Eva Gonera
Epidemiological Department, National Institute of Hygiene, Warsaw

Португалия

Dr Maria Celsa Afonso de Carvalho
Chief, Division of Child Health, Directorate-General of Health, Lisbon

Республика Молдова

Д-р В. Вангели
Заместитель министра здравоохранения, Министерство здравоохранения, Кишинев

Российская Федерация

Д-р А. Ясинский
Начальник, Эпидемиологический отдел, Государственный комитет по санитарно-эпидемиологическому надзору, Москва

Румыния

Dr Nicolae Ion-Nedelcu
NIP Manager, Department of Preventive Medicine, Ministry of Health, Bucharest

Словакия

Dr M. Slacikova
Head, Department of Epidemiology, National Institute of Hygiene and Epidemiology, Ministry of Health of Slovakia, Bratislava

Словения

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

Соединенное Королевство

Dr D.M. Salisbury
Principal Medical Officer, Department of Health, London

Таджикистан

Г-н А.Г. Копыльцов
Первый заместитель министра здравоохранения,
Министерство здравоохранения Таджикистана, Душанбе

Туркменистан

Д-р Юмагули Акмамедов
Директор, Санитарно-эпидемиологическое управление,
Министерство здравоохранения, Ашгабат

Украина

Г-н В.Ф. Мариевский
Заместитель министра здравоохранения, Министерство
здравоохранения Украины, Киев

Финляндия

Dr Juhani Eskola
Head, Department of Infectious Diseases and Epidemiology, National
Public Health Institute, Helsinki

Франция

Dr Colette Moyse
Ministère de la Santé, Bureau des maladies transmissibles, Paris

Хорватия

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

Чешская Республика

Dr Gustav Walter
Department of Epidemiology, Ministry of Health of the Czech
Republic, Prague

Швеция

Professor Margareta Böttiger
Department of Epidemiology, National Epidemiological Officer,
National Bacterological Laboratory, Stockholm

Эстония

Dr Ants Jogiste
Deputy Head, Chief Epidemiologist, National Centre for Health Protection, Tallinn

Производители вакцин

Европейские производители вакцин

Mr M. Roumiantzeff
Брюссель, Бельгия

Sero-Merieux (Австрия)

Dr Josef Böckmann
Генеральный управляющий, ответственный за работу в Восточной Европе, Serotherapeutisches Institut Wien Gmbh, Вена

Dr Caludia Schmidt
Начальник медицинского отдела, Serotherapeutisches Institut Wien Gmbh, Вена

SmithKline Beecham

Dr F. André
SmithKline Beecham Biologicals, Rixensart, Бельгия

SmithKline & French (Милан, Италия)

Dr Marco Oppizio
Директор, Отдел биологической и педиатрической продукции

Ms Lorella Bertoglio

Ms Bruna Celeghini

Mr Gianfranco Saponari

Mr Nicola Pizzamiglio

Представители других организаций

Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца

Dr Joachim Kreysler
Отдел политики в отношении бедствий, Женева, Швейцария

Детский Фонд ООН (ЮНИСЕФ)

Dr Michel F. Duprat
UNICEF OSR, Загреб, Хорватия

Dr B.J. Martin
Специалист-медик, Группа чрезвычайных действий, ЮНИСЕФ, Женева, Швейцария

Наблюдатели

Professor Franz Ambrosch
Institut für Spezifische Prophylaxe und Tropenmedizin der Universität, Wien, Austria

Dr Christine Bruns
Magistrat der Stadt Wien, Magistratsabteilung 15 (Gesundheitsamt), Vienna, Austria

Dr Jean Paul Klein
Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz, Vienna Austria

Dr Shiva Pekard-Keshmir
Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz, Vienna Austria

Dr Peter Strebel
Medical Epidemiologist, Division of Immunization, Center for Prevention Services, Centers for Disease Control, Atlanta, GA, USA

Временные консультанты

Professor P. Bégué
Consultation de Pédiatrie, Hôpital Trousseau, Paris, France

Professor S. Dittmann
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Bundesgesundheitsamt Berlin, Germany

Dr Nicle Guérin
International Children's Centre, Paris, France

Sir Joseph Smith
95 Lofting Road, Barnsbury, London, United Kingdom

Всемирная организация здравоохранения

Европейское региональное бюро

Г-жа Loreta Colatosti
Помощник по программе, Инфекционные болезни

Д-р Hervé Garin
Технический специалист, СЦВЕ/ННГ

Д-р А.П.Ованесян
Специалист, работающий по краткосрочному контракту, СЦВЕ/ННГ

Г-жа Johanna Kehler
Секретарь, Ликвидация полиомиелита

Д-р Alan Kendal
Руководитель программы "Вакцины для СЦВЕ"

Д-р Г. Облапенко
Медицинский специалист, Ликвидация полиомиелита

Д-р Colette Roure
Региональный советник, Инфекционные болезни

Д-р М. Цешковский
Директор, Профилактика болезней и качество медико-санитарной помощи

Г-жа Synöve Ørnstedt
Секретарь, Инфекционные болезни

Штаб-квартира ВОЗ

Г-жа Amie Batson
Консультант, Расширенная программа иммунизации

Д-р Artur Galazka
Медицинский специалист, Расширенная программа иммунизации

Д-р Harry Hull
Медицинский специалист, Расширенная программа иммунизации

Г-н John S. Lloyd
Технический специалист, Расширенная программа иммунизации

Д-р Henrik Zoffmann
Заместитель директора, Расширенная программа иммунизации