



ЕВРОПА

Субрегиональное совещание по внедрению новых вакцин и укреплению национальных программ иммунизации

Киев, Украина, 20-22 января 2003 г.

КРАТКИЙ ОБЗОР

Субрегиональное совещание по внедрению новых вакцин и укреплению национальных программ иммунизации состоялось в Киеве 20-22 января 2003 г. В работе совещания приняли участие представители 16 стран восточной и центральной Европы, Турции и новых независимых государств (ННГ) бывшего СССР. Цель совещания заключалась в ознакомлении участников с текущим состоянием мероприятий, связанных с иммунизацией, проводимых ВОЗ в Европейском регионе; обсуждении достигнутого прогресса и определении приоритетов по укреплению программ иммунизации, при проведении которых особое внимание должно уделяться внедрению новых и более широкому применению недоиспользуемых вакцин. Одна из задач форума состояла в оценке достигнутых результатов в борьбе с дифтерией, включая вопросы эпидемиологического надзора и лабораторной диагностики. Практические занятия по вопросам проведения санитарно-просветительной работы, взаимодействия и методам усиления работы национальных межведомственных координационных комитетов (МКК) были проведены с использованием учебных модулей «Передовые методы управления службами иммунизации».

На пленарных заседаниях и занятиях рабочих групп участники были ознакомлены с различными аспектами региональных и отдельных национальных программ иммунизации. Обсуждались вопросы принятия решений по внедрению новых вакцин; обеспечения финансовой устойчивости национальных программ иммунизации и роли Глобального альянса по вакцинам и Иммунизации (ГАВИ); а также интенсификации мероприятий по борьбе с управляемыми инфекциями, в частности эпиднадзора за гепатитом В и дифтерией.

Участники семинара по лабораторной диагностике дифтерии выработали рекомендации для Регионального бюро ВОЗ по дальнейшей поддержке и расширению «Лабораторной сети ННГ по диагностике дифтерии».

На семинаре по гепатиту В участники рассмотрели текущую эпидемиологическую ситуацию и существующее положение с внедрением вакцины против этой инфекции. Специалисты обсудили достижения и проблемы в данной области, а также выработали рекомендации по их решению.

Ключевые термины

ВАКЦИНЫ

ПРОГРАММЫ ИММУНИЗАЦИИ

НАЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ДИФТЕРИЯ – профилактика и борьба с заболеванием

ГЕПАТИТ В – профилактика и борьба с заболеванием

Запросы для получения публикации просьба направлять в Европейское региональное бюро ВОЗ по:

- *электронной почте*

publicationrequests@euro.who.int (для получения копий)

permissions@euro.who.int (для разрешения на перепечатку)

pubrights@euro.who.int (для разрешения на перевод)

- *по почте*

Publications

WHO Regional Office for Europe

Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

© Всемирная организация здравоохранения – 2003 г.

Все права на данный документ принадлежат Европейскому региональному бюро ВОЗ. Настоящий документ можно без ограничений рецензировать, реферировать, воспроизводить и переводить на любой другой язык с полной ссылкой на источник. Настоящий документ нельзя продавать или использовать в коммерческих целях. За разрешением на использование эмблемы ВОЗ следует обращаться в Региональное бюро ВОЗ. Любой перевод документа должен содержать следующее примечание: *Переводчик несет ответственность за точность перевода*. Европейское региональное бюро ВОЗ будет признательно за получение трех копий любого перевода. Ответственность за мнения, выраженные в данном документе авторами, несут исключительно эти авторы.



Текст данного документа подготовлен Отделом документации
Европейского регионального бюро ВОЗ, Копенгаген

СОДЕРЖАНИЕ

	<i>Стр.</i>
Введение.....	1
1. Укрепление национальных служб иммунизации: существующая ситуация в Европейском регионе ВОЗ и планы на будущее.....	2
Совершенствование управления службами иммунизации на субнациональном уровне.....	4
Мониторинг работы служб иммунизации: оценка методов отчетности и обработки данных.....	5
Национальный опыт.....	7
Украина: управление службами иммунизации на субнациональном уровне.....	7
1. Подготовка основополагающих документов.....	7
2. Подготовка персонала до начала иммунизации и во время ее проведения.....	7
3. Управление информационными системами.....	7
4. Проведение целевых мероприятий для плохо информированного населения.....	8
Республика Молдова: укрепление национальной информационной системы для программ иммунизации.....	8
План действий по безопасной иммунизации.....	9
2. Внедрение новых вакцин.....	10
Планы по обеспечению финансовой устойчивости.....	11
Национальный опыт.....	12
Кыргызстан: разработка плана по обеспечению финансовой устойчивости.....	12
3. Передовые методы управления службами иммунизации.....	12
4. Борьба с дифтерией в Европейском регионе ВОЗ.....	13
Микробиологическая диагностика дифтерии и лабораторная поддержка.....	14
Национальный опыт.....	14
Борьба с дифтерией в Латвии.....	14
5. Семинар по лабораторной диагностике дифтерии.....	15
Основные рекомендации для Регионального бюро по поддержке и расширению лабораторной сети ННГ по диагностике дифтерии.....	16
План действий.....	16
6. Семинар по внедрению и осуществлению иммунизации против гепатита В.....	18
Текущая эпидемиологическая ситуация.....	18
Положение относительно внедрения вакцины против гепатита В.....	18
Приложение 1 Предварительная программа.....	20
Приложение 2 Список участников.....	22

Введение

Субрегиональное совещание по внедрению новых вакцин и укреплению национальных программ иммунизации состоялось в Киеве, Украина, 20-22 января 2003 г. Совещание было организовано Европейским региональным бюро ВОЗ совместно с Программой вакцинации детей при Программе оптимальных технологий в здравоохранении (ПВД/ПОТЗ) и бюро ПОТЗ в Украине.

Целями и задачами данного совещания являлись:

- ознакомление участников с текущим состоянием мероприятий, связанных с иммунизацией, проводимых ВОЗ в Европейском регионе, обсуждении достигнутого прогресса и определении приоритетов по укреплению программ иммунизации;
- рассмотрение вопросов, связанных с опытом внедрения новых и применением недоиспользуемых вакцин в странах Европейского региона, особенно вакцины против гепатита В, вакцины против гемофильной палочки типа b (Нib), вакцины против кори–паротита–краснухи (КПК) и вакцины против кори-краснухи (КК), а также прогресса развития инициативы Глобального альянса по вакцинам и иммунизации (ГАВИ);
- выявление и обсуждение достижений и проблем, возникших в процессе применения вакцины против гепатита В, и выработка оперативных планов по преодолению этих проблем;
- рассмотрение вопросов эпидемиологии и достигнутого прогресса в борьбе с дифтерией в Европейском регионе ВОЗ, включая эпиднадзор и лабораторную диагностику;
- проведение углубленного курса обучения по управлению для медицинских работников высшего звена, с использованием методологии и учебных материалов, недавно разработанных ПВД/ПОТЗ совместно с ВОЗ.

Работу семинара открыла д-р Недрет Эмироглу, региональный советник по управляемым инфекциям и иммунизации Европейского регионального бюро ВОЗ. Д-р Эмироглу приветствовала участников от имени директора Европейского регионального бюро ВОЗ, а также зачитала послание директора Отдела технической поддержки по снижению бремени болезней. Г-жа Эмироглу познакомила участников с целями, задачами и программой данного совещания.

Д-р Сергей Дешевой и д-р Дэвид Мерсер были избраны составителями отчета.

Д-р Ольга Бобылева, заместитель Министра здравоохранения Украины, и г-н Дж. Хартли, представитель ЮНИСЕФ на Украине, выступили с короткими вступительными речами.

В работе совещания участвовали представители 16 стран Европейского региона, а так же эксперты и сотрудники штаб-квартиры и Европейского регионального бюро ВОЗ, ПВД,

ПОТЗ, ЮНИСЕФ, Агентства США по международному развитию (АМР США) и другие партнерские организации.

1. Укрепление национальных служб иммунизации: существующая ситуация в Европейском регионе ВОЗ и планы на будущее

К 2001 г. уровень охвата населения прививками в Европейском регионе ВОЗ превысил 90% по всем стандартным антигенам РПИ. Иммунизация проводилась БЦЖ, тремя дозами оральной полиомиелитной вакцины (ОПВ), тремя дозами адсорбированной коклюшно-дифтерийно-столбнячной вакцины (АКДС) и коревой вакциной. Начиная с 2002 г. программы вакцинации населения против гепатита В проводились в 40 странах; при этом 32 страны имели программы по вакцинации младенцев, а в 22 странах проводилась вакцинация новорожденных. Общий региональный показатель охвата прививками против гепатита В в 2001 г. оценивался в 37% (в качестве знаменателя использовалось общее количество детей в регионе в возрасте до одного года).

Приоритетной для РПИ остается задача по повышению эффективности работы служб иммунизации. В данной области усилия необходимо сосредоточить на трех основных направлениях: (1) совершенствование существующей инфраструктуры для обеспечения доступа к службам иммунизации путем применения инновационных методов (патронажные услуги и «ударные» прививочные кампании), снижение числа недовакцинированных детей и ложных противопоказаний; (2) повышение качества и безопасности иммунизации с целью выработки общей культуры безопасности, позволяющей предотвращать возникновение побочных реакций, выявлять их на ранних стадиях и принимать соответствующие меры; и (3) наращивание потенциала для совершенствования управления службами иммунизации для обеспечения устойчивости их работы.

Достигнутые успехи по ликвидации полиомиелита позволили в июне 2002 г. сертифицировать Европейский регион ВОЗ как регион, свободный от полиомиелита. Сохранение данного положения в постсертификационный период является одним из главных приоритетов в борьбе с управляемыми инфекциями в Европейском регионе. ВОЗ продолжит работу по поддержанию высокого уровня охвата плановыми прививками населения, особенно относящегося к группам риска, путем проведения кампаний по вспомогательной иммунизации (КВИ) в районах повышенного риска, а также поддержанию высокого качества эпиднадзора за острыми вялыми параличами (ОВП) и повышению безопасности содержания вируса в лабораториях и контроля качества.

В Европейском регионе отмечается низкий уровень заболеваемости другими управляемыми инфекциями. В последнее десятилетие наблюдается существенный спад общего количества случаев кори. В период с 1999 по 2002 гг. был достигнут значительный прогресс в отношении полноты отчетности (по кори данный показатель составил 94% по сравнению с 67% в 1999 г.). Однако, особое внимание следует уделять качеству собранных данных, своевременности их сбора и точности. Сопоставление данных на международном уровне следует проводить с осторожностью, поскольку в странах региона существуют различия в практике проведения эпиднадзора, применении стандартных определений случаев заболевания, способах включения данных

лабораторных исследований, подтверждающих случаи с клиническими симптомами в национальную статистику и т.д.

Воодушевленные примером успешной ликвидации полиомиелита, многие страны Европейского региона готовы предпринять усилия по совершенствованию системы эпиднадзора за корью и постановке цели ее элиминации и уже начали осуществлять мероприятия в рамках стратегии по элиминации кори, или уже определили цели. Поскольку установленный срок ликвидации кори к 2007 г. признается труднодостижимым, и поскольку для вакцинации применяется комбинация антигенов кори и краснухи, для Европейского региона разработан стратегический план элиминации кори к 2010 г. с оценкой его осуществления в течение 2005 г. Целями, поставленными к 2010 г., являются прекращение циркуляции местного вируса кори и предотвращение врожденной краснухи таким образом, чтобы на 100 000 новорожденных детей приходился менее чем 1 случай СВК. Для достижения поставленных целей рекомендуется применение следующих ключевых стратегий:

- достижение и поддержание высокого уровня охвата прививками (двумя дозами коревой вакцины) в ходе осуществления плановой высококачественной иммунизации;
- проведение повторной вакцинации против кори путем проведения вспомогательных мероприятий по иммунизации восприимчивых групп населения, что соответствует целям национальной программы по борьбе с корью;
- проведение в процессе осуществления вспомогательных мероприятий против кори иммунизации и против краснухи целевых групп населения, восприимчивых к этой инфекции, там, где это возможно;
- обеспечение защиты женщин детородного возраста от краснухи за счет достижения высокого уровня охвата одной прививкой против краснухи;
- укрепление системы эпиднадзора путем проведения тщательного расследования каждого случая заболевания и получения его лабораторного подтверждения;
- предоставление медицинским работникам и широким слоям населения широкого доступа к качественной информации о преимуществах и рисках, связанных с вакцинацией против кори и краснухи.

Комитет ГАВИ и Региональная рабочая группа (РРГ) осуществляют координацию деятельности Глобального альянса по вакцинам и иммунизации (ГАВИ). Помимо поддержки, оказываемой Альянсом по внедрению вакцины против гепатита В, 4 страны получают помощь для укрепления служб иммунизации, а 11 стран могут получить поддержку в области обеспечения безопасности инъекций.

Дальнейшая политика Европейского регионального бюро ВОЗ будет заключаться в продолжении обеспечения национальных потребностей и приоритетов за счет оказания скоординированной помощи в проведении национальных мероприятий по иммунизации, мобилизации технических и финансовых ресурсов, оказания помощи в развитии национального потенциала, а также приведения национальных целей и задач в соответствие с целями и задачами Европейского региона.

Совершенствование управления службами иммунизации на субнациональном уровне

В рамках предшествующих мероприятий – Всеобщая иммунизация детей, 1990 и Всемирный саммит по положению детей 2000 года – были поставлены цели по повышению уровня охвата прививками до 80% и 90% соответственно. В последнее время помимо этих целей поставлена задача достижения более равномерного географического охвата населения прививками на районном уровне. Данные цели включают:

- достижение уровня охвата прививками как минимум до 80% во *всех* районах в 80% развивающихся стран к 2005 г. (цели ГАВИ);
- достижение к 2010 г. уровня охвата прививками 90% детей в возрасте до 1 года, а уровень охвата прививками в каждом районе должен составлять по крайней мере 80% (принято на специальной сессии ООН по проблемам детей в 2002 г.).

Уровень глобального охвата прививками в 1990 г. достиг приблизительно 75% и оставался стабильным с 1990 по 2002 г. Показатель глобального уровня охвата несколько ниже, чем показатели уровня охвата (около 80%) в Центральной Европе и новых независимых государствах. В конце 2001 г. примерно 36 миллионов детей во всем мире (600 000 из них в Европе) не получили три дозы АКДС.

Из 165 развивающихся стран, в 103 есть районы, где уровень охвата третьей дозой АКДС (АКДС3) был ниже 80%.

Препятствиями на пути проведения иммунизации во все районах являются:

- низкое качество работы вследствие слабой подготовки медицинского персонала и недостаточного контроля, отсутствие выездных служб и нерегулярное снабжение;
- слабое взаимодействие с местным населением;
- недостаточное финансирование;
- неадекватные системы мониторинга, которые являются либо ненадежными, либо недостаточно детальными;
- районные планы по иммунизации не отражают национальные приоритеты.

Стратегиями по преодолению этих препятствий являются:

- перенос акцента в работе на районный уровень, включая проведение оценки на районном уровне, планирование, составление бюджета и мониторинг при наличии необходимого финансирования и потенциала;
- использование планов мероприятий с выделением их конкретных этапов на год;
- ранжирование районов по приоритетам для охвата детей, не прошедших полную иммунизацию.

Эти стратегии могут быть выполнены путем:

- создания (или восстановления) регулярных выездных служб (которые могут работать совместно с уже существующими такими службами) по оказанию услуг населению в труднодоступных районах;
- осуществления постоянного контроля за созданием и работой безопасных, эффективных служб иммунизации, включая обучение медицинского персонала на местах, в сочетании с контролем других услуг, оказываемых этими службами (ведение пациентов, система регистрации и отчетности и т.д.);
- проведения регулярных консультативных совещаний с представителями местного населения и руководства;
- повышения качества используемых данных, позволяющих выявлять проблемные районы и проводить мониторинг проводимой работы;
- совершенствования управления прививочным делом, используя планы работы на всех уровнях.

Для достижения поставленных целей на международном уровне, необходимо сосредоточить основные усилия на работе районных и местных служб иммунизации. Информация о необходимых мощностях и ресурсах для их успешной работы должна быть отражена в подробных районных рабочих планах. Необходимо также проведение мониторинга на районном уровне с тем, чтобы планировать и осуществлять мониторинг служб иммунизации, осуществляющих вакцинацию таких групп населения, которые не были охвачены прививками. Привлечение новых партнеров поможет обеспечить дополнительную техническую и финансовую поддержку для достижения поставленных целей.

Мониторинг работы служб иммунизации: оценка методов отчетности и обработки данных

Мониторинг программ иммунизации позволяет провести оценку их эффективности по следующим категориям:

- доступ – наличие служб иммунизации и их доступность – оценка проводится по уровню охвата первой дозой АКДС (АКДС1);
- выполнение или соответствие рекомендациям программы иммунизации можно оценить по показателю недопривитости детей АКДС1 и АКДС3;
- эффективность адаптации новых вакцин производится путем сравнения третьей дозы вакцины против гемофильной палочки типа В с третьей дозой вакцины АКДС, если данные вакцины планируются для применения во время одного посещения;
- эффективность предоставляемых услуг определяется количеством доз вакцины, введенных в запланированном возрасте – исходя из минимального возраста и минимального интервала между прививками, проведенными до достижения детьми возраста 1 года.

Наиболее распространенным показателем мониторинга эффективности служб иммунизации является уровень охвата прививками, который обычно определяется административным методом или количеством доз, полученных конкретной возрастной группой в когорте целевой группы. Данные об уровне охвата на национальном уровне могут отражать не только существенные различия в данных на субнациональном уровне, но и важные практические аспекты проведения программы иммунизации и качество полученных данных. Изучение данных по областям или даже районам позволяет выявлять регионы, где работа служб находится на низком уровне.

Некоторые методы проведения мониторинга и оценки уровня охвата прививками:

- В настоящее время ВОЗ разрабатывает руководство по мониторингу на основе плановых отчетов служб иммунизации: так называемый административный метод. Проект документа планируется для ознакомления распространить в конце 2003 г.
- Страны, применяющие административный метод мониторинга, могут использовать компьютерную программу EPI Info (CEIS). Широко используется обновленный за счет системы DOS вариант данной автоматизированной программы.
- Было обновлено руководство по проведению кластерной выборки EPI 30x7 с целью сделать ее более гибкой и совершенной для проведения кластерных обследований. Данное руководство используется для уточнения показателей уровня охвата прививками, полученных административным методом, подтверждения достоверности и своевременности проведения иммунизации, а также для получения информации о причинах невакцинирования детей или неполучения полного курса иммунизации. Пробная версия должна быть выпущена в марте 2003 г.
- Обновленная Windows версия компьютерной программы COSAS на основе оперативной системы DOS для анализа данных кластерных обследований уже подготовлена и проходит тестирование. Ее выпуск запланирован на февраль 2003 г.
- Метод обследования групп населения – Пакетное обеспечение качества или LQA – был разработан для применения на местном уровне с целью определения превышения установленного порога охвата населения прививками. При должном планировании результаты многократных исследований могут быть сведены в единую базу для оценки охвата населения прививками на большей административной территории. Программное обеспечение для LQA в данный момент еще не создано, хотя стоит в плане работ. Ожидается, что предварительная версия появится в начале 2004 г.
- Программа «Аудит качества данных» (DQA), первоначально разработанная для Фонда вакцин, была адаптирована для проведения самооценки. DQA основывается на выборке пунктов, предоставляющих отчеты, и проверке аккуратности систем регистрации, расчетов и отчетности, использующих административный метод. В настоящее время имеется программное обеспечение для DQA.

Дополнительные методики по оценке безопасности, бремени заболевания и других параметров можно получить в Европейском региональном бюро ВОЗ.

Сложности, возникшие при осуществлении программ иммунизации в странах Европейского региона ВОЗ, свидетельствуют не о неудаче проведения полной первичной

иммунизации детей, а скорее о неудаче достижения в соответствующих возрастных группах высоких показателей охвата прививками, которые способны спасти жизнь многих детей и снизить частоту возникновения осложнений. Существует несколько причин, по которым оценка охвата прививками административным методом не всегда совпадает с реальным уровнем охвата прививками в соответствующих возрастных группах. Национальные исследования, проведенные в последнее время в странах Европейского региона, подтверждают, что административный метод в некоторых странах отражает реальную картину иммунизации в соответствующих возрастных группах, а другие свидетельствуют об обратном. Европейское региональное бюро ВОЗ будет уделять особое внимание точности использования административного метода и рекомендует периодически проводить выборочные исследования для проверки его достоверности.

Национальный опыт

Украина: Управление службами иммунизации на субнациональном уровне

Программа иммунизации в Украине осуществляется двумя департаментами Министерства здравоохранения (Департаментом охраны здоровья матери и ребенка и Комитетом санэпиднадзора) через соответствующие вертикальные структуры на уровне области, района и первичного медико-санитарного звена. На протяжении последних 5 лет охват прививками против основных детских инфекций поддерживается на высоком уровне (от 94% до 98%).

Управление службами иммунизации на всех уровнях осуществляется по четырем основным направлениям.

1. Подготовка основополагающих документов, включая:

- создание законодательной базы;
- разработку стратегий по борьбе с управляемыми инфекциями (приказы и инструкции Министерства здравоохранения, методические рекомендации и руководства);
- принятие решений Межведомственным координационным комитетом (МКК).

2. Подготовка персонала до начала иммунизации и во время ее проведения, включая:

- обучение медицинского персонала по вертикальным программам;
- назначение дней приема специалистами на районном и областном уровнях;
- распространение методических материалов.

3. Управление информационными системами, включая:

- определение целевых групп и требований по вакцинам;
- мониторинг охвата прививками и управление запасами вакцин;
- использование данных для принятия решений и обратной связи.

4. Проведение целевых мероприятий для плохо информированного населения, включая:

- управление информационными системами, позволяющее проводить регулярный мониторинг эффективности проводимых мероприятий и своевременно получать обратную реакцию низовыми звеньями служб иммунизации;
- некоторые проблемы (неадекватное или устаревшее оборудование для холодильной цепи, несоблюдение правил безопасности инъекций, отсутствие стратегии по утилизации медицинских отходов), которые требуют своевременного решения.

Республика Молдова: Укрепление национальной информационной системы для программы иммунизации

Ранее существовавшая система мониторинга иммунизации в Республике Молдова имела ряд недостатков. Системе не хватало гибкости, поскольку отчеты составлялись один раз в квартал, отсутствовали индикаторы своевременности отчетности, данные предоставлялись только о детях, полностью иммунизированных, информация по поставкам и запасам вакцин и шприцов отсутствовала. Первые попытки усовершенствовать систему отчетности были предприняты в 1997 г. До этого каких-либо мер по изменению существующей системы не предпринималось в связи с переходным периодом после распада Советского Союза. Приказом Министерства здравоохранения Республики Молдова № 286 от 27 ноября 1997 г. были приняты четыре формы отчетности и введена система регистрации поставок и заказов вакцин, а также контроля за условиями их хранения.

Формы для отчетности в достаточном количестве были централизованно отпечатаны и регулярно бесплатно распространялись во все медицинские учреждения и руководителям национальных программ иммунизации. Однако данная система все равно оставалась несовершенной и не была привязана к конечным результатам, т.е. к данным по охвату населения прививками. Никакой информации с мест о результатах прививочных кампаний к руководству Министерства здравоохранения не поступало.

Внедрение информационной системы для программы иммунизации, схожей с той, что функционирует в Украине, началось в 2001 г. в двух пилотных регионах. Основные усилия были направлены на разработку простой и надежной системы первичной регистрации, способной заменить и унифицировать систему записей в рабочие журналы, которая может использоваться в качестве основы для подготовки ежемесячных отчетов. Был разработан формат месячного журнала регистрации для мероприятий по иммунизации и каждый семейный врач получил его. В него вносятся имя, фамилия и адрес ребенка, данные о проведенной вакцинации и ревакцинации, а также времени ее проведения (в возрасте от 12 или 15 месяцев). В нижней части каждой страницы есть три строчки для краткого заключения (количество детей, подлежащих вакцинации; количество детей, которые были вакцинированы, и количество вакцинированных по целевым возрастным группам).

Данные формы отчетности были распространены по всей республике в 2002 г., что позволило получить совокупные данные об охвате прививками за указанный год, включая данные о своевременности вакцинации и уровне недопривитости детей.

План действий по безопасной иммунизации

Основной целью программы по безопасности инъекций является обеспечение проведения инъекций таким образом, чтобы исключить какой-либо вред пациенту, не подвергать риску медицинского работника и избежать появлений отходов, представляющих опасность для населения. Для достижения поставленной цели необходимо разработать такие системы, которые позволят сформировать культуру безопасности при проведении инъекций. Предлагаемая стратегия включает три составные части:

1. изменение поведения медицинских работников для правильного проведения инъекций;
2. обеспечение адекватных поставок расходных материалов;
3. обеспечение адекватной утилизации острых предметов и отходов.

Поддержка заинтересованных сторон может быть оказана рабочей группой по безопасности инъекций и назначенным координатором. Проблемы, относящиеся к безопасности инъекций, могут быть выявлены путем проведения оценки, как описано в руководстве ВОЗ (VB/01.30), разработанном специально для подобных целей. В данном руководстве описаны действия, которые необходимо предпринять, чтобы медицинское учреждение добилось безопасности инъекций. Результаты оценки могут быть использованы для выработки национальной политики и разработки плана действий по безопасности инъекций. Мониторинг, контроль и оценка действий являются тремя ключевыми аспектами для регулярного пересмотра плана действий и определения новых приоритетов. Необходимо также уделять особое внимание таким ключевым вопросам, как поставки расходных материалов, соответствие передовому опыту, подготовка к применению сухих вакцин, правильное использование контейнеров безопасности и обработка отходов.

При обращении с отходами следует использовать технологии, соответствующие местным условиям. Для минимизации риска для медицинского персонала рекомендуется избегать каких-либо манипуляций с отработанным материалом после проведения инъекций. Методология обработки отходов заключается в предотвращении любого контакта человека с потенциально инфицированными медицинскими отходами и предотвращении их воздействия на окружающую среду. Успех программы зависит от создания эффективной системы обращения с отходами, с четким описанием должностных обязанностей медицинского персонала, его обучения и проведения контроля органами здравоохранения.

Деятельность по изменению поведения медицинского персонала будет заключаться в разработке информационных, общеобразовательных и коммуникационных (ИОК) материалов и обучении специалистов по иммунизации.

Для проведения мониторинга программы по безопасности инъекций и обращению с отходами будут выбраны показатели, отражающие основные приоритеты в этой области. Они помогут оценивать прогресс и организовать работу по трем основным направлениям: поставка вакцин и расходных материалов, изменение поведения медицинского персонала и утилизация острых предметов и отработанного материала. Об эффективности работы можно судить по количеству зафиксированных побочных поствакцинальных реакций

(ППР), возникновение которых может быть связано с небезопасным проведением инъекций или неправильным обращением с иглами и шприцами.

2. Внедрение новых вакцин

В последние годы на рынке появилось несколько новых вакцин; еще большее количество находится в стадии разработки. Между странами с высоким и низким уровнем доходов на душу населения существует существенная разница в количестве антигенов, включенных в календари прививок национальных программ иммунизации. Странам приходится принимать решение относительно необходимости включения новых вакцин в свои программы на основании результатов проведения тщательного анализа различных параметров.

Решение о внедрении новой вакцины должно основываться на анализе эпидемиологических данных, позволяющем судить, является ли данное заболевание проблемой для общественного здравоохранения, и среди каких групп населения наблюдается наибольшая заболеваемость. Необходимо также установить, является ли иммунизация наилучшим способом борьбы с этим заболеванием, или могут применяться альтернативные стратегии. Необходимо провести оценку стоимости и выгоды внедрения новой вакцины, а также стоимость мероприятий для достижения и поддержания надлежащего уровня охвата населения прививками. Важной является оценка возможностей национальной программы иммунизации взять на вооружение применение новой вакцины, а также выявление дополнительных потребностей в следующих областях: холоддовая цепь и материально-техническое обеспечение, безопасность прививочных мероприятий, интеграция данных по новой вакцине в национальную информационную систему, обучение медицинского персонала, пропаганда и социальная мобилизация.

Эпидемиологические данные для определения бремени заболевания, вызванного гемофильной палочкой типа b, могут быть собраны благодаря системе эпиднадзора, перспективным и ретроспективным эпидемиологическим обследованиям и быстрым методам оценки. Эпиднадзор за заболеванием, вызванным гемофильной палочкой типа b в Европейском регионе ВОЗ, нуждается в укреплении: только 25 из 51 страны предоставили информацию относительно менингита вызванного гемофильной палочкой типа b в 2001 г. Недавно ВОЗ провела анализ уровня заболеваемости менингитом, вызванным гемофильной палочкой типа b в доиммунизационный период, который показал, что уровень заболеваемости среди детей в возрасте до 5 лет был существенно выше в Африке и Америке по сравнению с Европейским регионом ВОЗ. Анализ данных 72 исследований, проведенных в странах Европейского региона, выявил высокий уровень заболеваемости менингитом, вызванным гемофильной палочкой типа b, среди детей в возрасте до 5 лет в Западной Европе, тогда как в странах Центральной и Восточной Европы были зафиксированы более низкие показатели.

В 2001 и 2002 гг. быстрая оценка ситуации относительно распространения гемофильной палочки типа b была проведена в Албании, Кыргызстане и Узбекистане. Результаты показали, что гемофильная палочка типа b по уровню заболеваемости и смертности не представляет серьезного бремени для данных стран.

В 2001 г. 27 стран Европейского региона ВОЗ, в основном в Западной и Центральной Европе, применяли вакцину против гемофильной палочки типа b в рамках национальных программ иммунизации. Четырнадцать стран представили в Европейское региональное

бюро ВОЗ свои отчеты по уровню охвата прививками Hib3. Из них в восьми странах охват прививками составил более 90% (Дания, Финляндия, Венгрия, Исландия, Израиль, Португалия, Словения и Великобритания), а в четырех странах уровень охвата варьировал от 80% до 90% (Бельгия, Ирландия, Латвия и Норвегия).

Имеющиеся на рынке вакцины против инфекции, вызываемой гемофильной палочкой типа b, доказали свою эффективность в профилактике этого заболевания. В странах Западной Европы, в которых в течение многих лет проводилась иммунизация против этой инфекции, было отмечено заметное снижение заболеваемости. К сожалению, высокая стоимость этих вакцин является основным барьером для ее применения во многих странах Европейского региона ВОЗ, в основном в ННГ и некоторых странах Восточной Европы. Долгосрочные политические и финансовые обязательства являются основополагающими факторами для принятия решения о внедрении вакцины против этой инфекции в этих странах.

Планы по обеспечению финансовой устойчивости

Страны, получающие финансовую поддержку со стороны Фонда вакцин ГАВИ, должны подготовить планы по обеспечению финансовой устойчивости программ иммунизации в течение двух с половиной лет с момента начала получения помощи.

План по обеспечению финансовой устойчивости является официальным заявлением правительства страны о мерах по финансированию программ иммунизации в соответствии с их целями и задачами на среднесрочный и долгосрочный период. В определении финансовой устойчивости, представленном ГАВИ, констатируется, что "хотя конечной целью является самообеспечение вакцинами, в ближайшей перспективе, под финансовой стабильностью понимается способность страны к мобилизации и эффективному использованию внутренних и вспомогательных внешних источников финансирования для достижения поставленных задач при проведении иммунизации".

Преимущества составления плана по обеспечению финансовой устойчивости включают: получение на основе тщательного анализа данных ясной картины о потребностях в финансировании программ иммунизации, получение представления о реалистических и специфических практических действиях по повышению вероятности достижения состояния финансовой устойчивости; определение показателей и процесса мониторинга достижения прогресса; возможность использования полученной информации для пропаганды прививочных мероприятий в Министерстве здравоохранения, Министерстве финансов и среди партнеров; а также возможность использования полученных данных для информирования более масштабных макроэкономических процессов.

Финансовая рабочая группа ГАВИ разработала ряд руководств и методик, помогающих определить основное содержание и формат плана по обеспечению финансовой устойчивости. Руководства и приложения, включая таблицы и методики планирования финансовых затрат, переведены на русский язык.

В 2002 г. первая группа стран, выбранных ГАВИ, подготовила и представила в Секретариат ГАВИ свои планы по обеспечению финансовой устойчивости программ иммунизации. Совет ГАВИ принял решение, что опыт первых тринадцати стран будет

использован в пилотной фазе для оказания информационной и практической поддержки последующей группе государств в подготовке их планов по финансовой устойчивости.

Национальный опыт

Кыргызстан: разработка плана по обеспечению финансовой устойчивости

В 2002 г. Кыргызстан был первой страной в Европейском регионе ВОЗ и одной из первых тринадцати стран в мире, подготовившей собственный план по обеспечению финансовой устойчивости. Процесс подготовки начался с обращения Министерства здравоохранения в Секретариат ГАВИ с просьбой об оказании технической поддержки. В августе 2002 г. два международных консультанта посетили Кыргызстан для оказания технической помощи и активизации процесса подготовки. Межведомственный координационный комитет (МКК) был должным образом проинформирован о данной работе и принимал участие в разработке плана. Была сформирована рабочая группа, включающая представителей Министерства здравоохранения, Министерства финансов, Фонда обязательного медицинского страхования, ЮНИСЕФ и ВОЗ. В их задачу входила подготовка детального анализа затрат на проведение национальной программы иммунизации и оценка ее финансовой составляющей. Экспертная группа разработала рабочий план с последующим сбором данных и их анализом.

Финальная стадия разработки была завершена к середине ноября, после чего план был представлен национальному МКК для рассмотрения и подписания. Во время совещания партнеров ГАВИ, проходившего в столице Сенегала Дакаре, министр здравоохранения и заместитель министра финансов Кыргызстана представили международной общественности и ГАВИ план по обеспечению финансовой устойчивости прививочных мероприятий. В настоящий момент представленный план находится на рассмотрении Независимого ревизионного комитета при Секретариате ГАВИ в Женеве. После прохождения процедуры рассмотрения Кыргызстан, при поддержке партнеров, приступит к выполнению стратегий, изложенных в этом документе, и их мониторингу с тем, чтобы добиться финансовой устойчивости программы иммунизации.

К сентябрю 2003 г. 6 других стран Европейского региона ВОЗ (из 22 государств) должны будут представить собственные планы по обеспечению финансовой устойчивости: Албания, Армения, Азербайджан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан. Финансовая рабочая группа ГАВИ совместно с Европейской региональной рабочей группой и другими партнерами оказывают необходимую поддержку этим странам в проведении национальных семинаров и координации технической помощи.

3. Передовые методы управления службами иммунизации

Обучение проведению санитарно-просветительной работы, использованию средств сообщения и методам усиления работы национальных МКК было проведено с использованием учебных модулей «Передовые методы управления службами иммунизации», разработанных ПВД/ПОТЗ. К настоящему отчету прилагается компакт-диск с содержанием данных модулей.

4. Борьба с дифтерией в Европейском регионе ВОЗ

Повторное появление дифтерии на территории новых независимых государств (ННГ) в период между 1990 и 1999 гг. является первой масштабной эпидемией дифтерии в развитых странах за последние три десятилетия. Хотя случаи заболевания были зарегистрированы во всех ННГ, три четверти из более, чем 158 000 случаев, зарегистрированных с 1990 г., были отмечены в Российской Федерации.

Значительные усилия по вакцинации как детей, так и взрослых позволили взять эпидемию под контроль. В 1999 г. было зарегистрировано 1616 случаев (снижение на 97%, по сравнению с 50425 случаями, зарегистрированными в 1995 г.). В 2001 г. было зарегистрировано 1282 случая, а год спустя в Европейское региональное бюро ВОЗ поступили данные о 1129 случаях, зафиксированных на территории ННГ.

Борьба с дифтерией требует серьезных усилий со стороны национальных органов общественного здравоохранения, а некоторые страны нуждаются и в постоянной помощи международных организаций и агентств. Региональный план действий по профилактике и борьбе с дифтерией включает следующие компоненты:

- первичная профилактика путем обеспечения высокого уровня иммунитета;
- ранняя диагностика и правильное ведение заболевших;
- быстрое выявление близких контактов и проведение соответствующих мероприятий;
- совершенствование работы служб эпиднадзора.

Стратегия иммунизации особый приоритет отводит усилению работы служб плановой иммунизации и достижению высокого уровня охвата населения (более 95%) прививками, а также проведению ревакцинации подростков и взрослых. При осуществлении стратегии ставятся следующие задачи:

- обеспечение по крайней мере 95% охвата АКДС3 всех детей к 12-месячному возрасту;
- обеспечение высокого уровня охвата АКДС4 детей в возрасте до 2 лет;
- проведение ревакцинации детей при поступлении в школу и по ее окончании;
- обеспечение по крайней мере 90% охвата взрослых прививками против столбняка и дифтерии (с интервалом в 10 лет);
- проведение массовой иммунизации групп риска и восприимчивого населения.

На региональном, субрегиональном и национальном уровнях необходимо укреплять систему эпиднадзора за ранним и повторным возникновением заболевания. Стратегия по совершенствованию эпиднадзора за дифтерией включает пять компонентов:

- использование стандартных определений случаев заболевания;
- улучшение работы по выявлению и расследованию случаев заболевания;
- улучшение отслеживания контактов и носителей;
- усиление потенциала сети национальных и региональных лабораторий;
- увеличение количества выявленных случаев с лабораторным подтверждением.

Микробиологическая диагностика дифтерии и лабораторная поддержка

Одним из первых шагов по созданию сети микробиологических лабораторий была организация, по предложению ЕРБ ВОЗ, Европейской лабораторной рабочей группы по дифтерии (ЕЛРБД) в 1993 г. Работа группы координируется Лабораторной службой общественного здравоохранения (ЛСОЗ); в группу входят представители более 40 стран Западной и Восточной Европы, США, Канады, Южной Америки, Юго-Восточной Азии, Индийского субконтинента и Австралии. Основными целями ЕЛРБД является повышение клинической и микробиологической осведомленности в странах о дифтерии и создание системы микробиологического эпиднадзора за дифтерией в Европе. В течение последнего десятилетия Европейское региональное бюро ВОЗ и ЕЛРБД активно сотрудничали в области создания лабораторной сети и расширения совместных скоординированных подходов по лабораторной диагностике на национальном и международном уровнях. Благодаря большой спонсорской помощи была проведена работа по стандартизации методов путем создания и распространения микробиологических тест-систем в новые независимые государства.

Международное сотрудничество является важным фактором для осуществления мониторинга распространения заболевания и изучения патогенеза болезни, а также для расширения необходимых научных исследований в данной области. Интеграция в службах общественного здравоохранения способствовала значительному улучшению микробиологического эпиднадзора и диагностики, а также внедрению в практику новых технологий. Можно отметить, например:

- согласование методов лабораторной диагностики в разных странах;
- создание международных баз данных по определению генотипа для быстрого отслеживания эпидемических штаммов;
- разработку схем внешнего контроля качества для мониторинга работы лабораторий;
- проведение курсов обучения и семинаров для ученых ННГ в европейских странах по повышению квалификации и надзора за дифтерией.

Эти области нуждаются в особом внимании в странах, где потребность в этом наиболее велика. Эпидемии, вспыхнувшие в Европейском регионе ВОЗ в последние 12 лет, являются напоминанием об опасности, которая грозит населению Европы от таких инфекционных заболеваний, как дифтерия, а также необходимости дальнейшего изучения эпидемиологии этой инфекции.

Национальный опыт

Борьба с дифтерией в Латвии

Дифтерия вновь появилась в Латвии в начале 1990-х годов после десятилетий успешной борьбы с заболеванием путем проведения иммунизации населения. В начальной стадии эпидемии большинство случаев дифтерии (44%) регистрировались среди лиц в возрасте от 30 до 49 лет. Впоследствии большинство случаев заболевания (37%) регистрировалось у больных в возрасте от 40 до 59 лет, поскольку группа восприимчивых лиц стала старше. Во время эпидемии дифтерии большее число случаев заболевания отмечалось среди

женщин (56%), а по социальному распределению безработные (36%) оказались наиболее подвержены заболеванию по сравнению с другими группами населения.

С 1995 г. число территорий, пораженных дифтерией, стабильно снижалось (72% в 1995 г. и 18% в 2002 г.). В начале эпидемии основное число случаев заболевания регистрировалось в осенний и зимний периоды, хотя в последнее время существенных различий в распределении случаев по сезонам отмечено не было. Снижение числа бактериологически подтвержденных случаев заболевания наблюдалось с 1998 г. (94% в 1998 г. и 55% в 2002 г.).

Во время эпидемии было зарегистрировано 99 случаев со смертельным исходом (7,4%), 90% из них - среди взрослых. Наблюдалось снижение числа тяжелых случаев болезни и количества летальных исходов. Среди пациентов в возрасте от 10 до 19 лет не было зафиксировано ни одного летального исхода, и только 1 случай со смертельным исходом был зафиксирован в возрастной группе от 20 до 29 лет. Большинство (68%) смертельных исходов регистрировалось среди пациентов в возрасте от 40 до 59 лет в начальный период эпидемии и среди пациентов старше 50 лет (74%) в более позднем периоде эпидемии. Невакцинированные пациенты составили 74% от всех случаев заболевания и почти 100% от всех зарегистрированных смертельных исходов. Наблюдалось также снижение числа очагов дифтерии с двумя или большим количеством случаев (с 10,3% в 1995 г. до 4,5% в 2002 г.), а также и числа носителей *C.diphtheriae*.

Проведение в Латвии иммунизации взрослого населения позволило взять под контроль острую вспышку дифтерии в период с 1994 по 1995 гг. С 1995 г. более одного миллиона взрослых получали прививки, при этом уровень охвата составил 69%. Результаты опросов общественного мнения показывают, что достижение и более высокого уровня (между 85% и 90%) возможно.

Несмотря на очевидные достижения в борьбе с дифтерией, эта инфекция в Латвии остается серьезной проблемой общественного здравоохранения страны. Дальнейший прогресс в борьбе с заболеванием зависит от возрастающей роли врача общей практики в проведении иммунизации, а также от эффективности мероприятий по санитарному просвещению. Особое внимание необходимо уделять группам риска – невакцинированным лицам старше 40 лет и представителям национальных меньшинств.

5. Семинар по лабораторной диагностике дифтерии

Основная цель данного семинара заключалась в укреплении взаимодействия и сотрудничества между специалистами из ННГ и европейскими странами в области лабораторной диагностики дифтерии и эпиднадзора.

Повторное появление дифтерии в последнее десятилетие в Европейском регионе ВОЗ и других регионах вновь привлекло интерес к этой управляемой инфекции. Основной задачей многих международных организаций (в особенности ВОЗ) является укрепление служб эпиднадзора для раннего выявления случаев инфекции путем создания лабораторной сети для выявления инфекционных болезней.

Европейская лабораторная рабочая группа по дифтерии (ЕЛРГД) была создана в 1993 г. в связи с эпидемией дифтерии в России и ННГ. Эти эпидемии выявили необходимость

укрепления и поддержания на высоком уровне служб эпиднадзора и системы надежной лабораторной диагностики. Начиная с декабря 2001 г. был достигнут определенный прогресс в проведении эпиднадзора и лабораторной диагностики дифтерии при финансовой поддержке Европейской комиссии (ЕС). Финансовая помощь была также оказана для изучения технико-экономических возможностей для организации эпиднадзора за дифтерией в странах ЕС и странах, готовящихся вступить в Европейский Союз, а также для создания официальной сети эпиднадзора за дифтерией в Европе - DIPNET. DIPNET будет продолжать сотрудничество и координацию работы по оказанию поддержки странам в улучшении эпиднадзора за дифтерией с целью раннего выявления случаев заболевания и контактов с использованием микробиологических методов. В сети национальных и международных лабораторий работают не только микробиологи, но и эпидемиологи из большинства стран ЕС и стран, готовящихся к вступлению в Евросоюз¹.

Все участники семинара по дифтерии из 12 стран отметили важность проведения подобного мероприятия. Среди них были микробиологи и эпидемиологи, ответственные за противодифтерийные мероприятия в своих странах. Цель семинара заключалась в проведении оценки возможностей лабораторной диагностики в каждой стране и выявлении их специфических потребностей. Работа семинара включала: общее представление каждого участника и его роль в диагностике дифтерии; обзор диагностического потенциала каждой страны; выявление конкретных потребностей; обсуждение вопросов внешней оценки качества и обсуждение пересмотренной версии руководства ВОЗ по лабораторной диагностике дифтерии.

Основные рекомендации для Регионального бюро по поддержке и расширению лабораторной сети ННГ по диагностике дифтерии

Необходимо оказывать поддержку существующей лабораторной сети ННГ, в которую входят ведущие микробиологи (необходимо также привлечь к работе и ведущих эпидемиологов), отвечающие за борьбу с дифтерией в своих странах. Существует опасность развала сильной лабораторной сети ННГ, которая была создана за последние несколько лет, если не будет оказана необходимая поддержка.

План действий

1. Официально определить ведущего микробиолога (работа проведена) и эпидемиолога в каждой стране, которые отвечают за борьбу с дифтерией.
2. Осуществить стандартизацию определения случая заболевания для всех стран. Большинство стран испытывали затруднения с практическим использованием определения случая.
3. Провести оценку лабораторных возможностей и диагностического потенциала всех ведущих Национальных референс-центров по диагностике дифтерии (НРД), а также лабораторий, не относящихся к данной категории, но предлагающих свои услуги. Данная работа проводится под эгидой DIPNET.

¹ ЕРБ/Эпиднадзор, Том 8, № 10, октябрь 2003

4. Учредить официальные национальные референс-лаборатории, особенно в таких странах как Узбекистан, Азербайджан, Туркменистан и Таджикистан.
5. Выявить текущие и долгосрочные потребности (на ближайшие 12 месяцев) в реагентах и диагностических материалах, необходимых для лабораторной диагностики дифтерии. Существуют значительные опасения во многих странах, что в результате нехватки реагентов или их отсутствия, уровень лабораторной диагностики понизится или она не будет проводиться вообще. Особые опасения вызывает ситуация в некоторых странах, например в Таджикистане, где из-за отсутствия реагентов и лабораторных материалов диагностика не проводилась.
6. Организовать проведение Семинара по повышению квалификации по лабораторной диагностике для ведущих микробиологов из каждого ННГ. На семинаре предполагается значительно обновить знания участников, по сравнению с информацией, представленной в 1995 г. на семинаре, который проводился лабораторной службой общественного здравоохранения (ЛСОЗ). Предположительная дата проведения Семинара – январь 2004 г.
7. Организовать проведение семинаров по лабораторной диагностике в 2003 г. в наиболее нуждающихся в этом странах. По приоритетности в: (1) Латвии и Таджикистане; (2) Украине; (3) Узбекистане; и рассмотреть возможность проведения аналогичных семинаров в странах, готовящихся стать членами Европейского союза, например, Турции.
8. Осуществить во всех странах ННГ мониторинг эффективности работы лабораторий путем реализации программы внешнего контроля качества (в основных референс-центрах по дифтерии). При этом потребуются средства на транспортные и почтовые расходы, а также на расходы по подготовке «полного набора лабораторных контрольных штаммов».
9. Создать систему аккредитации для НРДД, важность которой отмечали все участники совещания, ссылаясь на систему аккредитации ВОЗ для референс-лабораторий по диагностике кори/полиомиелита. Работа в этом направлении может быть начата во время проведения семинаров по лабораторной диагностике в конкретных странах ННГ. Все страны проявили интерес к сотрудничеству в рамках программы внешнего контроля качества по лабораторной диагностике дифтерии. Все лаборатории попросили выдать им Сертификат об участии и оценке качества работы, как части процедуры аккредитации.
10. Обеспечить участие Турции и других стран, готовящихся вступить в ЕС, так как чрезвычайно важно иметь представителей от этих стран.
11. Уделять особое внимание вопросам эпиднадзора за дифтерией, особенно в группах высокого риска: невакцинированные лица, иммигранты и лица с социально-экономическими проблемами.

6. Семинар по внедрению и осуществлению иммунизации против гепатита В

Участники семинара были разделены на три группы (одна англоговорящая группа и две русскоговорящие). Цели семинара:

- кратко обсудить существующую эпидемиологическую ситуацию по гепатиту В;
- рассмотреть ситуацию относительно внедрения вакцины против гепатита В и ее использования;
- обсудить ход реализации программы и выявить достижения и недостатки при проведении иммунизации против гепатита В в разных странах;
- определить дальнейшие шаги и предложить план действий по решению проблем.

Результаты обсуждения в трех группах вкратце представлены ниже.

Текущая эпидемиологическая ситуация

В настоящее время система обязательной отчетности имеется во всех странах. После рассмотрения имеющихся данных было проведено обсуждение о необходимости использования стандартного определения случая острого вирусного гепатита. В отчетах некоторых стран случаи носительства HbsAg все еще вносятся в данные по заболеваемости гепатитом В, что усложняет процесс интерпретации данных. Несмотря на отсутствие стандартизации систем эпиднадзора за гепатитом В и методов лабораторной диагностики вируса гепатита В (HBV), в странах, где существуют программы по борьбе с гепатитом В, заболеваемость имеет тенденцию к снижению, на фоне увеличения охвата прививками против гепатита В.

Существует необходимость в предоставлении данных по стандартным возрастным группам. Например: до одного года (<1 г), от 1 до 4 лет (1–4 гг), от 5 до 9 (5–9 гг), от 10 до 14 (10–14 гг), от 15 до 19 лет (15–19 гг), и так далее.

Положение относительно внедрения вакцины против гепатита В

Для стран, проводящих плановую иммунизацию против гепатита В, одним из главных достижений было появление возможности проведения бесплатной вакцинации против гепатита В новорожденных и детей раннего возраста (с охватом более 80%), а также некоторых групп риска. Наличие политической поддержки, высокая общественная потребность в прививочных мероприятиях, санитарное просвещение и хорошо функционирующая система эпиднадзора (для выявления основных групп риска) также были отмечены в качестве важных достижений.

Однако все еще существуют проблемы с финансированием программ иммунизации в целом и в особенности иммунизации против гепатита В. Помимо этого, в некоторых странах имеются проблемы, связанные с недостаточной и нестабильной поставкой вакцины. Данные по областям и районам показывают неравномерный охват прививками и низкие уровни охвата в ряде регионов некоторых стран. Это осложняет организацию

прививочных кампаний с выездом на места и доступ к специфическим группам населения (например, в Армении и Грузии). Безопасность инъекций продолжает оставаться одной из проблем для медицинских работников. Наконец, участники единодушно признали необходимость использования стандартного определения случая заболевания при проведении выборочных обследований населения и составления отчетов. С этой целью существующее определение либо должно использоваться, либо должно быть пересмотрено.

Отчетные данные по гепатиту В должны представляться два раза в год, а возрастные группы должны быть стандартизированы. Кроме того, должен быть доступ к национальным и региональным данным по охвату прививками против гепатита В.

Приложение 1.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА

Понедельник, 20 января 2003 г.

- 08:15–09:00 Регистрация участников
- 09:00–09:10 Открытие совещания
- 09:10–09:20 Выборы Председателя и Составителя отчета, принятие повестки дня и программы
- Укрепление национальных служб иммунизации**
- 09:20–09:40 Программа иммунизации в Европейском регионе: состояние в настоящий момент и планы на будущее
Н. Эмироглу, ЕРБ/ВОЗ
- 09:40–10:00 Совершенствование управления службами иммунизации на субрегиональном уровне
Т. Гудман, штаб-квартира ВОЗ
- 10:00–10:20 Управление службами иммунизации на субнациональном уровне: опыт Украины
Л. Мухарская, Министерство здравоохранения Украины
- 10:20–10:45 Обсуждение
- 10:45–11:00 Перерыв на кофе
- 11:00–11:30 Мониторинг работы служб иммунизации: оценка методов отчетности и обработки данных
А. Бартон, штаб-квартира ВОЗ, С. Вассилак, ЕРБ/ВОЗ
- 11:30–11:50 Укрепление национальной информационной системы для программы иммунизации в Молдове
А. Мельник, Министерство здравоохранения, Молдова
- 11:50–12:30 Обсуждение
- 12:30–14:00 Перерыв на обед
- 14:00–14:20 Разработка национальной политики и плана действий по безопасной иммунизации
Д. Мейр, ЕРБ/ВОЗ
- 14:20–14:50 Обсуждение
- Внедрение новых вакцин**
- 14:50–15:10 Принятие решения о внедрении новых вакцин
А. Лобанов, ЕРБ/ВОЗ
- 15:10–15:30 Обсуждение
- 15:30–16:00 Перерыв на кофе

- 16:00–16:30 Обеспечение финансовой устойчивости
- Процесс планирования
Л. Камара, штаб-квартира ВОЗ
 - Разработка плана по обеспечению финансовой устойчивости в Кыргызстане
С. Абдикеримов, Министерство здравоохранения, Кыргызстан
- 16:30–17:00 Обсуждение

Вторник, 21 января 2003 г.

Обучение в рамках курса по Руководству программ иммунизации для высшего звена

- Укрепление национальных МКК
- Пропаганда и содействие, передача информации

Среда, 22 января 2003 г.

Борьба с дифтерией

- 09:00–09:20 Дифтерия в Европейском регионе. Клинические и эпидемиологические аспекты эпиднадзора за дифтерией
Н. Эмироглу, ЕРБ/ВОЗ
- 09:20–09:40 Борьба с дифтерией в Латвии
Ж. Перевозчиков, Агентство по общественному здравоохранению, Латвия
- 09:40–10:00 Микробиологическая диагностика и лабораторная поддержка для эпиднадзора за дифтерией
А. Эфстратиоу, Лабораторная служба общественного здравоохранения, Великобритания
- 10:00–10:30 Обсуждение
- 10:30–11:00 Перерыв на кофе
- | | | |
|-------------|---|---|
| 11:00–12:30 | Семинар 1: Лабораторная диагностика дифтерии | Семинар 2: Внедрение вакцины и осуществление иммунизации против гепатита В |
| | Участники: Руководители национальных лабораторий | Участники: Руководители национальных программ иммунизации |
- 12:30–14:00 Перерыв на обед
- 14:00–15:30 Продолжение семинаров 1 и 2
- 15:30–16:00 Перерыв на кофе
- 16:00–17:00 **Семинар 2** (пленарное заседание)
Отчеты о работе групп участников
Заккрытие совещания

Приложение 2.

СПИСОК УЧАСТНИКОВ

Албания

Д-р Илирьяна Кадаре
Специалист по РПИ,
Институт общественного здравоохранения
Пр. Александра Моисиу, 80
Тирана
Албания

тел./факс: +355 43 700 58/59

Армения

Д-р Наира Алексанян
Директор,
Национальная лаборатория по дифтерии,
Республиканский центр гигиены
и эпидемиологического надзора
ул. Д. Маляна, 37
Ереван 375096
Армения

тел.: +374 161 33 69

Д-р Сирак Сукиасян
Руководитель РПИ, заместитель директора,
Центр гигиены и противоэпидемического надзора,
Республиканский центр гигиены
и эпидемиологического надзора
ул. Д. Маляна, 37
Ереван 375096
Армения

тел.: +374 161 33 69

Азербайджан

Д-р Эмин Бабаев
Директор,
Эпидемиологический отдел
Республиканский центр эпидемиологии
и гигиены
ул. Кивчик Дениз, 4,
Баку 370014
Азербайджан

тел.: +994 12 93 70 97

факс: +994 12 98 72 60
эл. почта: polio.lab@azdata.net

Д-р Рахилия Маммадбаева
Директор,
Национальная лаборатория по дифтерии
ул. Кивчик Дениз, 4,

факс: +99412 98 72 60

Баку 370014
Азербайджан

Д-р Светлана Змитрович
Заместитель директора,
Республиканский центр гигиены
и эпидемиологии
ул. Д. Джабарли, 34,
Баку 370064
Азербайджан

тел.: +994 12 93 10 33
факс: +994 12 98 72 60

Беларусь

Д-р Геннадий Будаев
Заместитель главного врача по эпидемиологии,
Республиканский центр гигиены
и эпидемиологии
ул. Казинца, 50
220099 Минск
Беларусь

тел.: +375 17 278 42 07

Д-р Валентина Колодкина
Ст. научный сотрудник,
Лаборатория иммунопрофилактики,
Научно-исследовательский институт эпидемиологии
и микробиологии,
Отдел дифтерии
ул. К. Цеткин, 4
Минск
Беларусь

тел.: +375 172 265866
факс: +375 172 265267
эл. почта: kvl@briem.ac.by

Д-р Анатолий Кожемякин
Главный эпидемиолог,
Министерство здравоохранения
ул. Мясникова, 39
220048 Минск
Беларусь

тел.: +375 172 206 356
факс: +375 172 226 297

Грузия

Д-р Паата Имнадзе
Директор,
Национальный центр по борьбе с болезнями
ул. Асатиани, 9
380077 Тбилиси
Грузия

тел.: +995 32 398946
факс: +995 32 940485
эл. почта: ncdc@access.sanet.ge

Д-р Тамаз Лобянидзе
Заместитель начальника,

тел.: +995 32 96 03 00

Отдел общественного здравоохранения,
Министерство здравоохранения, труда
и социального обеспечения
пр. К. Гамсахурдиа
Тбилиси 380060
Грузия

факс: +995 32 37 79 06

Д-р Хатуна Захашвили
Национальный центр по борьбе с болезнями
ул. Асатиани, 9
380077 Тбилиси
Грузия

тел.: +995 32 39 75 17
факс: +995 32 94 04 85
эл. почта: episuzv@ncdc.ge

Казахстан

Д-р Альберт Аскарлов
Начальник,
Отдел эпидемиологического контроля,
Министерство здравоохранения
ул. Московская, 66,
Астана
Казахстан

тел.: +7 317 2 31 74 77
факс: +7 317 2 31 78 07
эл. почта: durumbetov@nursat.kz

Кыргызстан

Д-р Сабирджан Абдикеримов
Генеральный директор,
Отдел санитарно-эпидемиологического надзора,
Министерство здравоохранения
ул. Фрунзе, 535
720033 Бишкек
Кыргызстан

тел.: +996 312661107
факс: +996 660538
эл. почта: dgsm@elcat.kg

Д-р Гульмира Джумалиева
Руководитель,
Референс-лаборатория по диагностики
бактериальных инфекций
ул. Байтик Батир, 34
Бишкек
Кыргызстан

тел.: +996 66 07 62

Д-р Жолдош Калилов
Директор,
Республиканский центр по иммунопрофилактике
ул. Фрунзе, 535
720033 Бишкек
Кыргызстан

тел.: +996 312 66 11 43
факс: +996 312 66 02 24
эл. почта: olgarci@elcat.kg

Д-р Татьяна Жарикова
Иммунолог,

тел.: +996 66 11 43
Fax No.: +996 66 02 24

Республиканский центр по иммунопрофилактике
ул. Фрунзе, 535
Бишкек
Кыргызстан

Латвия

Д-р Юрий Перевозчиков
Руководитель,
Отдел эпидемиологического надзора
за инфекционными заболеваниями,
Агентство общественного здравоохранения
ул. Кляяну, 7
LV 1012 Рига
Латвия

тел.: +371 737 63 39
факс: +371 737 4980
эл. почта: sva@sva.lv

Д-р Ивонна Селга
Руководитель,
Отдел микробиологии,
Агентство общественного здравоохранения
ул. Кляяну, 7
Рига LV-1012
Латвия

тел.: +371 737 41 19
факс: +371 737 49 80
эл. почта: mikr@sva.lv

Республика Молдова

Д-р Ион Бахнарел
Заместитель министра здравоохранения,
Министерство здравоохранения Молдовы
ул. Василе Александри, 1
MD-2009 Кишинев
Республика Молдова

тел.: +373 2 729869
факс: +373 2 738 781
эл. почта: bahnarel@mednet.md

Д-р Анатолий Мельник
Руководитель,
Отдел общей эпидемиологии,
Национальный центр превентивной медицины
ул. Г. Асачи, 67А
2028 Кишинев
Республика Молдова

тел.: +373 2 729 647
факс: +373 2 729725
эл. почта: amelnic@mednet.md

Д-р Людмила Мугои
Руководитель,
Бактериологическая лаборатория общей эпидемиологии,
Национальный центр превентивной медицины
ул. Г. Асачи, 67 А
Кишинев
Республика Молдова

тел.: +373 2 72 96 74
факс: +373 2 72 97 25

Д-р Василь Сохотчий
Заместитель директора,
Национальный научно-практический
центр превентивной медицины
ул. Г. Асачи, 67 А
2028 Кишинев
Республика Молдова

тел: +373 272 96 81
факс: +373 272 97 25
эл. почта: vsohotki@mednet.md

Российская Федерация
Д-р Галина Лазикова
Руководитель,
Отдел государственной санитарно-эпидемиологической инспекции,
Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Рахмановский пер., 3
101431 Москва
Российская Федерация

тел.: +7 095 973 16 26
факс: +7 095 973 15 49

Д-р Нина Максимова
Руководитель,
Национальный центр эпиднадзора
за дифтерией,
Научно-исследовательский институт
эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского
ул. Адмирала Макарова, 10
Москва 125212
Российская Федерация

тел.: +7 095 459 21 46
факс: +7 095 452 18 30

Д-р Аркадий Ясинский
Заместитель директора,
Федеральный центр государственного
санитарно-эпидемиологического надзора,
Министерство здравоохранения
Варшавское шоссе, 19а
113105 Москва
Российская Федерация

тел.: +7 095 954 13 86
факс: +7 095 954 03 10
эл. почта: yasinsky@fcgsen.ru

Таджикистан

Д-р Садбарг Ашурова
Руководитель,
Лаборатория по диагностике дифтерии,
Республиканская СЭС
ул. Чапаева, 8
Душанбе
Таджикистан

тел.: +992 372 27 49 47
факс: +992 372 21 48 71

Д-р Сиабназар Турков
Заместитель директора,
Национальный центр иммунопрофилактики,
Республиканская СЭС
ул. Чапаева, 8
Душанбе
Таджикистан

тел.: +992 372 27 49 47
факс: +992 372 21 48 71

Д-р Мехринисо Юлдашева
Советник Министра здравоохранения,
Министерство здравоохранения
ул. Шевченко, 69
Душанбе 25
Таджикистан

эл. почта: healthtjk@tajnet.com

Бывшая Республика Югославия и Македония

Д-р Nevzat Elezi
Государственная санитарно-эпидемиологическая
инспекция
Unit Tetovo
'Kamenjane' N 1220
Skopje
The Former Yugoslav Rep. of Macedonia

тел.: +389 70 251 411

факс: +389 44 33 32 80
эл. почта: whoho@unet.com.mk

Д-р Zarko Karadzovski
Республиканский институт защиты здоровья
Str. '50 Divizija' no. 6, P.O. Box 577
1000 Skopje
The Former Yugoslav Rep. of Macedonia

тел.: +389 2 12 50 44
факс: +389 2 22 33 54
эл. почта: epiirzzz@mol.com.mk

Турция

Д-р Yildirim Bayazit
Руководитель,
Отдел РПИ и управляемых инфекций,
Главное управление Общественного здравоохранения,
Министерство здравоохранения
06434 Sıhhiye-Ankara
Turkey

тел.: +90 312 435 3215
факс: +90 312 432 2994
эл. почта: ybayazit@saglik.gov.tr

Д-р Halit Umit Ozdemirer
Отдел инфекционных болезней,
Министерство здравоохранения
Даир Баск, Блок В
Saglik Bakanligi
Sihhiye 06030
Ankara
Turkey

тел.: +90 312 4358892
факс: +90 312 4322994
эл. почта: uozdemirer@hotmail.com

Украина

Д-р Ольга Бобылева
Первый заместитель гос.секретаря,
Главный гос. санитарный врач,
Министерство здравоохранения
ул. Грушевского, 7
01021 Киев
Украина

тел.: +380 44 226 23 31
факс: +380 44 293 69 75
эл. почта: interdep@moz.gov.ua

Д-р Татьяна Глушкевич
Руководитель,
Бактериальная лаборатория,
Центральная санитарно-эпидемиологическая станция,
Министерство здравоохранения
ул. Ярославская, 41
04071 Киев
Украина

факс: +380 44 417 3775
эл. почта: baklab@mail.ru

Д-р Людмила Мухарская
Руководитель,
Профилактика инфекционных заболеваний,
Главный санитарно-эпидемиологический отдел,
Министерство здравоохранения
ул. Грушевского, 7
01021 Киев
Украина

тел./факс: +380 44 293 74 53

Узбекистан

Д-р Султана Джемилева
Вирусолог,
Вирусологическая лаборатория,
Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора,
Министерство здравоохранения
ул. Дружбы народов, 46
700097 Ташкент
Узбекистан

тел.: 998 71 173 16 06
эл. почта: polio@online.ru

Д-р Умида Гулямназарова
Руководитель,
Отдел иммунопрофилактики,
Республиканский центр санитарно-эпидемиологического
надзора,
Министерство здравоохранения
ул. Дружбы народов, 46
Ташкент
Узбекистан

тел.: +99871 2 78 40 51
факс: +99871 2 76 59 54

Д-р Дилором Турсунова
Главный специалист,
Отдел санитарно-эпидемиологического надзора,
Министерство здравоохранения
ул. Навои, 12,
Ташкент 700011
Узбекистан

тел.: +998 712 144 1603
факс: +998 712 41 18 02
эл. почта: MOH@online.ru

Югославия

Д-р Darko Djurkovic
Руководитель,
Отдел эпидемиологии,
Федеральный институт общественного здоровья
Omladinskih brigada 1
11070 Novi Beograd
Yugoslavia

тел.: +381 11 311 73 40
факс: +381 11 311 20 80
эл. почта: yuhealthepi@ptt.yu

Временные консультанты

Д-р Роман Козлов
Заместитель директора по науке,
Смоленская Государственная
медицинская академия,
п/я 57,
Институт антимикробной химиотерапии
ул. Крупской, 28
214019 Смоленск
Российская Федерация

тел.: +7 0812 611 327
факс: +7 0812 611 294
эл. почта: roman@antibiotic.ru

Г-н Eric Laurent
Консультант по иммунизации и материально-
техническому обеспечению,
Av. Jean Monnet 263
F- Caluire 69300
France

факс/тел.: +33 47 808 5372
эл. почта: emjlaurent@aol.com

Д-р Сергей Мукомолов
Начальник лаборатории вирусных гепатитов,
Институт Пастера в Санкт-Петербурге
ул. Мира, 14
197101 Санкт-Петербург
Российская Федерация

тел.: +7 812 232 90 68
факс: +7 812 232 92 17
эл. почта: smukomolov@hotmail.com

Д-р Pierre Van Damme
Руководитель,
Сотрудничающий центр ВОЗ,
Центр по оценке вакцинации,
Университет Антверпена
Universiteitsplein 1
B-2610 Antwerp (Wilrijk)
Belgium

тел.: +32 3 820 25 38
факс: +32 3 820 26 40
эл. почта: Pierre.vandamme@uia.ac.be

Представители международных организаций и агентств

PATH (ПАОЗ)

Д-р Юрий Чечулин
Консультант
ул. Рекордная, 23, кв. 8
Одесса, 65017
Украина

тел.: +380 482 64 07 85
эл. почта: yurichechulin@hotmail.ru

Д-р David J. Mercer
Программа оптимальных технологий
в здравоохранении (PATH),
Программа по обеспечению детскими вакцинами
Фонда Билла и Мелинды Гейтс
1455 NW Leary Way
Seattle, Washington 98107
USA

тел.: +1 206 285 3500
факс: +1 206 285 6619
эл. почта: www.ChildrensVaccine.org

Г-жа Molly Mort
Сотрудник программы,
Программа по обеспечению детскими вакцинами
Фонда Билла и Мелинды Гейтс - PATH
4 Nickerson Street, Suite 300
Seattle, WA 98109
USA

тел.: +1 206 285 3500
факс: +1 206 285 6619
эл. почта: mmort@path.org

Г-жа Раиса Скрябина
Консультант PATH
4811 W Street N.W.
Washington, D.C. 20007
USA

тел.: +1 202 339 00 15
факс: +1 202 339 00 13
эл. почта: ascriabine@aol.com

PHLS (JCO3)

Д-р Androulla Efstratiou
Руководитель,
Сотрудничающий центр ВОЗ по борьбе
с дифтерией и стрептококковыми инфекциями,
Лабораторная служба общественного
здравоохранения
61 Colindale Avenue
GB-London NW9 5HT
United Kingdom

тел.: +44 208 2004400x4270
факс: +44 208 205 6528
эл. почта: AEfstratiou@PHLS.org.uk

UNICEF

Д-р Татьяна Тарасова
ЮНИСЕФ Киев
1 Кловски Узвиз
01021 Киев
Украина

тел.: +380 44 253 04 79
факс: +380 044 230 25 06
эл. почта: ttarasova@unicef.org

USAID (AMP США)

Д-р Emily Wainwright
U.S.AID
G/PHN/HN/CS
Office of Health and Nutrition
3.07-075M RRB
Washington DC 20523-3700
USA

тел.: +1 202 712 4569
факс: +1 202 216 3702
эл. почта: ewainwright@usaid.gov

Всемирная организация здравоохранения

Штаб-квартира

Г-н Anthony Burton
Аналитик программы

факс: +41 22 791 4210
эл. почта: burtona@who.int

Г-жа Lidija Kamara
Технический сотрудник

тел.: +41 22 791 2145
факс: +41 22 791 4384
эл. почта: kamaral@who.int

Европейское региональное бюро

Г-жа Малика Абдусалимова
Секретарь

тел.: +45 39 171471
эл. почта: mab@who.dk

Д-р Чинара Айдиралиева
Временный сотрудник

тел.: +380 44 253 90 68/56/28
эл. почта: chinara@path-k.carrier.kiev.ua

Д-р Сергей Дешевой
Медицинский сотрудник

тел.: +7 3272 508 134
эл. почта: sed2@online.ru

Д-р Nedret Emiroglu
Региональный советник

тел.: +45 39 171450
эл. почта: nem@who.dk

Д-р Андрей Лобанов
Медицинский сотрудник

тел.: +45 39 171569
эл. почта: alo@who.dk

Г-н Denis Maire
Технический сотрудник

тел.: +45 39 171534
эл. почта: dgm@who.dk

Г-жа Doreen Mackay
Помощник программы

тел.: +45 39 171216
эл. почта: dma@who.dk

Д-р John Spika
Медицинский сотрудник,
Элиминация кори

тел.: +45 39 171379
эл. почта: jsp@who.dk

Д-р Steven Wassilak
Медицинский сотрудник

тел.: +45 39 171258
эл. почта: swa@who.dk

Д-р Эркин Сулейманли
Национальный представитель ВОЗ
по эпиднадзору
Баку
Азербайджан

тел.: +994 12 93 10 33
факс: +994 12 98 72 60
эл. почта: fma@who.baku.az

Переводчики

Ольга Алексинская
Синхронный переводчик

тел.: +7 095 125 1582
эл. почта: oalexin@online.ru

Георгий Пигнастый
Синхронный переводчик

тел.: +7 (095) 935-33-04
эл. почта: antonag@org.ru