Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро

Европейский план действий в отношении вакцин, 2015-2020 гг.

Среднесрочный отчет



Европейский план действий в отношении вакцин, 2015-2020 гг.

Среднесрочный отчет



Аннотация

Основанием для проведения среднесрочного обзора в целях оценки хода работы, проделанной в Европейском регионе ВОЗ (Регионе) по проведению в жизнь Европейского плана действий в отношении вакцин (ЕПДВ) на 2015-2020 гг., послужила средняя веха на этом пути, совпавшая с окончанием 2017 года. Этот отчет не только является документальным свидетельством достигнутого Регионом прогресса с упором на цели ЕПДВ, но и служит платформой для размышлений по поводу основных проблем, которые предстоит преодолеть в связи с реализацией обозначенных целевых показателей ЕПДВ. Регион, в основном, уверенно приближается к цели сохранения статуса территории, свободной от полиомиелита (Цель 1); пока еще далек от верификации к 2020 г. элиминации кори и краснухи во всех 53 государствах-членах (Цель 2); находится в процессе валидации установления контроля за инфекцией гепатита В (Цель 3); рискует не достигнуть целевых показателей охвата вакцинацией (Цель 4); продвигается в нужном направлении в плане принятия доказательных решений о внедрении новых и недостаточно используемых вакцин (Цель 5); и прилагает постоянные усилия для достижения финансовой устойчивости национальных программ иммунизации (Цель 6).

Ключевые слова

HEPATITIS B VACCINE
IMMUNIZATION PROGRAMS
MEASLES VACCINE
POLIOVIRUS VACCINES
PUBLIC HEALTH
RUBELLA VACCINE

Номер документа: WHO/EURO:2018-2246-42001-57757

© Всемирная организация здравоохранения, 2018 г.
Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.
Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.
Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.
Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:
Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайновом режиме на сайте Регионального бюро: http://www.euro.who.int/PubRequest

Ассоциация медицинских сестер России
V: BO3/M. Bring / IX: BO3/G. Lazdane / X: BO3 / 3: BO3 / 8: BO3/M.Bring / 29: BO3/M. Bring / 36: BO3/L.Sheahen / 40: BO3/A.Shpigunov / 46: Ассоциация медицинских сестер России / 51: A. Sokolovic-Rasmussen / 61: BO3 / 66: BO3/M.Bring

Верстка: Morten Noer Visuel Kommunikation

Содержание

IV Аббревиатуры

IV Благодарности

VI Исполнительное резюме

01 Введение

04 **Прогресс в достижении целей ЕПДВ**

06 **Цель 1:**
Поддержание статуса территории, свободной от полиомиелита

14 **Цель 2:**
Элиминация кори и краснухи

22 **Цель 3:**
Контроль инфекции гепатита B

28 **Цель 4:**
Достижение на всех административных уровнях региональных целевых показателей охвата вакцинацией

44 **Цель 5:**
Принятие основанных на фактических данных решений о внедрении новых вакцин

50 **Цель 6:**
Достижение финансовой стабильности национальных программ

56 Страны со средним уровнем дохода: складываются ли новые предпосылки для неравенства?

67 Библиография

Аббревиатуры

АКДС1 первая доза адсорбированной вакцины, содержащей коклюшно-дифтерийно-столбнячный компонент
АКДС2 вторая доза адсорбированной вакцины, содержащей коклюшно-дифтерийно-столбнячный компонент
АКДС3 третья доза адсорбированной вакцины, содержащей коклюшно-дифтерийно-столбнячный компонент
АПИ Адаптация программ иммунизации
БЦЖ бацилла Кальметта–Герена (туберкулезная живая вакцина)
ВПЧ вирус папилломы человека
ВРПВ вакцинно-родственный полиовирус
ВСК1 первая доза вакцины, содержащей коревой компонент
ВСК2 вторая доза вакцины, содержащей коревой компонент
ГепВ3 третья доза вакцины против гепатита B
ГПДВ Глобальный план действий в отношении вакцин
ГУП головное учреждение, работающее с полиовирусами
ДПВ дикий полиовирус
ЕПДВ Европейский план действий в отношении вакцин на период 2015-2020 гг.
ЕТКГЭ Европейская техническая консультативная группа экспертов по иммунизации
ИБУИ инвазивные бактериальные управляемые инфекции
ИПВ инактивированная полиомиелитная вакцина
НТКГЭ Национальная техническая консультативная группа экспертов по иммунизации
ОВП острый вялый паралич
ОПВ оральная полиомиелитная вакцина
ПКВ пневмококковая конъюгированная вакцина
Пол3 третья доза вакцины, содержащей полиомиелитный компонент
РВ ротавирусная вакцина
РКВ Региональная комиссия по верификации элиминации кори и краснухи
РКС Региональная комиссия по сертификации ликвидации полиомиелита
СВД страна с высоким уровнем дохода
СВК синдром врожденной краснухи
СДВС страна с уровнем дохода выше среднего
СДНС страна с уровнем дохода ниже среднего
СКГЭ Стратегическая консультативная группа экспертов по иммунизации
ССД страна со средним уровнем дохода
ЦУР Цели в области устойчивого развития
Hib гемофильная палочка типа b

Благодарности

Информационным сопровождением и подготовкой этого Среднесрочного отчета занимались сотрудники Программы Европейского регионального бюро ВОЗ по управляемым инфекциям и иммунизации (VPI). Экспертный надзор осуществлялся Европейской технической консультативной группой экспертов по иммунизации (ЕТКГЭ). Региональное бюро ВОЗ выражает особую признательность членам Рабочей группы ЕТКГЭ за рецензирование отчета и ценные замечания и предложения, в том числе:

Проф. Adam Finn,
Бристольский университет,
Соединенное Королевство

Д-ру Antonietta Filia,
Отдел эпидемиологии инфекционных болезней Национального института здравоохранения,
Италия

Проф. Alenka Kraigher,
Люблянский университет,
Словения

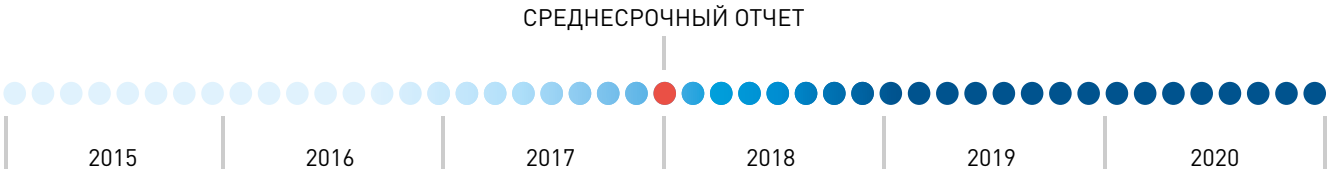
Д-ру Ole Wichmann,
Институт им. Роберта Коха,
Германия

Кроме того, большой благодарности заслуживают Thomas Cherian, Carsten Mantel и Stefano Malvolti, представители Консалтинговой компании MM Global Health, за их советы и помощь при составлении проекта отчета.

ВОЗ остается в долгу перед своими государствами-членами за регулярное предоставление национальных и субнациональных данных по иммунизации, без которых выход в свет этого отчета был бы вряд ли возможен.



Исполнительное резюме



Основанием для проведения среднесрочного обзора в целях оценки хода работы, проделанной в Европейском регионе ВОЗ (Регионе) по проведению в жизнь Европейского плана действий в отношении вакцин (ЕПДВ) на 2015-2020 гг., послужила средняя веха на этом пути, совпавшая с окончанием 2017 года. Этот отчет не только является документальным свидетельством

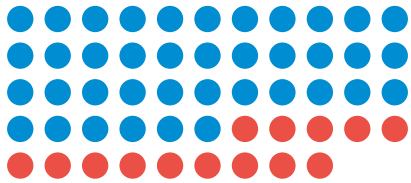
НАЧИНАЯ С

2002

Г. ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОН ПОДДЕРЖИВАЕТ СТАТУС ТЕРРИТОРИИ, СВОБОДНОЙ ОТ ПОЛИОМИЕЛИТА

достигнутого прогресса с упором на цели ЕПДВ, но и служит платформой для размышлений по поводу основных проблем, которые предстоит преодолеть в связи с реализацией ЕПДВ в предстоящем периоде.

Несмотря на то, что Региону удалось сохранить статус территории как свободной от полиомиелита, все его государства-члены по-прежнему подвергаются риску завоза или, в некоторых случаях, возвращения полиовирусной инфекции, причем в трех государствах-членах имеет место высокий риск ее циркуляции в дальнейшем. В целях поддержания в Регионе свободного от полиомиелита статуса и в рамках подготовки к сертификации ликвидации полиомиелита в глобальном масштабе всем государствам-членам необходимо предпринимать следующее: активизировать работу и/или сохранять высокие уровни охвата вакцинацией в целях обеспечения достаточно напряженного коллективного иммунитета; добиваться высококачественного эпиднадзора и/или поддерживать его на должном уровне; и быть готовым к быстрому реагированию на случай заноса или повторного появления этого вируса. Государствам-членам с действующими головными учреждениями, работающими с полиовирусами (ГУП), также нужно будет обеспечивать высокий уровень надзора во избежание отклонений от требований контейнмента, а также снижение риска распространения инфекции, если произойдет такое нарушение.



39 ГОСУДАРСТВАМ-ЧЛЕНАМ УДАЛОСЬ ЭЛИМИНИРОВАТЬ КОРЬ И/ИЛИ КРАСНУХУ

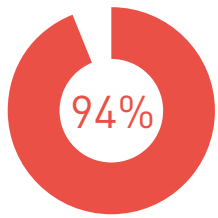
В то время как Регион в последние несколько лет добивался устойчи-

49 ГОСУДАРСТВ-ЧЛЕНОВ ОБЕСПЕЧИВАЮТ ВСЕОБЩУЮ ИММУНИЗАЦИЮ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В

вого прогресса на пути элиминации кори и краснухи, имеющиеся фактические данные свидетельствуют о том, что Регион еще не готов к тому, чтобы элиминация кори к 2020 г. была действительно верифицирована. В Регионе продолжают возникать периодические вспышки. Неспособность некоторых государств-членов добиваться и сохранять высокие уровни охвата иммунизацией указывает на то, что они могут находиться под угрозой повторной циркуляции инфекции или по-прежнему оставаться эндемичными. Качество проведения эпиднадзора в нескольких государствах-членах все еще является недостаточным и может помешать процессу верификации элиминации.

В ЕПДВ была поставлена цель контроля инфекции гепатита В путем вакцинации, однако индикаторы и целевые показатели мониторинга достижения этих целей были приняты лишь в последнее время (в рамках Плана действий сектора здравоохранения в ответ на проблему вирусных гепатитов в Европейском регионе ВОЗ). Рабочей группе при Европейской технической консультативной группе экспертов по иммунизации (ЕТКГЭ) предстоит оценить ход работы и валидировать достижение целевых показателей. Принимая во внимание уже достаточно низкую региональную распространенность носительства HBsAg и высокие уровни охвата вакцинацией и/или скринингом и небольшую пораженность, можно утверждать, что Регион может рассчитывать на ближайшую победу в этом отношении.

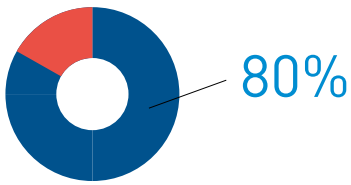
Достижение и сохранение высокого уровня охвата на равноправной основе является непреложным условием для осуществления целей ликвидации и элиминации управляемых инфекций и борьбы с ними. Начиная с 2015 г. наблюдалось снижение соответствующих показателей в ряде государств-членов, в которых охват прививками с введением третьей дозы вакцины с содержанием коклюшно-дифтерийно-столбнячного компонента (АКДС3) составляет ≥95%. Таким образом, возникают сомнения по поводу выполнения этой задачи ЕПДВ и выхода 48 государств-членов на обозначенный уровень к 2020 году. Данные по мониторингу соблюдения принципов справедливости ВОЗ получает примерно от половины государств-членов (26/53 в 2017 г.), а достижение целевого показателя по ≥90% охвату АКДС3 в случае ≥90% районов в 2017 г. смогли документально оформить только 14 государств-членов. Для мониторинга проявлений несправедливости и принятия мер по ее преодолению потребуется анализ дезагрегированных данных, а также периодические выборочные обследования и специальные изыскания. В настоящее время Европейское региональное бюро ВОЗ (Региональное бюро) занимается разработкой методического документа в поддержку усилий государств-членов по мониторингу проблемы несправедливости и реагированию на нее. Доступные данные говорят о



94% ОХВАТ АКДС3 ПО ЕВРОПЕЙСКОМУ РЕГИОНУ В 2017 Г.

[1] Доклад Рабочей группы СКГЭ по проблеме недоверия к вакцинации
http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf

том, что из-за недоверия к вакцинации (согласно определению, предложенному Стратегической консультативной группой экспертов (СКГЭ) по иммунизации[1]) произошло снижение уровней охвата некоторыми прививками в национальном масштабе в отдельных государствах-членах, что может обострить проблему социальной несправедливости в отношении охвата иммунизацией. Дальнейший углубленный анализ данных на страновом уровне сможет пролить свет на основные причины сложившейся ситуации.



НТКГЭ В 80% ГОСУДАРСТВ-ЧЛЕНОВ ВЫСТУПАЛИ С РЕКОМЕНДАЦИЯМИ ОТНОСИТЕЛЬНО ВНЕДРЕНИЯ ВАКЦИН

Применение на практике подхода с позиции Адаптации программ иммунизации (АПИ) помогает лучше понять причины низкой востребованности соответствующих услуг и осуществлять целенаправленный подход к исправлению возникшей проблемы. Помимо этого, фактические данные указывают на то, что перебои в снабжении вакцинами в отдельных государствах-членах обусловили низкие показатели или понижающие тенденции в охвате. Причины истощения запасов вакцин варьируют в разных странах, но в любом случае все они требуют принятия корректирующих мер.

За истекший период в Регионе наблюдался заметный прогресс в создании национальных технических консультативных групп экспертов по иммунизации (НТКГЭ), а также в укреплении их потенциала с точки зрения выработки для национальных правительств надежных, заслуживающих доверия рекомендаций, полученных путем обстоятельного анализа существующих фактических данных. Однако дальнейшее усиление потенциала этих групп предполагает оказание дополнительной поддержки со стороны ВОЗ и других учреждений-партнеров.

50

ГОСУДАРСТВ-ЧЛЕНОВ ОБЛАДАЮТ ФИНАНСОВОЙ САМОДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ЗАКУПКЕ ВАКЦИН

ВОЗ содействует функционированию сети дозорных баз, которые занимаются эпиднадзором за инвазивными бактериальными управляемыми инфекциями (ИБУИ) и ротавирусной диареей и обеспечили получение данных в поддержку решений о внедрении ротавирусных вакцин. Вместе с тем, необходимо расширять возможности системы эпиднадзора в целях документального подтверждения эффекта от внедрения этих вакцин. Получаемые таким образом данные могут играть важную роль с позиции устойчивого финансирования на фоне других конкурирующих приоритетов.

Государства-члены Европейского региона успешно продвигаются вперед на пути к достижению к 2020 г. финансовой самодостаточности при закупке вакцин для плановой иммунизации. Однако некоторые ССД по-прежнему испытывают беспокойство по поводу нынешних механизмов финансирования с точки зрения способности последних обеспечивать достаточное финансирование отечественных программ иммунизации, чтобы проводить в жизнь замысел и цели

ЕПДВ, включая внедрение новых вакцин и выполнение других задач. В среднем эти страны тратят менее значительную долю своего валового внутреннего продукта (ВВП) и совокупных государственных расходов на здравоохранение по сравнению со странами с высоким уровнем дохода на душу населения, и немногие страны, несмотря на высокий уровень окупаемости инвестиций в иммунизацию, выделяют на закупку вакцин относительно низкий процент ассигнований из текущего бюджета здравоохранения.

Накопленные данные показывают, что ССД, не получающие помощи от доноров, относятся к числу отстающих, и если не предпринимать мер по исправлению ситуации, то снижение или стагнация эффективности их усилий может поставить под угрозу реализацию целей и задач ЕПДВ.




MONTENEG

Введение

Европейский план действий в отношении вакцин на 2015–2020 гг. (ЕПДВ) был единогласно одобрен на 64-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ *[1]* и предусматривает освобождение от управляемых инфекций территории Региона, где во всех странах обеспечивается справедливый доступ к высококачественным, безопасным и приемлемым по стоимости вакцинам и услугам иммунизации на всех этапах жизни. Разработка Плана осуществлялась в процессе консультаций с государствами - членами Европейского региона ВОЗ (Региона). В нем намечен курс действий по проведению в жизнь предложенной концепции и целей иммунизации и борьбы с управляемыми инфекциями через определение задач, первоочередных направлений работы и показателей с учетом конкретных потребностей и трудностей, возникающих перед государствами - членами Региона. ЕПДВ служит дополнением к Глобальному плану действий в отношении вакцин (ГПДВ) и согласуется с положениями документа Здоровье-2020 и другими ключевыми региональными стратегиями и политикой в области здравоохранения.

Общеизвестно, что благодаря иммунизации удалось значительно сократить детскую смертность в Европейском регионе ВОЗ за последние несколько десятилетий, и это оказалось одним из наиболее выгодных вложений не только в здравоохранение, но и в устойчивое развитие. Через принятие ЕПДВ государства - члены Региона взяли на себя беспрецедентное обязательство обеспечивать долгосрочное финансирование иммунизации из внутренних источников наряду с выражением приверженности преследуемых при этом целей. Если удастся реализовать видение перспективы и намеченные ЕПДВ цели, то, согласно недавно проведенному анализу, экономические выгоды на период 2011-2020 гг. в 9 странах Региона с низким и средним уровнями дохода, включая территорию Косово,[2] составят 5 млрд долл. США при окупаемости инвестиций в размере 5 долл. США на каждый вложенный доллар США *[2]*.

Государства-члены согласовали между собой набор целевых показателей в качестве составной части системы мониторинга и оценки, чтобы с определенной периодичностью анализировать и отслеживать ход работы по осуществлению целей и задач ЕПДВ *[3]*. Надежная система мониторинга и оценки также создает необходимые условия, чтобы все

РАМОЧНАЯ ОСНОВА ЕПДВ:

1 ЗАМЫСЕЛ
6 ЦЕЛЕЙ
5 ЗАДАЧ
И
19 ЦЕЛЕВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

[2] Азербайджан, Армения, Грузия, Кыргызстан, Республика Молдова, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан и Украина, а также Косово (в соответствии с Резолюцией 1244 Совета Безопасности Организации Объединенных Наций [1999 г.])

3 ЦЕЛИ ИЗ 6: В ПРОЦЕССЕ ДОСТИЖЕНИЯ К 2020 Г.

заинтересованные стороны в Регионе руководствовались совместным подходом к оптимизации своих усилий в охране здоровья каждого гражданина в государствах-членах.

В этом среднесрочном отчете речь идет о прогрессе на пути проведения в жизнь целей, задач и целевых показателей ЕПДВ за период вплоть до декабря 2017 г., причем в качестве базового для объективного отображения основных проблем Региона был взят 2014 год. В основе количественной оценки лежит кабинетный обзор и анализ данных, направляемых в ВОЗ вместе с Единой формой отчетности ВОЗ/ЮНИСЕФ (ЕФО), а также другие общедоступные документы и отчетные материалы, в том числе отчеты Региональной комиссии по сертификации ликвидации полиомиелита (РКС) и Региональной комиссии по верификации элиминации кори и краснухи (РКВ). На основании данного отчета Европейская техническая консультативная группа экспертов по иммунизации (ЕТКГЭ) выступит с предложениями относительно конкретных мероприятий в связи с необходимостью решения выявленных приоритетных задач и проблем и создания условий для выхода к 2020 г. на далеко идущие целевые показатели ЕПДВ. Предлагаемый отчет дает возможность всем заинтересованным сторонам в Регионе обратить пристальное внимание на достигнутые по настоящее время успехи в деле иммунизации и является основой для пересмотра их приверженности достижению целей ЕПДВ, чтобы выгоды от иммунизации действительно ощущал каждый человек, а также предлагает им вносить свой вклад в реализацию замысла ЕПДВ по превращению Региона в территорию, свободную от управляемых инфекций.


Safe 5L
afety Box
BIOHAZARD

Прогресс в достижении целей ЕПДВ

В этом отчете особый упор сделан на цели и целевые показатели ЕПДВ, однако в повествовательной части текста под каждой целью также изложена информация об актуальных задачах ЕПДВ.

РИС. 1
ПРОГРЕСС В ДОСТИЖЕНИИ ЦЕЛЕЙ ЕПДВ В МАСШТАБЕ РЕГИОНА, 2017 Г.

ЦЕЛЬ	ЗАДАЧА	СОСТОЯНИЕ ДОСТИГНУТОГО ПРОГРЕССА
1 Поддержание статуса территории, свободной от полиомиелита	Задача: Отсутствие повторных случаев передачи дикого полиовируса в Регионе	Достигнута или в процессе достижения
2 Элиминация кори и краснухи	Задача: К 2015 г. во всех государствах-членах произойдет прерывание эндемичной передачи кори и краснухи за период >12 мес, а к 2018 г. факт элиминации будет верифицирован	Не достигнута
3 Контроль инфекции гепатита В	Задача: К 2020 г. все государства-члены выйдут на целевые показатели по контролю инфекции гепатита В, и это достижение будет валидировано согласно решению ЕТКГЭ	Оценка ситуации продолжается
4 Достижение на всех административных уровнях региональных целевых показателей вакцинации	Задача: К 2020 г. в 48 из 53 (90%) государств-членов охват АКДС3 на национальном уровне составит ≥95%	Под угрозой достижения
5 Принятие основанных на фактических данных решений о внедрении новых вакцин	Задача: К 2020 г. не менее 90% государств-членов с учрежденными НТКГЭ станут принимать информированные решения о внедрении новых вакцин на основании результатов рассмотрения НТКГЭ соответствующих фактических данных	Достигнута или в процессе достижения
6 Достижение финансовой стабильности национальных программ иммунизации	Задача: К 2020 г. не менее 51 из 53 (96%) государств-членов будут обладать финансовой самодостаточностью при закупке вакцин для плановой иммунизации	Достигнута или в процессе достижения

ЦЕЛЬ 1

Поддержание статуса территории, свободной от полиомиелита

Задача: Отсутствие повторных случаев передачи дикого полиовируса в Регионе

НАЧИНАЯ С

2002

Г. ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОН СОХРАНЯЕТ СТАТУС ТЕРРИТОРИИ, СВОБОДНОЙ ОТ ПОЛИОМИЕЛИТА

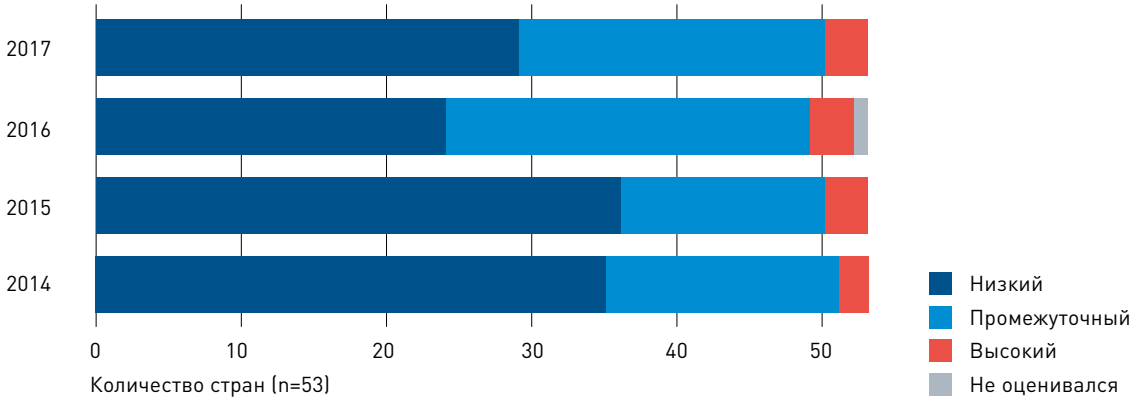
На своем 32-м совещании, проходившем в мае 2018 г., РКС пришла к заключению, что на основании имеющихся фактических данных в 2017 г. в Регионе случаев передачи дикого полиовируса не было. Несмотря на то, что начиная с 2002 г. Региону удавалось сохранять свой статус территории, свободной от полиомиелита, все еще сохраняется риск заноса дикого полиовируса и возникновения вакцинно-родственных полиовирусов. После успешного перехода в 2016 г. с трехвалентной на бивалентную оральную полиомиелитную вакцину (ОПВ) в странах Региона, в которых используется ОПВ, произошло снижение риска возникновения вакцинно-родственного полиовируса (ВРПВ) типа 2. В этом отчете кратко изложены основные выводы, сделанные на совещании РКС в 2018 году *[4]*.

Количественная оценка риска

В каждом регионе ВОЗ проводятся количественные оценки риска продолжительной циркуляции полиовирусов в период после их заноса. Регионы ВОЗ отличаются друг от друга в отношении используемых методов, процесса и величин отсечения *[5]*, хотя такие факторы, как уровень коллективного иммунитета, качество эпиднадзора и готовность к реагированию на вспышки, являются общими для всех *[6]*. В 2018 г. РКС включила в матрицу оценки совокупного риска в качестве одной из переменных ранжирование риска контейнмента и поручила национальным комитетам по сертификации в Регионе изложить национальную точку зрения на конкретные риски и корректирующие действия в целях снижения факторов риска *[7]*. Распределение государств-членов в Регионе по категориям риска в течение 2017 г. показано на рис. 2.

В 2017 г. три государства-члена, в частности Босния и Герцеговина, Румыния и Украина, по мнению РКС, были отнесены к категории высокого риска по продолжительной циркуляции инфекции после ее заноса – главным образом по причине низкой напряженности коллективного иммунитета. В 2016 г. перечисленные страны были также классифицированы как относящиеся к высокому риску. К тому же, на этапе ожидаемой доработки планов действий Болгарии и

РИС. 2
РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СТРАН ПО КАТЕГОРИЯМ РИСКА В ОТНОШЕНИИ ЗАНОСА И РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПОЛИОВИРУСОВ, ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОН ВОЗ, 2014-2017 ГГ.



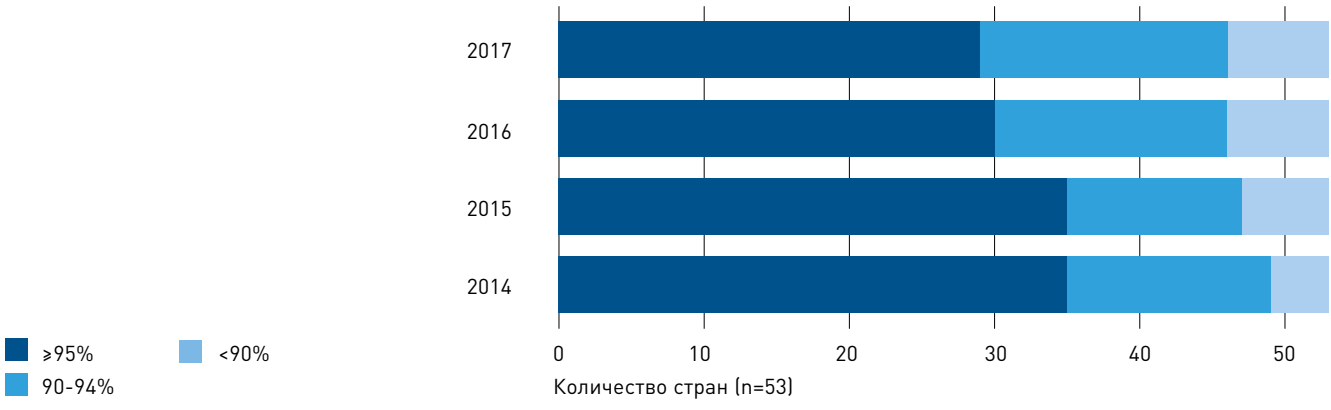
Источник данных: Отчет РКС, ВОЗ/Европа
Примечание: по состоянию на 2017 г., отнесение 2-х стран к категории высокого риска является предварительным и предполагает получение от стран дополнительных отчетных материалов.

Сербии в ответ на вспышку полиомиелита эти страны были предварительно классифицированы как территории, подвергаемые высокому риску. Отсутствие планов готовности у этих стран является важной составной частью оценки риска наряду с очевидным недостаточно напряженным коллективным иммунитетом и средним качеством работы системы эпиднадзора.

Предлагаемое ниже более детальное рассмотрение индивидуальных рисков, которым подвергаются государства-члены в Регионе и анализ которых для РКС проводился в рамках оценки рисков по заболеванию полиомиелитом, расширяет представление о конкретных рисках и необходимых корректирующих действиях по снижению рисков на основании следующих характеристик: (1) случаи неполноценного иммунного статуса; (2) качество эпиднадзора; (3) обеспечение готовности и реагирование на завозные случаи; и (4) безопасное лабораторное хранение (контейнмент) полиовирусов.



РИС. 3
ОХВАТ ВАКЦИНАЦИЕЙ С ВВЕДЕНИЕМ ТРЕТЬЕЙ ДОЗЫ ПОЛИОМИЕЛИТНОЙ ВАКЦИНЫ (ПОЛ3), ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОН ВОЗ, 2014-2017 ГГ.



Источник данных: Расчетные данные ВОЗ/ЮНИСЕФ по охвату на 11 июля 2018 г.

Случаи неполноценного иммунного статуса у населения

За 2017 г. сведения о показателях охвата прививками с введением трех доз полиомиелитной вакцины (Пол3) поступили от 52 государств-членов одновременно с Единой формой отчетности ВОЗ/ЮНИСЕФ (ЕФО); фиксируемые в ЕФО данные по охвату Пол3 не были указаны Монако. Количество государств-членов с ≥95% охватом сократилось за прошедшие 3-4 года с 35 в 2014 и 2015 гг. до 30 в 2016 г. и до 29 в 2017 году. В 2017 г. охват Пол3 был < 90% (рис. 3) в 7 государства-членах, из которых показатели охвата в Боснии и Герцеговине и Украине составили 75% и 48%, соответственно, что вызывает беспокойство по поводу нарастающего неполноценного иммунного статуса населения в этих государствах-членах. Даже в отношении государств-членов с сохраняемым ≥ 95% охватом возникают опасения в связи с качеством направляемых данных по охвату и существованием очагов неполноценного иммунного статуса, особенно среди уязвимых и недостаточно обеспеченных медобслуживанием групп населения.

29

ГОСУДАРСТВ-ЧЛЕНОВ ДОСТИГЛИ ≥95% УРОВНЯ ОХВАТА ПОЛ3 В 2017 Г.

Все 53 государства-члена в Регионе включили инактивированную полиомиелитную вакцину (ИПВ) в национальные календари профилактических прививок, причем в 7 из них вводят единственную дозу ИПВ для усиления иммунитета, сформированного благодаря бивалентной ОПВ. Подробные сведения о календарях прививок, действующих в отдельных странах, вывешены на вебсайте ВОЗ *[8]*.

ВСЕ **53** ГОСУДАРСТВА-ЧЛЕНА ВКЛЮЧИЛИ ИПВ В СВОИ НАЦИОНАЛЬНЫЕ КАЛЕНДАРИ ПРИВИВОК

Проведение высококачественного эпиднадзора

По мере того, как весь мир приближается к моменту сертификации ликвидации полиомиелита, поддержание высококачественного эпиднадзора за полиомиелитом на должном уровне имеет важнейшее значение не только для предстоящей сертификации, но и для снижения рисков завоза и распространения полиовирусов. Вследствие различий в стратегиях проведения эпиднадзора, практикуемых государствами-членами, оценка качества эпиднадзора за полиовирусами в Регионе сопряжена с трудностями. На основании поступивших в ВОЗ отчетов в 2017 г. эпиднадзор за острыми вялыми параличами (ОВП) осуществлялся в 44 государствах-членах, 30 из которых также проводили дополнительные мероприятия по эпиднадзору (эпиднадзор за энтеровирусами – в 13-ти, эпиднадзор за состоянием окружающей среды – в 4-х и эпиднадзор как за энтеровирусами, так и за состоянием окружающей среды – в 13-ти

странах); 10 стран занимались исключительно дополнительными мероприятиями по эпиднадзору (эпиднадзор за энтеровирусами – в 7-ми, эпиднадзор за состоянием окружающей среды – в 1-й, эпиднадзор за энтеровирусами и состоянием окружающей среды – в 2-х странах). В 2017 г., согласно результатам проведенной оценки, только в одной стране (Бельгии) в Регионе качество эпиднадзора оказалось низким, а в 15 странах[3] – средним. Налицо изменение ситуации к лучшему, если сравнивать с 2016 г., когда проведенная в 5 государствах-членах оценка указывала на низкое качество, а в случае 17 стран – на среднее качество эпиднадзора.

3

ГОСУДАРСТВА-ЧЛЕНА ПОДВЕРЖЕНЫ ВЫСОКОМУ РИСКУ ПЕРЕДАЧИ ПОЛИОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ВСЛЕДСТВИЕ ЕЕ ЗАВОЗА ИЛИ ВОЗВРАЩЕНИЯ

Обеспечение готовности и реагирование на завозные случаи

Имитационное моделирование вспышки полиомиелита (ИМВП) это двухдневные кабинетные учения, призванные оказать помощь государствам-членам в проведении критического анализа и пересмотра национальных планов реагирования на случай заноса диких полиовирусов (ДПВ) и ВРПВ, в том числе с учетом положений Международных медико-санитарных правил. В ходе учений перед участниками ставятся задачи обеспечить коммуникацию, координацию и взаимодействие на международном и национальном уровнях, а также выявить потенциально слабые стороны в отношении готовности и оперативных мер в ответ на вспышку полиомиелита *[9]*.

По данным за 2017 г. национальный план действий по реагированию на случаи заноса инфекции все еще не представили 18 государств-членов.[4] По состоянию на июль 2018 г. 20 государств-членов[5] в Регионе организовали проведение общенациональных учений по моделированию ситуации или принимали участие в региональных мероприятиях по усилению готовности к реагированию на вспышку полиомиелита. Состоявшиеся учения показали, что уровень готовности нуждается в дальнейшем повышении, в частности, путем периодического пересмотра и обновления национальных планов, при наличии таковых, совершенствования стратегий закупки вакцин, своевременной доставки взятых у больных образцов диагностического материала и распространения информации о рисках. В процессе проходивших учений также удалось выявить недостатки в программной деятельности, которые следует устранить в целях снижения рисков возникновения вспышки после заноса

[3] Андорра, Болгария, Венгрия, Греция, Италия, Латвия, Монако, Польша, Сан-Марино, Сербия, Словения, Хорватия, Черногория, Чешская Республика и Швейцария
[4] Албания, Армения, Беларусь, Болгария, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Венгрия, Дания, Израиль, Кыргызстан, Латвия, Мальта, Монако, Польша, Сербия, Турция, Франция и Эстония
[5] Азербайджан, Армения, Босния и Герцеговина, Венгрия, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Республика Молдова, Российская Федерация, Румыния, Сербия, Словакия, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан, Украина, Черногория и Чешская Республика

инфекции и принятия энергичных ответных мер, включая повышение качества охвата и данных эпиднадзора и улучшение информации о контингентах высокого риска наряду с адресными стратегиями получения доступа к ним в рамках мероприятий по реагированию на вспышку.

Контейнмент

Как подчеркивалось РКС в ее отчете о работе совещания в 2016 г., по мере сокращения в мире количества циркулирующих диких полиовирусов главный источник опасности для Европейского региона может быть связан с несоблюдением требований контейнмента на предприятии по производству вакцин или в научно-исследовательской лаборатории. Следовательно, безопасное лабораторное хранение полиовирусов будет приобретать особое значение с точки зрения тщательного мониторинга в преддверии подготовки к глобальной сертификации и снижения рисков в период после этого события. Фирмам-производителям вакцин, равно как и лабораториям, на базе которых обеспечивается хранение полиовирусов или материалов, предположительно содержащих полиовирусы, и которые должны получить статус ГУП, необходимо будет реализовать меры по снижению рисков заражения своих работников и дальнейшего распространения вирусной инфекции или аварийной утечки вируса в окружающую среду. По настоящее время было зарегистрировано два случая нарушения правил контейнмента на предприятиях по производству вакцин в Регионе (см. Врезку 1).

Тринадцать государств-членов в Регионе заявили о своем намерении учредить одно или более ГУПов, располагающих запасами полиовируса, как предписано в Глобальном плане действий по минимизации риска, связанного с работой с полиовирусами в учреждениях, после ликвидации отдельных типов диких полиовирусов и постепенного прекращения использования ОПВ (ГПД-III). От каждого государства-члена с одним или более ГУПов требуется создать Национальный орган по контейнменту (НОК) для мониторинга осуществления на практике мер по обеспечению контейнмента. На сегодняшний день в 9 из 13 государств-членов уже учреждены НОКи; остальным странам нужно завершить процесс официального создания НОК.

ВРЕЗКА 1
РИСК НАРУШЕНИЯ ПРАВИЛ БЕЗОПАСНОГО ЛАБОРАТОРНОГО ХРАНЕНИЯ ПОЛИОВИРУСОВ И МЕРЫ ПО СНИЖЕНИЮ РИСКА

В апреле 2017 г. произошла утечка дикого полиовируса типа 2 (ДПВ2) на завершающем этапе выпуска ИПВ компанией Bilthoven Biologicals (BBio) в Нидерландах *[10]*. Случай отклонения от требований контейнмента был также зарегистрирован на фирме GSK Biologicals в Бельгии в 2014 году. Несмотря на то, что последствия этих сбоев были быстро ликвидированы, Комитет ММСП по чрезвычайным ситуациям, связанным с международным распространением полиовируса, отметил, что любой случай передачи инфекции вследствие нарушения требований контейнмента мог иметь серьезные последствия для общественного здоровья и рекомендовал пересмотреть протоколы ВОЗ и национальные протоколы по контейнменту, в том числе планы обеспечения готовности.



Европейское региональное бюро ВОЗ совместно с Европейским центром по контролю и профилактике заболеваний (ECDC) поддержат те государства-члены, которые предлагают учредить ГУПы для проведения ИМВП с конкретной целью критически проанализировать и обновить свои соответствующие национальные планы реагирования на случаи нарушения правил контейнмента в условиях работы ГУПов.


Алымжан уулу
Алтынбек
Дарыгерге че
Лаборатория
Ийне саюу бөл
УЗИ
ЭГД-скопия
Флюорография
ЭКГ
Медициналык-маал

ЦЕЛЬ 1
ВЫВОД

Региону до сих пор удавалось сохранять свой статус территории, свободной от полиомиелита. Вместе с тем, риску завоза или возвращения полиовируса подвержены все государства-члены в Регионе, причем, согласно проведенным в 2017 г. оценкам, 3 государства-члена относятся к группе высокого риска по его дальнейшему распространению. Всем государствам-членам необходимо будет улучшать и/или сохранять высокие показатели охвата вакцинацией в целях поддержания напряженного коллективного иммунитета, достижения и/или обеспечения высококачественного эпиднадзора, а также готовности к незамедлительным действиям в ответ на случай заноса или повторного появления вируса. Кроме того, государствам-членам с учрежденными ГУПами следует и дальше обеспечивать высокий уровень надзора и проявлять бдительность во избежание отклонений от требований контейнмента, включая снижение риска распространения инфекции, если произойдет любой сбой. Государства-члены в Регионе продолжат усилия по укреплению своего потенциала готовности к вспышкам, в том числе путем апробации своих планов реагирования через организацию и проведение ИМВП.

ЦЕЛЬ 2

Элиминация кори и краснухи

Задача: К 2015 г. во всех государствах-членах произойдет прерывание эндемичной передачи кори и краснухи за период >12 мес, а к 2018 г. факт элиминации будет верифицирован

НАМЕЧЕННЫЙ НА

2020

Г. ЦЕЛЕВОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ПО ЭЛИМИНАЦИИ КОРИ И КРАСНУХИ НЕ БУДЕТ ДОСТИГНУТ

Элиминация кори и краснухи подразумевает отсутствие эндемичных случаев передачи инфекции в конкретной географической области (как например, в регионе или стране) в течение ≥12 мес в условиях работы отлаженной системы эпиднадзора. По истечении 36 мес после прекращения циркуляции инфекции проводится верификация *[11]*.

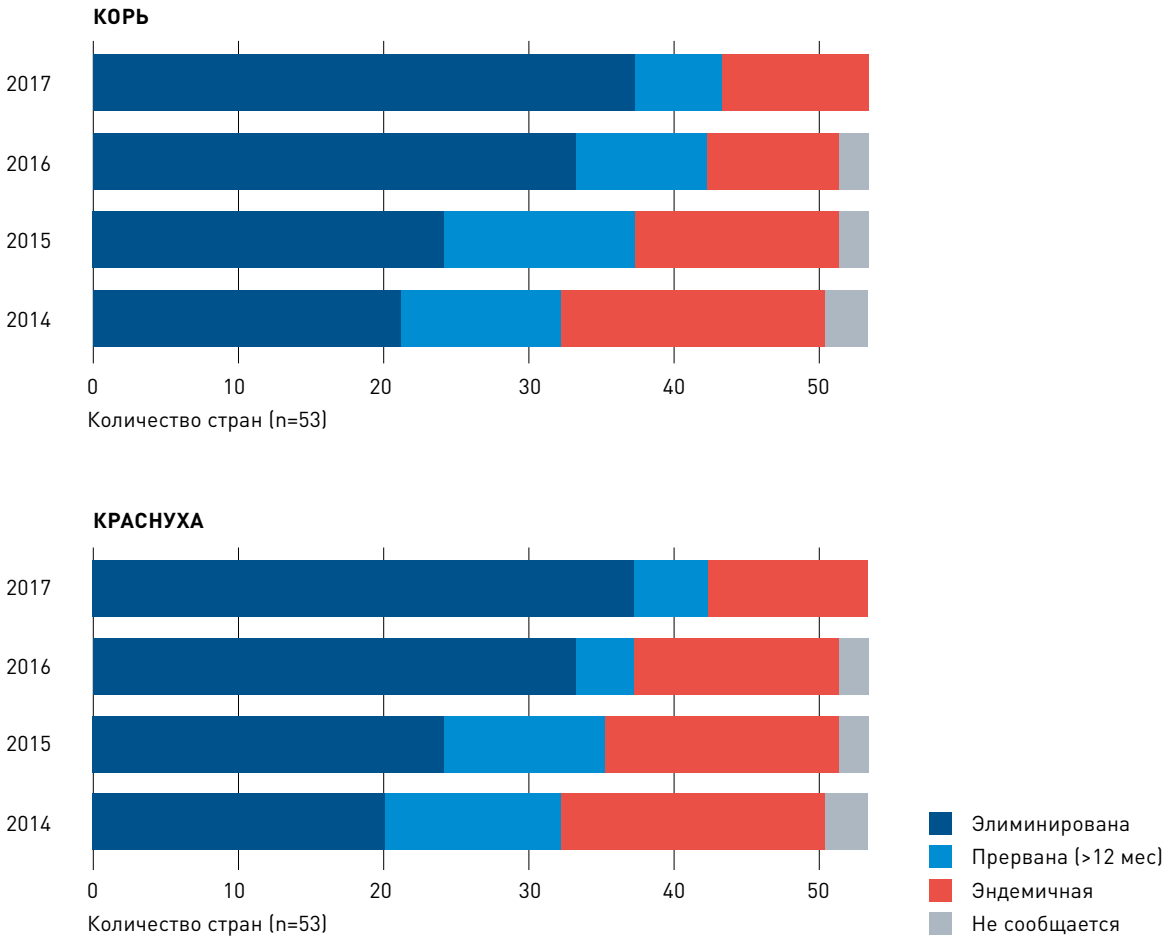
Детальная информация о статусе элиминации кори и краснухи/CBK приведена в отчете о работе совещания РКВ, проходившем в 2018 году. В этом разделе кратко изложены основные выводы.

Статус элиминации

Целевой показатель по прерыванию к 2015 г. эндемичной передачи кори и краснухи в течение ≥12 мес во всех государствах-членах в Регионе достигнуть не удалось, и, следовательно, не удастся реализовать намеченный на 2018 г. целевой показатель по верификации элиминации кори и краснухи в Регионе. Основываясь на текущей ситуации по борьбе с корью в эндемичных странах, равно как и на сохраняющемся неполноценном иммунном статусе и последующем риске возобновления эндемичной передачи инфекции, можно утверждать, что к концу 2020 г. будет проблематично верифицировать прерывание передачи инфекции как минимум в течение 12 мес во всех государствах-членах в Регионе.

Статус элиминации кори и краснухи в Регионе, как его определяет РКВ, кратко представлен на рис. 4. В конце 2014 г. РКВ внесла поправки в процедуры верификации по проверке статуса элиминации кори и краснухи на национальном уровне по сравнению исключительно с региональным уровнем. Количество государств-членов в Регионе, в которых прошла верификация элиминации эндемичной передачи кори и/или краснухи, постепенно увеличилось в случае кори с 21 в 2014 г. до 37 в 2017 г. и в случае краснухи – с 20 до 37.

РИС. 4
СТАТУС ЭЛИМИНАЦИИ КОРИ И КРАСНУХИ, ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОН ВОЗ, 2014-2017 ГГ.



Источник данных: Отчет РКС, ВОЗ/Европа

КОЛИЧЕСТВО ГОСУДАРСТВ-ЧЛЕНОВ, ЭЛИМИНИРОВАВШИХ КОРЬ, УВЕЛИЧИЛОСЬ С

21

В 2014 Г. ДО

37

В 2017 Г.

КОЛИЧЕСТВО ГОСУДАРСТВ-ЧЛЕНОВ, ЭЛИМИНИРОВАВШИХ КРАСНУХУ, УВЕЛИЧИЛОСЬ С

20

В 2014 Г. ДО

37

В 2017 Г.

Несмотря на стабильный прогресс в деле элиминации кори и краснухи в Регионе РКВ выразила обеспокоенность по поводу качества и полноты ежегодно обновляемых данных о статусе элиминации, получаемых от государств-членов, что затрудняет проведение оценки прерывания эндемичной передачи в некоторых государствах-членах.

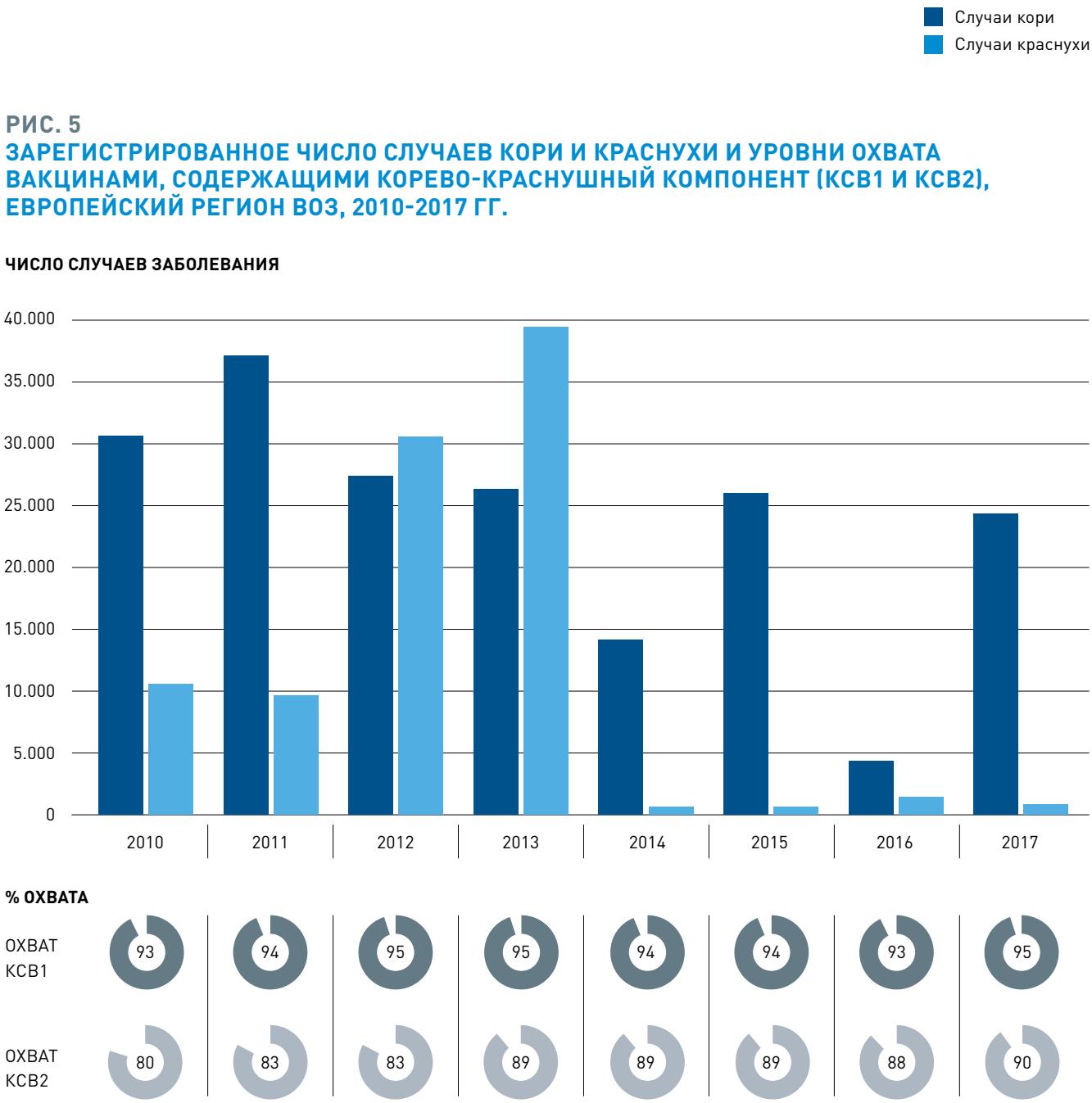
Зарегистрированные случаи и заболеваемость корью и краснухой за период 2010-2017 гг.

На рис. 5 показаны зарегистрированные случаи заболевания корью и краснухой в Регионе с 2010 по 2017 годы. Наименьшее число зарегистрированных случаев и кори и краснухи было в 2016 г., хотя в 2017 г. статистика случаев кори превысила уровни, которые наблюдались в 2014 г. (базовый год для ЕПДВ). Примечательно, что 496 из 723 зарегистрированных случаев краснухи в 2017 г. приходились на Польшу, и ни один из них не имел лабораторного подтверждения.

В 2017 г. в 44 государствах-членах в Регионе в общей сложности было зарегистрировано 22 447 (в диапазоне от 1 до 5689) случаев кори при региональном уровне заболеваемости 24,06/миллион населения (при разбросе заболеваемости в странах от 0 до 294,6/млн), при этом произошло 36 смертей (официальные данные по состоянию на 6 июля 2018 года) *[12]*. В 2017 г. в 21 государстве-члене зарегистрированный уровень заболеваемости составил <1/миллион населения, тогда как в 12 странах заболеваемость соответствовала >10/миллион. Крупные вспышки с более 1000 заболевших произошли в 4 государствах-членах, включая Румынию (при заболеваемости 294,6/млн), Украину (при заболеваемости 107,7/млн), Грецию (при заболеваемости 97,6/млн) и Италию (при заболеваемости 89,7/млн). Суммарное число случаев краснухи, зарегистрированных в 2017 г., составило 723 при региональном уровне заболеваемости 0,78/миллион населения *[11]*. Детальная эпидемиологическая информация приводится ежемесячно в эпидемиологической сводке (EpiBrief) ВОЗ, издаваемой Региональным бюро *[13]*.

В подразделах ниже дается краткое описание основных проблем на пути достижения целевого показателя по элиминации кори и краснухи в масштабе Региона, а именно: (1) показатели охвата и проявления неполноценного иммунного статуса; и (2) недостаточно полный эпиднадзор, который теорети-

РИС. 5
ЗАРЕГИСТРИРОВАННОЕ ЧИСЛО СЛУЧАЕВ КОРИ И КРАСНУХИ И УРОВНИ ОХВАТА ВАКЦИНАМИ, СОДЕРЖАЩИМИ КОРЕВО-КРАСНУШНЫЙ КОМПОНЕНТ (КСВ1 И КСВ2), ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОН ВОЗ, 2010-2017 ГГ.

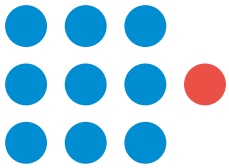


Источник данных: централизованную информационную систему по инфекционным заболеваниям (ЦИСИЗ), официальные данные по состоянию на 6 июля 2018 года; Единая форма отчетности ВОЗ/ЮНИСЕФ (ЕФО) и Расчетные данные ВОЗ/ЮНИСЕФ по охвату на 11 июля 2018 г.

В 2017 Г. БЫЛО ЗАРЕГИСТРИРОВАНО

36

СМЕРТЕЙ ОТ КОРИ



9 ИЗ 10 ДЕТЕЙ В 2017 Г. ПОЛУЧИЛИ ПОЛОЖЕННУЮ ПО КАЛЕНДАРЮ ВТОРУЮ ДОЗУ КОРЕВОЙ ВАКЦИНЫ

чески может стать помехой в достижении и сохранении статуса прерывания эндемичной передачи инфекций и, в конечном итоге, препятствовать верификации элиминации на региональном уровне.

Показатели охвата и проявления неполноценного иммунного статуса

В целях достижения и поддержания статуса элиминации кори необходим продолжительный охват иммунизацией на уровне ≥95% за счет введения с соответствующим интервалом двух доз вакцин, содержащих коревой компонент. В 2017 г. региональный охват первой и второй дозами вакцин, содержащих коревой компонент (ВСК1 и ВСК2), равнялся 95% и 90%, соответственно (рис. 5). В 2017 г. из 53 государств-членов, направлявших отчетные данные по охвату, в 23 странах охват ВСК1 был <95%, причем в этом списке стран охват в диапазоне 90-94% наблюдался в 14 странах и менее 90% – в 9; в 2 государствах-членах охват составлял <70%. Из 52 государств-членов, по которым имеются данные охвата ВСК2, 34 государства-члены продемонстрировали охват ВСК2 <95%, из числа которых в 19 странах охват составил <90%. Примечательно, что в 2017 г. в Черногории охват ВСК2 среди детей 6-летнего возраста соответствовал 83% в сравнении с 58% по ВСК1 среди детей в возрасте < 23 мес в том же году. В отдельных государствах-членах не всегда может прослеживаться прямая взаимосвязь между текущим уровнем охвата среди младенцев и количеством случаев кори за конкретный год. В данном случае следует учитывать состояние коллективного иммунитета в значительно более широком возрастном диапазоне, а также принимать во внимание естественный иммунитет, сформировавшийся вследствие недавних вспышек болезни. Тем не менее, низкий уровень охвата плановой иммунизацией детей грудного возраста указывает на риски в достижении и/или поддержании статуса элиминации в будущем, если не предпринимать шаги по восполнению пробелов через проведение дополнительных мероприятий по иммунизации.

Календари прививок против кори

Руководствуясь фактическими данными, свидетельствующими о частоте меняющегося состава населения и риске передачи коревой инфекции *[14]*, Стратегическая консультативная группа экспертов по иммунизации (СКГЭ) отметила, что вследствие интенсивного общения поступивших в школу неполноценный иммунный статус у детей школьного возраста может оказаться мощным фак-

тором, способствующим передаче инфекции. СКГЭ рекомендовала странам, в которых предусмотренный календарем возраст для введения ВСК2 приходится на период после начала обучения в школе, рассмотреть вопрос о снижении возраста для получения ВСК2 при условии, что это не скажется на уровнях охвата. СКГЭ также рекомендовала странам официально ввести в практику медосмотры при поступлении в школу в целях определения прививочного статуса и поиска путей ликвидации неполноценного иммунного статуса *[15]*.

30

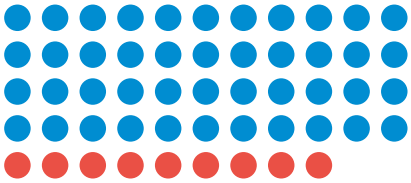
ГОСУДАРСТВ-ЧЛЕНОВ В 2017 Г. ВЫШЛИ НА ⩾95% ОХВАТ КСВ1

В настоящее время в Регионе, согласно календарям прививок 13 государств-членов, ВСК2 вводят после наступления 6-летнего возраста, а еще большее число стран делают эту прививку в 6 лет, что актуализирует для государств-членов необходимость пересмотра своего календаря, включая эпидемиологические данные и данные охвата, в целях оптимизации возраста прохождения иммунизации и максимальной активизации борьбы с болезнями.

Недостаточно полный эпиднадзор

В своем отчете о работе совещания, проходившем в 2017 г., РКВ подчеркнула, что во многих государствах-членах, в том числе в некоторых странах, обеспечивших элиминацию, в частности краснухи и СВК, масштабы и качество эпиднадзора по-прежнему далеки от оптимальных параметров.

Внедрение стандартизованного эпиднадзора за корью и краснухой, основанного на поименных данных, и проведение оценки качества эпиднадзора остаются проблемой в Регионе по причине действия в государствах-членах разнообразных систем эпиднадзора. Несмотря на то, что по состоянию на 2017 г. большинство государств-членов в Регионе проводят эпиднадзор, основанный на индивидуальных данных, 9 стран все еще не направляют в ВОЗ ежемесячные поименные данные. В результате качественной оценки в 2017 г. рекомендуемых индикаторов лабораторных исследований выяснилось, что в 4 государствах-членах лабораторные анализы были сделаны в <80% случаев с подозрением на корь. Двадцати трем государствам-членам не удалось выйти на 80% целевой показатель по своевременности эпидрасследования *[16]*. У всех государств-членов в Регионе имеется доступ к аккредитованным ВОЗ референс-лабораториям *[17]*. По аналогии с этим, применительно к краснухе из 24 государств-членов, направляющих сведения о заболевших, 4 страны проводили лабораторные исследования в <80% случаев с подозрением на



44 ИЗ 53 ГОСУДАРСТВ-ЧЛЕНОВ НАПРАВЛЯЮТ ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ ПОИМЕННЫЕ ДАННЫЕ ПО КОРИ И КРАСНУХЕ

краснуху. Четырнадцати из 24 государств-членов не удалось выйти на 80% целевой показатель по своевременности эпидрасследования.

ECDC участвует в сборе, анализе и обмене с ВОЗ ежемесячными данными эпиднадзора за корью и краснухой, поступающими от всех 28 стран - членов Европейского союза (ЕС) и двух из трех оставшихся стран - участниц Европейского экономического пространства (ЕЭП) (Исландии и Норвегии). Силами ECDC обеспечивается стандартизованная отчетность по эпиднадзору за корью и краснухой на всей территории ЕС, включая методы диагностики и типирования и стандартные определения случаев[6], которые отличаются от принятых ВОЗ стандартных определений в области эпиднадзора[7]. Остальные страны направляют свои данные непосредственно в ВОЗ.

На современном этапе элиминации кори и краснухи в Регионе государства-члены должны уметь разграничивать эндемичную передачу инфекции и передачу, связанную с завозным случаем, что способствует процессу верификации. Данные генотипирования кори и краснухи наряду с эпидемиологической информацией являются важными элементами, позволяющими государствам-членам проводить такие различия. Анализ индивидуальных данных по кори, представленных в ВОЗ в 2017 г., говорит о том, что 94% адекватных проб материала, взятого у больных с подозрением на корь, были исследованы в профильной лаборатории высокого уровня, а происхождение инфекции было известно в 64% случаев с положительным результатом анализа. Хотя в последние годы в Регионе повышается качество данных расшифровки нуклеотидной последовательности генома вируса кори, объем отчетных данных по геному вируса краснухи остается низким.

[6] https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2012:262:0001:0057:EN:PDF
[7] http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/79020/e93035-2013.pdf?ua=1

ЦЕЛЬ 2
ВЫВОД

Несмотря на то, что Регион добился устойчивого прогресса в элиминации кори и краснухи за последние несколько лет, он развивался не так, как планировалось, чтобы к 2020 г. пройти верификацию элиминации кори. Однако прерывание передачи инфекции к 2020 г. во всех 53 государствах-членах представляется возможным, если в по-прежнему эндемичных государствах-членах будут предприняты более энергичные и согласованные меры по прерыванию передачи инфекции.

Тем не менее, перед Регионом возникает настоятельная необходимость в том, чтобы сохранить не только взятые темпы работы, но и всевозможные достижения на пути к этой цели. Периодические вспышки кори все еще происходят в Регионе. Неспособность добиться и/или сохранить высокий уровень охвата иммунизацией, необходимый для профилактики нарастания неполноценного иммунного статуса, допускает вероятность того, что несколько государств-членов, уже прервавших передачу инфекции в течение ≥12 мес, могут подвергаться риску возникновения вспышек и возобновления болезни.

В то время, как все государства-члены в Регионе уже продемонстрировали высокий уровень политической приверженности, еще раз подтвердив в 2014 г. цель элиминации, в отдельных государствах-членах наблюдается самоуспокоенность в переводе этих обязательств в плоскость практических действий, доказательством чего является выделение недостаточных средств, застойный или падающий уровень охвата вакцинацией, недостаточно высокое качество эпиднадзора и неполная готовность к вспышкам или реагированию на них.

ЦЕЛЬ 3

Контроль инфекции гепатита B

Задача: К 2020 г. все государства-члены выйдут на целевые показатели по контролю инфекции гепатита B, и это достижение будет валидировано согласно решению ETKГЭ

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ГЕПАТИТА B КОЛЕБЛЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ ОТ

<0.1%

ДО

>10%

Контроль инфекции гепатита B входит в список приоритетов в области общественного здравоохранения в этом Регионе – тем более что здесь, по имеющимся расчетам, проживает порядка 13 миллионов человек с хронической вирусной инфекцией, и связанное с ней ориентировочное число смертей за 2013 г. равнялось 56 тыс. *[18]*. Вместе с тем, данные систематизированных обзоров опубликованных литературных источников говорят о том, что распространенность хронической вирусной инфекции гепатита B колеблется в широких пределах как между, так и внутри государств-членов в Регионе от <0,1% в северной части Европы до >10% в странах Центральной Азии *[19,20]*. Иммунизация является важнейшим инструментом борьбы с гепатитом B. После того, как в 1990-е годы ВОЗ выступила с рекомендацией относительно всеобщей вакцинации против гепатита B, распространенность хронической инфекции у детей моложе 5 лет сократилась в довакцинальную эру с расчетного глобального уровня в пределах 4,7% до 1,3% в 2015 году. В Европейском регионе в 2015 г. расчетная распространенность у детей в возрасте до 5 лет составляла 0,4% *[21]*.

ЕПДВ включает в себя отдельную цель по контролю инфекции гепатита B; и государства-члены одобрили соответствующие индикаторы и целевые показатели, связанные с этой целью в области иммунизации, утвердив «План действий сектора здравоохранения по борьбе с вирусными гепатитами в Европейском регионе ВОЗ» *[17]*, который, в свою очередь, был принят на сессии Европейского регионального комитета в 2016 году. На период до 2020 г. предусмотрены следующие целевые показатели:

- 95% охват тремя или четырьмя дозами вакцины против гепатита B, что рекомендовано для детей в странах, которые проводят всеобщую вакцинацию;
- 90% охват в установленные сроки[8] дозой вакцины против гепатита B, вводимой ребенку при рождении, применительно к странам, которые обеспечивают всеобщую вакцинацию новорожденных;

[8] Своевременной дозой, вводимой ребенку при рождении, считается прививка в первые 24 ч после рождения

- 90% охват беременных женщин массовыми обследованиями и 95% охват постконтактной профилактикой младенцев, родившихся от инфицированных матерей, применительно к странам, которые проводят скрининг беременных женщин и постконтактную профилактику у новорожденных; и
- распространенность поверхностного антигена гепатита В (HBsAg) среди вакцинируемых когорт на уровне ≤0,5%.

Региональное бюро разработало руководство по валидации достижения региональных целевых показателей контроля данной инфекции. Составление этого руководства осуществлялось при методической помощи от Рабочей группы ETKГЭ, которая будет также отвечать за проведение аналитических обзоров отчетов стран о результатах оценки хода работы и валидации достижения целевых показателей. Однако этот процесс вряд ли будет доведен до конца к контрольному 2020 г. из-за сроков, необходимых государствам-членам для проведения серологических выборочных исследований, тестирования образцов сыворотки, анализа и оформления отчетных данных и для последующего завершения усилий Рабочей группы по валидации в установленной форме выхода на целевые показатели в 53 государствах-членах и на региональном уровне.

В этом отчете обобщены данные, накопленные с 2014 по 2017 год по индикаторам, связанным со статусом вакцинации против гепатита В; профилактикой вертикальной передачи инфекции от матери ребенку; и распространенностью поверхностного антигена гепатита В.

Положение дел с вакцинацией против гепатита В

Политика в области вакцинации против гепатита В имеет свои особенности в разных государствах - членах Региона. Всеобщую иммунизацию против гепатита В практикуют 49 из 53 (92%) государств-членов, из которых в 25 проведение всеобщей иммунизации начинается от рождения ребенка, в 21 стране обеспечивается иммунизация младенцев (в возрасте <12 мес), но без всеобщей иммунизации при рождении, а также вводятся три последующие дозы в детском или подростковом возрасте. В четырех государствах-членах на севере Европы, где эндемичность очень низкая (в Дании, Исландии, Финляндии и Швеции), всеобщая вакцинация в детском или подростковом возрасте не проводится, но делается упор на выборочную иммунизацию детей, рожден-

49

ГОСУДАРСТВ-ЧЛЕНОВ ОБЕСПЕЧИВАЮТ ВСЕОБЩУЮ ИММУНИЗАЦИЮ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В

25

ГОСУДАРСТВ-ЧЛЕНОВ ПРОВОДЯТ ВАКЦИНАЦИЮ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В

20

ГОСУДАРСТВ-ЧЛЕНОВ ДОБИЛИСЬ ≥95% ОХВАТА ГЕПВ3 В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ИММУНИЗАЦИИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

ных от матерей-носителей гепатита В, и группы «высокого риска». В Швеции вакцину против гепатита В вводят всем младенцам бесплатно.

В табл. 1 показан охват иммунизацией на основании данных, представленных странами. В 45 из 49 государств-членов, осуществляющих всеобщую иммунизацию детского населения, отчетные данные об охвате 3 дозами вакцины против гепатита В (ГепВ3) относятся к периоду 2014-2017 годов. В 2015, 2016 и 2017 гг. соответственно 22, 23 и 20 государств-членов вышли на целевой показатель ≥ 95% охвата, установленный на 2020 г.; в 2017 г. 37 государств-членов вышли на промежуточный ≥90% охват, намеченный на 2018 год. Из числа остальных государств-членов, осуществляющих политику всеобщей иммуни-

ТАБЛИЦА 1
ОХВАТ ПРИВИВКАМИ С ВВЕДЕНИЕМ ТРЕТЬЕЙ ДОЗЫ ВАКЦИНЫ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В И ДОЗЫ ГЕПВ ПРИ РОЖДЕНИИ, ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОН ВОЗ, 2014–2017 ГГ.

ПОКАЗАТЕЛЬ	N*	ОХВАТ	2014 Г.	2015 Г.	2016 Г.	2017 Г.
КОЛИЧЕСТВО ГОСУДАРСТВ-ЧЛЕНОВ С ОХВАТОМ ГЕПВ3 СОГЛАСНО ДАННЫМ ОФИЦИАЛЬНОЙ СТАТИСТИКИ	45	≥95%	26	22	23	20
		90-94%	12	15	14	17
		<90%	7	8	8	8
КОЛИЧЕСТВО ГОСУДАРСТВ-ЧЛЕНОВ С ОХВАТОМ ГЕПВ_ПР СОГЛАСНО ДАННЫМ ОФИЦИАЛЬНОЙ СТАТИСТИКИ	22/23	≥90%	21	21	21	21
		85-90%	0	0	0	0
		<85%	2	1	1	2

ГепВ3 = третья доза вакцины против гепатита В, ГепВ_ПР = доза вакцины против гепатита В, вводимая ребенку при рождении
*N= количество государств-членов, направляющих в ВОЗ данные по охвату

зации младенцев и направляющих отчетные данные, охват во всех странах, за исключением Украины, превысил 70% уровень. Согласно расчетным данным ВОЗ/ЮНИСЕФ, количество стран, вышедших на установленный к 2020 г. целевой показатель охвата, судя по всему, снизился в 2017 г. по сравнению с предшествующими годами.

В период 2014–2017 гг. не менее 23 государств-членов направляли данные по охвату прививками с введением дозы вакцины против гепатита В при рождении ребенка (ГепВ_ПР). В 2017 г. уровни охвата в 21 (из 23 государств-членов с расчетными данными по охвату) приближались к целевому показателю ≥90%. Наличие данных о проценте младенцев, своевременно получивших дозу вакцины при рождении, представляется недостаточным и потребует более пристального мониторинга в будущем.

Профилактика вертикальной передачи инфекции от матери ребенку

Из 25 государств-членов в Регионе, обеспечивающих всеобщую вакцинацию новорожденных, в 14 странах также проводится скрининг беременных женщин и постконтактная профилактика у младенцев, рожденных от матерей с положительной реакцией на HBsAg. В остальных 28 государствах-членах всеобщая вакцинация новорожденных не проводится, но осуществляется скрининг беременных женщин и постконтактная профилактика у младенцев, рожденных от матерей с положительным результатом HBsAg. На данный момент в плановом порядке ВОЗ не получает данные от стран об охвате массовыми обследованиями беременных женщин и профилактическим лечением экспонированных младенцев. Государствам-членам будет предложено направлять данные, отображаемые в плановой отчетности или получаемые в итоге специальных исследований, в рамках валидационного процесса, реализуемого Рабочей группой ЕТКГЭ. Данные исследований, предпринятых в последнее время и опубликованных в литературе, указывают на то, что высокие уровни охвата реально достижимы, хотя для этого также необходимо тщательное отслеживание календаря прививок в полном объеме и результатов последующего тестирования *[22-25]*.

ВРЕЗКА 2
ТАДЖИКИСТАН – СТРАНОВОЙ ОПЫТ

Согласно сложившемуся мнению, в довакцинальную эру Таджикистан относился к высоко эндемичной территории по вирусу гепатита В (ВГВ). В 2002 г. страна внедрила всеобщую вакцинацию против гепатита В, и в период с 2004 г. охват тремя дозами вакцины против гепатита В (ГепВ3) составлял ≥80%. В целях измерения эффекта от внедрения вакцинации образцы сыворотки, оставшиеся после проведенного в 2010 г. общенационального выборочного обследования с использованием стратифицированной многоэтапной кластерной выборки из состава постоянного населения страны, были проанализированы на распространенность HBsAg. Всего было протестировано 2188 образцов. Пораженность HBsAg среди когорт с ≥80% охватом ГепВ3 составила 0,4% (0,1-1,3%), тогда как распространенность среди когорт, родившихся до осуществления всеобщей вакцинации и непривитых взрослых составляла 3,5% и 6,8%, соответственно. Благодаря систематическому сбору и анализу серологических данных страна смогла документально подтвердить ощутимый эффект от вакцинации против гепатита В *[28]*.

Распространенность HBsAg

Распространенность HBsAg в когортах, рожденных после внедрения в практику всеобщей иммунизации или всеобщего скрининга и постконтактной профилактики, станет определяющим мерилом при валидации достижения цели по контролю инфекции гепатита В. В качестве составной части процесса валидации государствам-членам будет поручено обеспечить сбор и представление данных пораженности, выявленной серологически. Систематизированные обзоры накопленных в Регионе данных свидетельствуют о том, что общенациональных репрезентативных, высококачественных сведений об этом явно недостаточно. В рамках проведенного ECDC систематизированного обзора удалось вычленить исследования, организованные лишь в 13 странах с низкой вероятностью систематической ошибки *[26]*. В итоге еще одного обзора данных от стран в Регионе, не входящих в состав ЕС, было отобрано только 21 исследование в 7 странах, из которых лишь в 4-х имелись данные о ситуации среди населения в целом, полученные на национальном уровне или на базе многих учреждений *[27]*.

Забегая вперед, следует отметить, что в связи с проведением тщательно спланированных серологических обследований будет дано поручение вести документальный учет эффективности вакцинации и осуществления цели и целевых показателей контроля инфекции гепатита В. ВОЗ выпустила в свет руководство по планированию и проведению выборочных серологических исследований для измерения эффекта от вакцинации против гепатита В *[26,27]*.

ЦЕЛЬ 3
ВЫВОД

Несмотря на то, что цель контроля инфекции гепатита В с помощью вакцинации фигурирует в ЕПДВ, индикаторы и целевые показатели мониторинга ее достижения были определены лишь недавно. Валидацией выхода на целевые показатели будет заниматься Рабочая группа ЕТКГЭ. Государства-члены в Регионе в зависимости от специфики ситуации в стране используют разные стратегии борьбы с гепатитом В. Охват вакцинацией в государствах-членах, реализовавших всеобщую иммунизацию детей грудного возраста за несколькими исключениями, как правило, является высоким. Данные по охвату беременных женщин всеобщим скринингом и проведением постконтактной профилактики у младенцев имеются не по всем государствам-членам, которые руководствуются этой стратегией, однако в рамках процесса валидации им будет предложено направлять эти сведения, равно как и данные о распространенности HBsAg, выявленной серологически в когортах, которые родились в период после внедрения всеобщей вакцинации и/или всеобщего скрининга беременных женщин и постконтактной профилактики у младенцев, рожденных от матерей с положительным результатом HBsAg. Принимая во внимание уже достигнутый низкий региональный уровень пораженности носительством HBsAg и высокие показатели охвата вакцинацией и/или скринингом, есть основания утверждать, что эта цель может оказаться в пределах досягаемости в Регионе.

ЦЕЛЬ 4

Достижение на всех административных уровнях региональных целевых показателей охвата вакцинацией

Задача: К 2020 г. в 48 из 53 (90%) государств-членов охват АКДС3 на национальном уровне составит ⩾95%

Высокие уровни охвата вакцинацией в духе социальной справедливости являются неотъемлемым условием для достижения и поддержания статуса ликвидации управляемых инфекций, целей элиминации и контроля, а также служат воплощением принципов справедливости и расширения потенциальных возможностей, лежащих в основе Целей в области устойчивого развития (ЦУР). В то время как высокие уровни охвата при соблюдении принципов справедливости всеми вакцинами, входящими в национальную программу, играют важную роль на протяжении жизненного цикла, охват тремя дозами вакцины, содержащей компонент АКДС (АКДС3), используется в данном контексте в качестве косвенного индикатора охвата иммунизацией в целом.

Наличие данных по охвату и связанные с этим ограничения

Национальные данные по охвату иммунизацией за 2017 г. были представлены 53 государствами-членами в Регионе. Эти сведения включали в себя показатели охвата, отслеживаемые их системами обработки административных данных, а также официальные расчетные данные об охвате на национальном уровне[9] или обе категории данных одновременно.

Основу расчетных национальных данных ВОЗ/ЮНИСЕФ по охвату иммунизацией (WUENIC) составляют данные, направляемые государствами-членами и корректируемые с учетом потенциальных систематических ошибок, а также мнения экспертов *[29]*. По годам с отсутствующими данными от государств-членов делаются соответствующие расчеты методом экстраполяции на основании имеющихся данных официальной статистики.

[9] Официальные оценочные данные могут быть получены путем расчета показателей охвата на основании источников информации, не относящихся к системам административных данных (напр., результаты выборочных обследований или расчетные уровни охвата прививками при поступлении детей в школу), или по факту внесения корректив в показатели охвата с использованием административных данных, полученных из других источников, или дополнительного учета доз вакцин, не отраженных в базе административных данных, напр., дозы, введенные частнопрактикующими поставщиками услуг.



Начиная с 2011 г. к массиву данных WUENIC по каждой стране прилагается характеристика «степени доверительности» (СД), которая отражает вес эмпирического обоснования WUENIC и не имеет прямого отношения к качеству данных, представленных национальными органами и учреждениями *[29]*. По каждой расчетной величине дается балльная оценка от 1 до 3, причем 3 балла соответствуют самой высокой степени доверительности. Оценочные данные WUENIC по СД за 2016 г. для 13 государств-членов получили 1 балл,[10] 2 балла было присвоено 39 странам и 1 стране (Казахстану) – 3 балла. Государства-члены, балльная оценка которых равнялась 1, либо вообще не направляли данные об охвате за 2016 г, либо поступившие от них сведения вызвали сомнения, и полученные расчеты были перепроверены с использованием независимой величины в знаменателе.[11] На момент подготовки настоящего отчета эквивалентных данных за 2017 г. в наличии не было. Вспомогательные

[10] Азербайджан, Албания, Германия, Венгрия, Италия, Латвия, Мальта, Монако, Польша, Португалия, Сербия, Швейцария и Швеция

[11] Прогнозы численности населения мира: пересмотр от 2015 г., Отдел народонаселения ООН (использовались для количественной оценки СД расчетных национальных данных ВОЗ/ЮНИСЕФ по охвату иммунизацией (WUENIC) в 2016 г.)

КОЛИЧЕСТВО ГОСУДАРСТВ-ЧЛЕНОВ С ≥95% ОХВАТОМ АКДС3 СОКРАТИЛОСЬ С

36

В 2017 Г. ДО

32

В 2014 Г.

сведения в итоге проведения выборочного исследования охвата в связи с расчетами WUENIC за 2016 г. были представлены только Казахстаном. Данные выборочных обследований когорт новорожденных за 2012 г. или за последующие годы поступили от 7 государств-членов в Регионе.[12] ВОЗ располагает информацией о проводимых в настоящее время выборочных исследованиях еще в 3 государствах-членах.[13] В дополнение к получению подтверждающих данных об уровнях охвата иммунизацией в стране выборочные исследования могут дать весьма полезную информацию о социально-экономических детерминантах иммунизации, факторах возникновения несправедливости и причинах непривитости или недопривитости, что может служить основанием для планирования работы программы.

От всех государств-членов в Регионе требуется представлять приводимые в ЕФО данные о количестве районов (или эквивалентных административных единиц, ниже по тексту именуемых как «районы») с охватом АКДС3 в установленном диапазоне. Семнадцать государств-членов, направивших заполненные ЕФО, не приводили порайонные данные об охвате в установленном диапазоне (исключение составляют такие страны, как Андорра, Мальта, Монако и Сан-Марино, так как там существует лишь один административный уровень); 32 государства-члена указали количество районов с охватом в установленном диапазоне.

Прогресс в достижении цели

ДОПОЛНИТЕЛЬНО

221

ТЫС. ДЕТЕЙ ПОЛУЧИЛИ АКДС3 В 2017 Г. ПО СРАВНЕНИЮ С 2016 Г.

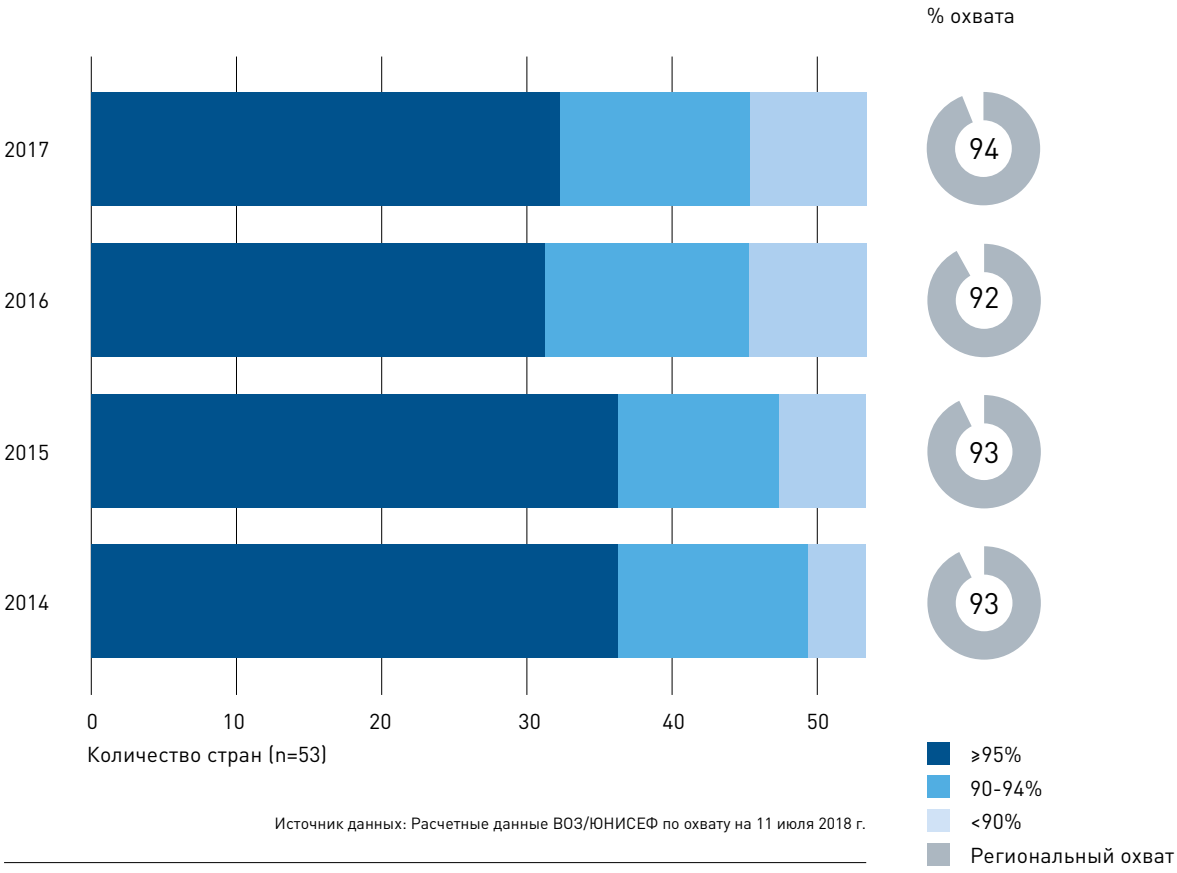
За 2017 г. сведения о ≥95% охвате АКДС3 на национальном уровне (рис. 6) предоставили 32 государства-члена; налицо понижающая тенденция по сравнению с 2014 г., когда 36 государств-членов вышли на этот уровень охвата. Это изменение также прослеживается на примере увеличения количества государств-членов с <90% охватом, включая 2 страны с <80% охватом. Аналогичные тенденции также отмечаются в отношении доз по другим вакцинам, в частности по введению 3-й дозы полиомиелитной вакцины и первой дозы вакцины, содержащей коревой компонент.

В 9 государствах-членах отмечались показатели недопривитости в пределах ≥5% (в диапазоне от 6 до 23%) между введением АКДС1 и АКДС3; 3 страны из этого списка могли бы выйти на >90% охват АКДС3 через принятие мер по снижению недопривитости.[14]

[12] Бельгия, Казахстан, Кипр, Кыргызстан, Сербия, Туркменистан и Черногория
[13] Армения, Грузия и Швеция
[14] Бывшая югославская Республика Македония, Грузия и Хорватия

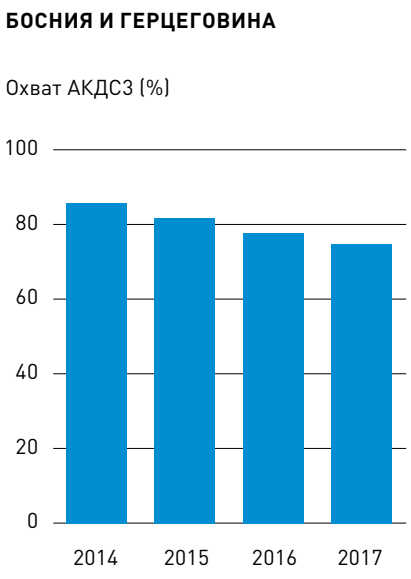
РИС. 6

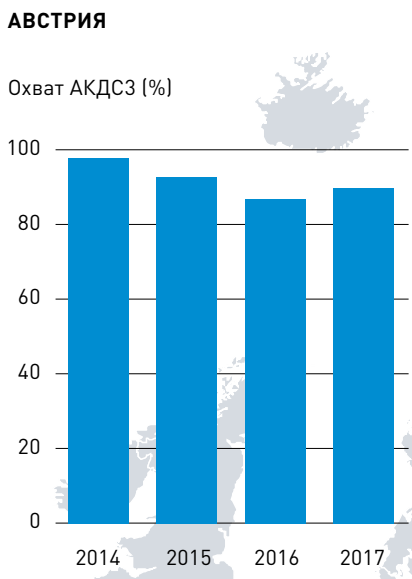
ТЕНДЕНЦИИ В УРОВНЯХ ОХВАТА АКДС3, ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОН ВОЗ, 2014-2017 ГГ.

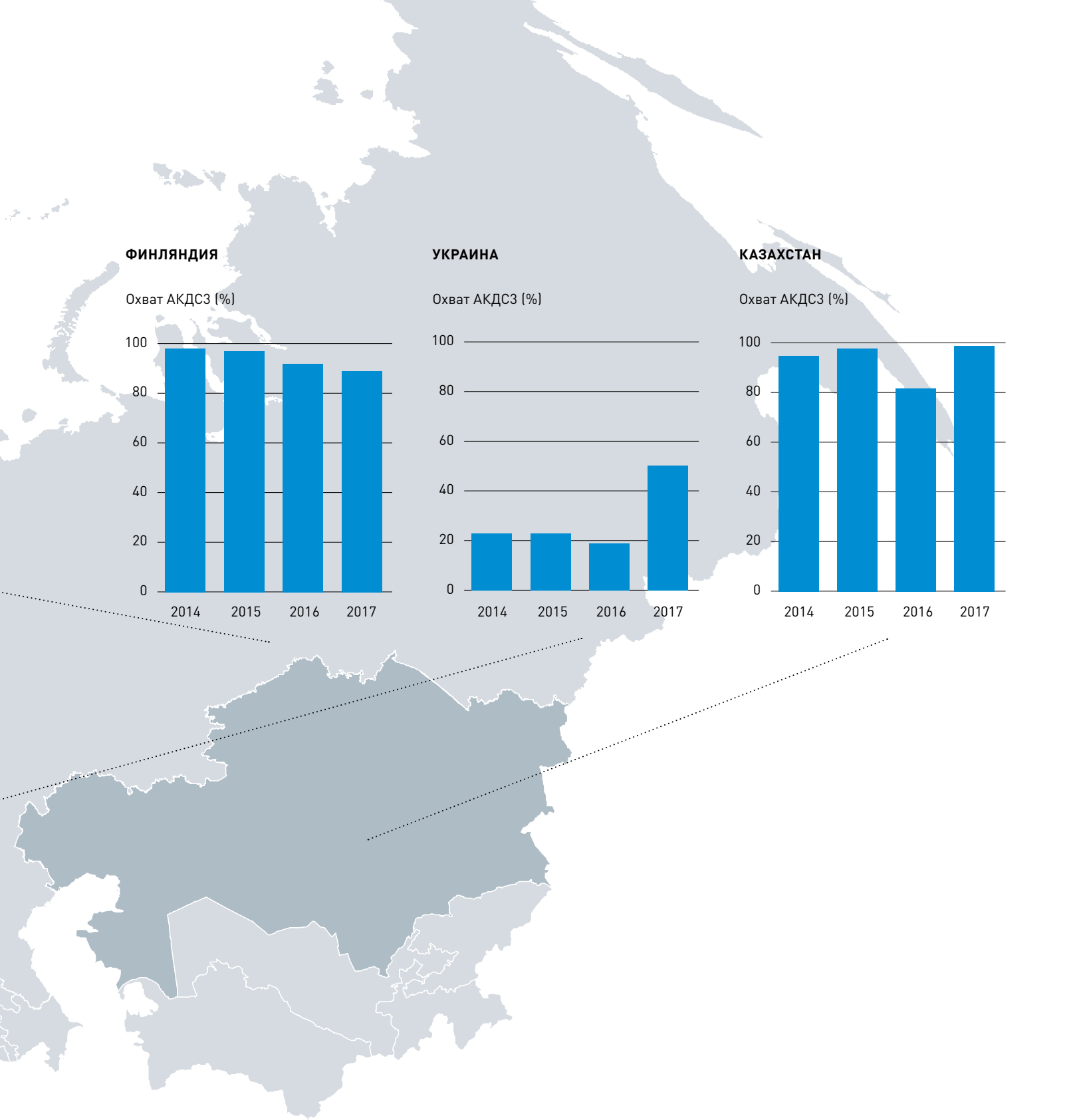


Источник данных: Расчетные данные ВОЗ/ЮНИСЕФ по охвату на 11 июля 2018 г.

РИС. 7
ГОСУДАРСТВА-ЧЛЕНЫ, В КОТОРЫХ ПРОИСХОДИЛО СНИЖЕНИЕ ОХВАТА МЕЖДУ 2014 Г. И 2016 Г., И ПОЛОЖЕНИЕ ДЕЛ В 2017 Г., ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОН ВОЗ







Источник данных: Расчетные данные ВОЗ/ЮНИСЕФ по охвату на 11 июля 2018 г.

Тенденции вакцинации в динамике по времени (общенациональный охват)

В период с 2014 по 2016 год в течение одного года или более в пяти государствах-членах имело место значительное снижение охвата АКДС3 (рис. 7). В 2017 г. региональный охват АКДС3 составил 94%, что на 2% больше, чем в 2016 г., и на 1% больше по сравнению с базовым уровнем по состоянию на 2014 год. Из списка государств-членов, где в предшествующие годы наблюдалась понижающая тенденция, в Казахстане и Украине, если сравнивать с 2016 г., в 2017 г. произошло существенное понижение охвата (рис. 7). Более того, в 2017 г. в Болгарии, Дании, Израиле, Латвии и Норвегии зарегистрирован рост показателей охвата примерно в диапазоне 4-6% по сравнению с его базовым уровнем в 2014 году.

Нарушение принципов справедливости в географическом и социально-экономическом плане

Задача 3 ЕПДВ гласит о том, что выгоды от вакцинации справедливо распространяются на всех людей, и для этого используются инновационные стратегии, адаптированные к местным условиям. Целевой показатель по этой задаче предусматривает достижение в ≥90% районов (или эквивалентных административных единиц) ≥90% охвата АКДС3. Не все государства-члены в Регионе направляют сведения об охвате на районном уровне. Количество государств-членов, которые регистрируют такой охват, и тех, кто ведет учет достижения ≥90% охвата АКДС3 в ≥90% районов, показано в табл. 2. В 2017 г. из 32 государств-членов, направивших сведения об охвате на районном уровне, в 53 районах десяти стран охват составил <80%, в том числе в одном районе был зарегистрирован охват на уровне <50%.

Сбор данных о проявлениях неравенства в отношении здоровья и вакцинации между квантилями благосостояния проходил с помощью стандартизованных выборочных обследований, в том числе таких, как медико-демографические исследования (МДИ) при поддержке Агентства США по международному развитию (АМР США)[15] и мультииндикаторные кластерные выборочные обследования (МИКС) при поддержке Детского фонда Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ).[16] Названные исследования, как правило, проводятся в странах с низким и средним уровнями дохода. Разница в охвате между квантилем самых богатых и квантилем самых бедных нередко

[15] Программа МДИ: Медико-демографические исследования. https://dhsprogram.com/Who-We-Are/About-Us.cfm
[16] Мультииндикаторные кластерные выборочные обследования (МИКС) ЮНИСЕФ - http://mics.unicef.org/

ТАБЛИЦА 2
ОХВАТ АКДС3 НА РАЙОННОМ УРОВНЕ, ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОН ВОЗ, 2014-2017 ГГ.

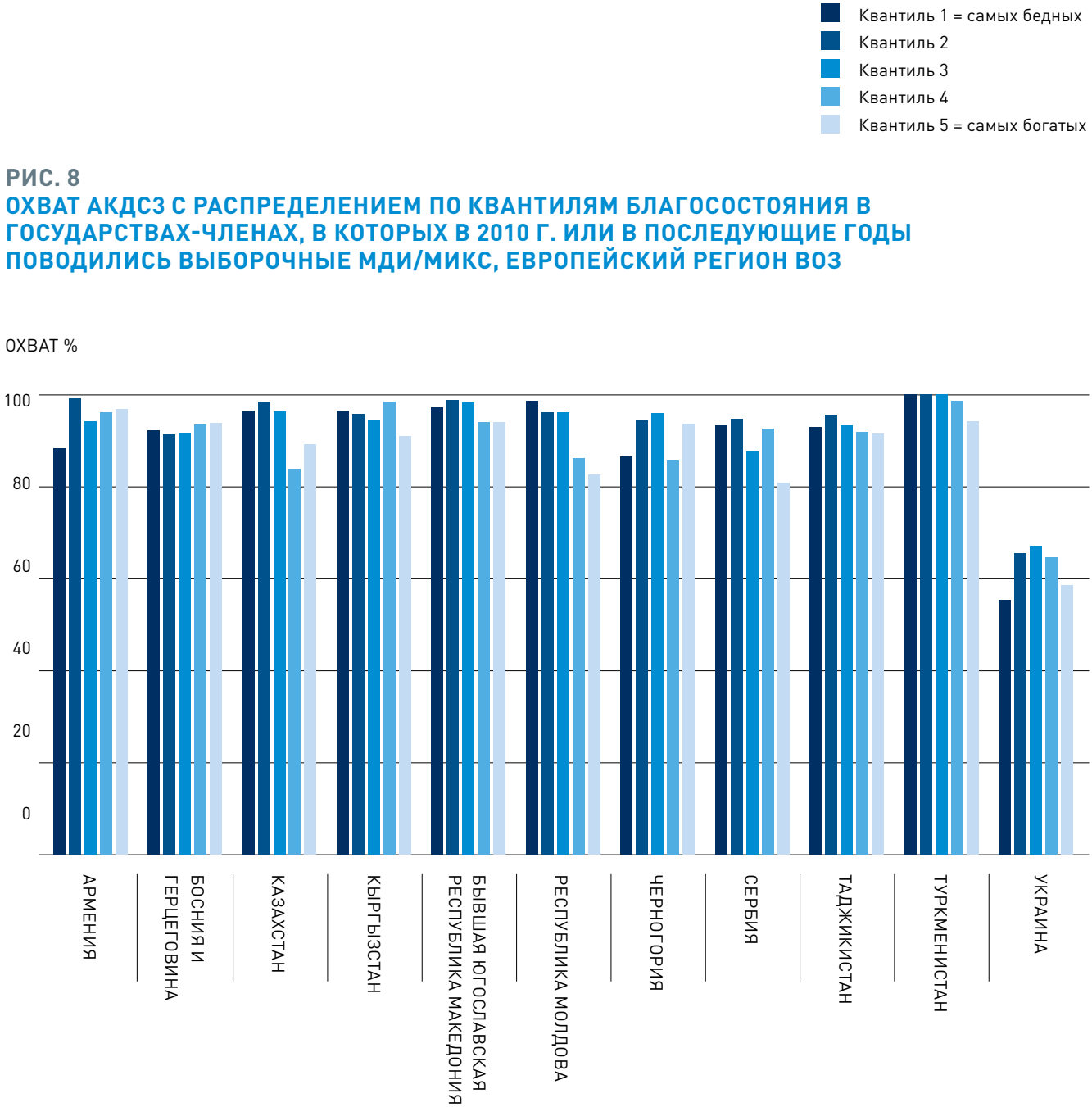
ГОД	2014 Г.	2015 Г.	2016 Г.	2017 Г.
КОЛИЧЕСТВО ГОСУДАРСТВ-ЧЛЕНОВ, НАПРАВЛЯВШИХ ДАННЫЕ ПО ОХВАТУ НА РАЙОННОМ УРОВНЕ	36	37	36	32
КОЛИЧЕСТВО ГОСУДАРСТВ-ЧЛЕНОВ, В КОТОРЫХ ≥90% ОХВАТ АКДС3 ИМЕЛ МЕСТО В СЛУЧАЕ ≥90% РАЙОНОВ	25	27	25	21

используется в качестве индикатора социально-экономического неравноправия. Уровни охвата АКДС3 с распределением по квантилям благосостояния в 12 государствах-членах в Регионе, располагающих результатами проведения выборочных обследований в 2010 г. или в последующие годы, представлены на рис. 8.

Доступные данные выборочных обследований не позволяют проследить какие-либо закономерности в показателях охвата в зависимости от квантиля благосостояния применительно ко всем странам. В тех случаях, когда устойчивые характеристики являются очевидными в отдельных странах (Республика Молдова и Сербия), они говорят о более высоком уровне охвата в квантилях с меньшим достатком по сравнению с квантилями с бóльшим достатком. Причины более низкого уровня охвата среди социально неблагополучных групп населения в нескольких странах заслуживают более тщательного изучения. Полученные характеристики также указывают на то, что социально-экономические градиенты, предопределяющие степень доступности медобслуживания в целом, не всегда применимы к возможности доступа к услугам иммунизации и обращаемости за ними в некоторых государствах-членах в Регионе, особенно в Восточной Европе и Центральной Азии, откуда поступает основной объем данных о результатах выборочных исследований. Эти тенденции могут и не отражать ситуацию в других государствах-членах в Регионе.



РИС. 8
ОХВАТ АКДС3 С РАСПРЕДЕЛЕНИЕМ ПО КВАНТИЛЯМ БЛАГОСОСТОЯНИЯ В ГОСУДАРСТВАХ-ЧЛЕНАХ, В КОТОРЫХ В 2010 Г. ИЛИ В ПОСЛЕДУЮЩИЕ ГОДЫ ПОВОДИЛИСЬ ВЫБОРОЧНЫЕ МДИ/МИКС, ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОН ВОЗ



Источник данных: Расчетные данные ВОЗ/ЮНИСЕФ по охвату на 11 июля 2018 г. и статистика Всемирного банка по уровням дохода по состоянию на июнь 2017 г.

Не все государства-члены в Регионе организуют обследования МИКС, которые позволяют получить данные, продемонстрированные на рис. 8. Вместе с тем, не исключена возможность анализа дезагрегированных данных из информационных систем по иммунизации, чтобы вычленить информацию по детерминантам проблем неравенства применительно к охвату иммунизацией. Агентство общественного здравоохранения Уэльса регулярно анализирует и публикует показатели охвата с распределением по квантилям депривации областей нижнего и верхнего уровня объединения статистических данных (LSOA) по месту жительства респондентов *[30]*. Эти данные, четко указывающие на наличие социально-экономического градиента на фоне недостаточного уровня охвата в более бедных районах, помогают планировать для них адресные мероприятия с целью повысить уровень охвата и уменьшить проявления несправедливости.

Понимание основных причин низких уровней охвата

Основные причины неизменно низкого или падающего охвата на национальном уровне в некоторых государствах-членах и проявлений несправедливости в охвате зависят от контекста и могут быть разными как между, так и внутри государств-членов, меняясь в динамике по времени. Всестороннее понимание основных причин требует углубленного анализа недоработок в системе здравоохранения, а также спроса на вакцинацию у местного населения. Информация, на основании которой составлялся этот отчет, не позволяет провести детальный анализ по каждой стране в отдельности, но проливает свет, по меньшей мере, на две причины.

Востребованность вакцинации

Снижение охвата вакцинацией, наблюдаемое в нескольких странах и, следовательно, в Регионе в целом, в какой-то мере произошло из-за недоверия к вакцинации или опасений, связанных с той или иной вакциной. К примеру, если в государствах-членах в юго-восточных частях Региона падение уровней охвата было особенно ощутимым в отношении тривакцины против кори, паротита и краснухи (КПК), то в Дании и Ирландии имел место резкий спад в охвате вакцинацией против ВПЧ. В последнем случае это было следствием более частых сообщений о диффузных симптомах неясного генеза по заявлениям привитых девушек, их родственников и специалистов здравоохранения, которые привлекли внимание СМИ и вызвали обеспокоенность по поводу

безопасности этих вакцин. В январе 2016 г. Глобальный консультативный комитет по безопасности вакцин на основании обстоятельного обзора фактических данных пришел к выводу, что не существует доказательств в поддержку каких-либо серьезных опасений, связанных с использованием ВПЧ-вакцин. Даже в странах с неизменно высоким охватом вакцинацией на национальном уровне есть очаги низкого охвата, которые иногда заканчиваются вспышками управляемых инфекций. Причины низкой востребованности вакцинации в определенных общинах зачастую изучены недостаточно. В оценочном отчете, касающемся подхода в свете адаптации программы иммунизации (АПИ), приведены примеры из практики таких стран, как Болгария, Литва, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии и Швеция, в которых наглядно показаны многочисленные причины, обусловливающие низкий уровень спроса на вакцины, в том числе те, которые связаны с удобством оказания услуг по вакцинации, действующим законодательством, уровнем образования и поддержкой семейных врачей и местного населения, а также с поддержкой со стороны других членов коллектива.

Достижение и сохранение высоких уровней охвата вакцинацией в полном соответствии с принципами социальной справедливости, необходимых для решения проблем ликвидации, элиминации и контроля болезней, зависит от позиции сообществ, поддерживающих высокий спрос на вакцинацию и сохраняющих доверие к ней даже несмотря на распространяемые сообщения или слухи о побочных проявлениях.

Комплексные и многочисленные аспекты, которые становятся причинами недоверия к вакцинации и снижения спроса, требуют всеохватных ответных действий, основанных на глубоком понимании точек зрения не только общины, но и поставщиков услуг. В Руководстве по АПИ дается описание механизма для выявления и приоритезации контингентов, недостаточно охваченных медобслуживанием, определения барьеров в отношении спроса и предложения услуг иммунизации, а также для планирования, осуществления и качественной оценки адаптированных ответных действий *[31]*. Практический опыт применения этого подхода показал, что результаты формативных исследований могут оспаривать предвзятые высказывания о причинах низкой востребованности вакцинации (см. Врезку 3), способствовать повышению уровня реагирования служб на потребности общины и активизации вовле-

ВРЕЗКА 3
ПОВЫШЕНИЕ ОХВАТА ИММУНИЗАЦИЕЙ В ЕВРЕЙСКОЙ ОБЩИНЕ ХАРЕДИМ, ПРОЖИВАЮЩЕЙ В СЕВЕРНОЙ ЧАСТИ ЛОНДОНА

В своем стремлении лучше понять причины недостаточно высокого уровня охвата профилактическими прививками детей, принадлежащих к ультраортодоксальной еврейской общине харедим в северной части Лондона, Агентство общественного здравоохранения Англии (PHE) в партнерстве с названной общиной, комиссарами по организации служб иммунизации и поставщиками медицинских услуг реализовали в период 2014–2016 гг. проект ВОЗ «Адаптация программ иммунизации (АПИ)». Цель проекта заключалась в разработке рекомендаций, основанных на результатах научных исследований и адресованных комиссарам по вопросам иммунизации и провайдерам, чтобы соответствующие службы более внимательно относились к потребностям общины. Благодаря вовлечению общины в процесс и проведенным качественным исследованиям выяснилось, что, вопреки общепринятым предположениям, община не была против вакцинации по религиозным или другим соображениям. В большинстве случаев факторы, обусловливающие низкий уровень спроса на вакцинацию, были связаны с большими размерами семей в этой общине. Назревшие проблемы в этих семьях мешали считать иммунизацию

Продолжение на с. 41



чения в процесс представителей сообществ, формируя их как убежденных пропагандистов идеи иммунизации среди местного населения *[32]*. Причины низкого спроса могут также отличаться в зависимости от принадлежности к разным общинам внутри одной страны, как это было в Швеции *[33]*. Европейское региональное бюро ВОЗ работает с государствами-членами над тем, чтобы поддерживать спрос и доверие к вакцинации на должном уровне путем предоставления методических документов, поддержки в проведении формативных исследований, обучения реагированию на выступления активных противников вакцинации, подготовки и принятия мер в ответ на кризис доверия, а также посредством определения и адаптации вмешательств в рамках программы иммунизации для решения выявленных проблем. Методические материалы доступны на вебсайте ВОЗ *[34-36]*.

Дефицит поставок и истощение запасов вакцин

В 2017 г. 20 государств-членов сообщили о 49 эпизодах истощения запасов вакцин либо на национальном, либо на субнациональном уровне. Тридцать два из 49 эпизодов были связаны с исчерпанием запасов на субнациональном уровне. В случае всех, за исключением двух эпизодов, по которым была известна продолжительность истощения запасов, этот срок был ⩾ 1 мес (в диапазоне от 1 до >12 мес), и процесс вакцинации прерывался в 27 эпизодах такого рода. В 12 государствах-членах проблема истощения запасов негативно отразилась на ситуации с более чем одной вакциной (в диапазоне от 2 до 5 вакцин), включая комбинированные вакцины.[17] Больше других пострадали ассоциированные вакцины, содержащие АКДС, и вакцина против гепатита В (истощение запасов имело место в 10 государствах-членах по той и другой вакцине). Из 5 государств-членов[18] в которых истощение запасов комбинированных вакцин, содержащих АКДС, стало причиной сбоев в проведении вакцинации, в 2 государствах-членах (Боснии и Герцеговине и Румынии) в 2017 г. также произошло снижение охвата АКДС3 на ⩾5% по сравнению с уровнями за 2014 год. В Румынии, которая вследствие несвоевременных закупок переживала истощение запаса вакцины в течение 5-6 мес, охват АКДС3 в 2017 г. составил 82% по сравнению с 89% в 2015 и 2016 гг. и с 94% в 2014 году. В отличие от этого, в Казахстане и Украине, которые испытывали истощение запасов вакцин, содержащих АКДС, и перебои в работе служб в 2016, но не в 2017 г., охват АКДС3 увеличился соответственно с 82% и 19% в 2016 г. до соответственно 99% и 50% в 2017 году.

[17] Отмечался дефицит поставок таких вакцин, как БЦЖ, ПКВ, вакцины с компонентом ГепВ, вакцины с компонентом Hib, комбинированные АКДС-вакцины, ОПВ, столбнячный анатоксин, вакцины с коревым компонентом, ИПВ, ВПЧ и ротавирусная вакцина.

[18] Австрия, Исландия, Казахстан, Румыния, Украина и Эстония

ВРЕЗКА 3 ПРОДОЛЖЕНИЕ

приоритетной задачей, особенно когда им было трудно записаться к врачу, а время ожидания в учреждениях, не настроенных дружественно к ребенку, было продолжительным.

Результаты этой оценки послужили поводом для разработки серии рекомендаций для поставщиков услуг, чтобы они знали, как обеспечить удовлетворение потребностей общины. Однако общеизвестно, что внедрение этих рекомендаций займет длительное время для устойчивого изменения стереотипов поведения при обращаемости за медицинской помощью через понимание запросов ее предполагаемых клиентов.

ОХВАТ АКДС3 В УКРАИНЕ УВЕЛИЧИЛСЯ С

19%

В 2016 Г. ДО

50%

В 2017 Г.

20 ГОСУДАРСТВ-ЧЛЕНОВ СООБЩИЛИ О

49

ЭПИЗОДАХ ИСТОЩЕНИЯ ЗАПАСОВ ВАКЦИН В 2017 Г.

Заявленные причины по 49 эпизодам истощения запасов были связаны с дефицитом поставок вакцин (в 26 случаях), несвоевременными закупками (в 14 случаях) и другими или неизвестными причинами (в 9 случаях). В 2016 г. туберкулезная живая вакцина (бацилла Кальметта-Герена (БЦЖ)) оказалась одной из наиболее пострадавших вакцин. Анализы, проведенные ВОЗ в последнее время, позволили выяснить некоторые основные причины имевшего места дефицита поставок. Несколько фирм-производителей БЦЖ, выпускающих этот препарат по лицензии в Европе, столкнулись с производственными проблемами и ушли с рынка.[19] Несмотря на то, что глобальное предложение по-прежнему превышает уровень спроса, регистрационные ограничения на местах, в частности в странах, где зарегистрирован только один препарат, обусловили нехватку вакцин и необходимость в срочной выдаче импортных лицензий для закупки препаратов, не зарегистрированных в стране.

В отношении вакцин, содержащих АКДС, следует отметить, что недавняя реорганизация производственной базы в результате процессов поглощения[20] и корпоративных решений,[21] касающихся концентрации производства детских вакцин в виде отобранных комбинированных вакцин с бесклеточным коклюшным компонентом, привела к сокращению производственных мощностей по выпуску вакцины против гепатита В, что отрицательно повлияло на конкретные страны вне зависимости от ситуации с неограниченным предложением вакцин на глобальном уровне. Как и в случае с БЦЖ, ставка на весьма ограниченный перечень зарегистрированных препаратов стала причиной дефицита, когда некоторые из них пострадали от производственных проблем или сокращения объемов поставок.

[19] Компания Sanofi приостановила производство в 2012 г., а Государственный институт сывороток – в 2015 г.; линия была куплена компанией AJ Biologics в 2017 г., и по настоящее время выпуск все еще не возобновился
[20] В 2015 г. компания GSK приобрела компанию Novartis Vaccines & Diagnostics, которая является основным поставщиком вакцин, содержащих компонент АКДС
[21] Недавно как GSK, так и Sanofi-Pasteur объявили о рационализации ассортимента выпускаемых ими препаратов

ЦЕЛЬ 4
ВЫВОД

Достижение и поддержание высоких уровней охвата в духе социальной справедливости составляет основу обеспечения и сохранения реализованных целей по ликвидации, элиминации и контролю всех управляемых инфекций. Начиная с 2015 г. наблюдалось сокращение числа государств-членов с ⩾ 95% охватом АКДС3. Вследствие этого возникает обеспокоенность по поводу выхода на целевой показатель к 2020 году. Данные по мониторингу соблюдения принципа справедливости поступают в ВОЗ только от некоторой части государств-членов (26/53 в 2017 г.), а в 2017 г. достижение целевого показателя по ⩾90% охвату в случае ⩾90% районов можно было документально продемонстрировать лишь в отношении 14 стран. Потребуется проведение анализа дезагрегированных данных и периодических выборочных обследований, в том числе специальных изысканий для мониторинга проявлений социальной несправедливости и поиска путей их преодоления. В настоящее время Региональное бюро занимается разработкой методического документа в поддержку усилий государств-членов по мониторингу проблемы несправедливости и реагированию на нее. Доступные данные говорят о том, что из-за недоверия к вакцинации произошло снижение охвата некоторыми прививками в национальном масштабе в отдельных государствах-членах, что может обострить проблему социальной несправедливости в отношении охвата иммунизацией. Дальнейшие углубленные исследования и анализы данных на страновом уровне смогут пролить свет на основные причины сложившейся ситуации. Применение на практике подхода с позиции АПИ помогает лучше понять причины низкой востребованности соответствующих услуг, а также планировать адаптированные подходы к преодолению барьеров, мешающих вакцинации. Помимо этого, фактические данные указывают на то, что в некоторых государствах-членах истощение запасов вакцин является одним из факторов, способствующих низким показателям или понижающим тенденциям в охвате. Причины истощения запасов варьируют в разных странах, но в любом случае все они требуют принятия корректирующих мер.

ЦЕЛЬ 5

Принятие основанных на фактических данных решений о внедрении новых вакцин

Задача: К 2020 г. не менее 90% государств-членов с учрежденными НТКГЭ станут принимать информированные решения о внедрении новых вакцин на основании результатов рассмотрения НТКГЭ соответствующих фактических данных

42

НТКГЭ ВЫСТУПАЛИ С РЕКОМЕНДАЦИЯМИ О ВНЕДРЕНИИ НОВЫХ ВАКЦИН

Принятие решений на основании данных научных исследований и с учетом рекомендаций компетентной и заслуживающей доверия Национальной технической консультативной группы экспертов по иммунизации (НТКГЭ) является ключевым фактором для внедрения новых вакцин и для их устойчивого и оптимального использования. ВОЗ рекомендует НТКГЭ принимать во внимание следующий круг вопросов при разработке рекомендаций о внедрении той или иной вакцины: (1) болезнь, включая ее бремя, приоритетное значение с точки зрения общественного здоровья или политики и наличие других мер профилактики и борьбы; (2) вакцина, включая ее действенность и безопасность, экономические и финансовые вопросы и наличие поставок; и (3) потенциал программы иммунизации и системы здравоохранения в поддержку внедрения вакцины.

Регион добился значительного прогресса в создании многих НТКГЭ и в укреплении их потенциальных возможностей. По состоянию на декабрь 2017 г. в 47 из 53 государств-членов в Регионе были учреждены НТКГЭ, в том числе в 17 из 21 страны со средним уровнем дохода (ССД). На момент составления этого отчета Российская Федерация находится в процессе создания своей НТКГЭ. В 2017 г., судя по имеющимся данным, 35 из 47 НТКГЭ соответствовали всем шести индикаторам динамики процесса по уровню функциональной зрелости своих НТКГЭ.

Ежегодно государства-члены направляют информацию о том, выступали ли их НТКГЭ с рекомендацией в пользу или против внедрения трех вакцин, в частности, пневмококковой конъюгированной вакцины (ПКВ), ротавирусной вакцины (РВ) или ВПЧ-вакцины в соответствии с индикатором по достиже-

ТАБЛИЦА 3
КОЛИЧЕСТВО ГОСУДАРСТВ-ЧЛЕНОВ, НТКГЭ (ИЛИ РАВНОЗНАЧНЫЕ ОРГАНЫ) КОТОРЫХ ВЫСТУПАЛИ С РЕКОМЕНДАЦИЯМИ, ОСНОВАННЫМИ НА ДАННЫХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ, В ОТНОШЕНИИ ПКВ, РВ ИЛИ ВПЧ-ВАКЦИН (БЛИЖЕ К КОНЦУ 2017 Г.)

	ПКВ	РВ	ВПЧ
НТКГЭ ВЫСТУПИЛА С РЕКОМЕНДАЦИЕЙ	41	33	42
НТКГЭ НЕ ПРЕДЛАГАЛА КАКОЙ-ЛИБО РЕКОМЕНДАЦИИ	4	12	5
НЕПРИМЕНИМО (НТКГЭ НЕ УЧРЕЖДЕНА)	6	6	6
НЕИЗВЕСТНО	2	1	0
РЕШЕНИЕ БЫЛО ПРИНЯТО ДО СОЗДАНИЯ НТКГЭ	4	3	2
КОЛИЧЕСТВО ГОСУДАРСТВ-ЧЛЕНОВ, ВНЕДРИВШИХ ТУ ИЛИ ИНУЮ ВАКЦИНУ	41	17	35

нию этой цели. НТКГЭ в 42 из 53 государств-членов в Регионе предлагали рекомендации, основанные на результатах научных исследований и касающиеся или ПКВ, РВ и/или ВПЧ (ближе к концу 2017 года) (табл. 3). В некоторых государствах-членах, в которых НТКГЭ еще не учреждены или не являются работающими на момент принятия решения, соответствующие заключения выносили равноценные технические группы экспертов.

Не все предложенные НТКГЭ рекомендации в пользу той или иной вакцины привели к ее внедрению. Ближе к концу 2017 г. РВ-вакцина использовалась только в 19 государствах-членах, а ВПЧ – в 35 государствах-членах. В тех случаях, когда причины были известны, решение, принимаемое программой иммунизации против внедрения вакцины вопреки положительной рекомендации, было связано с доступностью вакцин по цене и с проблемами стабильности финансирования.



Региональное бюро оказало поддержку ССД в создании и укреплении НТКГЭ. По инициативе Регионального бюро были проведены совещания, в основном предназначенные для представителей ССД с недавно учрежденными НТКГЭ, в целях анализа их статуса, обсуждения насущных проблем и обмена опытом; помощи в организации учебных поездок для ознакомления с деятельностью хорошо работающих НТКГЭ; и поддержки участия председателей и секретарей НТКГЭ в совещаниях ЕТКГЭ и СКГЭ. Региональное бюро занималось оценкой работы НТКГЭ в Казахстане и Кыргызстане с использованием стандартизованной методики проведения качественных оценок и организовало визит представителей Объединенного комитета по вакцинации и иммунизации Соединенного Королевства в Грузию для оценки деятельности грузинской НТКГЭ и подготовки рекомендаций по совершенствованию ее работы. Проведенные оценки выявили ряд проблем, с которыми продолжают сталкиваться многие из вновь учрежденных НТКГЭ, в том числе в связи с процессом разработки рекомендаций НТКГЭ, необходимостью повышения качества рекомендаций и отчетных материалов НТКГЭ, а также с недостаточно формализованной коммуникацией с национальными государственными органами.

Как показано на примере опыта Казахстана (см. Врезку 4), разработка/пересмотр уставных документов НТКГЭ и стандартных операционных процедур, продолжающийся процесс наращивания потенциала членов и секретариатов НТКГЭ, равно как и улучшение сотрудничества между разными НТКГЭ под эгидой Информационного центра НТКГЭ и Глобальной сети НТКГЭ, позволят обеспечить функционирование в полном объеме вновь учрежденных НТКГЭ и усилить их потенциал по подготовке обоснованных и независимых рекомендаций для национальных программ иммунизации.

Получение фактических данных в поддержку принятия решений

Высококачественный эпиднадзор необходим для получения локальных фактических данных о бремени болезни и документального подтверждения эффекта от внедрения новых вакцин. Согласно отчетным данным, отображаемым в ЕФО, 48 государств-членов в Регионе проводят эпиднадзор за инвазивными управляемыми бактериальными инфекциями (ИБУИ) и 38 стран проводят эпиднадзор за ротавирусами (РВ). Из этого числа 4 государства-члена принимают участие в координируемой ВОЗ сети эпиднадзора за ИБУИ, а семь – в

ВРЕЗКА 4
ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НТКГЭ В КАЗАХСТАНЕ

НТКГЭ Казахстана была создана в феврале 2012 года. Формализованная оценка деятельности НТКГЭ проходила в 2017 г. с использованием стандартизованной методики ВОЗ/СИВАК *[37]*. В итоге оценки сделан вывод о том, что НТКГЭ Казахстана соответствует индикаторам ВОЗ по динамике процесса с позиции хорошо работающей НТКГЭ. Группа опирается на законодательную базу и имеет составленное в письменной форме Техническое задание, ежегодно проводит совещания, и ее члены заранее получают информацию о повестке дня совещания. В ее состав входят представители как минимум пяти дисциплин, и накануне каждого совещания они заявляют о потенциальном конфликте интересов. В результате проведенной оценки было рекомендовано пересмотреть членский состав НТКГЭ (переназначение представителей Минздрава в качестве членов Группы по должности и включение представителей врачебных ассоциаций), формализовать процесс коммуникации с Минздравом, составить годовые планы работы, пересмотреть Устав НТКГЭ и разработать стандартные операционные процедуры по подготовке рекомендаций и повышению качества отчетных материалов и рекомендаций НТКГЭ. Оценка позволила получить очень полезную информацию об ограничениях в деятельности НТКГЭ и возможных мерах по усилению ее потенциала и функциональной способности. Она также помогла ВОЗ и партнерским учреждениям планировать свою помощь в укреплении НТКГЭ.

сети эпиднадзора за РВ, направляя в ВОЗ поименные данные. Эти данные регулярно обобщаются и публикуются в бюллетенях ВОЗ по эпиднадзору *[38]*. Начиная с января 2017 г. сеть эпиднадзора за РВ расширила свои возможности в 5 государствах-членах, чтобы на данном этапе тестировать образцы диагностического материала на наличие более 20 кишечных патогенов в целях обоснования решений по разрабатываемым новейшим вакцинам.

Пять стран из семи ССД в составе сети по РВ уже внедрили эту вакцину; в двух из них использовались дозорные опорные базы для мониторинга эффективности вакцинации и публикации результатов; при этом в настоящее время в двух других странах проводится работа по оценке эффективности вакцинации с использованием накопленных ими данных эпиднадзора. Эти данные сыграют полезную роль при принятии решений о продолжении вакцинации.

ЦЕЛЬ 5
ВЫВОД

За последнее время в Регионе достигнут существенный прогресс в создании ряда НТКГЭ, а также в усилении их потенциала по подготовке заслуживающих доверия, обоснованных рекомендаций для национальных государственных органов по результатам обстоятельного обзора имеющихся фактических данных. Однако от ВОЗ или других партнерских учреждений потребуется дополнительная поддержка в дальнейшем расширении их потенциальных возможностей. ВОЗ поддерживает деятельность сети дозорных опорных баз, участвующих в проведении эпиднадзора за ИБУИ и РВ. Несмотря на то, что эти базы позволили получить данные в поддержку внедрения вакцин, потенциал эпиднадзора нуждается в усилении в целях документального подтверждения эффекта от вакцинации. Эти данные будут играть важную роль в обеспечении устойчивого финансирования ввиду других конкурирующих приоритетов.

ЦЕЛЬ 6

Достижение финансовой стабильности национальных программ

Задача: К 2020 г. не менее 51 из 53 (96%) государств-членов будут обладать финансовой самодостаточностью при закупке вакцин для плановой иммунизации

50

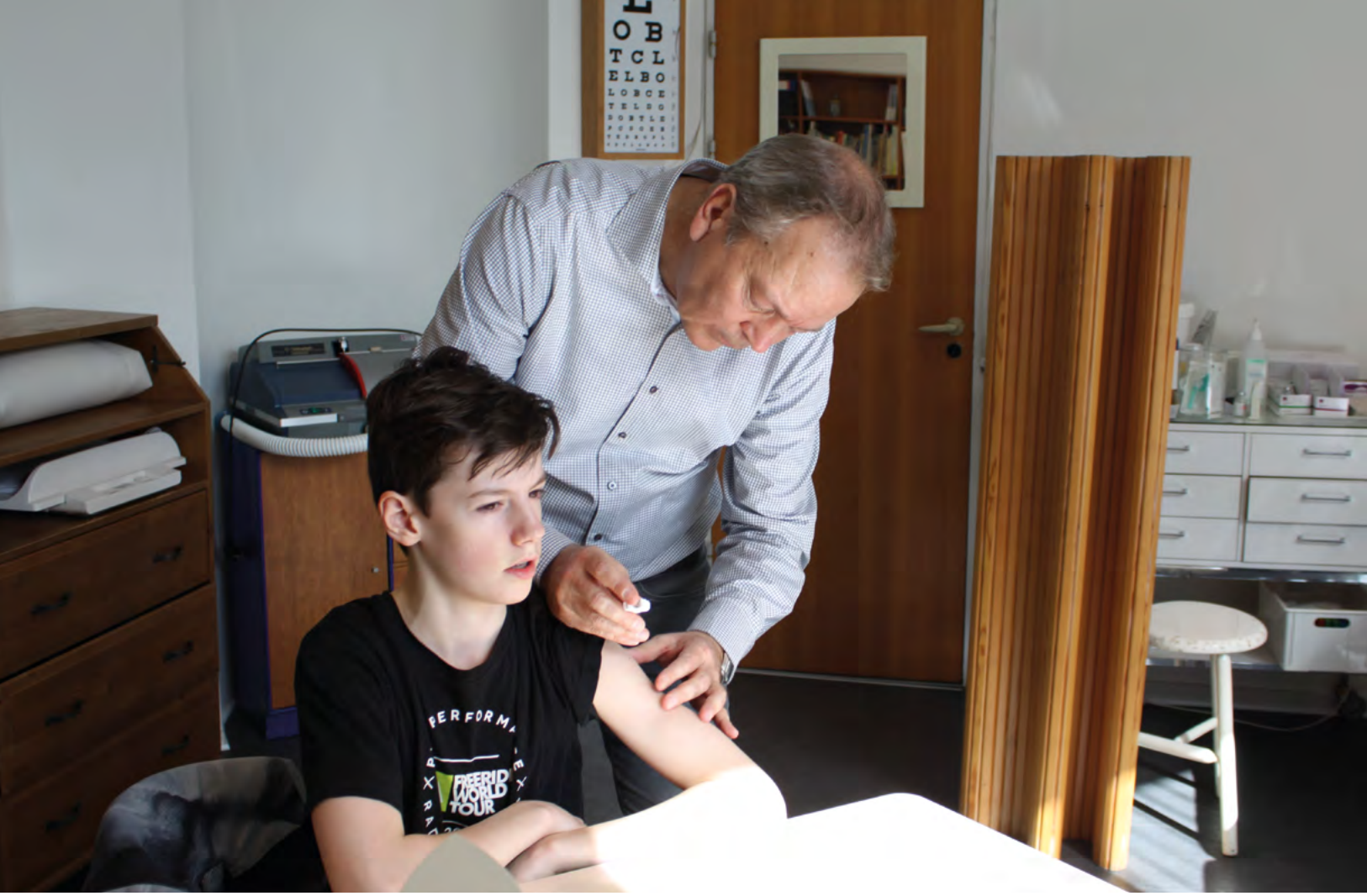
ГОСУДАРСТВ-ЧЛЕНОВ ОБЛАДАЮТ ФИНАНСОВОЙ САМОДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ЗАКУПКЕ ВАКЦИН

Наличие достаточных финансовых средств имеет важнейшее значение для реализации предусмотренных ЕПДВ целей и видения перспективы и сохранения достигнутых результатов. К 2016 г. финансовая самодостаточность при закупке за счет внутренних средств тех вакцин, которые включены в национальные календари профилактических прививок, была достигнута в 47 государствах-членах. В 2017 г. к этой группе присоединились такие страны, как Азербайджан, Армения и Грузия, по мере того как они постепенно вышли из-под опеки доноров. На очереди Узбекистан, который выйдет на уровень финансовой самостоятельности к 2020 году. После 2020 г. донорскую помощь на закупку вакцин будут получать только Кыргызстан и Таджикистан.

Обладание финансовой автономностью для закупки вакцин в рамках плановой иммунизации необязательно означает, что все национальные программы получают достаточный объем финансирования для осуществления замысла ЕПДВ и его грандиозных целевых показателей, а также для сохранения этих достижений в последующем периоде. Фактические данные, о которых речь идет в Главе 7, указывают на то, что несколько ССД в Регионе, не получающих помощи от доноров, отстают от других стран, и их выход на целевые показатели ЕПДВ находится под угрозой. Кроме того, существует обеспокоенность по поводу устойчивости программ иммунизации в государствах-членах, которые в последние годы уже лишились донорской поддержки или совсем скоро потеряют право пользоваться ею.

Наличие данных и связанные с этим ограничения

Финансовая устойчивость предполагает создание гарантий для долгосрочного финансирования из внутренних источников на выполнение намеченных программой задач и эффективное использование существующих ресурсов.



Государства-члены сообщают о своих ежегодных расходах на вакцины посредством заполнения ЕФО. В целях получения более полного представления о долгосрочной финансовой стабильности и оценки эффективности использования доступных средств проводится триангуляция этих данных с данными из других источников, включая сведения на национальных вебсайтах о закупочной деятельности, финансовые отчеты фармацевтических компаний и данные, полученные при непосредственном обмене информацией с государствами-членами для расчета максимально точных расходов на вакцины, которые включены в национальные календари прививок на период с 2014 по 2016 год. При этом указанные цены конвертируют в доллары США по среднегодовому обменному курсу за каждый год.

Поскольку цены на вакцинные препараты и затраты на доставку отличаются в зависимости от той или иной страны, особенно в случае тех стран, которые относятся к разным группам по размерам дохода, возникают сложности при проведении соответствующего межгосударственного сопоставительного анализа. Как показано в табл. 4, средний уровень затрат на вакцины из расчета

ТАБЛИЦА 4
СРЕДНИЕ УРОВНИ ЗАТРАТ НА ВАКЦИНЫ ИЗ РАСЧЕТА НА ОДНОГО ЖИВОРОЖДЕННОГО, 2014-2016 ГГ.

КАТЕГОРИЯ ПО УРОВНЮ ДОХОДА	СРЕДНИЕ УРОВНИ ЗАТРАТ НА ВАКЦИНЫ ИЗ РАСЧЕТА НА ОДНОГО ЖИВОРОЖДЕННОГО (ТЕКУЩАЯ ЦЕНА В ДОЛЛ. США)		
	2014 г.	**2015 г.**	**2016 г.**
СВД	348,51	299,36	386,03
ССД (без помощи доноров)	132,08	101,26	137,45
ССД (при помощи доноров)	38,62	37,62	38,53

на одного живорожденного сильно варьирует между странами, входящими в три категории по размерам дохода, причем наименьшие расходы несут страны с низким и средним уровнями дохода, которым с 2017 г. удалось воспользоваться донорской помощью. Предполагается, что затраты на вакцины из года в год колеблются параллельно с изменением цен на вакцины с течением времени и внесением новых вакцин в программу.

Расходы на вакцины

В табл. 4 представлены средние уровни затрат на вакцины из расчета на одного живорожденного в государствах-членах в Регионе с распределением по размеру дохода и доступу к донорской помощи. Как и ожидалось, наибольшие затраты приходятся на СВД, а самые низкие – на ССД, которые оказываются в выигрышном положении, приобретая вакцины по субсидируемым ценам при поддержке Гави.

Данные о расходах на вакцины были получены от 12 стран из 32 СВД за 2014 и 2015 гг. и от 11 СВД за 2016 год. Данные также поступили от 8, 10 и 13 стран из 14 ССД, не имевших доступа к помощи доноров в 2014, 2015 и 2016 гг.,

ТАБЛИЦА 5
СРЕДНИЕ ВНУТРЕННИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫЕ РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ПРОЦЕНТАХ К ВВП НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ И СОВОКУПНЫМ ГОСУДАРСТВЕННЫМ РАСХОДАМ, 2014 И 2015 ГГ.

КАТЕГОРИЯ ПО УРОВНЮ ДОХОДА	СРЕДНИЕ ВНУТРЕННИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫЕ РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В % К ВВП НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ		СРЕДНИЕ ВНУТРЕННИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫЕ РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В % К СОВОКУПНЫМ ГОСУДАРСТВЕННЫМ РАСХОДАМ	
	2014 г.	2015 г.	2014 г.	2015 г.
СВД	6	6	14	14
ССД (без помощи доноров)	4	4	11	10
ССД (при помощи доноров)	3	3	8	8

ТАБЛИЦА 6
ЗАТРАТЫ НА ВАКЦИНЫ В ПРОЦЕНТАХ К ТЕКУЩИМ РАСХОДАМ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ПРОГРАММ И ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ОТЧИСЛЕНИЙ НА МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ, 2015 Г.

КАТЕГОРИЯ ПО УРОВНЮ ДОХОДА	СВД	ССД БЕЗ ПОМОЩИ ДОНОРОВ (N=10)	ССД ПРИ ПОМОЩИ ДОНОРОВ (N=7)
В СРЕДНЕМ	0,22%	0,72%	1,10%
ДИАПАЗОН	от 0,01 до 0,71%	от 0,12 до 2,48%	от 0,47 до 2,17%

соответственно. Свои данные направили все 7 ССД, которые получали помощь от доноров, по каждому году за 3-летний период.

Доступные данные, приводимые в Глобальной базе данных ВОЗ по расходам в области здравоохранения за 2014 и 2015 гг. *[39]*, были также проанализированы в целях оценки государственных расходов в процентах к национальному ВВП на душу населения и совокупным государственным расходам в стране. Полученные результаты с распределением по категориям стран по уровню дохода показаны в табл. 5.

В среднем, страны с меньшим уровнем дохода тратят меньшую долю средств от своего ВВП и совокупных государственных расходов на национальные программы в области здравоохранения.

Затраты на вакцины в процентах к текущим расходам на здравоохранение за счет средств государственных программ и обязательных отчислений на медико-санитарную помощь (далее по тексту упоминаемые как текущие расходы на здравоохранение)[22] были рассчитаны по 2015 г. для 29 государств-членов в Регионе, по которым имелись соответствующие данные. Результаты приведены в табл. 6.

Несмотря на то, что расходы на вакцину занимают более значительную долю в текущих расходах на здравоохранение в ССД по сравнению с СВД, диапазон затрат оказывается довольно широким применительно к расходам на вакцины, составляющих менее 0,25% от текущих расходов на здравоохранение в 5 ССД без помощи доноров, если сравнивать с 2,48% в Турции, которая относится к той же категории по уровню дохода, но считает иммунизацию высокоприоритетной. Из 5 государств-членов, не внедривших ни ПКВ, ни РВ, ни ВПЧ (см. табл. 5), в трех странах[23] затраты на вакцины соответствуют <0,25% от текущих расходов на здравоохранение. По оставшимся двум странам не было данных для расчета этой цифры.

[22] Текущие расходы на здравоохранение за счет средств государственных программ и обязательных отчислений на медико-санитарную помощь являются одним из показателей во Всемирной базе данных по расходам на здравоохранение

[23] Беларусь, Босния и Герцеговина и Румыния

ЦЕЛЬ 6
ВЫВОД

Государства - члены Региона находятся на пути достижения финансовой самодостаточности для обеспечения закупки рутинных вакцин к 2020 году. И все же, сохраняется обеспокоенность по поводу действующих механизмов финансирования в некоторых ССД в целях выделения достаточных средств на нужды своих программ иммунизации для осуществления замысла и целей ЕПДВ, включая внедрение новых вакцин и не только. В среднем, эти страны тратят меньшую долю средств от своего ВВП и совокупных государственных расходов на здравоохранение по сравнению со странами с высоким уровнем дохода. В дополнение к этому, некоторые ССД, отстающие от других стран, тратят относительно небольшую долю средств от текущих затрат на здравоохранение на закупку вакцин, что указывает на потенциальное фискальное пространство с точки зрения увеличения их расходов на иммунизацию и ускорения хода работы по достижению целей ЕПДВ. Более того, эти страны могли бы приобретать вакцины по оптимальным ценам путем совершенствования своих закупочных механизмов.

Страны со средним уровнем дохода: складываются ли новые предпосылки для неравенства?

НА ДОЛЮ

21

ССД ПРИХОДИТСЯ 46% НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА И 54% ОТ ЕГО КОГОРТЫ НОВОРОЖДЕННЫХ

Предыстория

Все бóльшая обеспокоенность возникает в связи с тем, что ССД, лишенные возможности обращаться за внешней помощью, могут столкнуться с трудностями при реализации далеко идущих целей и целевых показателей ЕПДВ по борьбе с управляемыми инфекциями, а также при сохранении достигнутых успехов, и могут упустить реальные шансы воспользоваться выгодой от новых жизнесохраняющих вакцин. Эта тревога отчасти проистекает из осознания того, что на данном этапе основная доля смертей в мире от управляемых инфекций приходится на ССД *[40]*.

В Регионе насчитывается 21 ССД[24], на долю которых в общей сложности приходится 46% от всего населения и 54% от когорты новорожденных лиц. В эту категорию входят 7 стран с уровнем дохода ниже среднего (СДНС)[25], население которых составляет 11% от региональной численности населения, а доля когорты новорожденных – 15%; и 14 стран с уровнем дохода выше среднего (СДВС)[26], население которых составляет 35% от региональной численности населения с региональной долей когорты новорожденных в пределах 39%. Все СДНС имели право на получение помощи от Альянса по вакцинам Гави (ниже по тексту именуемый как Гави), хотя начиная с 2008 г. Украина не получала прямой поддержки от Гави. На момент составления этого отчета в Регионе не было никаких стран с низким уровнем дохода.

В этом разделе мы анализируем достигнутый государствами-членами прогресс в реализации ЕПДВ с распределением стран по категориям дохода и соответствию критериям получения помощи от Гави. Право на получение помощи от Гави с 2015 г. используется в качестве косвенного индекса стратификации для облегчения процесса получения доступа к внешней помощи на нужды иммунизации в Регионе.

Элиминация и ликвидация болезни

С 2002 г. Европейскому региону удается сохранять свой статус как территории, свободной от полиомиелита. Однако, согласно полученным оценкам, более половины его государств-членов относятся к промежуточному или высокому риску по распространению полиомиелита вследствие заноса или возникновения полиовируса (см. рис. 2). Распределение государств-членов по категориям

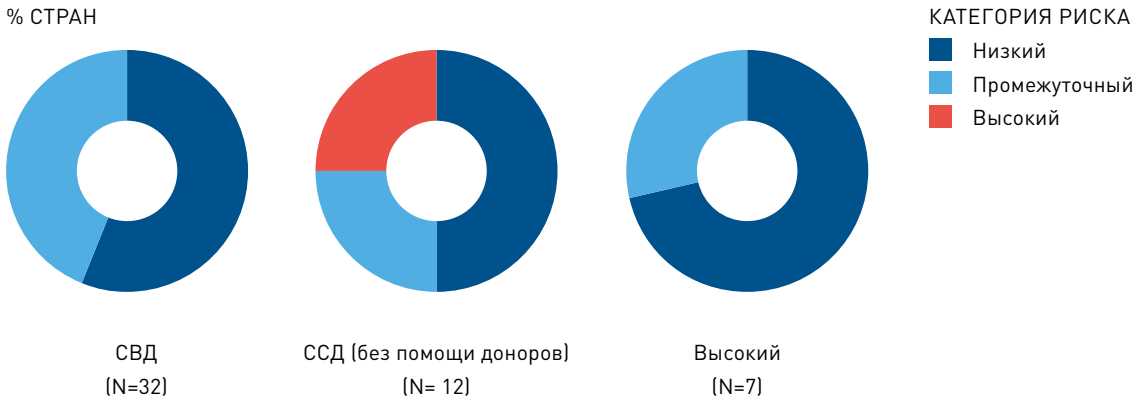
[24] На основании классификации стран Всемирного банка в зависимости от уровней дохода на душу населения: 2017-2018 гг.; https://blogs.worldbank.org/opendata/new-country-classifications-income-level-2017-2018

[25] Армения, Грузия, Кыргызстан, Республика Молдова, Таджикистан, Узбекистан и Украина

[26] Азербайджан, Албания, Беларусь, Болгария, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Казахстан, Российская Федерация, Румыния, Сербия, Туркменистан, Турция, Хорватия и Черногория

РИС. 9

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПО КАТЕГОРИЯМ РИСКА В ОТНОШЕНИИ ЗАНОСА И РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПОЛИОВИРУСОВ СО СТРАТИФИКАЦИЕЙ СТРАН ПО УРОВНЮ ДОХОДА И НАЛИЧИЮ ДОНОРСКОЙ ПОМОЩИ, ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОН ВОЗ, 2017 Г.

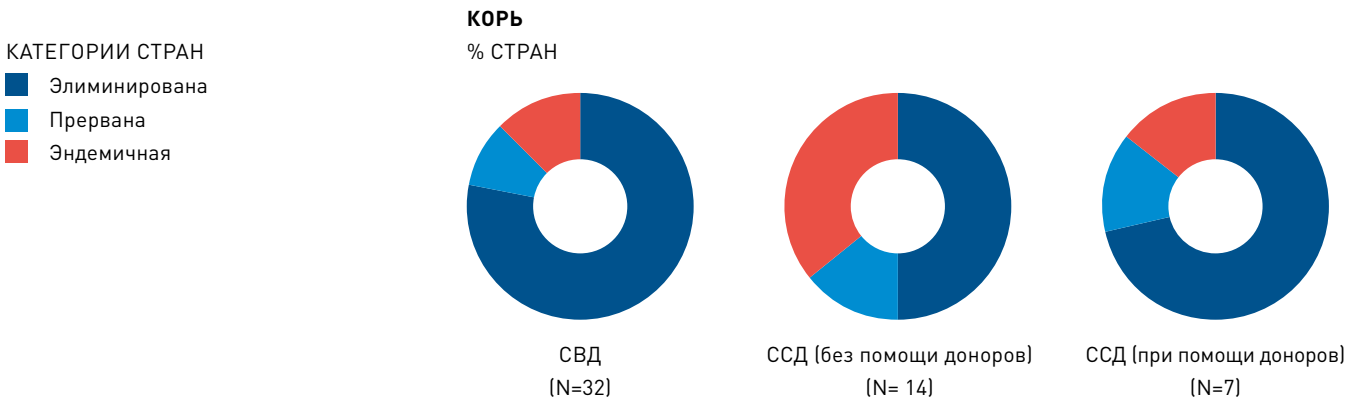


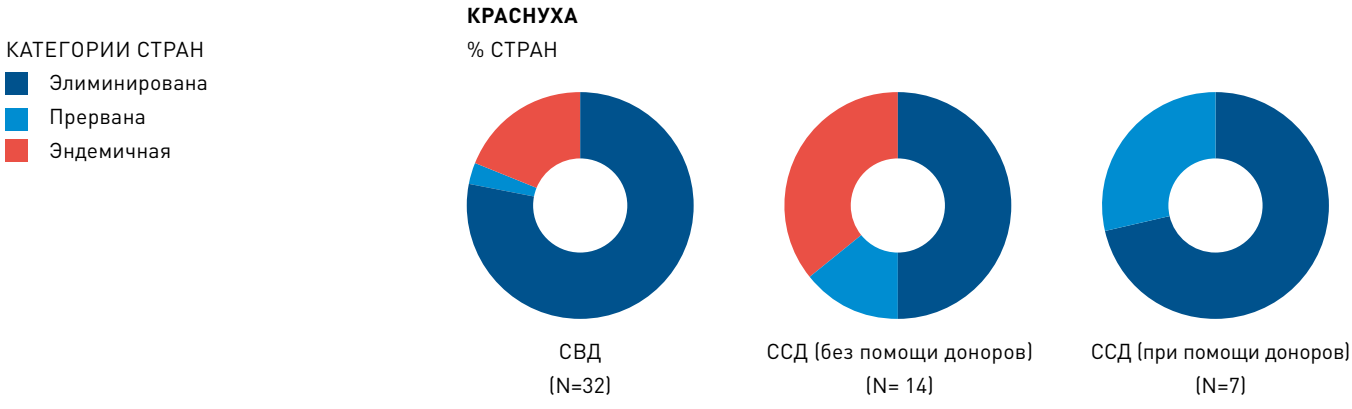
N= (указывает на число, приведенное в таблице)
Примечание: По состоянию на 2017 г. категория двух государств-членов (Болгарии и Сербии) окончательно не определена

риска наряду со стратификацией по уровням дохода и соответствию критериям получения помощи от Гави показано на рис. 9. Все три государства-члена, которые в соответствии с проведенной оценкой были отнесены к категории высокого риска по циркуляции полиовируса, входят в список ССД, которые не оказались в выигрышном положении благодаря помощи Гави.

Судя по результатам проведенной РКВ оценки, СВД, в сравнении с ССД, с большей вероятностью могли прервать или ликвидировать передачу коревой инфекции (рис. 11). Такая закономерность присуща и для краснухи. Тем не менее, более половины случаев кори, зарегистрированных в 2016 и 2017 гг., произошли в ССД, которые вообще не получали помощи от доноров.

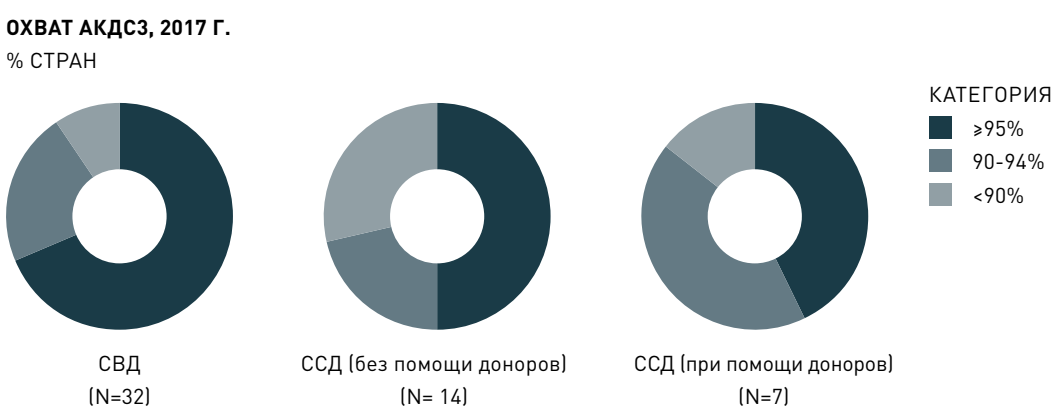
РИС. 10
СТАТУС ЭЛИМИНАЦИИ КОРИ И КРАСНУХИ СО СТРАТИФИКАЦИЕЙ СТРАН ПО УРОВНЮ ДОХОДА И НАЛИЧИЮ ДОНОРСКОЙ ПОМОЩИ, ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОН ВОЗ, 2017 Г.

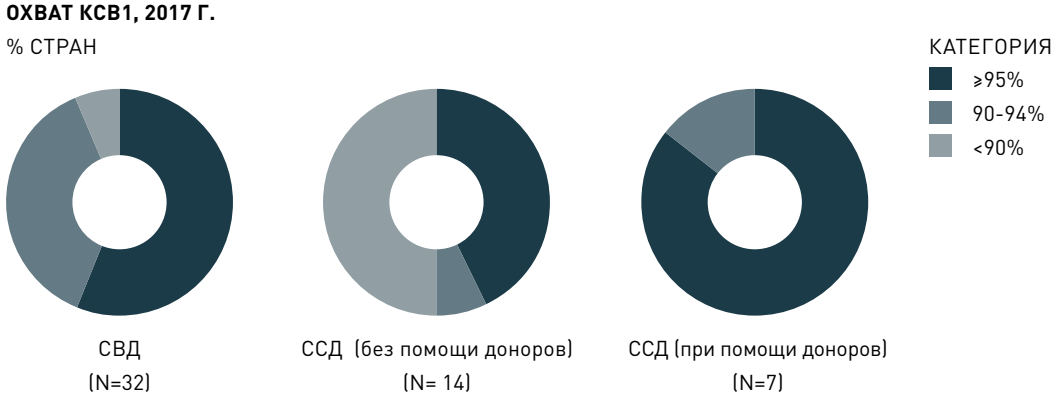




Источник данных: Отчет РКВ, ВОЗ/Европа, и статистика Всемирного банка по уровням дохода по состоянию на июнь 2017 г.

РИС. 11
ОХВАТ АКДС3 И КСВ1 В ГОСУДАРСТВАХ-ЧЛЕНАХ СО СТРАТИФИКАЦИЕЙ ПО УРОВНЯМ ДОХОДА И НАЛИЧИЮ ДОНОРСКОЙ ПОМОЩИ, ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОН ВОЗ, 2017 Г.





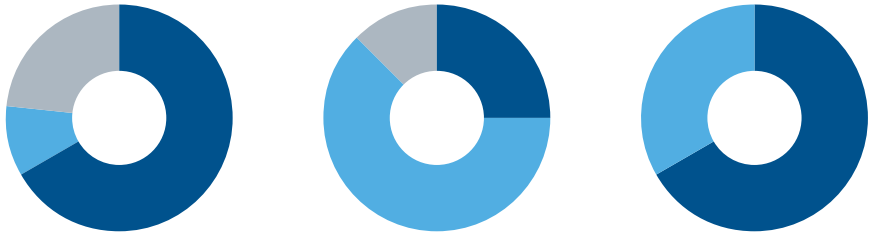
Источник данных: Расчетные данные ВОЗ/ЮНИСЕФ по охвату на 11 июля 2018 г. и статистика Всемирного банка по уровням дохода по состоянию на июнь 2017 г.

РИС. 12
УСТАНОВЛЕННЫЕ ПРИЧИНЫ ИСТОЩЕНИЯ ЗАПАСОВ ВАКЦИН В ГОСУДАРСТВАХ-ЧЛЕНАХ СО СТРАТИФИКАЦИЕЙ ПО УРОВНЮ ДОХОДА И НАЛИЧИЮ ДОНОРСКОЙ ПОМОЩИ, ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОН ВОЗ, 2017 Г.

КАТЕГОРИИ СТРАН ПО УРОВНЮ ДОХОДА

- Дефицит поставок
- Несвоевременная закупка
- Другое/неизвестно

% ЭПИЗОДОВ ИСТОЩЕНИЯ ЗАПАСОВ ВАКЦИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИЧИНЫ



СВД (N=32)

ССД (без помощи доноров) (N= 14)

ССД (при помощи доноров) (N=7)

И статистика Всемирного банка по уровням дохода по состоянию на июнь 2017 г.

Охват иммунизацией

Высокий уровень охвата при соблюдении социальной справедливости лежит в основе достижения целей и сохранения успехов в борьбе с болезнями, а также в повышении уровня здоровья групп населения, в частности наиболее уязвимых контингентов.

Из списка ССД, не получающих помощь от доноров, в значительной их части охват не только АКДС3, но и ВСК1 составляет <90% (рис. 11). Несмотря на отсутствие данных для проведения всеобъемлющей оценки основных причин более низкого охвата, результаты анализа поставок вакцин и сведения об истощении их запасов говорят о том, что ситуацию можно значительно улучшить, предприняв корректирующие меры по предотвращению задержек при организации закупок.

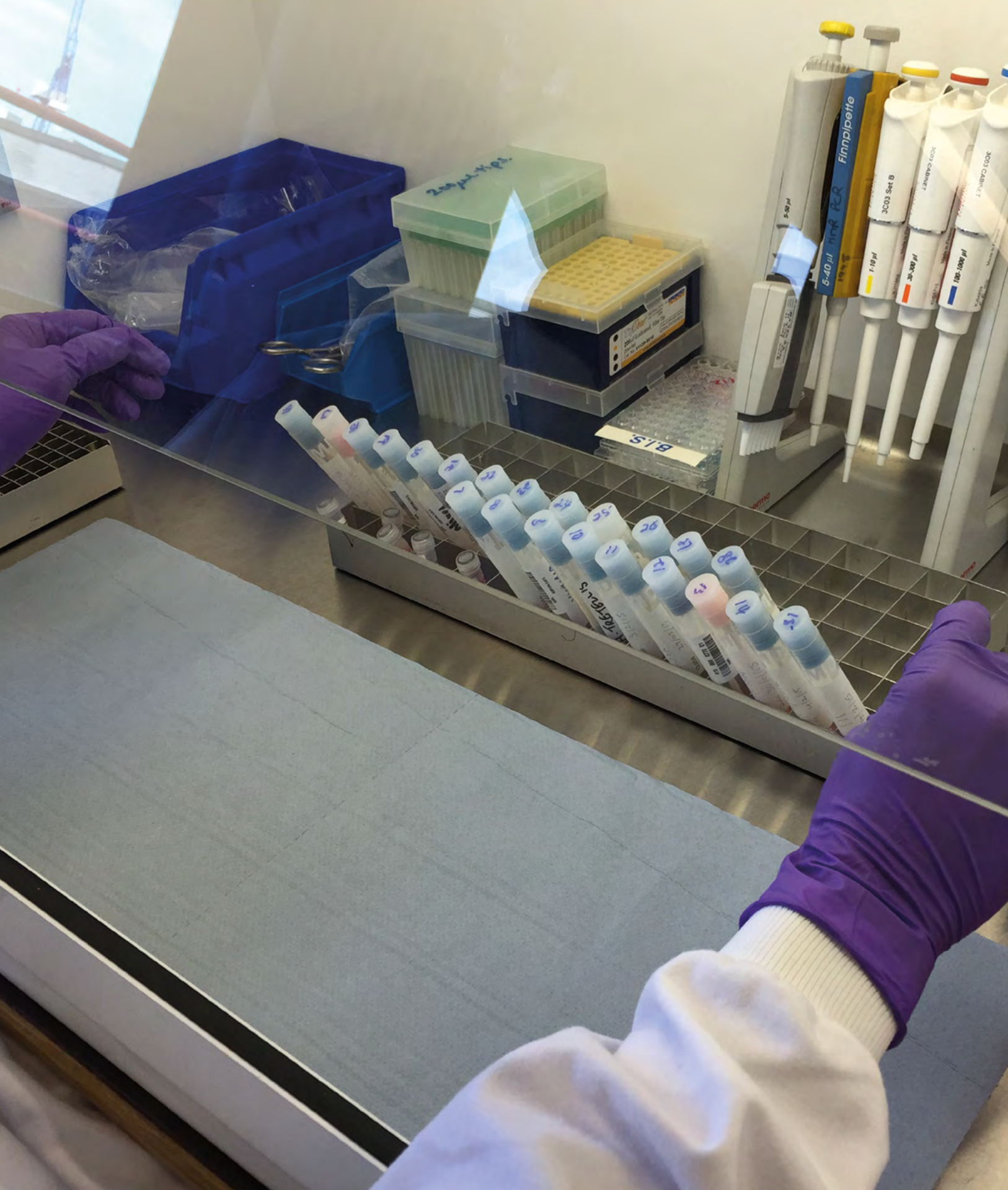

Finnpipette
5-40 µl
1-10 µl
BLS

ТАБЛИЦА 7
ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ ВАКЦИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КАТЕГОРИИ СТРАНЫ ПО УРОВНЮ ДОХОДА И СООТВЕТСТВИЯ КРИТЕРИЯМ ПОЛУЧЕНИЯ ДОНОРСКОЙ ПОМОЩИ

КАТЕГОРИЯ ПО УРОВНЮ ДОХОДА	КОЛИЧЕСТВО ВАКЦИН, ВНЕДРЕННЫХ ГОСУДАРСТВАМИ-ЧЛЕНАМИ (ВКЛЮЧАЯ ПКВ, РВ И ВПЧ)			
	0	**1**	**2**	**3**
СВД	0	4	15	13
ССД (без помощи от Гави)	5	9	0	0
ССД (при помощи от Гави)	0	3	1	3

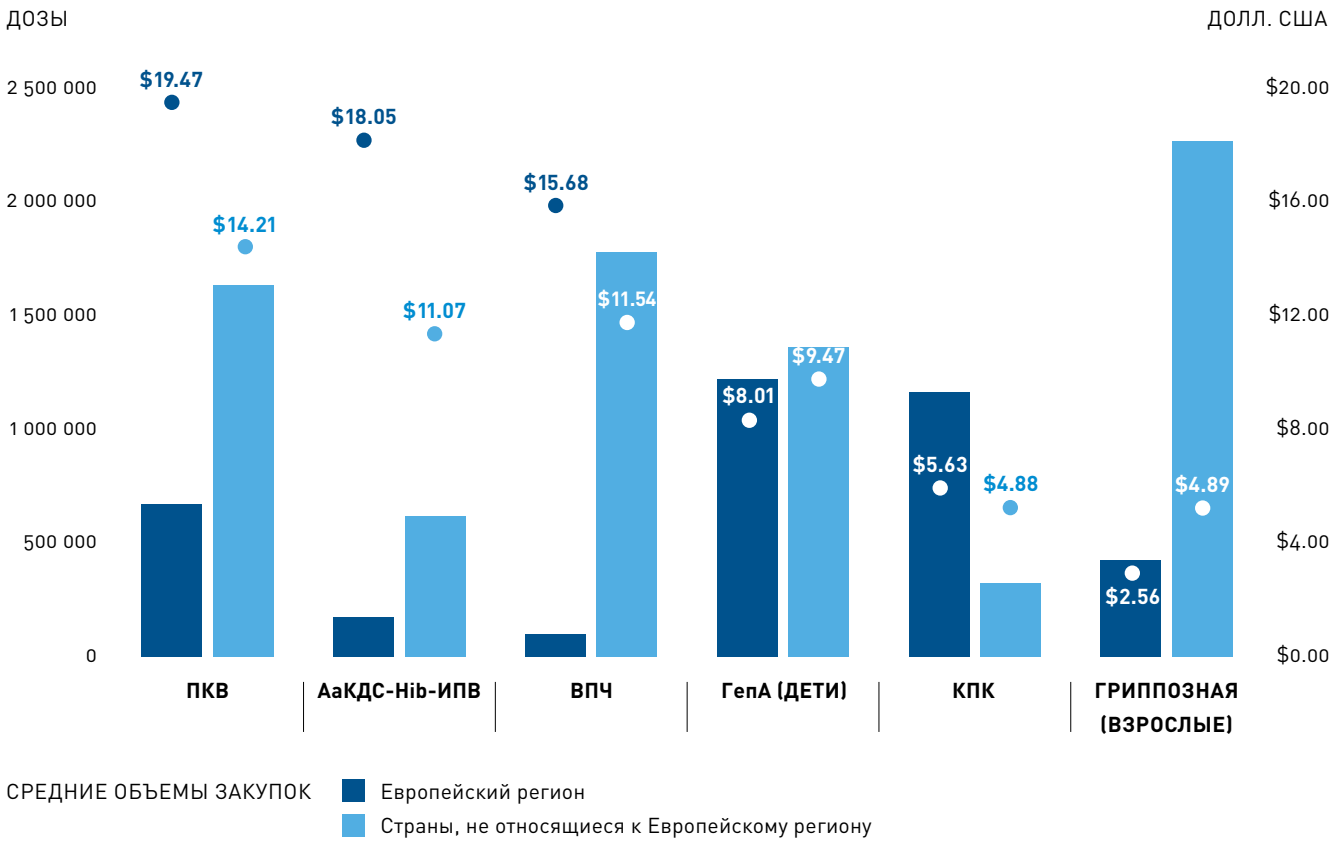
Информация о 16 эпизодах истощения запасов вакцин поступала от 14 ССД, причем в 10 эпизодах возникли перебои в проведении вакцинации. Несмотря на то, что СВД также сталкивались с ситуациями истощения запасов вакцин, которые обусловили временное прекращения иммунизационных сессий, истинные причины истощения запасов, вероятнее всего, были разными применительно к разным категориям по уровню дохода (рис. 12). Отсрочки в проведении закупок, которые можно было бы ликвидировать путем повышения эффективности закупочного процесса, чаще оказывались причиной истощения запасов вакцин в ССД, не получающих помощи от доноров, если сравнивать с двумя другими категориями.

Внедрение новых вакцин

ССД, не получающие донорской поддержки, также отстают от СВД и ССД, пользующихся помощью от доноров, при решении вопросов о внедрении новых и недостаточно используемых вакцин в свои национальные программы. Если пять из 14 государств-членов, относящихся к первой категории, не обеспечили внедрение ни ПКВ, ни РВ, ни ВПЧ в свои национальные программы,

РИС. 13

СРЕДНЕВЗВЕШЕННЫЕ ЦЕНЫ НА ШЕСТЬ ОТОБРАННЫХ ВАКЦИН В ОДНОДОЗОВЫХ РАСФАСОВКАХ В ССД, НЕ ОПЕКАЕМЫХ ГАВИ И ЗАКУПАЮЩИХ ВАКЦИНЫ САМОСТОЯТЕЛЬНО В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ, И В ССД, НЕ ОПЕКАЕМЫХ ГАВИ И НЕ ОТНОСЯЩИХСЯ К ЕВРОПЕЙСКОМУ РЕГИОНУ, 2016 Г.



Отбор конкретных вакцин осуществлялся на основании достаточных данных для анализа, причем данные по однодозовым расфасовкам получены по меньшей мере от трех стран как в Европейском регионе, так и за его пределами.
Источник данных: Информационный бюллетень Региона ВЗП. Европейский регион - http://www.who.int/immunization/programmes_systems/procurement/v3p/platform/module2/V3P_Region_Fact_Sheet_EUR.pdf?ua=1

то буквально все 32 СВД и 7 ССД, пользующихся донорской помощью, внедрили в практику либо одну, либо большее количество упомянутых вакцин.

Цена является одной из причин низких темпов внедрения новых вакцин в ССД. На рис. 13 указана средневзвешенная цена (СВЦ) на отобранные вакцины в ССД, закупающих вакцины самостоятельно без помощи доноров в Европейском регионе по сравнению с аналогичными странами в других регионах. В этом Регионе, в отличие от других регионов, СВЦ выше и на ПКВ и на ВПЧ.

В Регионе также наблюдается большой разброс цен на одни и те же вакцины, на что, по-видимому, влияет несколько факторов, включая закупочный процесс и сроки и условия проведения закупок вакцин, выбор конкретного препарата и его формы выпуска, а также объемы закупок.

Ассигнования из внутренних источников на закупку вакцин могут стать очередным фактором пониженной востребованности новых вакцин в тех ССД, которые не получают поддержки от доноров. Представленные в Главе 6 данные говорят о том, что фискальное пространство становится доступным для тех государств-членов, которые входят в число отстающих, чтобы улучшить систему финансирования программ иммунизации и наверстать упущенное.

ВЫВОД

Существующие данные показывают, что ССД без помощи доноров относятся к числу отстающих, и если не предпринимать мер по исправлению ситуации, то снижение или стагнация эффективности их усилий может поставить под угрозу национальный прогресс и достижение целей и целевых показателей ЕПДВ в региональном масштабе. ССД в Регионе, по всей вероятности, закупают вакцины по повышенной цене, хотя причины более высоких цен требуют дальнейшего расследования. Несколько ССД выделяют более низкий процент средств на иммунизацию от суммы расходов на здравоохранение, чем страны этой же категории, несмотря на то, что окупаемость инвестиций в иммунизацию выше, чем в случае многих других программ в области здравоохранения.



Библиография

1. Европейский план действий в отношении вакцин, 2015-2020 гг. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/257993/WHO_EVAP_RUS_v23_WEBx.pdf?ua=1

2. Ozawa S, Clark S, Portnoy A, Grewal S, Brenzel L, Walker DG. Return On Investment From Childhood Immunization In Low- And Middle-Income Countries, 2011-20. Health Aff (Millwood). 2016;35(2):199-207

3. European Vaccine Action Plan 2015-2020, Annex 2 monitoring and evaluation framework. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/255679/WHO_EVAP_UK_v30_WEBx.pdf?ua=1

4. Report of the 32nd meeting of the European Regional Commission for the Certification of Poliomyelitis Eradication (URL в процессе подготовки)

5. Lowther SA, Roesel S, O'Connor P, Landaverde M, Oblapenko G, Deshevoi S, et al. World Health Organization regional assessments of the risks of poliovirus outbreaks. Risk Anal. 2013;33(4):664-79

6. Report of the 17th meeting of the Global Commission for the Certification of Poliomyelitis Eradication, Geneva 2018 http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/04/polio-eradication-certification-17th-meeting-global-commission-for-certification-of-poliomyelitis-eradication-20180412.pdf

7. 15th meeting of the SAGE polio working group: conclusions and recommendations. World Health Organization, Geneva, February 2018. http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2018/april/2_WHO_Polio_SAGE_Apr2018.pdf?ua=1

8. WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system. 2018 global summary: immunization schedule selection centre http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/schedules

9. Polio Outbreak Simulation Exercise (POSE) http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/poliomyelitis/activities/polio-outbreak-simulation-exercises-pose

10. Duizer E, Ruijs WL, van der Weijden CP, Timen A. Response to a wild poliovirus type 2 (WPV2)-shedding event following accidental exposure to WPV2, the Netherlands, April 2017. Euro Surveill. 2017;22(21)

11. World Health Oragnization, Framework for verifying elimination of measles and rubella. Weekly Epidemiological Record 2013; 88 (9): 89-100 http://www.who.int/wer/2013/wer8809.pdf?ua=1

12. WHO EpiData, No 4/2018 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/371430/2018-04-epi-data-apr2017-mar2018-eng.pdf?ua=1

13. WHO Epi Brief No 1/2018 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/370656/epibrief-1-2018-eng.pdf?ua=1

14. World Health Organization, Conclusions of the SAGE Working Group on measles and rubella: WHO policy recommendation on target Immunity levels for elimination - considerations for defining age-specific target levels Geneva; 2017 http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2017/october/Yellow_book_SAGE_October_2017.pdf

15. Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on immunization, October 2017 - conclusions and recommendations. Weekly Epidemiological Record. 2017;92(48):729-48. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259533/WER9248.pdf?sequence=1&isAllowed=y

16. Европейское региональное бюро ВОЗ. Эпидемиологические данные ВОЗ - EpiData 1/2018 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/362449/epi-data-jan2017-dec2017-rus.pdf?ua=1

17. Datta SS, O'Connor PM, Jankovic D, Muscat M, Ben Mamou MC, Singh S, et al. Progress and challenges in measles and rubella elimination in the WHO European Region. Vaccine. 2017

18. План действий сектора здравоохранения по борьбе с вирусными гепатитами в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген; 2017 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/361722/9789289052955-hepatitis-rus.pdf?ua=1

19. Hope VD, Eramova I, Capurro D, Donoghoe MC. Prevalence and estimation of hepatitis B and C infections in the WHO European Region: a review of data focusing on the countries outside the European Union and the European Free Trade Association. Epidemiol Infect. 2014 142(2):270-86

20. European Centre for Disease Prevention and Control Scientific Advice. Systematic review of hepatitis B and C prevalence in EU/EAA. Stockholm; ECDC; 2016 https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/systematic-review-hepatitis-B-C-prevalence.pdf

21. Global Hepatitis Report 2017. Geneva; 2017 http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255016/9789241565455-eng.pdf?sequence=1

22. Keeble S, Quested J, Barker D, Varadarajan A, Shankar AG. Immunization of babies born to HBsAg positive mothers: An audit on the delivery and completeness of follow up in Norfolk and Suffolk, United Kingdom. Hum Vaccin Immunother. 2015;11(5):1153-6.

23. Harder KM, Cowan S, Eriksen MB, Krarup HB, Christensen PB. Universal screening for hepatitis B among pregnant women led to 96% vaccination coverage among newborns of HBsAg positive mothers in Denmark. Vaccine. 2011;29(50):9303-7

24. Kunoee A, Nielsen J, Cowan S. Hepatitis B vaccination coverage and risk factors associated with incomplete vaccination of children born to hepatitis B surface antigen-positive mothers, Denmark, 2006 to 2010. Euro Surveill. 2016;21(7):pii=30136

25. Weis N, Cowan S, Hallager S, Drose S, Kristensen LH, Gronbaek K, et al. Vertical transmission of hepatitis B virus during pregnancy and delivery in Denmark. Scand J Gastroenterol. 2017;52(2):178-84

26. World Health Oragnization, Documenting the impact of hepatitis B immunization: Best practices for conducting a serosurvey (WHO/IVB/11.08) http://www.who.int/immunization/documents/who_ivb_11.08/en/

27. World Health Organization, Sample design and procedures for hepatitis B immunization surveys: A companion to the WHO cluster survey reference manual (WHO/IVB/11.12) http://www.who.int/immunization/documents/monitoring/WHO_IVB_11.12/en/

28. Khetsuriani N, Tishkova F, Jabirov S, Wannemuehler K, Kamili S, Pirova Z, et al. Substantial decline in hepatitis B virus infections following vaccine introduction in Tajikistan. Vaccine. 2015;33(32):4019-24

29. WHO/UNICEF estimates of national infant immunization coverage: methods and processes. http://www.who.int/bulletin/volumes/87/7/08-053819/en/

30. Vaccine Uptake in Children in Wales, Cover Annual Report 2017, Cardiff: Public Health Wales; May 2017

31. Руководство по адаптации программ иммунизации (АПИ) – повышение уровня охвата вакцинацией детей в Европейском регионе ВОЗ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/241345/The-Guide-to-Tailoring-Immunization-Programmes-TIP-Rus.pdf?ua=1

32. Dube E, Leask J, Wolff B, Hickler B, Balaban V, Hosein E, et al. The WHO Tailoring Immunization Programmes (TIP) approach: Review of implementation to date. Vaccine. 2018;36(11):1509-15

33. Barriers and motivating factors to MMR vaccination in communities with low coverage in Sweden: implementation of the WHO's Tailoring Immunization Programmes (TIP) method. Stockholm, Sweden; 2015 https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/5db4b41a40f94e98b0e1d0d4a596bae8/barriers-motivating-factors-mmr-vaccination-communities-low-coverage-sweden-15027.pdf

34. Европейское региональное бюро ВОЗ. Библиотека "Вакцинация и доверие" http://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/vaccination-and-trust

35. WHO Regional Office for Europe, Communications and advocacy http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/activities/communication-and-advocacy

36. Immunization Demand team Division of Health Emergencies and Communicable Diseases (DEC) Vaccine-preventable Diseases programme (VPI) WHO Regional Office for Europe, 2016 progress report http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2017/april/8_VPI_Demand_team_2016_report.pdf?ua=1

37. NITAG Performance Evaluation: The SIVAC tool for evaluating NITAGs Paris: AMP: Agence de Médecine Préventive; 2016 http://www.nitag-resource.org/media-center/document/3473

38. WHO Global Invasive Bacterial Vaccine-Preventable Disease and Rotavirus and Pediatric Diarrhea Surveillance Networks Bulletin. https://mailchi.mp/fbbaac19c519/who-ib-vpd-and-rotavirus-surveillance-bulletin-june-1402653?e=ca32895e54

39. World Health Organization, Global Health Expenditure Database http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en

40. Sustainable Access to Vaccines in Middle-Income Countries (MICs): A Shared Partner Strategy Report of the WHO-Convened MIC Task Force, March 2015 http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2015/april/Cernuschi_MIC_Strategy_SAGE_Apr2015.pdf?ua=1&ua=1

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая югославская
Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чехия
Швейцария
Швеция
Эстония

WHO/EURO:2018-2246-42001-57757

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01
Эл. адрес: euvaccine@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int