



ЕВРОПА



ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО ПО ПЛАНИРОВАНИЮ И ПРОВЕДЕНИЮ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ КОРИ И КРАСНУХИ





ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО ПО ПЛАНИРОВАНИЮ И ПРОВЕДЕНИЮ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ КОРИ И КРАСНУХИ



Июль 2004





Все обращения относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять:

- электронной почтой: publicationrequests@euro.who.int (с просьбой прислать публикации);
permissions@euro.who.int (разрешить их перепечатку)
pubrights@euro.who.int (с просьбой разрешить перевод)
- по адресу: Publications,
Regional Office for Europe,
Scherfigsvej 8,
DK-2100 Copenhagen Ø,
Denmark.

Ключевые слова

Корь
Краснуха
Врожденная краснуха
Паротит
Иммунизация
Эпидемиологический надзор

© Всемирная организация здравоохранения, 2004 г.

Все права сохранены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью. Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Там, где в заголовках таблиц используется обозначение «страна или район», оно охватывает страны, территории, города или районы. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия. 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 не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.



РЕЗЮМЕ

В Европейском регионе ВОЗ корь и краснуха играют важную роль в структуре заболеваемости и смертности от всех болезней, предупреждаемых с помощью вакцин. «Стратегическая программа предупреждения кори и врожденной краснушной инфекции в Европейском регионе ВОЗ» определила ключевые стратегии для достижения цели в регионе – прервать циркуляцию эндемичных вирусов кори и предупредить врожденную краснушную инфекцию (< 1 случая синдрома врожденной краснухи на 100,000 живорожденных) к 2010 г. «Руководство по организации эпидемиологического надзора за корью и врожденной краснушной инфекцией в Европейском регионе ВОЗ», является документом, в котором представлены практические рекомендации по разработке и реализации программ эпидемиологического надзора за этими заболеваниями.

Дополнительная иммунизация (ДИ) против кори – это способ быстрого сокращения прослойки восприимчивых к этой инфекции лиц среди населения. При использовании дивакцины против кори и краснухи (КК) для иммунизации лиц, восприимчивых к кори и краснухе, а также краснушной вакцины для остальных женщин репродуктивного возраста, ДИ предоставляет возможность быстрыми темпами достичь цель, поставленную к 2010 году. «Практическое руководство по планированию и проведению дополнительной иммунизации против кори и краснухи» поможет руководителям национальных программ иммунизации и работникам нижестоящих уровней при планировании, организации, и оценке дополнительной иммунизации. Проведение ДИ может потребоваться для достижения в Европейском регионе поставленной цели.



СОДЕРЖАНИЕ

Глава 1	Введение	1
1.1	Глобальная и региональная информация	
1.2	Подходы и целевые возрастные группы	
1.3	Сравнение с Национальными днями иммунизации (НДИ) против полиомиелита	
Глава 2	Рассмотрение общих вопросов	5
2.1	Ключевые оценки	
2.2	Время проведения ДИ	
2.3	Варианты вакцин	
Глава 3	Предварительные мероприятия по планированию (макропланирование)	8
3.1	Подтверждение выбора целевого населения и групп	
3.2	Оценка требуемых ресурсов (методом «сверху-вниз»)	
3.3	Пропаганда и политическая поддержка со стороны руководителей высокого уровня и достижение консенсуса	
3.4	Распределение функций и обязанностей	
3.5	Заказ вакцин и оборудования для холодной цепи	
Глава 4	Детальное планирование и материально-техническое обеспечение (микропланирование)	15
4.1	Планирование на национальном уровне	
4.2	Планирование материально-технического обеспечения на субнациональных уровнях (планирование «снизу-вверх»)	
4.3	Стратегии охвата прививками особых групп населения	



Глава 5	Подготовительные мероприятия внедрения ДИ	20
5.1	Подготовка кадров	
5.2	Социальная мобилизация	
5.3	Безопасность иммунизации	
5.4	Мероприятия по безопасной утилизации использованных материалов	
5.5	Проверка исполнения	
5.6	Эпидемиологический надзор	
Глава 6	Проведение ДИ	33
6.1	Характеристики хорошо функционирующего, дружелюбного к клиенту прививочного пункта	
6.2	Интенсификация деятельности по социальной мобилизации и информированию общественности во время проведения кампании	
6.3	Практика обеспечения безопасности иммунизации	
6.4	Мониторинг	
6.5	Проверка исполнения	
Глава 7	Мероприятия сразу после проведения ДИ	37
7.1	Совещания для оценки проведенной кампании	
7.2	Эпидемиологические обследования для определения уровня охвата прививками	
7.3	Специальные эпидемиологические обследования для выявления причин низкого охвата прививками	
7.4	Мероприятия по вакцинопрофилактике	
Глава 8	Оценка	39
8.1	Планирование и методы оценки ДИ	
8.2	Оценка хода внедрения ДИ	
8.3	Оценка воздействия	



Приложения (по конкретным мероприятиям)

Макропланирование

<i>Приложение 1</i>	Памятка	43
<i>Приложение 2</i>	Функциональные обязанности и задачи координаторов разного уровня по организации и проведению ДИ	49
<i>Приложение 3</i>	Рекомендуемые вакцины	53
<i>Приложение 4</i>	Предварительная бюджетная заявка	58
<i>Приложение 5</i>	Предлагаемые вопросы для обсуждения на заседании национального МКК	63

Микропланирование

<i>Приложение 6</i>	Таблицы для микропланирования	65
<i>Приложение 7</i>	Методы расчета необходимого материального обеспечения	68
<i>Приложение 8</i>	Форма для выборочного опроса	75

Безопасность иммунизации

<i>Приложение 9</i>	Оборудование для холодильной цепи	76
<i>Приложение 10</i>	Обращение с вакцинами, безопасность инъекций и утилизация использованных материалов	80
<i>Приложение 11</i>	Мониторинг и ведение случаев НППИ	87

Подготовка кадров

<i>Приложение 12</i>	Подготовка кадров – потребности и рекомендации	98
<i>Приложение 13</i>	Как организовать проведение прививок	101

Социальная мобилизация

<i>Приложение 14</i>	Важные вопросы социальной мобилизации	107
<i>Приложение 15</i>	Рекомендуемая структура работы по социальной мобилизации	112



Мониторинг и проверка исполнения

Приложение 16 Методы мониторинга и проверки исполнения 116

Приложение 17 Оценка сразу после завершения кампании ДИ 124

Оценка

Приложение 18 Методы оценки 132

Словарь терминов

Приложение 19 136

Библиографические ссылки

138

1. | ВВЕДЕНИЕ

1.1 ГЛОБАЛЬНАЯ И РЕГИОНАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Корь продолжает занимать пятое место в мире в ряду основных причин смертности среди детей в возрасте до 5 лет (1) и является самой распространенной причиной детской смертности, предотвращаемой вакцинацией. Согласно оценкам, в 2002 году от кори умерло 614 000 человек, что на 29% меньше по сравнению с показателями 1999 года. Это демонстрирует успешность внедрения ДИ в тех регионах Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), где регистрируются самые высокие показатели смертности от кори. Стратегия ВОЗ/ЮНИСЕФ по снижению смертности от кори поставила задачу сократить уровень смертности к 2005 году на 50%, по сравнению с 1999 г.

В период с 1991 по 2000 гг. в странах Европейского Региона ВОЗ произошло снижение ежегодной заболеваемости корью на 78% (2). К 2002 г. этот показатель снизился на 85%. Однако результативность программ борьбы с этой инфекцией варьирует между странами (3), и вспышки кори продолжали регистрироваться во многих странах, включая страны Западной Европы.

За последнее десятилетие число ежегодно регистрируемых в Европейском регионе ВОЗ случаев краснухи уменьшилось в странах Западной, Центральной и Восточной Европы. Однако в Новых Независимых Государствах, где вакцины против краснухи начали применяться недавно, в период с 1998 по 2001 гг. была зарегистрирована очень крупная эпидемия этого заболевания (3, 4).

С учетом достигнутого государствами-членами ВОЗ прогресса в борьбе с корью и краснухой и того факта, что более чем 80% стран применяют вакцину, содержащую вирус кори (ВСКВ), в сочетании с краснушной вакциной, в Европейском регионе ВОЗ был разработан стратегический план по борьбе с корью и врожденной краснушной инфекцией (4). Этот план ставит следующие цели к 2010 году:

- разорвать передачу эндемичного вируса кори; и
- предупредить врожденную краснушную инфекцию (ВКИ) т.е. достигнуть уровня < 1 случая синдрома врожденной краснухи на 100 000 живорожденных.

Задачами стратегического плана является укрепление программ плановой вакцинопрофилактики для достижения указанных целей с применением перечисленных ниже шести основных стратегий:

1. достижение и поддержание очень высокого уровня охвата двумя прививками против кори путем проведения высококачественных плановых мероприятий по вакцинопрофилактике;

Подход в Европейском регионе – пропагандировать длительное использование во всех странах двукратных прививок против кори в плановых программах иммунизации и предоставление дополнительной возможности для введения второй коревой прививки когортам населения, восприимчивым к этой инфекции.



2. предоставление не имеющему иммунитета к кори населению дополнительной возможности получения второй коревой прививки путем проведения дополнительной иммунизации (ДИ) в соответствии с национальными задачами борьбы с корью;
3. использование возможностей ДИ против кори для охвата восприимчивых к краснухе целевых групп там, где это необходимо;
4. обеспечение защиты женщин детородного возраста от краснухи путем достижения высокого уровня охвата прививками против краснухи в этой группе населения;
5. укрепление систем эпидемиологического надзора путем проведения тщательных расследований случаев инфекции и лабораторного подтверждения каждого конкретного случая заболевания; и
6. повышение доступности высококачественной, значимой информации для работников здравоохранения и населения о пользе и рисках, связанных с иммунизацией против кори и краснухи.

Приведенные ниже методические рекомендации призваны помочь государствам-членам ВОЗ в эффективном планировании, организации, проведении и оценке ДИ в рамках национальных планов мероприятий по достижению целей, поставленных к 2010 году.

1.2 ПОДХОДЫ И ЦЕЛЕВЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ

Все страны, в которых есть когорты людей, восприимчивых к инфекции, в возрасте, превышающем срок введения второй плановой прививки против кори, а также страны, в которых недостаточен уровень охвата первой или второй прививкой ВСВК, нуждаются в разработке стратегии дополнительной иммунизации, направленной на достижение очень высокого уровня охвата (>95%) в целевых группах населения.

Прерывание передачи эндемичного вируса кори требует сокращения прослойки не иммунного против кори населения до уровня, исключающего устойчивую передачу вируса в случае его заноса извне (4). Однако, корь является одним из самых заразных инфекционных заболеваний человека. Крупные вспышки кори возникали в некоторых странах, достигших высокого уровня охвата вакцинацией однократной дозой (5, 6), вследствие отсутствия выработки иммунитета у примерно 5% детей, привитых однократной дозой в возрасте 12 месяцев (первичное отсутствие иммунного ответа на вакцинацию). Такие вакцинированные, но не выработавшие иммунитета к инфекции дети могут служить резервуаром для дальнейшей устойчивой циркуляции вируса кори, в случае его завоза.

В странах, в которых традиционно уровень охвата двукратной дозой ВСВК был ниже 95%, может быть достаточное число восприимчивых к этой инфекции детей и молодежи в организованных коллективах, таких как школы, вузы, армия или больницы, куда может произойти занос вируса кори с последующим быстрым его распространением. Путем анализа эпидемиологических данных по спорадическим или связанным со вспышкой случаям можно легко определить восприимчивые возрастные когорты (конкретные показатели заболеваемости по году рождения заболевших). Иногда имеет смысл дополнить эти эпидемиологические сведения данными серологического обследования, чтобы лучше определить восприимчивые возрастные когорты; однако



следует учитывать стоимость проведения серомониторинга, используемые методы серологических исследований и проведения популяционной выборки, а также возможность получения своевременной информации для принятия решений.

ДИ, обеспечивая вакцинацию выявленных восприимчивых возрастных когорт, является эффективным методом резкого снижения числа восприимчивых к кори (7); при этом в ходе ДИ вакцинация проводится независимо от прививочного анамнеза или ранее поставленного клинического диагноза кори.

ДИ дает возможность для укрепления программ плановой иммунизации, делает возможным их совершенствование и выведение на новый устойчивый уровень, обеспечивающий сохранение очень высокого охвата плановыми прививками (4). Путем включения вакцинации против краснухи для женщин детородного возраста ДИ может помочь быстрому достижению целевых показателей для Европейского региона в отношении кори и ВКИ.

1.3 СРАВНЕНИЕ С НАЦИОНАЛЬНЫМИ ДНЯМИ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ ПОЛИОМИЕЛИТА

Накоплен обширный опыт проведения кампаний массовой вакцинации в рамках Национальных дней иммунизации (НДИ) в целях искоренения полиомиелита. Поскольку ДИ против кори и краснухи будут осуществляться во многих государствах-членах ВОЗ, опыт проведения НДИ может быть использован при планировании ДИ. Однако, опыт стран, в которых проводились ДИ (8), свидетельствует о том, что ДИ имеют ряд особенностей, которые необходимо учитывать. Ниже перечислены отдельные характеристики, по которым НДИ отличаются от ДИ.

- Введение живой оральной полиомиелитной вакцины (ОПВ) может осуществляться хорошо подготовленными вакцинаторами-не медиками, в то время как инъекции в рамках ДИ против кори и краснухи должны проводиться обученными медицинскими работниками.
- В ходе проведения ДИ требуется утилизация использованных шприцев и игл, а также проведение разъяснительной работы с населением в целом и родителями относительно парентерального введения вакцины.
- НДИ нацелены на детей дошкольного возраста, в то время как вакцинация против кори и краснухи часто предполагает необходимость охвата традиционно труднодоступных возрастных групп, таких как подростки (включая тех, кто не посещает средние учебные заведения) и молодежь.
- ДИ против кори и краснухи требует наличия достаточного объема холодильного оборудования для хранения вакцин, в то время как для проведения НДИ достаточно наличия термokonтейнеров для краткосрочной транспортировки ОПВ.
- Высокая техническая и организационная сложность делает ДИ в каждой стране в идеале единовременным мероприятием. Слабое планирование и плохая организация ДИ приводят к необходимости использования ограниченных ресурсов для повторения этой меры.



НДИ и ДИ объединяет то, что оба подхода позволяют улучшить навыки работников здравоохранения в планировании и организации широкомасштабных профилактических мероприятий. Приведенные ниже рекомендации созданы на основе коллективного опыта, накопленного работниками общественного здравоохранения при проведении кампаний массовой иммунизации населения.

2. | РАССМОТРЕНИЕ ОБЩИХ ВОПРОСОВ

При оценке степени готовности страны к ДИ важно оценить ряд следующих факторов:

- политическую поддержку, выражающуюся в наличии комплексного многолетнего национального плана ликвидации кори и, если уместно, - плана борьбы с краснухой;
- технический потенциал;
- достаточные человеческие и финансовые ресурсы;
- устойчивую национальную программу плановой вакцинопрофилактики;
- совершенную систему эпидемиологического надзора и потенциал лабораторной службы.

ДИ против кори и краснухи является сложным мероприятием, требующим достаточного времени для планирования. Это особенно важно если ДИ будет использоваться также для укрепления плановой программы вакцинопрофилактики (Приложение 1). Пример рекомендуемого графика подготовки ДИ приведен в Таблице 2; более полное его описание представлено в Приложении 2.

Основные мероприятия	Время до/после начала ДИ (мес.)										
	>8	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	ДИ	+1
Анализ, поддержка, консенсус	■										
Координация, задачи, обязанности		■									
Сметы и мобилизация ресурсов		■			■						
Микропланирование и оценка материально-технических потребностей		■			■	■	■	■			
Социальная мобилизация			■	■	■	■	■	■	■	■	
Стратегия обеспечения безопасности ДИ				■	■	■	■	■	■	■	
Подготовка кадров, методические пособия				■	■	■	■	■	■	■	
Контроль исполнения и мониторинг									■	■	
Применение особых стратегий									■	■	
Оценка ДИ (подготовка и проведение)				■	■	■	■			■	■

2.1 КЛЮЧЕВЫЕ ОЦЕНКИ

Для обеспечения более эффективного планирования мероприятий предлагается проведение нескольких типов анализа/оценки (Таблица 3). Применение такой оценки при планировании ДИ позволит обеспечить укрепление программы вакцинопрофилактики после кампании по ДИ.

Таблица 2.
Примерный график мероприятий, рекомендуемых для планирования и проведения ДИ

2.2 ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДИ

При определении сроков проведения ДИ следует учитывать следующие факторы:

- эпидемиологию заболевания и ожидаемый следующий подъем заболеваемости – ДИ являются действенным методом профилактики, если кампания проводится до начала вспышки инфекции; однако, эффективность кампании снижается, если она проводится во время вспышки;

**Таблица 3.
Критерии для оценки
при планировании
ДИ**

Оценка компонентов программы	Примеры показателей
Холодовая цепь	<ul style="list-style-type: none">• Резервные возможности (излишки) на национальном/ региональном уровнях – холодильные камеры, резервные генераторы, сигнализация, запасные части.• Морозильная мощность на периферии.• Адекватная система энергоснабжения.
Безопасность инъекций	<ul style="list-style-type: none">• Подготовка кадров и практика деятельности вакцинователей и ее соответствие рекомендуемым стандартам.• Наличие достаточного количества препаратов и материалов.• Использование контейнеров для безопасной утилизации отходов.• Процент ЛПУ, где обеспечивается безопасность инъекций.
Утилизация медицинских отходов	<ul style="list-style-type: none">• Методы утилизации одноразовых шприцев.• Национальные рекомендации или правила утилизации медицинских отходов.
Надзор за неблагоприятными последствиями после иммунизации (НППИ)	<ul style="list-style-type: none">• Число серьезных НППИ за последние 5 лет.• Наличие национального органа по анализу серьезных НППИ.
Информирование, образование, коммуникация	<ul style="list-style-type: none">• Восприятие медицинскими работниками и общественностью вакцинации, кори и ВКИ.• Опыт эффективной передачи обращений к общественности по поводу вопросов охраны здоровья.
Юридические противопоказания к плановой вакцинации	<ul style="list-style-type: none">• Перечень официально утвержденных и/или традиционно признанных состояний, являющихся противопоказаниями к вакцинации детей.
Эпидемиологический надзор за управляемыми инфекциями	<ul style="list-style-type: none">• Число зарегистрированных случаев, включая своевременность и полноту отчетности со второго и третьего административных уровней.
Потенциал лабораторной службы	<ul style="list-style-type: none">• Программа обеспечения качества и результаты профессионального тестирования национальной лаборатории и прочих задействованных субнациональных лабораторий.• Число полученных образцов материалов для тестирования на наличие коревых и краснушных антител (показатель на 100,000 населения) и число положительных результатов.• Число образцов материалов, полученных для выделения/определения вируса.

Примечание: В зависимости от конкретной ситуации страны могут дополнить перечень подлежащих оценке критериев.



- местные факторы, такие как учебный год, доступность различных населенных пунктов в связи с погодными условиями, период отпусков/каникул, выборов и т.д.; и
- наличие ресурсов и цикл формирования бюджета.

2.3 ВАРИАНТЫ ВАКЦИН

Следующие вакцины могут использоваться в ходе ДИ: коревая, вакцина против краснухи, дивакцину против кори-краснухи (КК), а также тривакцину против кори-паротита-краснухи (КПК) (Приложение 3). При выборе вакцин(ы) страна должна руководствоваться национальными приоритетами, задачами и целевыми установками, записанными в документах по борьбе с этими заболеваниями, стоимостью различных вакцин, и учитывать реальные или потенциальные последствия принимаемых решений для обеспечения долгосрочной устойчивости программы вакцинопрофилактики. Внедрение в национальную программу антигена вируса краснухи допускается лишь при гарантии долгосрочной поддержки данного начинания; в противном случае в стране произойдет рост числа девушек, достигших детородного возраста и не имеющих иммунитета к вирусу, что, в свою очередь, неизбежно приведет к росту числа случаев ВКИ в будущем. Выбор КПК-вакцины для проведения ДИ представляется важнейшим решением (Приложение 3), способным оказать влияние на восприятие населением вопроса безопасности вакцин в целом.



3. | ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПЛАНИРОВАНИЮ (МАКРОПЛАНИРОВАНИЕ)

Макропланирование представляет собой процесс, в ходе которого определяются обязательства, которые в дальнейшем будут способствовать созданию имиджа ДИ как высококачественного, эффективного и безопасного комплекса мер. Конкретные задачи данного этапа включают:

- формирование реалистичной оценки требуемого бюджета, который будет использован для получения политической поддержки и начала мероприятий по мобилизации ресурсов;
- получение руководящих указаний для организации деятельности и для определения состава координационных комитетов национального уровня;
- достижение принципиальной договоренности о поддержке со стороны основных партнеров; и
- заказ вакцин, необходимых материалов и оборудования для холодовой цепи.

3.1 ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ВЫБОРА ЦЕЛЕВОГО НАСЕЛЕНИЯ И ГРУПП

Эпидемиологический анализ sporadической или вспышечной заболеваемости корью, а также анализ заболеваемости различных когорт населения (по году рождения заболевших) обычно позволяет выявить восприимчивые к кори возрастные группы, которые становятся целевыми при проведении ДИ.

Информация о размере целевых групп населения должна быть получена из наиболее авторитетных и признанных источников; эти цифры должны быть доведены до сведения всех заинтересованных сторон и применяться для планирования и расчета уровня охвата прививками.

- Информация о численности целевого населения должна быть получена из официальных источников, например, из последней переписи или соответствующего официального ежегодного отчета. Если имеется несколько источников подобной информации, то берется наибольшая цифра.
- Источники информации о населении должны быть четко указаны во всех соответствующих документах кампании.

Описание целевой возрастной группы

- Необходимо указать верхний и нижний возрастной предел, то-есть точную дату рождения самого младшего и самого старшего члена группы, соответственно.
- Если это удобно с организационной точки зрения, опишите повозрастную разбивку целевых групп: например, дети дошкольного, школьного возраста, учащиеся вузов, военнослужащие и женщины детородного возраста.





Размер целевой возрастной группы

- **Рассчитайте** численность целевой возрастной группы на основе информации из официальных источников (если таковые имеются) или **оцените** в ходе процесса микропланирования, проводимого в наиболее типичном регионе.
- Размеры целевых возрастных групп на региональном и районном уровнях рассчитываются на основе имеющихся демографических данных или оцениваются на основе установленной структуры населения страны (Приложение 7).

3.2 ОЦЕНКА ТРЕБУЕМЫХ РЕСУРСВ (МЕТОДОМ «СВЕРХУ-ВНИЗ»)

Для того чтобы заранее заказать необходимые для ДИ материалы и оборудование, а также в целях обеспечения её надлежащего финансирования на национальном уровне требуется выполнить первичные расчеты потребностей для материально-технического и финансового обеспечения кампании в масштабах страны (подход «сверху-вниз»). Позже осуществляется более точный расчет (методом «снизу-вверх») соответствующих потребностей в разрезе отдельных районов и регионов. Для составления требуемого предварительного бюджета с целью дальнейшего его обсуждения с партнерами и финансирующими организациями необходимо выполнить следующее:

- Начните как можно раньше, используя таблицы и категории затрат, представленные в Приложении 4.
- Проведите примерную оценку требуемых ресурсов (методом микропланирования) в избранных нескольких районах / регионах, а также оцените потребности национального бюджета. *Национальный координатор проводит указанные расчеты опытным путем в типичном регионе с точки зрения соотношения городского и сельского населения и экономического развития, где имеются в наличии все необходимые данные.*
- Выберите оборудование для холодильной цепи (Приложение 9).

3.3 ПРОПАГАНДА И ПОЛИТИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА СО СТОРОНЫ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ВЫСОКОГО УРОВНЯ И ДОСТИЖЕНИЕ КОНСЕНСУСА

Министерство здравоохранения / национальный руководитель расширенной программы иммунизации (РПИ) должны заручиться поддержкой со стороны высших органов государственной власти и основных партнерских организаций, которые будут принимать участие в реализации ДИ, базируясь на следующих документах:

- эпидемиологические данные: заболеваемость по возрастным группам, заболеваемость среди невакцинированных лиц, ожидаемые эпидемии и соответствующие расчеты урона наносимого вспышкой этой болезни;
- результаты анализов экономической эффективности и/или эффективности, по данным других странах; и





- результаты различных оценок, включая мероприятия, необходимые для укрепления программы иммунизации, например, возможность переоснащения холодильного оборудования на центральном и региональных складах для хранения вакцин должна представляться как долгосрочные инвестиции в службу здравоохранения.

Планы ДИ следует обсуждать с представителями основных заинтересованных организаций для выработки согласия относительно того, какие вакцины следует применить, какие подходы использовать; для решения вопросов в отношении мобилизации ресурсов и финансового обеспечения, а также технической и интеллектуальной поддержки кампании и необходимой экспертной оценки. После достижения консенсуса и определения размера основных ресурсов необходимо утверждение принятых решений политическим руководством.

Выражая свою поддержку проведению ДИ политические руководители:

- признают важность борьбы с корью и краснухой и предоставляют для этой цели соответствующие ресурсы (кадровые, материальные и финансовые);
- утверждают координирующую роль Министератва здравоохранения (МЗ) и назначают национального координатора кампании; и
- принимают на себя обязательства обеспечить доступность качественной информации и услуг и открытый доступ к партнерству и руководству.

Получив поддержку со стороны высшего политического руководства, МЗ осуществляет планирование кампании при содействии Межведомственного координационного комитета (МКК).

3.3.1 Проведение расширенного заседания Межведомственного координационного комитета с участием ответственных представителей

Партнерство между государственными, негосударственными и международными структурами для планирования и реализации ДИ повысит эффективность использования важных ресурсов здравоохранения. Это также одновременно обеспечит доверие к кампании и широкую гласность. Среди задач этого заседания МКК – привлечение всех потенциально заинтересованных партнеров, получение с их стороны одобрения и обещаний по предоставлению материальных и финансовых ресурсов. Одобрение ДИ партнерами по МКК и их готовность предоставить ресурсы может быть использовано для привлечения дополнительных ресурсов со стороны международных агентств-доноров.

Рассматривая предполагаемые проблемы и возможность их разрешения, а также вопросы, требующие принятия определенных решений, их можно условно разделить на две категории: *неотложные* и *менее срочные*. Заседания МКК, предполагающее участие всех потенциальных партнеров, позволит принять согласованные решения по разрешению стоящих проблем.



- Необходимо пригласить представителей всех стратегических партнеров: в пригласительном письме их необходимо информировать и ориентировать в отношении потенциального вклада, который они могли бы внести в заседание.
- Заседание должно проходить под председательством официального лица, занимающего высокий пост (например, заместителя министра здравоохранения или другого представителя министерства), предварительно информированного национальным руководителем программы иммунизации.
- Должны быть представлены эпидемиологические данные и любая информация, обосновывающая необходимость проведения ДИ и ее пользу.
- Председатель должен разъяснить собравшимся:
 - задачи ДИ и стратегию проведения кампании (когда, где, кто, как);
 - принципы ДИ: гарантии соблюдения прав человека, права на доступ к информации и качественным услугам, соблюдение принципа конфиденциального хранения информации о пациентах; и
 - вклад государства: кадровые ресурсы, финансовое и материально-техническое обеспечение.
- Следует определить пути решения срочных вопросов путем сотрудничества и с помощью вклада других министерств и агентств; обеспечения транспортными средствами, средствами связи; осуществления международных закупок материалов и оборудования; технического содействия; вопросов работы с этническими меньшинствами, безопасности и защиты (напр., персонала, собственности, информации), охраны окружающей среды; вопросы взаимодействия с учреждениями образования и органами местной администрации.
- Достигнутые с каждым партнером договоренности должны быть зафиксированы в письме о взаимопонимании.

Примечание: В ходе заседания следует решать только наиболее значимые вопросы. Необходимо избегать дебатов относительно технических деталей партнерских отношений. Необходимо четко пояснить, что со стороны местного уровня ожидается и приветствуется вклад в кампанию.

3.4 РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ФУНКЦИЙ И ОБЯЗАННОСТЕЙ

Пирамидальная структура управления наиболее эффективна для планирования и реализации ДИ. Конкретные функциональные обязанности разрабатываются национальным координационным комитетом, а каждый нижестоящий уровень определяет свои задачи и функции. В Приложении 2 представлена модель, доказавшая свою эффективность при проведении массовых мероприятий во многих странах мира; однако страны должны разработать свои собственные подходы к координации ДИ на основе местных правил, традиций и убеждений об эффективности таких действий.



Можно образовать единую рабочую группу с тремя подкомитетами, которую возглавляет национальный координатор.

Рекомендуется, чтобы как минимум за 8 месяцев до начала проведения ДИ национальный координатор сформировал 3 национальных комитета (примерно по 6 человек в каждом): координационный комитет, комитет по социальной мобилизации и технический комитет. Национальный координатор должен быть *официальным* членом национального координационного комитета.

3.4.1 Обязанности национального координационного комитета

- главное управление ДИ – т.е. управление финансовыми средствами, кадровыми ресурсами и информационным взаимодействием;
- координация деятельности технических комитетов и национальной социальной мобилизации;
- утверждение и мониторинг материально-технического обеспечения;
- мониторинг работы комитета по социальной мобилизации и технического комитета и оценка общего хода работы по внедрению ДИ; и
- утверждение и контроль за выполнением подготовки кадров.

3.4.2 Обязанности национального комитета по социальной мобилизации

- мобилизация лидеров, знаменитостей, доноров и частных предпринимателей для поддержки ДИ;
- мобилизация населения для участия в планировании и реализации ДИ;
- пропаганда и поддержка ДИ через средства массовой информации;
- разработка и распространение агитационных материалов;
- подготовка качественной информации о социальной значимости проблемы кори и краснухи и безопасности вакцинации;
- подготовка церемонии открытия кампании; и
- регулярное предоставление отчетов национальному координационному комитету.

3.4.3 Обязанности национального технического комитета

- анализ всех материалов по социальной мобилизации и материалов для средств массовой информации на предмет их технического содержания;
- обеспечение технической поддержки стратегии обеспечения безопасности кампании;
- контроль разработки учебных материалов и анализ их технического содержания;
- обеспечение консультативной поддержки ДИ по мере необходимости; и
- регулярное предоставление отчетов национальному координационному комитету.



На субнациональном уровне формируются сходные структуры с аналогичными функциями.

- Координаторы в провинции/области и районные координаторы кампании назначаются соответственно не позднее, чем за 7 и 6 месяцев до начала ДИ. Указанные координаторы формируют координационный комитет и комитет по социальной мобилизации, соответственно, на провинциальном/областном и районном уровнях.
- За три месяца до начала ДИ назначаются координаторы кампании в учреждениях здравоохранения и формируются местные комитеты для планирования материально-технического обеспечения и мероприятий по социальной мобилизации.

3.4.4 Важные положения:

- Улучшение системы связи с координаторами/штабами можно достигнуть простым способом – растространив четкие координаты ответственных лиц (адрес, номера телефонов/факсов для контакта, адрес электронной почты) тем, кому это необходимо.
- На каждом уровне должен быть ответственный за контроль функционирования координационных комитетов, включая анализ протоколов предыдущих заседаний.
- Кураторы должны постоянно контролировать ход внедрения кампании, сверяясь с разработанным перечнем функциональных обязанностей.
- Задержки в выполнении поставленных задач могут негативно повлиять на достижение целевого уровня охвата прививками в ходе ДИ.

3.5 ЗАКАЗ ВАКЦИН И ОБОРУДОВАНИЯ ДЛЯ ХОЛОДОВОЙ ЦЕПИ

Рекомендуется закупать вакцины в комплекте с СБ-шприцами и контейнерами для безопасной утилизации отходов. Такой подход основан на рекомендациях ВОЗ/ЮНИСЕФ (9,10) по обеспечению безопасности инъекций и используется во избежание повторного использования инъекционного оборудования.

- Заказывайте вакцины, материалы и оборудование для холодной цепи не позднее, чем за 6 месяцев до назначенной даты начала кампании, соблюдая следующие правила:
 - ✓ закажите/обеспечьте заказ вакцины в комплекте с самоблокирующимися (СБ) шприцами/контейнерами для безопасной утилизации использованных материалов;
 - ✓ выберите вакцины гарантированного качества, поставляемые с термоиндикаторами на флаконах (ИНФ); и
 - ✓ избегайте получение вакцин во время национальных праздников.
- Подготовьте инструкцию в отношении порядка получения вакцины; убедитесь, что производителю и отправителю груза

Старайтесь проследить, чтобы даты получения заказанных материалов не приходились на дни национальных праздников – указывайте удобные для получения груза дни в заказе на поставку. Проверьте чтобы в заказе были правильно указаны адреса, телефоны и адреса электронной почты получателя.



известны правильный адрес получателя, номер телефона и адрес электронной почты.

- Напишите план получения и распространения оборудования холодильной цепи. *Помните, что необходимо учитывать время, необходимое для оформления таможенных документов, временного хранения, доставки к месту назначения, установки и приемки импортного оборудования. Рекомендуется привлечение на конкурсной основе организаций для оказания всего комплекса указанных выше услуг.*

4. | ДЕТАЛЬНОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ И МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ (МИКРОПЛАНИРОВАНИЕ)

Микропланирование – это процесс расчета потребностей в материально-техническом обеспечении с использованием региональных/районных данных, характеризующих имеющиеся и дополнительные (требуемые) ресурсы, необходимые для успешного проведения ДИ. Конкретными задачами данного этапа являются:

- разработка окончательного оперативного плана проведения ДИ, включая смету;
- завершение мероприятий по мобилизации ресурсов;
- заказ и обеспечение доставки всех необходимых для реализации ДИ материалов;
- проведение мероприятий в период, предшествующий началу ДИ.

4.1 ПЛАНИРОВАНИЕ НА НАЦИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Процесс планирования ДИ состоит из следующих элементов:

- уточнение общего бюджета ДИ на основе бюджетных заявок районов/регионов;
- разработка мероприятий по социальной мобилизации;
- разработка плана подготовки кадров;
- подготовка и распространение методических руководств по организации ДИ;
- планирование мер по обеспечению безопасности ДИ;
- разработка планов по контролю исполнения, мониторингу и оценке ДИ, включая обратную связь;
- планирование внедрения качественной системы эпиднадзора на основе учета каждого случая заболевания и его лабораторного подтверждения; и
- использование всех возможностей для проверки готовности к проведению кампании.

4.2 ПЛАНИРОВАНИЕ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НА СУБНАЦИОНАЛЬНЫХ УРОВНЯХ (ПЛАНИРОВАНИЕ «СНИЗУ-ВВЕРХ»)

4.2.1 Ключевые элементы планирования материально-технического обеспечения

Ключевые элементы включают:

- применение стандартных формы для микропланирования на всех уровнях (Приложение 6);



- подтверждение численности и мест проживания целевых групп населения путем местной переписи (если возможно), включая получение данных о численности учащихся в школах;
- определение особенностей материально-технического обеспечения для городов и сельских территорий;
- выполнение простых и последовательных расчетов на каждом уровне;
- заполнение соответствующих форм/заявок по материально-техническому обеспечению на каждом уровне;
- гарантирование наличия необходимого объема холодильного оборудования на каждом уровне; и
- адаптация материально-технического обеспечения к специальным стратегиям каждого района по охвату труднодоступных групп населения.

4.2.2 Шесть этапов микропланирования на уровне района

Важнейшей предпосылкой успеха ДИ является обеспечение равной доступности к предоставляемым услугам, базируясь на рациональном использовании местных человеческих ресурсов.

1. За 6 месяцев до начала ДИ следует провести совещание районных координаторов для обсуждения стратегии ДИ на региональном/областном уровне. Районные координаторы должны представить:
 - а) точные сведения о численности населения каждого района;
 - б) данные о труднодоступных группах населения (включая сведения о населенных пунктах и численности указанных групп); и
 - в) карты районов.
2. Должны быть подготовлены методические рекомендации по микропланированию на уровне района с учетом стратегии реализации ДИ.
3. Распределите имеющиеся кадровые ресурсы в соответствии со стратегией реализации ДИ. В ходе данного этапа уточняется общее *число прививочных бригад*, нуждающихся в материалах и транспорте, *число людей, которых необходимо обучить*, *число контролеров, которых также необходимо будет обеспечить транспортом*, а также *необходимое число водителей и волонтеров*.
4. Рассчитайте необходимое количество доз вакцины, материалов и потребности в оборудовании для холодильной цепи, используя специальные рабочие таблицы. Используйте реальные данные численности целевых групп и стандартные критерии, приведенные в Приложении 7.
5. Рассчитайте оперативные затраты, используя предложенные специальные рабочие таблицы. Используйте в расчетах реальные местные цены в местной валюте и проводите разумное округление цифр. Включите в расчеты и дайте объяснение *иным/непредвиденным расходам* (напр., материальное стимулирование персонала, непредвиденные мероприятия, ремонт автотранспортных средств).
6. Проведите расчет *потребностей в материально-техническом обеспечении* и *составьте бюджетную заявку для внедрения «специальных» стратегий*



– например, районный координатор должен определить те труднодоступные группы населения или группы высокого риска, охват прививками которых потребует применения «специальной» стратегии и составьте отдельный бюджет для каждой «специальной» стратегии.

Районные координаторы должны включить в процесс микропланирования следующие элементы:

- план контрольных проверок – т.е. определить число контролеров и их потребности в транспортном обеспечении;
- стратегию безопасной утилизации использованных материалов (Глава 5 и Приложение 10);
- план по надзору за неблагоприятными проявлениями после иммунизации (НППИ) (Глава 5 и Приложение 11);
- план мониторинга: организация штаба на уровне района, разработка графика подачи отчетов о ежедневном уровне охвата прививками и НППИ;
- стратегии охвата прививками особых групп населения; и
- план информирования и социальной мобилизации (Приложение 15).

За 5 месяцев до начала ДИ необходимо провести повторное совещание районных координаторов в каждом регионе для сбора таблиц микропланирования; уточненные таблицы микропланирования направляются на национальный уровень.

4.2.3 Планирование материально-технического обеспечения на региональном/областном уровне: ключевые положения

- Сводите воедино данные по районам (Приложение 6).
- Добавьте информацию о ресурсных потребностях для обеспечения контроля на уровне региона, например, число контролеров, водителей, машин (Таблица А6.1).
- Добавьте специфические для региона/области затраты (напр., связанные с проведением совещаний, командировочные расходы, транспорт), которые будут учитываться и выплачиваться на региональном уровне (Таблица А6.3).

4.3 СТРАТЕГИИ ОХВАТА ПРИВИВКАМИ ОСОБЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Конечное качество ДИ зависит от правильности планирования и реализации мероприятий по охвату прививками особых групп населения, которые часто выпадают из программ плановой вакцинопрофилактики.

4.3.1 Особые группы населения

а) Труднодоступные для оказания медицинских услуг *группы населения*, что происходит вследствие, например, географических, культурных и философских факторов:

Не полагайтесь исключительно на национальные мероприятия по социальной мобилизации – разработайте и реализуйте активные, четкие и специальные меры на местах по мобилизации населения.



- проживающие в отдаленных и малонаселенных районах;
- беженцы и перемещенные лица;
- изолированные группы и меньшинства;
- проживающие в «горячих точках»;
- проживающие в местах с высокой плотностью населения и пригородах;
- проживающие в плохих санитарных условиях; или
- лица с негативным отношением к вакцинопрофилактике.

б) Лица и группы высокого риска, которые могут служить резервуаром инфекции или способствовать передаче вируса кори вследствие:

- низкого уровня охвата вакцинацией;
- неравномерного распределения бремени болезни внутри страны; или
- работы или проживания в среде, где может легко происходить передача вируса кори (например, в армии, медицинских учреждениях и т.д.).

Хотя в ходе ДИ необходимо проведение активных и целенаправленных мероприятий для охвата прививками особых групп населения, следует принять меры к тому, чтобы подобные мероприятия не привели к негативному общественному мнению среди населения к данным группам.

4.3.2 Планирование «специальных» стратегий

- Подготовьте подробные карты – это является важнейшей предпосылкой качественного планирования дополнительного материально-технического обеспечения и социальной мобилизации, необходимых для охвата прививками указанных групп населения.
- Вовлеките местные общественные комитеты и лидеров специальных групп населения (например, религиозных лидеров, цыганских баронов и т.д.) в процесс планирования и социальной мобилизации, и направьте специальные усилия на рассеивание различного рода предубеждений и слухов.
- Выявите и устраните барьеры (межкультурные, образовательные, политические, языковые или религиозные), не позволяющие особым группам населения получить равную доступность к медицинскому обслуживанию; обеспечьте, чтобы, как минимум, один из вакцинаторов прививочной бригады говорил на местном языке, и наберите добровольцев из числа местного населения.
- Запланируйте дополнительные кадровые ресурсы и материально-техническую поддержку, например:
 - автотранспорт;
 - мобильные бригады;
 - «передвижные прививочные пункты» – т.е. бригады развертывают прививочный пункт на несколько часов и переезжают на другое место после выполнения поставленной задачи; и
 - дополнительные прививочные пункты на хорошо видимом / легкодоступном для населения месте и в местах скопления целевого





населения, например, рядом с рынком, церковью или мечетью, на главных водных путях и т.д.

- Обеспечьте бригады вакцинов, работающие с этими группами населения, лучшими специалистами и контролерами.
- Запланируйте осуществление других мероприятий, если необходимо (напр., выдача витамина А; дегидратационных растворов; проведение вакцинации против полиомиелита, коклюша, дифтерии и столбняка; предоставление информации по планированию семьи; и т.д.).
- Составьте список всех подлежащих вакцинации лиц, проживающих в данном сообществе, путем обхода всех домов и с помощью опроса жителей о соседях и друзьях.

4.3.3 Поддержка и составление бюджета специальных стратегий

Для каждой группы населения, в отношении которой планируется применение специальной стратегии, районный координатор заполняет отдельную форму с указанием потребностей в материально-техническом обеспечении, которую передает на региональный уровень во время следующего организационного заседания – за 5 месяцев до начала ДИ.



5. | ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДЛЯ ВНЕДРЕНИЯ ДИ

Подготовительные мероприятия включают: обучение; подготовку кадров, социальную мобилизацию; материально-техническое обеспечение; обеспечение безопасности иммунизации, в том числе внедрение системы мониторинга НППИ; а также систематический контроль за ходом подготовки мероприятий. Особо важная задача этой фазы – завершение подготовки к моменту начала ДИ. Это позволит эффективно начать внедрение ДИ.

Важные вопросы обучения:

- Практические упражнения и занятия - очень эффективный способ подготовки кадров.
- Очень важным является преподавание эффективных методов вовлечения населения.
- Оценку качества подготовки можно провести путем анализа практики соблюдения установленных правил по безопасности инъекций.
- Прекрасный метод оценки – проведение сравнительной проверки знаний и навыков слушателей до и после ДИ.

5.1 ПОДГОТОВКА КАДРОВ

Все основные участники ДИ должны пройти соответствующую подготовку. Она необходима для координаторов, лиц, контролирующих исполнение, вакцинаторов, членов комитетов, сотрудников, ответственных за связи с общественностью/прессой, а также для других медицинских работников, задействованных в ДИ.

5.1.1 Стратегия и планирование обучения (Приложение 12)

Подготовка кадров должна планироваться и проводиться по принципу «сверху-вниз», т.е. прошедшие обучение на вышестоящих уровнях обучают коллег, работающих на нижестоящих уровнях. Все участники должны быть ознакомлены со стратегиями, правилами и методами проведения ДИ для обеспечения высококачественных, эффективных и безопасных мероприятий. Не позже, чем за 3 месяца до начала ДИ национальный координационный комитет разрабатывает план подготовки кадров, включающий:

- общие задачи обучения: развитие/совершенствование знаний, навыков, моделей поведения и практических подходов, необходимых для внедрения ДИ, включая навыки проведения мероприятий по социальной мобилизации;
- приоритетные вопросы, требующие особого внимания, например, НППИ, холодовая цепь, безопасность прививок и т.п.;
- организационные моменты: места, даты проведения обучения, преподаватели;
- принятие решения о том, кто должен пройти обучение; и
- бюджетная заявка на проведение учебных мероприятий.





5.1.2 Рекомендуемая программа обучения для подготовки ДИ

- Задачи кампании и обоснование необходимости проведения ДИ.
- Даты проведения ДИ.
- Целевые возрастные группы для ДИ.
- Основная информация и методы социальной мобилизации для обеспечения участия населения.
- Планы по охвату прививками труднодоступных групп населения.
- Образцовая практика для:
 - прививочных бригад, качественной организации работы прививочного пункта, правильной регистрации;
 - безопасности инъекций: надлежащего применения и безопасной утилизации инъекционного оборудования;
 - правильного обращения и введения ВСКВ;
 - надзора за НППИ: определение случаев, причины, лечение, экстренное сообщение и формы отчетности; и
 - поддержания и мониторинга работы холодовой цепи.
- План контроля:
 - мониторинг уровня охвата прививками и случаев серьезных НППИ; и
 - методы оценки и документирования результатов.

5.2 СОЦИАЛЬНАЯ МОБИЛИЗАЦИЯ

Задача мероприятий по социальной мобилизации – гарантировать достижение такого уровня информированности населения, при котором лица, подлежащие вакцинации, будут добровольно к ней стремиться.

5.2.1 Планирование мероприятий по социальной мобилизации (Приложение 14 и 15)

Национальный план мероприятий по социальной мобилизации разрабатывается сразу же после получения политической поддержки и выработки консенсуса между основными участниками кампании. Данный план содержит описание конкретных мероприятий и функциональных обязанностей, а также график их выполнения и список ответственных за исполнение лиц. План формируется на основании анализа следующих вопросов:

- Кто должен знать о кампании?
- Какую информацию необходимо довести до сведения населения?
- Каким образом информация будет доведена до целевых групп?





Действенная социальная мобилизация является одним из важнейших элементов успешных ДИ.

5.2.2 Бюджет мероприятий по социальной мобилизации

Расчеты затрат на проведение мероприятий по социальной мобилизации должны быть подготовлены за 6 месяцев до начала ДИ, так чтобы окончательный бюджет мероприятий был утвержден за 5 месяцев до начала кампании.

5.2.3 Координация мероприятий по социальной мобилизации

Координационные комитеты по социальной мобилизации должны быть сформированы на всех административных уровнях (национальном, региональном, районном, местном). Основной обязанностью таких комитетов является достижение высокого уровня охвата вакцинацией посредством:

- распространения на всех уровнях идентичных эффективных посланий и высококачественной информации через местные каналы;
- подготовки и распространения посланий, соответствующим приоритетным целевым группам населения; и
- использования для социальной мобилизации, где это возможно, подготовленных центральным уровнем мероприятий, во избежание дублирования.

Встречи/совещания по мобилизации политической поддержки предоставляют общественным организациям и их лидерам шанс задать интересующие их вопросы и сделать конструктивные предложения; естественное стремление лидеров к поддержке инициативы по защите детей от инфекций может быть использовано там, где система здравоохранения не имеет должного влияния, например, при налаживании контакта с труднодоступными группами населения.

5.2.4 Рекомендуемые мероприятия по социальной мобилизации для успешного проведения ДИ

- Подготовка и распространение простых ключевых посланий.
- Подготовка и избирательное распространение качественной информации.
- Пропаганда и получение поддержки.
- Подготовка и распространение печатных материалов.
- Подготовка и распространение пособия для теле- и радиостанций.
- Привлечение СМИ.
- Подготовка и проведение церемонии открытия кампании.
- Координация работы с регионами и районами.
- Вовлечение населения в реализацию кампании.
- Подготовка и проведение церемонии закрытия кампании.

5.2.5 Предварительная проверка на местах в районах с низким уровнем доступности медицинских услуг

Целесообразно провести проверку информированности населения на месте за неделю до проведения ДИ среди групп повышенного риска и труднодоступных категорий населения, особенно в городах с высокой плотностью населения. Проверка на месте включает в себя посещение нескольких домохозяйств для выяснения того, знают ли родители о



предстоящей кампании, датах и местах ее проведения, а также планируемых к вакцинации категориях лиц (Приложение 8). Такой опрос оставляет время организаторам для принятия корректирующих мер в плане социальной мобилизации.

5.3 БЕЗОПАСНОСТЬ ИММУНИЗАЦИИ

5.3.1 Получение вакцины

Вакцины, содержащие живой вирус, такие как коревая и краснушная вакцины, теряют свою активность при воздействии тепла или яркого ультрафиолетового света, т.е. солнечных лучей или люминесцентного (неонового) излучения.

Лиофилизированные вакцины занимают много места и поступают с растворителем. Необходимо разработать специальный план получения вакцин, так как на центральном складе может быть недостаточно места для одновременного хранения вакцин для плановой иммунизации и вакцинации в рамках кампании. Такой план может включать следующие подходы:

- обеспечение поставки вакцин для кампании в период, когда запасы вакцин для плановой вакцинопрофилактики были недавно распределены, что позволяет в течение определенного периода времени обеспечить достаточно пространства для хранения вакцин для кампании; или
- аренда оборудования для холодильной цепи с адекватными устройствами для мониторинга температурного режима у частного сектора, других ведомств или неправительственных общественных организаций.

Получаемые партии вакцин должны проверяться в пункте ввоза в страну, используя акт о поступлении вакцин (11).

5.3.2 Распределение вакцины

Координатор/комитеты по ДИ должны обеспечить, чтобы вакцина, растворитель, СБ-шприцы, шприцы для разведения вакцины и контейнеры для безопасной утилизации отходов всегда поставлялись *вместе* в соответствующих количествах.

Настоятельно рекомендуется разработать систему отслеживания путей распределения каждой партии (серии) вакцин, растворителя и СБ-шприцев; идеальным вариантом было бы, если в определенный район была отправлена только одна партия вакцины. Потенциально такой подход упрощает процедуру классификации зарегистрированных неблагоприятных проявлений, возникающих в период после иммунизации в ходе ДИ.

На каждом этапе распределения вакцины холодильная цепь обычно представлена термоконтейнерами или сумками-холодильниками с хладоэлементами.

5.3.3 Рекомендации и советы координаторам всех уровней

Во всех документах, на всех заседаниях/встречах необходимо давать четкую и ясную информацию о правилах хранения вакцины и растворителя и обращения с ними.

Растворитель должен всегда соответствовать типу вакцины, с которой он поставляется, а также выпускаться тем же производителем.



- Научите как рассчитывать потребности в оборудовании для холодильной цепи (Приложение 7).
 - ✓ Для хранения в холодильнике одной тысячи доз вакцины (коревой, краснушной, КК, ККП), расфасованной в 10-ти дозовые флаконы, требуется объем 3 литра (без растворителя).
 - ✓ Стандартный термоконтейнер для вакцины объемом 1,5 литра содержит достаточное количество доз вакцины (в 10-ти дозовых флаконах) (без растворителя) для того, чтобы привить 250 человек.
 - ✓ Ежедневно для каждой полевой бригады, проводящей вакцинацию, необходимо замораживать четыре холодовых элемента (0,4/0,6 литра) или эквивалентное количество льда.
- Разведенная вакцина должна уничтожаться через 6 часов после разведения.
- После открытия флакона с вакциной термоиндикатор на флаконе не пригоден для дальнейшего использования.
- На складах центрального/промежуточного уровней вакцину можно хранить в морозильнике, если нет возможности обеспечить хранение при температуре от 2° С до 8° С.
- В полевых условиях разведенная вакцина должна храниться в прохладном месте – в углублении пенопластовой изоляционной прокладки сумки-холодильника под ее крышкой; необходимо сделать такую прокладку, если она отсутствует.
- Полистироловые контейнеры и замороженные холодовые элементы, которые применялись для международной перевозки вакцин, можно использовать на первичном и вторичном уровнях распределения вакцины.
- При проведении ДИ вне медицинских учреждений прививочным бригадам необходимо предоставлять замороженные холодовые элементы каждое утро.
- Начните заморозку холодовых элементов за неделю до первого дня проведения кампании.

5.3.4 Основные меры по обеспечению безопасности инъекций

- Национальный технический комитет по ДИ или группа специалистов, ответственная за надзор за НППИ, должны разработать/пересмотреть инструкции о порядке экстренных действий в случае травматизации медперсонала иглами при проведении иммунизации и последующем мониторинге таких случаев (12).
- Одной из важнейших задач контроля подготовки ДИ является проверка выполнения всех требований при работе с СБ-шприцами и контейнерами для безопасной утилизации использованных материалов во всех инспектируемых медицинских учреждениях.
- Необходимо подготовить методические рекомендации и распространить их среди вакцинаторов, используя материал из Приложения 10.



5.3.5 Планирование системы мониторинга НППИ

- **Национальный координационный комитет отвечает за**
 - оценку и пересмотр существующей системы мониторинга НППИ (11,13);
 - общее совершенствование этой системы, включая разработку и тиражирование соответствующих форм; и
 - закупку необходимых материалов, чтобы укомплектовать наборы для оказания первой помощи, своевременное распределение последних в необходимых количествах.
- **Национальный технический комитет** ответственный за:
 - оценку и пересмотр перечня НППИ, подлежащих учету и регистрации; и
 - подготовку необходимых инструкций /методических рекомендаций по лечению анафилактических/анафилактоидных реакций в прививочных пунктах, расположенных вне учреждений здравоохранения.
- **Национальный комитет по социальной мобилизации** выполняет следующие обязанности:
 - вносит позитивные обращения и научно обоснованную информацию в печатные материалы для общественности; и
 - предоставляет медицинской общественности и СМИ высококачественную информацию и научные материалы, подтверждающие безопасность вакцин (т.е. опубликованные материалы о характере/показателях НППИ при ранее проводимых кампаниях) (14–17), используя наиболее привлекательные формы подачи материалов (такие как качественно напечатанные издания, проведение обсуждений за «круглым столом» на ТВ/радио).
- **Районные координаторы ДИ** должны предупредить больницы и поликлиники, в которых проводится лечение пациентов с подозрением на НППИ, о необходимости регистрации единичных/групповых случаев НППИ и об их обязанности полностью документировать клиническое течение, выполненные исследования и обоснования для назначения тех или иных лекарственных препаратов. Эта информация должна собираться при гарантии конфиденциальности для пациента.
- Необходимо организовать и обеспечить кадрами на районном, региональном и национальном уровнях **оперативные рабочие группы по НППИ**, которые выполняют следующие основные обязанности:
 - регистрация всех извещений о случаях с подозрением на НППИ, поступающих с мест;
 - ведение отдельной папки, в которой содержатся извещения о случаях с подозрением на НППИ, которые не соответствуют стандартному определению случая;
 - подготовка ежедневных сводок о новых вероятных случаях НППИ и их своевременная отправка на вышестоящий уровень вместе с последними данными об уровнях охвата вакцинацией (комплексный мониторинг); и



– оказание содействия полевым бригадам при решении любых проблем, связанных с мониторингом и ведением случаев НППИ.

- **Подготовка вакцинаторов** должна базироваться на практических аспектах проведения массовых прививок с использованием вакцин для парентерального введения – например, истинные противопоказания, политика вакцинации беременных женщин, выявление и лечение острых реакций гиперчувствительности, действия при обмороке и остром тревожном состоянии с реакцией паники.

Будьте готовы к тому, что у вакцинируемых могут возникнуть обмороки и острые тревожные состояния с реакцией паники!

НИКОГДА не должен оставаться без внимания отчет о тяжелом случае НППИ: экстренно следует провести анализ и выполнить необходимые действия.

Регистрируйте все случаи НППИ в течение одного месяца после последней прививки, сделанной в период ДИ.

5.3.6 Предлагаемая система мониторинга и лечения НППИ

Представленные в данном руководстве теория и практические подходы подразумевают комплексный подход к ежедневному мониторингу уровней охвата населения прививками и случаев НППИ. Этот комплексный подход представлен в разделах «Мониторинг» и «Проверка исполнения» в Главе 6. В данном разделе описаны предлагаемые мероприятия по мониторингу и лечению НППИ.

Медицинские работники в учреждениях здравоохранения/прививочном пункте

- Проводят лечение любого случая НППИ – выявленного или предполагаемого.
- Как можно быстрее регистрируют случай с подозрением на НППИ в установленном порядке (см. Приложение 11, раздел «Предлагаемая форма для немедленной устной информации о случаях с подозрением на НППИ»).

Районная оперативная рабочая группа по НППИ и районный координатор ДИ

- Расследуют очаг или необычные случаи НППИ; с этой целью создается специальная оперативная группа медицинских работников (педиатр, невропатолог и эпидемиолог), которая находится в постоянной готовности и имеет необходимый транспорт, и фонды для командировочных расходов.
- Пристально следят за всеми тяжелыми случаями НППИ.
- Ведут учет всех зарегистрированных случаев с подозрением на НППИ.
- Ежедневно снимают с учета случаи с подозрением на НППИ, которые не соответствуют стандартному определению (13; и Приложение 11).
- Суммируют новые вероятные случаи НППИ по каждому району и заполняют соответствующие отчетные формы (Приложение 11).
- Получают отчеты о расследовании случаев НППИ по мере их готовности (отправляют оригиналы национальному координатору с соблюдением правил конфиденциальности, при этом копии оставляют на месте для дальнейшей обработки).



- Анализируют все случаи НППИ на предмет потенциальных ошибок в обращении с вакциной или при ее введении и принимают незамедлительные меры для исправления выявленных ошибок.
- Отправляют районные отчетные формы по факсу на региональный уровень вместе с районными оперативными данными по охвату прививками (обычно по состоянию на 12.00 каждого дня); отчетная форма отсылается даже если в течение дня не было зарегистрировано ни одного случая НППИ (т.е. «нулевая отчетность»).

Областная/ провинциальная оперативная рабочая группа по НППИ

- Получает из районов ежедневные отчеты о НППИ и уровнях охвата прививками.
- Суммирует районные сводки по НППИ.
- Готовит ежедневную сводку по области/провинции (по той же форме, что и на районном уровне).
- Расчитывает кумулятивный показатель частоты возникновения НППИ и пропорцию учреждений здравоохранения, подающих отчеты, включая «нулевую отчетность».
- Пересылает областные/провинциальные отчеты по факсу национальному координатору в тот же день.
- Предоставляет обратную связь о показателях частоты НППИ в районах своей территории, чтобы мотивировать работников на местах.

Национальная оперативная рабочая группа по НППИ

- Выполняет те же функциональные обязанности, что и оперативная бригада на уровне области/провинции.
- Направляет ежедневно национальный отчет соответствующему национальному органу и в министерство здравоохранения (специалисту по связям с общественностью/пресс-секретарю).
- Собирает все отчеты о расследовании тяжелых случаев НППИ и готовит документы для независимого анализа, который будет проводиться по завершении ДИ.

5.4 МЕРОПРИЯТИЯ ПО БЕЗОПАСНОЙ УТИЛИЗАЦИИ ИСПОЛЬЗОВАННЫХ МАТЕРИАЛОВ

Обеспечение безопасной утилизации использованных в ходе кампании материалов требует хорошо скоординированных действий для нахождения действующих и адаптированных к местным условиям решений по безопасной утилизации использованных в ходе кампании инъекционных материалов. ДИ также может сыграть роль действующей модели для долгосрочной национальной стратегии по безопасной утилизации медицинских отходов. Эти две задачи могут быть достигнуты путем выполнения следующих мероприятий.

Метод утилизации использованных материалов, выбранный для ДИ, должен наилучшим образом соответствовать местным условиям, пройти утверждение органами по охране окружающей среды и быть принятым общественностью.



- **Детальный анализ возможностей для безопасной утилизации отходов на основе оценки существующей практики обращения с медицинскими отходами на местах.** В идеале, это должно быть выполнено задолго до подготовки к проведению кампании соответствующими лицами (т.е. санитарными врачами/инженерами МЗ и/или Министерства по охране окружающей среды). Наиболее приемлемый и жизнеспособный метод по утилизации использованных в ходе кампании инъекционных материалов должен быть полностью проработан до того, как начнутся переговоры по проведению кампании.
- **Принятие решения о стратегии по безопасной утилизации отходов.** Национальный технический комитет должен разработать стратегию по безопасной утилизации использованных в ходе кампании материалов. В ряде документов ВОЗ представлено несколько методов безопасной утилизации использованных инъекционных материалов (10, 12).
- **Разработка районного рабочего плана по безопасной утилизации использованных материалов и сметы расходов.** На первом заседании по подготовке ДИ необходимо предложить руководителям районных органов управления здравоохранением приложить все усилия, чтобы внедрить стратегии по безопасной утилизации использованных материалов на своей территории при проведении ДИ. Для реализации поставленной задачи будет предоставлена вся информация по материально-техническому обеспечению и расчетные показатели затрат (Приложение 7). За пять месяцев до начала кампании каждый район должен представить на рассмотрение в региональный/областной координационный комитет план по безопасной утилизации использованных материалов. Затраты на реализацию районных планов в дальнейшем включаются в общий бюджет ДИ.

5.4.1 Элементы стратегии по безопасной утилизации использованных материалов

- Центры здравоохранения должны обеспечить хранение в безопасном месте заполненных и запечатанных контейнеров для безопасной утилизации отходов до момента их утилизации.
- В сельских районах контейнеры для безопасной утилизации использованных материалов сжигаются на месте под контролем, избегая распространения использованных материалов и повреждения недвижимости; другой вариант – их перевозка на централизованный пункт утилизации (Приложение 10).
- В других условиях проводится сбор контейнеров для безопасной утилизации использованных материалов из учреждений здравоохранения, их транспортировка в заранее выделенные места и безопасная утилизация под контролем.
- НЕОБХОДИМО вести надлежащий учет проводимых мероприятий по сбору, транспортировке и уничтожению контейнеров для безопасной утилизации отходов.





- В каждом учреждении здравоохранения должен быть назначен ответственный за безопасную утилизацию использованных материалов.
- Политика ДИ должна включать четкие инструкции по утилизации других видов отходов, таких как пустые флаконы, использованные спиртовые салфетки/ватные шарики и упаковки от шприцев.

5.4.2 Функциональные обязанности и роль координаторов ДИ на всех уровнях

Функциональные обязанности и роль, связанные с безопасной утилизацией использованных материалов, должны распределяться между координаторами всех уровней следующим образом:

Районный координатор

- Разрабатывает рабочие таблицы подробного районного плана по безопасной утилизации использованных материалов со сметой расходов.
- Проводит переговоры с компанией-грузоперевозчиком по поводу будущих контрактов (если применимо).
- Обращается к общественности за поддержкой при встречах с влиятельными лицами и населением.
- Совместно с представителями местных органов власти – определяет места для безопасной утилизации отходов.
- Назначает лиц, контролирующих эту работу в районе.
- Назначает ответственных за утилизацию использованных материалов и встречается с ними.

Региональный/областной координатор

- Проверяет районные планы на предмет их соответствия национальной стратегии.
- Обеспечивает правильное и справедливое распределение имеющихся средств.

Национальный координационный комитет

- Готовит и включает четкие инструкции по вариантам утилизации отходов в методическое руководство по ДИ.
- Включает затраты на безопасную утилизацию отходов в общий бюджет кампании.

5.5 ПРОВЕРКА ИСПОЛНЕНИЯ

Проверка исполнения на этапе планирования фокусируется на наличии всего необходимого для решения потенциальных проблем, а во время кампании – на проверке полноты внедрения проводимых мероприятий и на предупреждении различных отклонений от стратегий, методов и правил, выработанных для проведения ДИ.





Проверка исполнения должна фокусироваться на важных вопросах, качества, эффективности и безопасности проводимой кампании, и на ожидаемых слабых звеньях. В отличие от оценки ДИ, лица, проверяющие ход исполнения еще имеют возможность внести изменения в недостаточно продуманные планы и/или скорректировать мероприятия в процессе их внедрения, или сделать и то, и другое. Проверяющие должны хорошо знать, какие результаты ожидаются и как проходит внедрение кампании с тем, чтобы иметь возможность незамедлительно распознавать любые расхождения с планами и стратегиями, и рекомендовать необходимые меры, корректирующие ситуацию.

Проверяющие лица должны быть готовы обсуждать вопросы планирования с координаторами и наблюдать за работой бригад на местах. Это означает, что проверяющие должны иметь возможность выезжать на места рано утром, чтобы вовремя приехать в различные территории. Очень важно обеспечить необходимую моральную поддержку и мотивацию полевых/оперативных сотрудников.

5.5.1 Стратегия и планирование проверки исполнения

Методы проверки исполнения. Проверяющие должны использовать перечень контрольных вопросов как метод для документирования своих оценок хода выполнения планов, мероприятий и числа вакцинированных.

Включение проверки исполнения в план ДИ. Необходимо разработать контрольный перечень вопросов, подлежащих проверке (и план оценки) за три месяца до начала ДИ. Это позволяет оставить достаточно времени для оценки уровня готовности к кампании.

Посещения для проверки исполнения необходимо планировать заранее и их следует использовать для напоминания о важности четких знаний функциональных обязанностей и правильной линии поведения.

Проверка исполнения – как выборочное исследование. Учитывая, что оценка проводимой деятельности будет основываться на информации, внесенной проверяющими лицами в контрольные вопросники, необходимо, чтобы проверки проводились на территориях, репрезентативных с точки зрения различных типов прививочных бригад.

5.5.2 Запланированные проверки исполнения

В соответствии с графиком мероприятий и функциональными обязанностями проверки исполнения следует проводить, используя материалы, приведенные в таблице 4 и приложении 16.

На центральном уровне. Специалисты центрального координационного комитета должны выехать с целью проверки исполнения во все области/провинции за пять недель до начала ДИ, а за три недели перед началом кампании – в отдельные избранные территории. В число последних входят такие территории, в которых были выявлены проблемы в ходе подготовки к кампании, или где недостаточно решаются вопросы материально-технического обеспечения или социальной мобилизации.

Предварительная выборочная проверка на местах и текущая оценка уровня охвата прививками в ходе ДИ являются основными методами проверки исполнения.





На уровне области/провинции. Сотрудники региональных координационных комитетов должны посетить все районы с целью проверки исполнения за три недели до начала ДИ. Второе посещение следует проводить не менее, чем за неделю до начала кампании. Повторный визит планируется в отдельные, выбранные районы, испытывающих особенные затруднения, или где недостаточно решаются вопросы материально-технического обеспечения или социальной мобилизации.

На районном уровне. Работники районных координационных комитетов должны посетить с целью проверки всех координаторов прививочных пунктов или передвижных бригад за две недели до начала ДИ. Второе посещение следует проводить за неделю до начала кампании в целях проверки деятельности ряда координаторов прививочных пунктов.

На всех уровнях. В зависимости от результатов запланированных проверок могут проводиться дополнительные выезды для проверки исполнения. Такие посещения могут выполняться представителями центрального, регионального или районного уровней.

5.6 ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР

После успешного проведения ДИ, когда заболеваемость корью находится на очень низком уровне, требуется проводить лабораторное подтверждение каждого случая с подозрением на корь. В *«Руководстве по организации эпидемиологического надзора за корью и врожденной краснушной инфекцией в Европейском Регионе ВОЗ» (3)* определяются требования к эпиднадзору для стран с подобным уровнем программы борьбы с корью и ВКИ. На этапах планирования и внедрения ДИ может быть проведена подготовка кадров с тем, чтобы обеспечить должный уровень знаний и навыков среди медицинских работников, районных и областных сотрудников и специалистов лабораторий. Это касается, прежде всего, вопросов выявления случаев с подозрением на корь; сбора образцов материалов для постановки диагноза и выделения вируса/определения антигена; правильного обращения с ними и транспортировки образцов.

**Таблица 4.
Проверка готовности**

Ключевые темы/вопросы	Что (какие документы) следует проверять
Проводилась ли надлежащая оценка целевой возрастной группы для выявления доступности к ДИ?	Схемы, рисунки, карты и перечни: лиц целевой возрастной группы по месту жительства и месту работы/учебы.
Имеет ли целевая группа равную и достаточную доступность к вакцинации?	Микроплан – размещение прививочных бригад в соответствии со структурой целевой группы (место и время).
Обеспечены ли полевые бригады необходимым транспортом на весь период проведения ДИ?	Описательный план обеспечения бригад транспортными средствами и необходимыми материалами.
Какие разработаны «специальные» стратегии для малодоступных территорий и особых групп населения?	Заявка на финансирование и материально-техническое обеспечение специальной стратегии.
Назначены ли ответственные лица/специальные технические группы для оказания поддержки полевым бригадам и обработки данных?	Списки ответственных (административный персонал, профессионалы) и секретарей, оснащенных соответствующим оборудованием (напр. мобильными телефонами, факсами, компьютерами и т.д.).
Обеспечены ли соответствующими финансовыми средствами все запланированные мероприятия и отработан ли механизм финансирования из резервных фондов?	Разработан и установлен механизм получения средств для всех мероприятий, проводимых на местном уровне.
Обеспечено ли проведение проверок исполнения на местном уровне?	Лица, ответственные за проверку исполнения на местном уровне, обеспечены средствами передвижения и фондами на командировочные расходы.
Имеется ли в наличии необходимое оборудование для холодильной цепи, чтобы поддерживать нужный температурный режим хранения вакцин и растворителей за пределами учреждений здравоохранения?	Детальный учет всех морозильных установок и/или реальный план обеспечения льдом.
Обеспечивается ли адекватная координация мероприятий по социальной мобилизации?	Протокол последнего заседания местного комитета по социальной мобилизации.
Обеспечено ли наличие качественной информации о ДИ?	Назначенный сотрудник по связям с общественностью на районном/региональном уровне, со стороны Минздрава (ФИО, телефон) и визуальная оценка количества и размещения плакатов и наличия информационных листовок.
Насколько действенны мероприятия по социальной мобилизации?	Результаты выборочных проверок с оценкой информированности населения.
Адекватно ли планирование обеспечения безопасности инъекций?	Достаточное количество шприцев (СБ-шприцев и 5 мл), контейнеров для безопасной утилизации использованных материалов, наборов для оказания первой помощи.
Адекватно ли планирование мониторинга НППИ?	Написанные инструкции; определены ли средства связи (напр., телефонные линии); оповещены ли больницы.
Адекватно ли планирование безопасной утилизации использованных материалов?	Написанные инструкции с четким распределением функциональных обязанностей.

6. | ПРОВЕДЕНИЕ ДИ

Успешность реализации ДИ определяется не только эффективностью и безопасностью, но и созданием дружелюбной атмосферы в прививочном пункте с тем, чтобы все вакцинируемые чувствовали себя комфортно и удобно, насколько это возможно.

В идеале в ходе ДИ будет достигнут высокий уровень охвата прививками во всех районах с первой попытки. Вероятность получения такого результата повышается, если заранее предусматриваются все возможные исходы, т.е. необходимо проанализировать возможность возникновения неожиданных ситуаций, которые могут привести к низким уровням охвата.

6.1 ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ ХОРОШО ФУНКЦИОНИРУЮЩИХ, «ДРУЖЕЛЮБНЫХ К КЛИЕНТУ» ПРИВИВОЧНЫХ ПУНКТОВ

- Работники прививочного пункта с готовностью консультируют посетителей, а родители могут почитать брошюры и листовки во время ожидания.
- Прививочный пункт организован таким образом, что обеспечивается постоянный односторонний поток посетителей, не создается «пробок» или путаницы. Родителям/лицам сопровождающим детей не приходится долго ждать прививки.
- Если вакцинация учащихся проводится в классах, вакцинируемого следует повернуть спиной к классу, чтобы не вызывать излишнее беспокойство среди остальных студентов.
- Достаточно места и необходимой мебели для прививочной бригады.
- Регистратура не перегружена.
- Для бригад, обслуживающих удаленные прививочные пункты, хорошо организована транспортировка к месту работы, что позволяет избежать потери времени как вакцинаторов, так и вакцинируемых.

6.2 ИНТЕНСИФИКАЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ МОБИЛИЗАЦИИ И ИНФОРМАЦИОННОЙ РАБОТЫ

- Обеспечьте постоянную рекламу кампании в средствах массовой информации, выбирая наиболее действенные подходы – например, рекламный ролик о кампании по телевидению, транслируемый в наиболее выгодное эфирное время.
- Обеспечьте достаточно указателей, направляющих население к прививочным пунктам, – например, флаги, транспаранты, указатели, объявления.



- Поддерживайте постоянное наличие информационных материалов в прививочных пунктах.
- Не допускайте хаотичной перегруженности прививочных пунктов в первые дни кампании (что опасно с точки зрения безопасности процедуры вакцинации) путем тщательного планирования потока вакцинируемых с учетом местных условий. Варианты некоторых возможных решений подобных проблем, позволяющих спланировать равномерный поток клиентов и обеспечивающих нормальную нагрузку на медперсонал, что позволяет избежать больших очередей:
 - в различные дни недели бригада вакцинаторов работает в различных местах; и
 - в различные дни недели бригада вакцинаторов прививает различные возрастные группы.

6.3 ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ИММУНИЗАЦИИ

- Полевые бригады должны каждое утро обеспечиваться замороженными холодовыми элементами, вакцинами, инъекционным оборудованием и регистрационными формами из расчета ожидаемого числа вакцинируемых плюс 10%.
- Каждая полевая бригада должна доставлять в учреждение здравоохранения заполненные контейнеры для безопасной утилизации использованных материалов, где обеспечивается их хранение и безопасная утилизация.
- Медицинские работники должны в экстренном порядке регистрировать случай с подозрением на НППИ; однако в случае возникновения НППИ приоритетом должно быть лечение реакции/успокоение пациента, а при тяжелой реакции – экстренная госпитализация.

Вложение средств в создание сети связи (коммуникаций по передаче информации) является долгосрочным вкладом, так как сеть связи может быть использована для своевременной регистрации инфекций, подлежащих государственному учету, и результатов лабораторных исследований.

6.4 МОНИТОРИНГ

Необходимо ежедневно собирать данные об уровне охвата вакцинацией и случаях НППИ, чтобы выявить территории, где возникают проблемы с внедрением кампании или где регистрируются групповые НППИ или высокий их уровень; также необходимо предоставлять своевременную обратную связь для мотивации сотрудников. Передача отчетов с периферии на центральный уровень может осуществляться с помощью рабочих таблиц, представленных в Приложении 16.

Ежедневный мониторинг обеспечивается посредством:

- штабов на районном, областном/провинциальном и национальном уровнях, с необходимым штатом сотрудников и средствами связи;
- необходимых форм отчетности; и
- надлежащей подготовки кадров, проведения проверки исполнения.



Хорошо действующая система мониторинга должна:

- гарантировать получение отчетов от нижестоящих уровней, помогать в подготовке суммарных отчетов и в своевременной пересылке стандартных отчетов на вышестоящие уровни;
- использовать таблицы для расчета ежедневных и кумулятивных уровней охвата прививками и показателей НППИ;
- использовать единый формат отчетности (ежедневная форма отчетности по случаям НППИ и уровням охвата прививками);
- дать возможность оценить показатели работы системы мониторинга и работы: например, полноту и своевременность отчетности на региональном и национальном уровнях;
- соблюдать установленный график подачи отчетности;
- определять адекватные средства связи для разных уровней, например:
 - координаторы в учреждениях здравоохранения могут использовать стационарные телефоны в медицинских центрах, на почте или в полиции, мэрии; и
 - координаторы на районном, региональном и национальном уровнях могут пользоваться факсом и телефоном в своих оперативных штабах.

6.5 ПРОВЕРКА ИСПОЛНЕНИЯ

Во время проведения ДИ лица, ответственные за проверку исполнения, систематически собирают информацию и предоставляют обратную связь бригадам вакцинаторов (Таблица 5 и Приложение 16).

- Проверяющие должны организовать работу таким образом, чтобы обеспечить репрезентативную пропорцию посещений прививочных пунктов в городской и сельской местности. В сельской местности иммунизация может завершиться раньше, чем в городах.
- Проверяющие сотрудники возможно захотят так организовать свою работу, чтобы с утра посещать периферийные участки района (2-3 сельских прививочных бригады), а затем возвратиться в районный центр и посещают прививочную бригаду в школе и учреждении здравоохранения.
- Рекомендуются, чтобы наиболее опытные проверяющие сотрудники работали с бригадами вакцинаторов, действующих в самых сложных условиях, например, на территориях с низкой плотностью населения или обслуживающих труднодоступные группы населения.

**Таблица 5.
Проверка хода
внедрения кампании**

Ключевые вопросы	Данные получены в результате наблюдения (Н) или в ходе беседы/опроса (О)
На прививочном пункте: хорошее управление очередью	(Н) Отсутствует скопление народа.
На прививочном пункте: правильное выполнение обязанностей	(Н) Вакцинаторы обеспечены необходимой поддержкой со стороны вспомогательного звена.
На прививочном пункте: четкая регистрация вакцинируемых	(Н) Каждый вакцинируемый учитывается в форме подсчета и получает направление на прививку (прививочную карту).
На прививочном пункте: источники информации	(Н) Медицинские работники предоставляют необходимую информацию.
Холодовая цепь	(Н) Наличие замороженных холодовых элементов или колотого льда (у полевых бригад). (Н) Показатели на температурном графике в норме (в стационарном пункте). (Н) Достаточное количество растворителя содержится в холодильнике.
Безопасность ДИ: безопасность для вакцинируемых	(Н) В холодильнике не хранятся другие медикаменты/ растворители или другие предметы, например, пищевые продукты. (Н) Разведенные вакцины хранятся в пенопластовой прокладке или холодильнике, если в данный момент не используются. (Н) На этикетке флакона с разведенной вакциной указаны дата и время разведения вакцины. (Н) Не проводится предварительный набор вакцины в СБ-шприцы. (Н) Соблюдается метод бесконтактного обращения с материалами. (Н) Имеется в наличии набор для оказания первой помощи.
Безопасность ДИ: безопасность для медицинских работников	(Н) Соблюдается правило запрещения повторного надевания колпачка на иглу. (Н) Контейнер для безопасной утилизации использованных материалов не переполнен. (Н) Используемый в данный момент контейнер размещен в удобном для вакцинатора месте.
Безопасность ДИ: безопасность для общественности	(О) Подтверждение: правильные ответы на вопросы по поводу заполненных контейнеров для безопасной утилизации использованных материалов: <ul style="list-style-type: none"> • Отправляются ли обратно в учреждение здравоохранения? • Содержаться ли в безопасном месте? • Ведется ли их учет?
Мониторинг НППИ	(Н) Имеются инструкции.
Социальная мобилизация: прививочный пункт легко найти	(Н) Флаг с символом кампании, плакаты на дверях пункта, достаточно указателей.
Социальная мобилизация: реклама кампании	(Н) Подтверждение: плакаты, размещенные в общественных местах, уличные растяжки, флаги.

7. | МЕРОПРИЯТИЯ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ДИ

Задача мероприятий, проводимых немедленно после завершения ДИ, - оценить, были ли достигнуты поставленные цели, чтобы провести «подчищающую» вакцинацию всех групп населения, в которых не достигнут надлежащий уровень охвата, и проинформировать политическое руководство о результатах ДИ.

7.1 СОВЕЩАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРОВЕДЕННОЙ КАМПАНИИ

По завершении кампании члены комитетов, сотрудники, ответственные за проверку исполнения, наблюдатели и координаторы должны провести на всех уровнях совещания для анализа проведенной кампании и подготовить итоговые отчеты (Приложение 17). В эти отчеты должны быть включены следующие разделы:

- информация о проведенной работе;
- информация о предоставленных населению медицинских услугах и материально-техническом обеспечении;
- информация о социальной мобилизации и количестве использованных вакцин в целевых группах на районном уровне;
- тяжелые случаи НППИ; и
- ключевые вопросы/проблемы, отмеченные в контрольных вопросниках в ходе проверки исполнения.

7.2 ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ОХВАТА ПРИВИВКАМИ

Можно провести экспресс-опрос двадцати жителей территорий, где проживают труднодоступные группы населения, для определения того, были ли достигнуты поставленные задачи по охвату прививками (Приложение 17).

7.3 СПЕЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРИЧИН НИЗКОГО УРОВНЯ ОХВАТА ПРИВИВКАМИ

Такие обследования могут проводиться в районах с низким уровнем охвата вакцинацией. Цель таких специальных обследований – понять причины низкого уровня охвата; обследования можно также проводить на территориях, где отсутствуют достоверные данные о численности целевого населения. Низкий уровень охвата прививками может быть обусловлен следующими причинами:



- недостаточная работа по социальной мобилизации населения: например, неправильные или сложно написанные информационные сообщения, не использован язык местного населения, прививочные пункты не обозначены, не снабжены плакатами, флагами; необоснованные слухи;
- низкое качество обслуживания на прививочном пункте: например, беспорядок, длинные очереди, недоброжелательная атмосфера;
- неправильно выбранная стратегия проведения вакцинации: например, недостаточно передвижных бригад на рынках, автобусных остановках, лодочных станциях, рядом с церквями / мечетями / храмами и т.д.; бригады начинают работу поздно, заканчивают рано; и
- отсутствие необходимых материалов.

7.4 МЕРОПРИЯТИЯ ПО ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ

В случае низкого уровня охвата прививками в некоторых целевых группах необходимо принять меры для продолжения вакцинации до тех пор, пока не будет достигнут необходимый уровень охвата. Такая вакцинация может базироваться на стратегиях, применяемых ранее в ходе ДИ, или могут быть применены более интенсивные подходы для того, чтобы привить труднодоступные группы населения (например, полевым прививочным бригадам может потребоваться проводить поиск подлежащих вакцинации лиц по методу «от дома к дому», прививая всех, у кого нет документированного доказательства о прививке).

7.4.1 Ключевые положения для достижения успеха в ходе дальнейших интенсивных мероприятий по иммунизации:

- гарантировать, что прививочные бригады обеспечены необходимой материально-технической поддержкой, включая транспортные средства;
- посещать дома в то время, когда семьи уже дома, а также проводить повторное посещение семей по вечерам, если они отсутствовали дома в течение дня;
- маркировать/делать специальные пометки на домах, которые посетили члены прививочной бригады; и
- вовлечь в эту деятельность местных лидеров.



8. | ОЦЕНКА

Оценка кампании чрезвычайно важна для анализа эффекта воздействия планирования и внедрения ДИ на полученные немедленные результаты (например, уровень охвата прививками, практика безопасности инъекций) и на рутинную программу вакцинопрофилактики (например, безопасность иммунизации, утилизация использованных материалов и эпиднадзор).

Оценка должна планироваться на ранних этапах подготовки ДИ, и фокусироваться на следующих важных вопросах:

- определение конкретных проблем в планировании или внедрении ДИ (извлекаемые уроки);
- определение конкретных групп населения, уровень охвата иммунизацией которых неудовлетворителен, что серьезно повышает риск распространения вируса кори; и
- оценка вероятности прерывания циркуляции вируса кори.

8.1 ПЛАНИРОВАНИЕ И МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ДИ

- **методы:** количественные методы (оценка процесса) и/или качественные методы (оценка воздействия);
- **участники:** совещания после проведения кампании, на которых присутствуют соответствующие эксперты по оценке, т.е. координаторы, сотрудники, ответственные за проверку исполнения, и партнеры;
- **источники данных:** оперативные учетные формы, контрольные вопросники для проверки исполнения, результаты специальных эпидемиологических обследований (напр., оценка уровней охвата прививками), выборочные проверки, отчеты о расходах;
- **материально-техническое обеспечение:** все оставшиеся материалы должны быть возвращены на районный склад, пересчитаны и учтены; и
- **методики:** стандартные формулы расчета уровней охвата вакцинацией, потерь материалов и т.д.; результаты эпидемиологических обследований, проведенных по завершении кампании, отчеты внешних наблюдателей и т.д.

8.1.1 Совещания для анализа проведенной кампании и заключительный отчет

По завершении кампании члены комитетов, контролировавшие проверку исполнения, наблюдатели и координаторы должны провести

Не забудьте
запланировать
проведение совещания
по оценке кампании и
выделить необходимые
для этого средства.



What do we do about this?

47. Page 40 (48): Why there are 17 bullets in Rus and not 18? I have deleted bullet 8 as it is well covered by bullets 10 and 11; it may be confusing requesting to provide similar information twice...

на всех уровнях совещания для анализа проведенной кампании и подготовить итоговый отчет. Этот отчет составляется по результатам и на основании контрольных вопросников, а также личных впечатлений и полученного опыта. В отчеты должны быть включены следующие разделы:

- содержание и карта;
- список применяемых сокращений;
- краткое резюме/заключение;
- вступительная часть и базовая информация;
- цели и задачи;
- мероприятия по подготовке ДИ;
- информация о подготовке кадров (например, число обученных, уровень и продолжительность обучения);
- информация по обслуживанию, материально-техническому обеспечению и холодильной цепи;
- информация о внедрении;
- информация о предоставлении услуг и материальном техническом обеспечении;
- информация по социальной мобилизации, мониторингу и оценке;
- зарегистрированные НППИ;
- суммарный обзор контрольных вопросников, заполненных сотрудниками, которые контролировали проверку исполнения;
- информация о достигнутых результатах;
- статистические данные, проблемы, извлеченные уроки и рекомендации;
- выводы;
- приложения: таблицы с данными об уровнях охвата вакцинацией, по материально-техническому обеспечению; и
- фотографии/иллюстрации.

8.2 ОЦЕНКА ХОДА ВНЕДРЕНИЯ ДИ

Основные показатели:

- **Уровень охвата прививками:** базируется на сводных отчетах, поступивших из всех учреждений здравоохранения (Приложение 17);
- **Коэффициенты потерь:** потери вакцин и СБ-шприцев (Приложение 18);
- **Показатель частоты НППИ** (все типы, по видам, по характеру и т.д.): чрезвычайно важно проанализировать все ошибки, допущенные в рамках программы, с тем, чтобы выявить их причины (недостаточная подготовка, отсутствие материалов и т.д.); необходимо тщательно проанализировать все тяжелые случаи НППИ, привлекая к этому независимых экспертов;

9. Page 48 (40): There are 17 bullets in RUS, but there are 18 in Eng. So, the question is - what do we do with that? I do not know. My proposal - to keep 17 bullets as it covers all aspects and actions listed in 18 bullets in Engl. I think that John is main decision maker in such situation.

40





- **Безопасность:** соблюдение всех правил безопасности кампании оценивается на основании контрольных вопросников заполненных в ходе проверок исполнения; необходимо получить объяснения в случае любого выявленного отклонения от установленных инструкций (повторное надевание колпачка на иглу, чрезмерное заполнение контейнеров для безопасной утилизации использованных материалов, ненадлежащее поведение);
- **Социальная мобилизация:** основным показателем эффективности является уровень охвата прививками неорганизованных групп населения (Приложение 18);
- **Труднодоступные и не получающие адекватной медицинской помощи группы населения:** уровень охвата вакцинацией в труднодоступных местностях (Приложение 18); и
- **Затраты:** все затраты должны быть суммированы на национальном уровне, и рассчитана стоимость кампании в долларах США. Затраты в расчете на одного привитого вычисляются путем деления общей стоимости кампании на число вакцинированных лиц. Эти данные можно передать организациям-донорам.

8.3 ОЦЕНКА ВОЗДЕЙСТВИЯ

Оценка воздействия требует более продолжительного времени, чем оценка хода внедрения, поскольку для этого необходимо количественно оценить влияние кампании на заболеваемость корью и/или на программу плановой вакцинопрофилактики. Данные, полученные при анализе ситуации в период подготовки ДИ можно использовать, как базовые и сравнивать их с аналогичными материалами, полученными после ДИ.

8.3.1 Показатели заболеваемости как метод оценки воздействия

Воздействие иммунизации, включая ДИ, можно вполне объективно оценить и сравнить, анализируя данные о заболеваемости в разных возрастных группах. Когда показатели заболеваемости используются в качестве критерия оценки воздействия, тогда следует анализировать только данные эпиднадзора за лабораторно подтвержденными случаями кори, краснухи и СВК. Эпиднадзор на основе индивидуального учета каждого случая кори с лабораторным его подтверждением является основным стандартом для оценки воздействия программы (18-20). Опыт разных стран с хорошо развитой лабораторной сетью, в которых проводилась ДИ, показывает, что после эффективной массовой кампании менее чем 10% всех случаев с подозрением на корь будут подтверждены лабораторно.



ПРИЛОЖЕНИЕ 1. |

ПАМЯТКА

Для гарантии эффективности и безопасности кампаний массовой иммунизации, проводимых с использованием инъекционных вакцин (21)

Национальные руководители программ иммунизации и лица, ответственные за принятие решений должны понимать, что кампании массовой иммунизации связаны с определенными сложностями по сравнению с программами плановой вакцинопрофилактики. Такое понимание необходимо для того, чтобы получить максимальную пользу от кампаний и свести к минимуму любые возможные негативные последствия, реальные или мнимые. Проведение кампаний требует значительных финансовых вложений, которые могут оказаться напрасными, если не будет достигнут необходимый уровень охвата прививками. Кампании всегда привлекают пристальное внимание общественности и средств массовой информации. Необходимо быстро принимать эффективные меры в отношении неблагоприятных проявлений после иммунизации, возникающих в ходе кампаний, чтобы нейтрализовать их воздействие, усовершенствовать прививочную работу и повысить уровень доверия к программе со стороны общественности.

Достаточно сложно охватить прививками большие группы населения в течение короткого периода времени. Для успеха кампаний требуется достичь высокий уровня охвата прививками в целевых группах, включая специальные группы населения, которые малодоступны для обычного медицинского обслуживания. Чтобы выполнить эту задачу, требуется мобилизовать усилия всех партнеров и участников на всех уровнях. Совершенно необходимо объяснить всем заинтересованным сторонам значение кампании с точки зрения оптимальной борьбы с конкретным заболеванием и в более широком плане – в отношении профилактики заболеваний и здравоохранения.

Цель кампаний массовой иммунизации заключается в охвате прививками большого числа людей за короткий период времени, для этого может быть недостаточно возможностей существующей инфраструктуры системы здравоохранения. Кампании могут проводиться вне обычных медицинских учреждений. Это делает необходимым четкое и целенаправленное планирование и четкую организацию проверки исполнения. Хорошее планирование жизненно необходимо для того, чтобы кампания прошла успешно.

Говоря о безопасности инъекций, следует учитывать необходимость проведения значительного числа инъекций в период кампании и большие объемы использованных материалов. Это создает дополнительную нагрузку для программы иммунизации, повышая вероятность ошибок, связанных с безопасностью. В этой связи следует помнить, что может произойти увеличение числа неблагоприятных проявлений после иммунизации (НППИ). Это связано с тем, что за короткий период времени необходимо ввести большое число доз вакцины и с тем, что прививаются более широкие (как правило, более старшие) возрастные группы.

Если вовремя не предотвратить и не решить возможные проблемы с безопасностью, то они могут привести к распространению инфекции, потере доверия к кампании со стороны общественности и организаций-доноров и, в итоге, к снижению уровня охвата и негативному воздействию на общественное здоровье. Однако рассмотрение вопросов безопасности на ранних этапах планирования кампании позволяет руководителям РПИ избежать таких проблем. Вопросы, важные для безопасности кампаний иммунизации,



можно подразделить на несколько категорий: (1) оценка текущей ситуации с обеспечением безопасности инъекций; (2) подготовка детального плана кампании, в котором отражены ключевые вопросы, выявленные в ходе такой оценки; (3) реализация этого плана; и (4) мониторинг результатов. Руководителям также необходимо своевременно ввести в действие простую систему мониторинга НППИ, возникающих в ходе кампании, если такая система отсутствует. Такая система важна не только для поддержки кампании, но и предоставляет возможность для выявления основных проблем, связанных с безопасностью вакцинации и инъекций, которые должны быть решены также при проведении плановой иммунизации. Такие проблемы следует включить в долгосрочный план обеспечения безопасности программ иммунизации.

ПЛАНИРОВАНИЕ КАМПАНИИ

- Достаточно ли фактических данных, обосновывающих необходимость проведения кампании и правильность выбранных сроков и целевых групп населения?**
 - Проведено эпидемиологическое обследование, включая анализ прививочных данных
 - Подготовлено предложение с обоснованием необходимости кампании, предварительно определены сроки и целевые группы населения (возраст, пол, место проживания)
 - Заключение утверждено Национальным комитетом
 - Заключение и план мероприятий утвержден национальным комитетом по этике (если необходимо)
- Были ли определены все ключевые участники и партнеры, обозначены ли четко их роли и обязанности?**
 - Имеется список партнеров
 - Распределены роли и функциональные обязанности
 - Партнеры утвердили роли и функциональные обязанности
- Рассмотрел ли Межведомственный координационный комитет план и бюджет кампании?**
 - План рассмотрен
 - Следует переделать план
 - План согласован
- Есть ли документальное подтверждение того, что составлен план обеспечения всеми необходимыми материалами и что они будут поставлены вовремя?**
 - Составлен перечень необходимых материалов с указанием их расчетных количеств
 - Выполнена оценка их стоимости/ расчет затрат
 - Определены источники для проведения закупок, необходимые материалы имеются в наличии, определены даты поставок
 - Есть договоренность о предоставлении хладохранилища и других складских помещений
 - Решены вопросы с оформлением таможенных документов, получены необходимые документы для льготного прохождения грузов через таможенную границу
- Имеются ли, детальные микропланы, включая стратегии охвата труднодоступных групп населения на всех административных и оперативных уровнях?**
 - Определена географическая территория и группы населения
 - Разработаны микропланы и стратегии проведения кампании на местах





Разработан ли план социальной мобилизации?

- Составлен информационный план и получены гарантии его обеспечения ресурсами
- В результате консультаций с ключевыми местными и национальными заинтересованными сторонами (включая представителей местных и религиозных общин) разработаны информационные и рекламно-просветительные материалы (включая проведение их предварительного тестирования)
- Определены каналы распространения материалов (печать, радио и ТВ)
- Запланированы встречи для пропаганды и содействия с ключевыми представителями местных групп населения/общественных организаций и религиозными лидерами

Имеется ли план регулярного мониторинга хода внедрения кампании, включая план корректирующих мер (если необходимо)?

- Разработан план мониторинга, содержащий необходимые методы (формы оперативной отчетности)
- Определены лица, ответственные за проверку исполнения проведена их подготовка
- Подготовлены контрольные вопросники
- Разработан план регулярной оценки хода внедрения кампании и решения выявленных проблем

Разработан ли план оценки кампании и получены ли гарантии его обеспечения ресурсами?

- Составлен перечень показателей оценки хода внедрения ДИ и конечных результатов, по которым будет проводиться оценка на каждом уровне
- Составлен план распространения результатов оценки всем ключевым участникам

Достаточно ли квалифицированных вакцинаторов и вспомогательного персонала (включая волонтеров) для выполнения задач кампании?

- Число сотрудников достаточно для выполнения задач кампании
- Имеется достаточное число квалифицированных медработников и вспомогательного персонала (включая волонтеров)
- Имеется достаточное число сотрудников для проверки исполнения и для обеспечения эффективной поддержки всем бригадам

Было ли проверено наличие транспортных средств для мероприятий по социальной мобилизации, транспортировке вакцин, материалов для проведения инъекций и для контроля исполнения?

- Имеется достаточное число транспортных средств для обеспечения транспортных нужд в соответствии с запланированными мероприятиями по контролю исполнения, социальной мобилизации и для распределения вакцин и материалов для инъекций
- Имеется достаточно финансовых средств для покрытия транспортных расходов

Были ли проведены выезды для контроля исполнения во все регионы/ административные территории первого уровня (районы) для анализа планов и оценки готовности?

- В каждой провинции/области имеются отчеты о выездах в административные территории первого уровня с целью проверки исполнения, указывающие на удовлетворительный ход подготовки кампании или содержащие рекомендации по пересмотру планов



БЕЗОПАСНАЯ И ЭФФЕКТИВНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ПРИВИВОК

- Будут ли использоваться только вакцины, прошедшие предварительную квалификацию ВОЗ/ЮНИСЕФ или вакцины и материалы для инъекций, утвержденные национальным контрольным органом?
 - Перечень вакцин и материалов для инъекций с определением источника поставок
 - Все вакцины в перечне прошли предварительную квалификацию или утверждены национальным контрольным органом
- Поступает ли вакцина в комплекте со шприцами для разведения, самоблокирующимися шприцами и контейнерами для безопасной утилизации колющих материалов, как рекомендуется в совместном заявлении по безопасности инъекций ВОЗ/ЮНИСЕФ/Фонда ООН по народонаселению?
 - Перечень вакцин, шприцев для разведения, самоблокирующихся шприцев и контейнеров для безопасной утилизации колющих материалов с указанием их количества
- Были ли четко проинформированы ответственные медицинские работники о важности отправки правильных и соответствующих количеств растворителей с лиофилизированными вакцинами?
 - Четкая информация была дана ответственным работникам о необходимости отправки правильного количества вакцины и соответствующего количества растворителей к ним
- Была ли проведена подготовка всех медицинских работников по вопросам правильной техники введения вакцин, с обращением особого внимания на необходимость соблюдения стерильности при инъекциях, правильному разведению вакцин, технике их безопасного введения, а также важности соблюдения всех требований к поддержанию холодной цепи?
 - Разработан учебный план и печатные учебные материалы
 - Проведено обучение
 - Число медработников, закончивших прохождение курсов, и число отсутствовавших
- Был ли медицинский персонал четко проинструктирован о запрещении надевания колпачков на иглы?
 - Сотрудникам выданы четкие инструкции о запрещении надевания колпачков на иглы
- Был ли медицинский персонал четко проинструктирован о необходимости уничтожения разведенной вакцины через шесть часов после ее разведения или в конце прививочной сессии (в зависимости от того, что наступит быстрее)?
 - Сотрудники были четко проинструктированы о необходимости уничтожения разведенной вакцины через шесть часов после ее разведения или в конце иммунизационной сессии (в зависимости от того, что наступит быстрее)
- Отслеживается ли распределение партий/конкретных серий вакцины?
 - Формы учета распределения вакцины содержат графы для указания номера серии/партии и количеств вакцины и растворителя, распределенных на все уровни
- Разработан ли детальный план материально-технического обеспечения с тем, чтобы гарантировать наличие необходимых материалов во всех прививочных пунктах?
 - Имеется перечень материалов (с указанием их количеств), которые должны быть поставлены на каждый прививочный пункт
 - Имеется план распределения материалов
- Были ли определены места для хранения вакцины и материалов для инъекций?
 - Имеется перечень мест хранения с указанием их вместимости
 - Требуемые объемы холодильного оборудования имеются в наличии





- Гарантировано ли наличие холодильного оборудования с необходимыми объемами для замораживания достаточного количества холодовых элементов?**
 - Перечень мест, где будет проводиться замораживание холодовых элементов, с указанием объема их морозильной камеры
 - Имеются необходимые объемы морозильных камер
- Достаточно ли сумок-холодильников для всех бригад?**
 - Известно имеющееся количество сумок-холодильников
- Была ли рассчитана потребность в прививочных карточках?**
 - Если требуются прививочные карточки, то:
 - Известно количество требуемых и имеющихся в наличии прививочных карт
 - В прививочных карточках имеется графа для записи номера серии и партии вакцины для последующего отслеживания
 - Проведено обучение по правильному заполнению/использованию прививочных карточек

БЕЗОПАСНАЯ УТИЛИЗАЦИЯ ИГЛ И ДРУГИХ ИСПОЛЬЗОВАННЫХ МАТЕРИАЛОВ

- Была ли проведена оценка местных правил и возможностей для безопасной утилизации игл?**
 - Определены местные правила
 - Проведена оценка возможностей для утилизации игл и материалов (функционирующие мусоросжигательные печи, места для сжигания отходов и т.д.)
 - Определен наиболее подходящий способ утилизации
- Были ли найдены наиболее практические и простые решения для сбора и утилизации использованных материалов?**
 - Определена система утилизации использованных материалов, применяемая для программы плановой вакцинопрофилактики
 - Разработан план сбора и уничтожения использованных материалов
- Были ли определены оборудование, места и учреждения для утилизации игл?**
 - Составлен перечень оборудования, мест и учреждений для утилизации игл
- Обеспечено ли наличие адекватных контейнеров для безопасной утилизации использованных материалов, мест для безопасной утилизации игл и т.д.?**
 - Определены необходимые количества материалов
 - В настоящий момент имеются достаточные количества всех материалов
 - Были заказаны достаточные количества материалов, определена надлежащая дата поставки
- Были ли выданы медработникам четкие инструкции и рекомендации по безопасной утилизации использованных материалов (сборка безопасных контейнеров, их использование, сбор и утилизация безопасных контейнеров)?**
 - Было проведено обучение для медработников
 - Имеются печатные рекомендации по безопасной утилизации использованных материалов





- Будет ли проводиться ежедневный мониторинг утилизации отходов?
 - Определено лицо, ответственное за ежедневный мониторинг утилизации использованных материалов

ЛЕЧЕНИЕ И МОНИТОРИНГ НППИ

- Существует ли система мониторинга НППИ?
 - Определен сотрудник, ответственный за мониторинг НППИ
 - Имеются четкие инструкции, определяющие, какие НППИ регистрируются, система регистрации и отчетности, какие случаи НППИ должны быть расследованы
- Имеются ли каналы для экстренной регистрации случаев НППИ и для сообщений, связанных с безопасностью вакцин?
 - Четко указаны каналы для регистрации
 - Известен метод отчетности (определены формы отчетов)
- Было ли принято решение, о перечне НППИ, которые следует регистрировать, и какие противопоказания к вакцинации должны считаться объективными?
 - Имеется перечень НППИ, которые необходимо регистрировать
 - Имеется перечень противопоказаний к вакцинации
- Был ли сформирован экспертный комитет по рассмотрению случаев НППИ; определена ли его структура и возможности для быстрого реагирования в случае регистрации серьезных НППИ и их расследования?
 - Существует документ о создании экспертного комитета и его составе
 - Подготовка кадров включает в себя информацию о возможных НППИ
- Проведено ли обучение медработников по вопросам расследования и лечения случаев НППИ, а также реагирования на слухи?
 - Подготовка кадров включает в себя вопросы расследования и лечения НППИ
 - Определены медицинские работники, ответственные за работу с необоснованными слухами

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. | ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ КООРДИНАТОРОВ РАЗНОГО УРОВНЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ДИ

Сроки	Национальный координатор Национальные координационные комитеты	Территориальный координатор (область/провинция) Территориальные координационные комитеты	Районный координатор Районные координационные комитеты	Координаторы в учреждениях здравоохранения Местные комитеты
	Основная эпидемиологическая оценка ситуации.			
Как минимум за 8 месяцев до начала ДИ.	<p>Подтвердить целевое население и группы.</p> <p>Оценить потребности в ресурсах.</p> <p>Получить политическую поддержку и согласие партнеров.</p> <p>Провести встречу МКК.</p> <p>Назначить национального координатора по ДИ.</p>			
За 8 месяцев до начала ДИ.	<p>Создать Координационные комитеты по ДИ.</p> <p>Разработать формы для микропланирования.</p> <p>Разработать функциональные обязанности для разных уровней по подготовке и проведению ДИ.</p>			
За 7 месяцев до начала ДИ.	<p>Провести совещание с руководителями здравоохранения областей/провинций.</p> <p>Разработать план социальной мобилизации.</p>	<p>Принять участие в совещании с представителями центрального уровня.</p> <p>Создать областные/провинциальные координационные комитеты.</p> <p>Подготовить совещание с руководителями здравоохранения районов.</p>	<p>Подготовиться к совещанию на областном/провинциальном уровне. (реальная численность целевой группы, и труднодоступных групп населения).</p>	
За 6 месяцев до начала ДИ.	<p>Разработать и протестировать Руководство по организации и проведению ДИ.</p> <p>Рассчитать общую сумму расходов и затраты на мероприятия по социальной мобилизации.</p>	<p>Провести совещание с руководителями здравоохранения районов. (заполнение таблиц по микропланированию).</p>	<p>Принять участие в совещании на областном/провинциальном уровне.</p> <p>Начать заполнение таблиц по микропланированию.</p> <p>Создать Районные координационные комитеты по ДИ.</p>	

Сроки	Национальный координатор Национальные координационные комитеты	Территориальный координатор (область/провинция) Территориальные координационные комитеты	Районный координатор Районные координационные комитеты	Координаторы в учреждениях здравоохранения Местные комитеты
За 5 месяцев до начала ДИ.	Скорректировать и уточнить бюджет. Напечатать Руководство по организации и проведению ДИ. Разработать Руководство для работников теле- и радиовещания.	Вновь провести совещание с руководителями здравоохранения районов для оценки хода заполнения таблиц по микропланированию.	Принять участие в совещании на уровне области/провинции для дальнейшего заполнения таблиц по микропланированию.	
За 4 месяца до начала ДИ.	Распространить Руководство по ДИ по провинциальным/областным отделам здравоохранения. Напечатать Руководство для работников теле- и радиовещания. Разработать информационно-образовательные и пропагандистские материалы по ДИ. Получить подтверждение от участников церемонии открытия ДИ.	Распространить руководство по организации и проведению ДИ в районные отделы здравоохранения. Разработать информационно-образовательные и пропагандистские материалы по ДИ.		
За 3 месяца до начала ДИ.	Разработать и напечатать вопросники для контрольных проверок. Разработать и напечатать формы для оперативного учета. Спланировать подготовку кадров на разных уровнях. Распространить Руководство для работников теле- и радиовещания. Разработать сообщения/пресс-релизы для средств массовой информации. Подготовить план по оценке кампании.	Подготовить плакаты, флаги и наружные рекламные щиты (если применимо).	Провести совещание с координаторами учреждений здравоохранения. Распространить перечень функциональных обязанностей. Проверить точность расчетов, проведенных на районном уровне. Определить стратегию для «особых» групп населения. Подготовить плакаты, флаги и наружные рекламные щиты.	Принять участие в совещании на районном уровне. Подготовить плакаты, флаги и наружные рекламные щиты.
За 8 недель до начала ДИ.	Подготовить кадры областного/ провинциально уровней.	Принять участие в обучении.	Встретиться с представителями провинции/области, чтобы завершить разработку стратегий для «особых» групп населения.	Набрать местных волонтеров.
За 7 недель до начала ДИ.	Подготовить церемонию открытия.	Спланировать подготовку кадров районного уровня. Пригласить представителей районного уровня принять участие в обучении.		



За 6 недель до начала ДИ.	Проверить наличие транспорта для выездов по контролю исполнения, социальной мобилизации, транспортировки вакцин. Завершить заполнение таблиц по микропланированию.	Подготовить кадры районного уровня Проверить наличие транспорта – для различных целей. Завершить заполнение таблиц для микропланирования.	Принять участие в обучении. Проверить наличие транспорта – для различных целей. Завершить заполнение таблиц для микропланирования.	Определить необходимые транспортные средства.
За 5 недель до начала ДИ.	Посещение провинций/областей с целью контроля исполнения.			
За 4 недели до начала ДИ.	Направить вакцину в территории. Проверить готовность всех рекламно-информационных материалов для средств массовой информации.	Получить/забрать вакцину с центрального склада.	Провести обучение координаторов учреждений здравоохранения и вакцинаторов.	Принять участие в обучении на районном уровне.
За 3 недели до начала ДИ.	Выезды в отдельные провинции/области с целью проверки исполнения. Подтвердить готовность церемонии открытия.	Посещение всех районов с целью контроля исполнения.	Посещение учреждений здравоохранения с целью контроля исполнения.	Обучить волонтеров Провести встречи с местными комитетами по ДИ. Подтвердить наличие транспортных средств.
За 2 недели до начала ДИ.	Начать передачу сообщений в газетах, по ТВ, радио.	Организовать транспортировку вакцины с областного/провинциального уровня в районы.	Получить/забрать вакцину с областного/провинциального уровня. Посетить координаторов на прививочных пунктах с целью контроля исполнения. Начать реализацию стратегий для особых групп населения. Начать работу по социальной мобилизации.	
За 1 неделю до начала ДИ.	Активизировать все мероприятия по социальной мобилизации населения.	Посещение отдельных районов с целью контроля исполнения. Активизировать все мероприятия по социальной мобилизации. Провести предшествующее ДИ выборочное обследование.	Выезды в отдельные учреждения здравоохранения с целью контроля исполнения. Активизировать все мероприятия по социальной мобилизации. Провести предшествующие ДИ выборочные обследования.	Активизировать все мероприятия по социальной мобилизации.
За 1-2 дня до начала ДИ.	Подготовить место для церемонии открытия. Подготовить бригады специалистов для контроля исполнения в ходе проведения ДИ.			Начать замораживание холодových элементов. Передать вакцину на прививочные пункты. Подготовить прививочные пункты.

Сроки	Национальный координатор Национальные координационные комитеты	Территориальный координатор (область/провинция) Территориальные координационные комитеты	Районный координатор Районные координационные комитеты	Координаторы в учреждениях здравоохранения Местные комитеты
ДИ.	Провести церемонию открытия. Посетить/проконтролировать работу пункт и бригад. Сделать в середине дня официальное сообщение для прессы.	Контролировать работу стационарных пунктов и полевых бригад. Собирать данные и предоставлять ежедневный отчет о случаях НППИ в провинции/области. Собирать данные и предоставлять отчет о ежедневном уровне охвата прививками в провинции/области. Принимать соответствующие корректирующие оперативные меры в случае необходимости.	Контролировать работу стационарных прививочных пунктов и полевых бригад. Собирать данные и предоставлять ежедневный отчет о случаях НППИ. Собирать данные и предоставлять отчет о ежедневном уровне охвата прививками. Координация деятельности вспомогательных бригад.	Начать иммунизацию. Оказывать содействие бригадам/перемещать бригады. Подводить итоги и предоставлять отчет о ежедневных итогах работы. Регистрировать случаи с подозрением на НППИ.
Через 1 день после ДИ.	Сбор и анализ данных и поездки с целью проверки исполнения. Провести церемонию официального закрытия ДИ.	Сбор и анализ данных и поездки с целью проверки исполнения.	Провести совещание с координаторами учреждений здравоохранения для оценки проведенной работы. Сбор и анализ данных. Организовать дополнительные мероприятия по иммунизации, если охват < 95%.	Продолжить ДИ, если охват < 95%. Принять участие в совещании на районном уровне. Возвратить неиспользованные материалы на районный уровень.
Через 1 неделю после ДМИ.		Провести совещание с районными координаторами ДИ. Оценить охват и разлив вакцины.	Оценить охват и разлив вакцины по району. Принять участие в совещании на уровне провинции/области. Представить результаты в провинциальный/областной отдел здравоохранения.	
Через 2 недели после ДИ.	Подсчитать уровень охвата и разлив вакцины. Провести совещание с провинциальными/областными координаторами ДИ. Рассмотреть методы оценки воздействия ДИ и начать их внедрение, концентрируя усилия на совершенствовании эпиднадзора.	Представить результаты на центральный уровень. Принять участие в совещании на центральном уровне.		

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. | РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ВАКЦИНЫ

В ходе ДИ возможно использование следующих вакцин: коревой, краснушной вакцин, комбинированной вакцины против кори-краснухи (КК), а также комбинированной вакцины против кори-паротита-краснухи (КПК). Для женщин репродуктивного возраста возможно применение либо отдельно краснушной вакцины, либо комбинированной вакцины КК. Все вакцинные препараты, содержащие коревой, краснушный и паротитный компоненты, в настоящее время используемые в Европейском регионе, имеют высокую эффективность и безопасны для применения (22). Ниже приведено описание этих вакцин. С составленным ВОЗ перечнем проверенных вакцин можно ознакомиться на сайте <http://www.who.int/vaccines-documents/>

ЖИВАЯ АТТЕНУИРОВАННАЯ КОРЕВАЯ ВАКЦИНА

- Эффективность коревой вакцины составляет не менее чем 95% в группе детей, иммунизированных в возрасте 12 месяцев; этот показатель равен 98% в группе, привитых в возрасте 15 месяцев. Более чем 99% детей, получивших две дозы коревой вакцины с интервалом не менее 4 недель, когда первая доза вводится в возрасте 12 месяцев или позже, отвечают выработкой серологически подтвержденного иммунитета против кори. Большинство привитых лиц, у которых со временем не удастся выявить антитела, демонстрируют анамнестический иммунный ответ при ревакцинации, что свидетельствует о том, что они, вероятно, по-прежнему имеют иммунитет против кори.
- Примерно у 5% привитых через 7-12 дней после вакцинации температура тела может повыситься до 39,4 °C и держаться в течение 1-2 дней (23). Кратковременная сыпь, появлялась через 7-10 дней после вакцинации, у 5% вакцинированных лиц. Частота случаев энцефалита или энцефалопатии, зарегистрированных после введения коревой вакцины здоровым детям равна менее чем 1 случай на 1 миллион использованных доз. Этот показатель ниже, чем наблюдавшаяся частота возникновения случаев энцефалита неизвестной этиологии, и поэтому некоторые из случаев энцефалита, зарегистрированных среди привитых, возможно, совпали с моментом иммунизации, а не были вызваны введением ВСКВ. Эти неблагоприятные реакции следует ожидать только у восприимчивых лиц, т.е. побочные реакции после второй дозы можно прогнозировать только у небольшого числа лиц, которые после первой прививки не ответили выработкой иммунитета (24).
- Тяжелые аллергические реакции на введение коревой вакцины встречаются крайне редко. Тем не менее, в каждом месте проведения прививок в ходе плановой иммунизации или ДИ всегда должен иметься эпинефрин/адреналин.



- Кожные туберкулиновые пробы, если они не проводятся одновременно с прививками против кори, следует отсрочить на 4-6 недель.

ЖИВАЯ АТТЕНУИРОВАННАЯ КРАСНУШНАЯ ВАКЦИНА (25)

- Имеющиеся в продаже живые аттенуированные краснушные вакцины производятся из штамма RA 27/3 вируса краснухи, размножаемого в культуре диплоидных клеток человека.
- В клинических испытаниях у 95% - 100% восприимчивых лиц, получивших одну дозу краснушной вакцины в возрасте 12 месяцев или старше, вырабатывались антитела (26), и более чем у 90% привитых сформировалась защита против клинических проявлений краснухи и вiremии на период не менее 15 лет (27).
- Временная лимфаденопатия иногда возникает после введения вакцин, содержащих краснушный компонент. Острые артралгии или артриты редко отмечаются у детей, привитых вакциной RA 27/3 (28). Напротив, артралгии возникают примерно у 25% восприимчивых женщин постпубертатного возраста после введения вакцины RA 27/3, и примерно у 10% отмечаются острые артритоподобные симптомы и признаки (29). Если возникают острые симптомы со стороны суставов, то они обычно появляются через 1-3 недели после вакцинации, продолжаются от 1 дня до 3 недель и редко рецидивируют.

В сентябре 2003 г. Европейская Техническая консультативная группа экспертов по иммунизации (ЕТКГЭ) ЕРБ ВОЗ приняла рекомендации: «*Применение краснушной вакцины в ходе дополнительной иммунизации в Европейском регионе ВОЗ*».

Рекомендации Европейской Технической консультативной группы экспертов о применении краснушной вакцины в ходе ДИ

Накопленный значительный объем информации не содержит сведений о случаях повреждения плода вследствие введения краснушной вакцины женщинам во время беременности или в течение первого месяца с момента зачатия. Однако, на данном этапе нет достаточных данных для определенного утверждения того, что плод не подвергается риску, если проводится вакцинация беременной женщины вскоре после зачатия. С учетом вышесказанного, ЕТКГЭ рекомендует:

- Введение краснушной вакцины беременным женщинам должно быть отложено до послеродового периода;
- Учитывая, что имеющиеся данные указывают на видимое отсутствие риска поражения плода у женщин, после введения вируса краснухи, содержащегося в вакцине, то случайное введение краснушной вакцины женщине во время беременности или незадолго до зачатия, не должно служить поводом для прерывания беременности;

Продолжение на странице 55



Начало на странице 54

- Европейское региональное бюро ВОЗ должно продолжать сотрудничество со странами для сбора информации о последствиях воздействия вакцины против краснухи на плод и о частоте случаев врожденной краснухи;
- Европейское региональное бюро ВОЗ должно предоставить, имеющуюся на данный момент информацию о рисках, связанных с воздействием дикого и вакцинного вирусов краснухи на плод, всем заинтересованным профессиональным группам и организациям.

ДИВАКЦИНА ПРОТИВ КОРИ И КРАСНУХИ (КК)

Эта вакцина имеет свойства упомянутых выше моновакцин.

ТРИВАКЦИНА ПРОТИВ КОРИ-ПАРОТИТА-КРАСНУХИ (КПК)

Эта вакцина включает в себя, наряду с коревым и краснушным компонентами, также паротитную вакцину. В Европейском регионе в настоящее время используются пять паротитных вакцинных штамма: Джерил Линн (Jeryl Lynn), RIT 4385, Урабе (Urabe), Ленинград-3 (Leningrad-3) и Ленинград-Загреб (Leningrad-Zagreb); в коммерчески доступных вакцинах КПК используются штаммы Джерил Линн (Jeryl Lynn), RIT 4385, Урабе (Urabe) и Ленинград-Загреб (Leningrad-Zagreb) (30). Эти штаммы сходны по иммуногенным и защитным свойствам.

Более высокие уровни заболеваемости пост-вакцинальным асептическим менингитом были описаны при введении вакцин, которые содержали штаммы Урабе и Ленинград-Загреб. Однако, трудно сравнивать результаты, полученные в разных эпидемиологических опытах, так как использовались различные методы учета неблагоприятных проявлений после иммунизации (например, активный или пассивный надзор; клиническое или лабораторное подтверждение случаев; ретроспективное или проспективное эпидемиологическое наблюдение).

В Таблице А3.1 приведены сведения о заболеваемости асептическим менингитом после введения вакцин против паротита, изготовленных из различных штаммов (31). Глобальный консультативный комитет ВОЗ по безопасности вакцин предупреждает о том, что если вакцины из штаммов

Вакцинный штамм	Заболеваемость	
	Высокая	Низкая
Jeryl Lynn	1 / 950 000	1 / 1 800 000
RIT 4385	0 / 1 500 000	
Urabe	1 / 400	1 / 69 000
Leningrad-Zagreb	1 / 3 300	1 / 55 000
Leningrad-3	1 / 1 500 000	1 / 5 500 000

* в расчете на число введенных доз

Таблица А3.1.
Показатели заболеваемости асептическим менингитом* после введения паротитной вакцины, изготовленной из различных штаммов (31)



Урабе (Urabe), Ленинград-Загреб (Leningrad-Zagreb) и Ленинград-3 (Leningrad-3) используются в ходе ДИ, то национальные программы иммунизации должны принимать во внимание возможность возникновения групповых вспышек асептического менингита после проведения таких кампаний (32).

Министерство здравоохранения/ национальный координатор ДИ должны выбирать только вакцины и СБ-шприцы, прошедшие предварительную квалификацию ВОЗ/ЮНИСЕФ и/или утвержденные к применению национальным контрольным органом, что позволит предупредить необоснованные заявления о ненадлежащем качестве вакцин.

Случаи аутизма и воспалительных заболеваний кишечника были зарегистрированы после иммунизации вакциной КПК; однако в многочисленных исследованиях причинно-следственная связь между ними отрицается (33–35). Предполагаемая связь не отмечалась при изолированном введении коревой вакцины.

ОБРАЩЕНИЕ С ВАКЦИНАМИ, СОДЕРЖАЩИМИ ВИРУС КОРИ, И С КРАСНУШНОЙ ВАКЦИНОЙ

Коревая и краснушная вакцины требуют разведения перед использованием. Поскольку эти вакцины не содержат консервантов, многодозные флаконы должны храниться при температуре 2°C – 8°C после разведения, и их необходимо выбросить через 6 часов, даже если во флаконе сохранилась вакцина.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ И ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

Абсолютные противопоказания к введению вакцины, содержащей вирус кори (ВСВК)

- тяжелая аллергическая реакция после введения предыдущей дозы ВСВК или реакция к одному из ее компонентов;
- беременность; и
- установленное тяжелое иммунодефицитное состояние – например, злокачественные заболевания крови или опухоли; врожденный иммунодефицит; длительное* лечение иммунодепрессантами или тяжелая манифестная форма ВИЧ-инфекции.

Предостережение: Следует отложить вакцинацию лиц из целевой возрастной группы, которых госпитализировали по поводу острого заболевания, или амбулаторных больных с острым лихорадочным заболеванием (>38,5°C). Такие лица подлежат вакцинации сразу после завершения острого периода заболевания – например, перед выпиской из стационара или после нормализации температуры тела. См. Таблицы А3.2 и А3.3, содержащие указания по установлению интервалов между введением вакцин.

* Значимой иммунодепрессивной дозой стероидов считается ежедневный прием преднизона или его эквивалента в дозе 20 мг или 2 мг/кг массы тела в течение двух или более недель (36).

Не являются противопоказанием

- легко протекающие болезни – например, заболевания верхних дыхательных путей, диарея, высокая температура 38,5°C или ниже;
- аллергия, астма, сенная лихорадка или другие атопические заболевания;
- недостаточное питание;
- судорожные припадки в семейном анамнезе;



- лечение антибиотиками и малыми дозами кортикостероидов или местное лечение кортикостероидами (спреи, мази);
- дерматозы, экзема, местные кожные инфекции;
- хронические заболевания сердца, легких, почек или печени вне обострения;
- стабильные неврологические заболевания; и
- манифестная или бессимптомная ВИЧ-инфекция за исключением тяжелых нарушений иммунного статуса.

Комбинация антигенов	Рекомендуемый минимальный интервал между введением доз вакцин
Инактивированная вакцина и ВСВК	Можно вводить одновременно или с любым интервалом между введением доз вакцин
ВСВК и другая(ие) живая(ые) вакцина(ы) для парентерального введения*	Минимальный интервал – 4 недели, если вакцины не вводятся одновременно

* Живые вакцины для перорального применения (например, вакцина против тифа Ty21a и оральная полиомиелитная вакцина) могут вводиться одновременно или с любым интервалом до или после введения ВСВК.

Таблица А3.2.
Руководство по установлению интервалов между введением ВСВК и других живых и инактивированных вакцин

Одновременное введение		Рекомендуемый минимальный интервал между дозами
Комбинация		
Препараты, содержащие антитела, и ВСВК		Одновременное введение недопустимо

Таблица А3.3.
Руководство по установлению интервалов между введением препаратов, содержащих антитела, и ВСВК

Раздельное введение			Минимальный интервал между введением препаратов
Вводимый препарат			
Первый	Второй		
Содержащий иммуноглобулин	ВСВК		Зависит от вида препарата и вводимой дозы, но должен составлять от 3-6 месяцев для препаратов, вводимых в/м; до 11 месяцев при проведении лечения высокими дозами IgG, вводимыми в/в*
ВСВК	Содержащий иммуноглобулин		2 недели

* Длительность периода, в течение которого не вырабатывается должный иммунный ответ на коревой компонент ВСВК, зависит от количества введенного IgG (37)

ПРИЛОЖЕНИЕ 4. | ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ БЮДЖЕТНАЯ ЗАЯВКА

Минздрав и руководитель национальной программы иммунизации/ национальный координатор ДИ должны разработать предварительный бюджет как минимум за восемь месяцев до начала кампании. Первый составленный бюджет – это совокупность конкретных данных, предварительных подсчетов и приблизительных оценок. Избежать дефицита средств – главная задача; перечень контрольных вопросов, приведенный ниже, включает предложения по разработке стандартного предварительного бюджета для ДИ.

ПЕРЕЧЕНЬ КОНТРОЛЬНЫХ ВОПРОСОВ ДЛЯ НАЦИОНАЛЬНЫХ КООРДИНАТОРОВ

- ✓ Оцените численность целевой возрастной группы, основанную на данных наиболее надежного официального источника (источник информации должен быть сообщен всем заинтересованным сторонам).
- ✓ Подготовьте образец стандартной таблицы для расчета бюджета для ДИ (Таблица А4.1).
- ✓ Подготовьте предварительный план мероприятий (планирование, подготовка кадров, проверка исполнения и т.д.; Приложение 2).
- ✓ Оцените/рассчитайте необходимое/требуемое число прививочных бригад: рекомендуемая нагрузка на бригаду в день – 200 подлежащих вакцинации лиц в городской местности и 150 лиц – в сельской местности. Зная продолжительность кампании, возможно сделать приблизительный расчет общего числа прививочных бригад, необходимых для проведения ДИ в стране.
- ✓ Подготовьте оценку средних затрат на бригаду (по результатам микропланирования, специально выполненного в типичном регионе): средние затраты на транспортировку вакцинаторов и средние затраты на безопасную утилизацию использованных материалов в расчете на одну бригаду. Воспользуйтесь результатами ранее проведенных оценок, таких как:
 - расчет потребности в дополнительном оборудовании для холодной цепи; и
 - затраты на стандартное распределение вакцины в рамках программы плановой вакцинопрофилактики (можно узнать у соответствующих специалистов).
- ✓ Оцените затраты на:
 - мероприятия по социальной мобилизации;
 - выезды с целью проверки исполнения;



- подготовку кадров; и
 - надзор за НППИ.
- ✓ Рассчитайте затраты на приобретение соответствующего медицинского оборудования, необходимых препаратов и услуг:
- вакцины, иглы, шприцы, контейнеры для безопасной утилизации отходов;
 - спиртовые салфетки, адреналин/эпинефрин, гидрокортизон;
 - канцелярские принадлежности, необходимые для учреждений здравоохранения;
 - издание, фотокопирование;
 - аренда сотовых телефонов;
 - стоимость факса;
 - предварительная стоимость распределения оборудования для холодильной цепи; и
 - предварительная стоимость найма экспертов/членов комиссии для независимого анализа случаев НППИ;
- ✓ Оцените потребность в суточных расходах на командировки с учетом местных условий и норм (в начале планирования рекомендуется принять равный размер суточных независимо от категории персонала: подготовка преподавателей для курсов, обучаемые, лица, контролирующие проверку исполнения и т.д.).

Комментарий 1. Опыт, полученный в ходе организации и проведения ДИ, показывает, что число прививочных бригад является наиболее важным фактором, который влияет на общую стоимость кампании (Приложения 7 и 13); качество кампании зависит от числа бригад, а не обязательно от численности целевой группы. На начальном этапе планирования проведение расчета расходов, которые должны быть переданы наличными районному координационному комитету по каждой статье бюджета (транспорт, обеспечение безопасности кампании, персонал и т.д.), должно проводиться в виде *средних расходов на бригаду*.

Комментарий 2. Качество проведения мероприятий по социальной мобилизации зависит не только от числа бригад, и требует составления особого бюджета. Для своевременного планирования настоятельно рекомендуется обратиться к ЮНИСЕФ за получением экспертной поддержки.



**Таблица А4.1.
Предлагаемый
образец стандартной
таблицы для расчета
бюджета для ДИ**

64. Page 60-61, Table A4.1: why there is additional row? Because I have made special row for supervision (I feel very strongly that similar modification has to be done in ENGLISH version in the second addition!): that type of programme component is very special and – quite different from social mobilization. So, I do not understand why those two components have been placed together.

White line any-
way – see Georges
comments

Компоненты программы	Статьи бюджета	Примечания
Административные расходы	Стандартные расходы (материалы, аренда, оборудование и т.п.) для обеспечения работы координаторов/координационных комитетов различных уровней. Копировальные услуги. Издательские услуги.*	долл. США
Пропаганда и получение поддержки	Проведение встреч. Материалы. Реклама в средствах массовой информации.	долл. США
НППИ	Затраты по найму экспертов/членов комиссии для изучения/анализа случаев НППИ. Затраты на расследование случаев НППИ (командировочные расходы для членов оперативных групп).	долл. США
Оборудование для холодильной цепи	Холодильные камеры, дизель-генератор (если необходимо), сигнализация, резервное оборудование (там, где применимо). Морозильники, холодильники, термометры, запчасти. Термоконтейнеры, сумки-холодильники, холодильные элементы.	долл. США
Персонал	Средние транспортные расходы на прививочную бригаду × число бригад. Стимулирование/премиальные.	долл. США
Планирование /подготовка кадров (совещания)	Размер суточных × число дней совещания × число участников. Учебные материалы (стандартный комплект). Разработка / издание Руководства по ДИ. Издание/тиражирование форм*.	долл. США
Материалы для прививочных пунктов	Ручки, доска для размещения объявлений, папки, штампы для прививочных карт/талонов посещения.	долл. США
Контрольные посещения для проверки исполнения Социальная мобилизация	Размер суточных × число дней контрольных визитов × число лиц. Разработка / издание руководства для работников теле- и радиовещания. Разработка / издание листовок и плакатов. Издание брошюр с вопросами и ответами для медицинских работников. Плакаты, флаги и транспаранты для прививочных пунктов и улиц. Социальная реклама (на ТВ, радио, в газетах). Церемония открытия ДИ. Церемония закрытия ДИ.	долл. США

* Формы для оперативных подсчетов числа привитых, талоны посещения, отчетные формы для сведения данных, формы маттехобеспечения, контрольные вопросники для проверяющих исполнение, формы для расследования случаев НППИ, отчеты о контроле процессов сжигания использованных материалов и т.д.





Компоненты программы	Статьи бюджета	Примечания
Эпиднадзор	Затраты на комплект оборудования для ИФА в национальной и/или субнациональной лабораториях. Затраты на стандартное обучение лабораторных работников. Годовой запас тест-систем для определения коревых и краснушных IgM антител методом ИФА.	долл. США
Транспорт	Затраты на распределение вакцины и материалов. Затраты на распределение оборудования для холодильной цепи. Затраты на бензин.	долл. США
Вакцины и оборудование для инъекций	Стоимость вакцин, содержащих коревой вирус. СБ-шприцы. Шприцы 5 мл с иглами. Контейнеры для безопасной утилизации отходов. Средства для дезинфекции кожи. Наборы для оказания первой помощи.	долл. США
Утилизация использованных материалов	Средние затраты на транспорт и сжигание использованных материалов на одну прививочную бригаду x число бригад.	долл. США
Прочие расходы	Обслуживание автомобилей. Покупка льда.	долл. США

**Форма А4.1.
Стоимость вакцин
для ДИ**

ОБРАЗЦЫ ФОРМ ДЛЯ СОСТАВЛЕНИЯ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО БЮДЖЕТА

Вакцины	Целевой возраст (лет)	Целевые возрастные-группы	Требуемое кол-во доз	Кол-во доз во флаконе	Число флаконов	Цена за флакон	Стоимость (US \$)		
							Вакцины	Поставка	Всего
Вакцина, содержащая вирус кори				10					
Против краснухи				10					
Итого:									

**Форма А4.2.
Стоимость шприцев и контейнеров для безопасной утилизации использованных материалов**

Наименование	Кол-во упаковок	Цена за упаковку	Стоимость (US \$)		
			Вид товара	Поставка	Всего
Самоблокирующиеся шприцы 0.5 мл с иглой 23G x 1" (0.6 мм x 25 мм) – 100 СБ-шприцев в упаковке					
Шприцы для разведения вакцины и иглы					
Контейнер для безопасной утилизации использованных шприцев – 25 контейнеров в упаковке					
Итого:					

**Форма А4.3.
Оперативные расходы по ДИ**

№	Описание	Стоимость (US \$)
1	Холодовая цепь и маттехобеспечение	
2	Обучение медицинских работников	
3	Социальная мобилизация	
4	Эпидемиологический надзор	
5	Мониторинг и оценка	
6	Поддержка кампании	
	Итого:	

**Форма А4.4.
Общий/ суммарный бюджет, необходимый для подготовки и проведения ДИ**

№	Описание	Стоимость (US \$)
1	Стоимость вакцин	
2	Стоимость шприцев/контейнеров для безопасной утилизации отходов	
3	Оперативные расходы по ДИ	
4	Дополнительные расходы	
	Итого:	

ПРИЛОЖЕНИЕ 5. | ПРЕДЛАГАЕМЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ НА ЗАСЕДАНИИ НАЦИОНАЛЬНОГО МКК

ВАЖНЕЙШИЕ ВОПРОСЫ

Увеличение потребности в ресурсах для обеспечения кампании ДИ делает необходимым установление крепких партнерских отношений и координации деятельности с другими министерствами и ведомствами, а также с международными агентствами и организациями-донорами. В Таблице А5.1 приведены основные важные вопросы, которые должны решаться в рамках партнерства.

Таблица А5.1.
Примеры важнейших вопросов, которые должны быть решены совместно с партнерами

Заинтересованные организации и ведомства	Проблемы для обсуждения	Ожидаемые решения/поддержка
Министерство образования.	Вакцинация школьников.	<ul style="list-style-type: none"> Использование расписания занятий на учебный год, включая каникулы. Совместное планирование и обеспечение школ медицинским персоналом. Информирование преподавателей и получение их поддержки.
Министерство культуры .	Вакинация этнических меньшинств.	<ul style="list-style-type: none"> Правильный выбор языка печатных материалов, рекламных объявлений. Использование национальных праздников, времени молитвы.
Агентство по охране окружающей среды.	Сжигание шприцев на открытом воздухе.	<ul style="list-style-type: none"> Адаптация нормативного регулирования к потребностям кампании.
Министерство внутренних дел.	Обеспечение безопасности медицинского персонала. Организация прививок в группах заключенных, подлежащие вакцинации.	<ul style="list-style-type: none"> Обеспечение безопасности полевых бригад и собственности министерства здравоохранения. Совместное планирование.
Министерство иностранных дел.	Вакцинация Иммигрантов, беженцев.	<ul style="list-style-type: none"> Совместное планирование и оказание помощи бригадам МЗ, обеспечение медперсоналом и транспортными средствами.
Министерство обороны.	Вакцинация Военнослужащих.	<ul style="list-style-type: none"> Совместное планирование и обеспечение медицинским персоналом.
Министерство энергетики.	Энергоснабжение удаленных территорий.	<ul style="list-style-type: none"> Соглашение о бесперебойном энергоснабжении всех удаленных учреждений здравоохранения во время проведения ДИ.
Религиозные лидеры, общественные лидеры и деятели, неправительственные организации.	Вакцинация труднодоступных групп населения и групп высокого риска.	<ul style="list-style-type: none"> Пропаганда/разъяснение кампании ДИ и развитие контактов с общинами/жителями. Обеспечение волонтерами, предоставление стимулов.
Агентства ООН и другие международные организации.	Получение технической и экспертной поддержки.	<ul style="list-style-type: none"> Проведение предварительных оценок и оказание экспертной поддержки. Международная закупка товаров / услуг. Планирование и организация мероприятий по социальной мобилизации.



ДРУГИЕ ВАЖНЫЕ ВОПРОСЫ

Многие правительственные учреждения/министерства могут оказать поддержку в пропаганде и разъяснении ДИ, дополнительно к совместной работе министерства здравоохранения со специалистами в области коммуникации и просветительской деятельности как из государственного, так и частного секторов. Участие партнеров может иметь большое значение в решении следующих важных вопросов:

Вопросы коммуникации/связи. Планирование и проведение кампании требует организации связи, отличной от той, что используется в обычное время:

- а. координаторы всех уровней должны контактировать друг с другом в ходе подготовки и внедрения кампании;
- б. координационные штабы кампании в районах должны обеспечивать поддержку полевым бригадам, тем самым увеличивается потребность в телефонной связи; и
- в. районы и области/провинции должны предоставлять ежедневные отчеты, что повышает потребность в факсах и/или в компьютерах. Ресурсы, необходимые для коммуникационных потребностей, могут быть найдены посредством сотрудничества с партнерами.

Транспорт. Увеличиваются потребности в транспортировке, и их обычно достаточно сложно обеспечить.

- *Транспортировка вакцин, растворителей, СБ-шприцев и контейнеров для безопасной утилизации отходов должна быть обеспечена сектором здравоохранения, так как это требует наличия специальных технических знаний и подготовки для поддержания холодовой цепи.*
- Рекомендуется обеспечивать *транспортировку оборудования для холодовой цепи* путем заключения контрактов на полный пакет услуг, включая оформление таможенных документов и «растаможивание» грузов, временное хранение, транспортировку по стране, установку и ввод в действие оборудования.
- *Транспортировку материалов для социальной мобилизации и других печатных изданий* можно обеспечить с помощью партнеров, например, национальной транспортной компании.

Холодовая цепь. Для обеспечения адекватной работы холодовой цепи в период проведения ДИ требуется решить три важнейших вопроса, работая совместно с партнерами:

1. достаточные площади для хранения вакцин – эту проблему можно решить во взаимодействии с частным сектором, например, с предприятиями мясомолочной промышленности;
2. достаточные мощности для замораживания холодовых элементов; и
3. бесперебойное энергоснабжение.





ПРИЛОЖЕНИЕ 6. | ТАБЛИЦЫ ДЛЯ МИКРОПЛАНИРОВАНИЯ

Теоретический пример:
Провинция/область
«Север»
(с районами А-Г)

Таблица А6.1.
Потребности в
кадрах

Примечание: Используйте

*такой же формат
таблиц на районном и
национальном уровне.*

- Суммируйте итоговые значения, полученные по районам территории
- Добавьте требуемое для области/провинции число лиц, проверяющих исполнение, и водителей

Примечания:

- ^a Все население: информация из наиболее надежного официального источника (должен быть определен)
- ^b Вся целевая группа = все население, подлежащее вакцинации
- ^c Целевая группа городского населения = все население, подлежащее вакцинации в городах
- ^d Целевая группа сельского населения = все население, подлежащее вакцинации в сельской местности
- ^e Городские бригады = необходимое общее число бригад в городах
- ^f Сельские бригады = необходимое общее число бригад в сельской местности
- ^g Общее число бригад = необходимое общее число бригад в одном районе (является основным знаменателем для расчетов)
- ^h Весь медперсонал = два медицинских работника на одну бригаду x число бригад
- ⁱ Волонтеры = рекомендуется, по крайней мере, два волонтера на одну бригаду
- ^j Лица, контролирующие проверку исполнения, = один сотрудник на 5-10 бригад

Районы	Все население ^a	Вся целевая группа ^b	Городское население ^c		Сельское население ^d		Кадровые ресурсы				
			Целевая группа	^e Бриг Число	Целевая группа	^f Бриг Осл Ч	^g Число медперсонала	^h Общее число волонтеров	ⁱ Число лиц, контролирующих исполнение	^j Число водителей	
Район А											
Район Б											
Район В											
Район Г											
Всего на районном уровне											
Область/провинция «Север»											
Итого											

Районы	Целевая группа	Общее число бригад ^d	Дозы вакцины ^b	Флаконы с вакциной ^c	СБ-шприцы ^d	Шприцы (5 мл) ^e	Спиртовые салфетки ^f	Безопасные контейнеры ^g	Наборы для первой помощи ^h
Район А									
Район Б									
Район В									
Район Г									
Всего									

Таблица А6.2.
Вакцина, материалы и
оборудование

Районы	Число сумок-холодильников			Кол-во холодových элементов ^j			Объем для хранения вакцин (литры) ^k		
	Необходимо ⁱ	Имеется	Требуется Дополнительно	Необходимо ⁱ	Имеется	Дополнительно необходимо	Необходимо ⁱ	Имеется	Дополнительно необходимо
Район А									
Район Б									
Район В									
Район Г									
Всего									

Таблица А6.2
(продолжение)

Районы	Объем для хранения холодových элементов (литры) ^l			Кол-во термоконтейнеров ^m			Мощность замораживания (кг/день) ⁿ		
	Необходимо ⁱ	Имеется	Дополнительно необходимо	Необходимо ⁱ	Имеется	Дополнительно необходимо	Необходимо ⁱ	Имеется	Дополнительно необходимо
Район А									
Район Б									
Район В									
Район Г									
Всего									

Таблица А6.2
(продолжение)

Примечания:

- ^a Число бригад = значения из Таблицы А6.1.
- ^b Дозы вакцины = число подлежащих вакцинации x 1,77 (коэффициент потери).
- ^c Флаконы с вакциной = число доз вакцины, деленное на 10.
- ^d СБ-шприцы 0.5 мл для введения вакцины = число доз вакцины.
- ^e Шприцы (5 мл) и иглы 18G для разведения вакцины = число доз вакцин, деленное на 10.
- ^f Спиртовые салфетки = число доз вакцины + 10% резерва
- (Это приводится только как пример для планирования; ВОЗ не рекомендует использование этих салфеток).

^g Контейнеры для безопасной утилизации отходов (5 литров) = число шприцев всех типов, деленное на 100 + 25% резерва.

^h Набор для оказания первой помощи при проведении ДИ используется медицинскими работниками для экстренного лечения коллапса.

ⁱ Одна сумка-холодильник = на 1 бригаду.

^j Холодовые элементы = 2 набора холодových элементов на 1 сумку-холодильник (т.е. 4 холодových элемента).

^k Требуемый объем для хранения вакцины (в холодильнике или морозильнике) = Число доз x Стандартный объем хранения на дозу (3 литра/1000 доз).

^l Требуемый объем для хранения холодových элементов (морозильник) = Число требуемых сумок-холодильников x 4 холодových элемента x 0,4 литра.

^m Термоконтейнеры = 2 на район

ⁿ Мощность замораживания = Число килограмм льда в день ИЛИ число холодových элементов в день.

Районы	Целевая группа	Общее число бригад	Подготовка кадров/ планирование (совещания)	Транспорт	Социальная мобилизация	Прочие/ непредвиденные расходы	Всего
Район А							
Район Б							
Район В							
Район Г							
Всего на районном уровне							
Область/провинция «Север»							
Итого							

Примечания: * Выплачиваются на районном уровне районным координатором в местной валюте

Таблица А6.3.
Оперативные
расходы*

ПРИЛОЖЕНИЕ 7. | МЕТОДЫ РАСЧЕТА ПОТРЕБНОСТЕЙ В МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ

Для каждого варианта «специальной» стратегии подготовьте заявку на материально-техническое обеспечение и требуемый бюджет.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА ЦЕЛЕВОЙ ГРУППЫ

- 1) Для расчета размера целевой группы возьмите данные о численности населения из последней переписи или статистического ежегодника и подсчитайте численность каждой из возрастных групп, которые будут прививаться в ходе ДИ.
- 2) Если известна только пропорция всего населения целевой группы, то для вычисления ее абсолютной численности, следует умножить долю населения целевой группы на общую численность населения.
- 3) Если известна пропорция населения целевой возрастной группы, проживающего в городской и сельской местности, то можно рассчитать численность целевых групп городского и сельского населения (Таблица А7.1).

Таблица А7.1.
Доля различных возрастных групп (обоих полов) в общей численности населения (по официальным данным) (Румыния, 1998 г.)

Примеры целевых возрастных групп (лет)	Пропорция в общей численности населения		
	Городское население	Сельское население	Всего
1 – 14	0,097	0,084	0,181
1 – 19	0,144	0,116	0,260
1 – 24	0,193	0,155	0,347

Пример: Район «К» с населением 0,5 миллиона жителей, целевая возрастная группа для ДИ: 1-14 лет

ГОРОДСКОЕ НАСЕЛЕНИЕ: $500\ 000 \times 0,097 = 48\ 500$ подлежащих вакцинации
СЕЛЬСКОЕ НАСЕЛЕНИЕ: $500\ 000 \times 0,084 = 42\ 000$ подлежащих вакцинации
ВСЕГО: ГОРОДСКОЕ + СЕЛЬСКОЕ = $48\ 500 + 42\ 000 = 90\ 500$

РАСЧЕТ НЕОБХОДИМОГО ЧИСЛА ПРИВИВОЧНЫХ БРИГАД

Стандартная бригада из 4 человек может привить:

- в городской местности: 2000 подлежащих вакцинации (200 подлежащих вакцинации в день x 10 рабочих дней кампании);
- в сельской местности: 1500 подлежащих вакцинации (150 подлежащих вакцинации в день x 10 рабочих дней кампании).



Этап 1: Городские бригады = $(48500/2000) = 24,3$
(при округлении – 24 бригады)

Этап 2: Сельские бригады = $(42000/1500) = 28$ бригад

Этап 3: Общее число бригад, требующихся для района «К» $(24 + 28) = 52$

РАСЧЕТ ПОТРЕБНОСТИ В ВАКЦИНАХ СОДЕРЖАЩИХ ВИРУС КОРИ (ВСК) (ЧИСЛО ДОЗ И 10-ДОЗОВЫХ ФЛАКОНОВ)

Этап 1: Размер целевой группы умножается на принятый коэффициент потерь (1,177 или 15%)
Пример для этапа 1: $90\ 500 \times 1,177 = 106\ 519$ требуется доз ВСК

Этап 2: Расчитайте требуемое количество флаконов, содержащих 10 доз ВСК
Пример для этапа 2: $106\ 519/10 = 10\ 652$ флаконов ВСК необходимо

РАСЧЕТ ПОТРЕБНОСТИ В ШПРИЦАХ И КОНТЕЙНЕРАХ ДЛЯ БЕЗОПАСНОЙ УТИЛИЗАЦИИ ОТХОДОВ

Самоблокирующиеся шприцы (0.5 мл)

ПРИМЕР: НЕОБХОДИМОЕ ЧИСЛО СБ-ШПРИЦЕВ =
Общему числу требуемых доз ВСК (т.е. 106 519 шприцев)

Одноразовые шприцы объемом 5,0 мл и иглы 19G для разведения вакцины

ПРИМЕР: НЕОБХОДИМОЕ ЧИСЛО ШПРИЦЕВ 5 МЛ И ИГЛ =
Общему числу флаконов ВСК (т.е. 10 652 комплекта для разведения)

Контейнеры для безопасной утилизации отходов: емкость 5 литров

- Критерий для планирования = 1 безопасный контейнер может вместить ~80 шприцев (5,0 мл или 0,5 мл) и игл
- Безопасные контейнеры поступают в картонных коробках (25 контейнеров в одной коробке)

ТРЕБУЕМОЕ ЧИСЛО БЕЗОПАСНЫХ КОНТЕЙНЕРОВ =
(число СБ-шприцевх 1,3)/100 или $(106\ 519 \times 1,3) / 100 = 1385$
НЕОБХОДИМОЕ ЧИСЛО КОРОБОК С КОНТЕЙНЕРАМИ $(1385/25) = 56$





РАСЧЕТ ПОТРЕБНОСТИ В СРЕДСТВАХ ДЛЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ КОЖИ (СПИРТОВЫХ САЛФЕТКАХ)

Дезинфицирование кожи в месте введения вакцины может быть оговорено в национальной политике, хотя ВОЗ не рекомендует этого, так как на данный момент нет доказательных данных, подтверждающих необходимость в такой практике. Если в стране действует подобная политика, требуется рассчитать финансовые потребности для приобретения необходимых материалов.

Для дезинфекции кожи можно использовать вату и разведенный спирт или готовые спиртовые салфетки. Спиртовые салфетки больше подходят для работы в полевых условиях, что связано с низким коэффициентом потерь и легкостью планирования потребности и учета.

ПОТРЕБНОСТЬ В СПИРТЕ = [объем разведенного спирта на одного вакцинируемого (0,5 мл) × 106 519] / 1000 = 107 л
ПОТРЕБНОСТЬ В ВАТЕ =
[количество ваты на одного прививаемого (0,8 г) × 106 519] / 1000 = 86 кг

Спиртовые салфетки поставляются в коробках по 50 пар, т.е. 100 спиртовых салфеток в 1 стандартной коробке.

НЕОБХОДИМОЕ ЧИСЛО СПИРТОВЫХ САЛФЕТОК =
Необходимое число доз вакцины (т.е. 106 519 спиртовых салфеток)
ЧИСЛО КОРОБОК СО СПИРТОВЫМИ САЛФЕТКАМИ = (106 519 / 100) = 1066

РАСЧЕТ ПОТРЕБНОСТИ В НАБОРАХ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ АНАФИЛАКСИИ

Каждая бригада должна быть обеспечена одним набором для оказания первой помощи. Резервный запас, равный 10%, должен быть добавлен для замены наборов.

НЕОБХОДИМОЕ ЧИСЛО НАБОРОВ ДЛЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ =
Число бригад × 1,1 (52 бригады × 1,1) ≈ 57 наборов для первой помощи необходимо

РАСЧЕТ ПОТРЕБНОСТИ В СУМКАХ-ХОЛОДИЛЬНИКАХ, ХОЛОДОВЫХ ЭЛЕМЕНТАХ И ТЕРМОКОНТЕЙНЕРАХ

Каждая бригада должна быть обеспечена сумкой-холодильником и двумя комплектами холодových элементов (соответствующего размера); например, когда используется один комплект, другой находится в морозильнике.





Этап 1: Проведите инвентаризацию имеющихся сумок-холодильников.

Этап 2: Подсчитайте число необходимых сумок-холодильников = число бригад (т.е. 52).

Этап 3: Вычтите число имеющихся сумок-холодильников из числа необходимых для того, чтобы получить число недостающих сумок-холодильников.

Этап 4: Прделайте тоже самое для расчета требуемого количества холодных элементов.

Этап 5: Таким же образом проведите расчет для термоконтейнеров (каждый район должен иметь 2 термоконтейнера для длительного хранения вакцины со стандартным числом холодных элементов, чтобы обеспечить транспортировку вакцины).

РАСЧЕТ НЕОБХОДИМОГО ОБЪЕМА ОБОРУДОВАНИЯ ДЛЯ ХОЛОДОВОЙ ЦЕПИ

Два расчета, приводимые ниже, нужно проводить на каждом уровне, чтобы проконтролировать, достаточна ли емкость холодильного районного склада для хранения используемых в кампании материалов (вакцины, содержащие вирус кори, могут храниться охлажденными при температуре от 2°C до 8°C или в замороженном виде (от -15° до -20°C)).

Шаг 1: Рассчитайте имеющийся общий объем холодильного оборудования

Получите данные по инвентаризации имеющегося работающего оборудования для холодной цепи. Затем обратитесь к Таблице А9.1 в Приложении 9 для определения имеющейся общей холодильной емкости оборудования для холодной цепи.

Шаг 2: Вычтите объем, используемый для хранения вакцины, применяемых при плановой иммунизации

Чтобы оценить требуемый объем оборудования для холодной цепи, необходимый для хранения вакцины, используемой в ходе ДИ, вычтите из имеющейся общей емкости холодильного оборудования, рассчитанную емкость, которая используется, для хранения вакцин применяемых при плановой иммунизации (как правило, 50%–70%)

Пример: Расчет потребности требуемого объема холодильного оборудования для хранения вакцины в районе «К»

- Районный склад для хранения вакцины имеет **морозильник MF 214** (объем камеры для хранения вакцины – 192 литра) и **холодильник TCW 1152/CF с дополнительной ледяной защитой** (объем камер для хранения вакцин- 169 литров) (см. Таблицу А9.1 в Приложении 9).





- Если 1/4 морозильника (48 литров) заполнена холодowymi элементами, и 3/4 холодильника (127 литров) заполнены вакциной для плановой иммунизации, тогда оставшаяся емкость холодого оборудования, свободная для вакцины, используемой в ходе ДИ, равняется примерно: $(192-48) + (169-127) = 144 + 42 = 186$ литров.
- Поскольку каждые 3 литра холодильной емкости могут вместить по 1000 доз ВСВК, то в оставшейся емкости может храниться до 62 000 доз ВСВК (т.е. $(186 / 3) \times 1000 = 62\ 000$ доз) или 6200 флаконов с вакциной.

Вывод: Району «К» требуется дополнительный объем холодого оборудования. Могут быть рекомендованы варианты: или использовать дополнительные термоконтейнеры с заменяемыми холодowymi элементами, или арендовать дополнительно требуемый объем для хранения вакцины в другом месте/учреждении.

РАСЧЕТ ТРЕБУЕМОЙ МОЩНОСТИ МОРОЗИЛЬНОГО ОБОРУДОВАНИЯ

За пределами холодной цепи лечебных учреждений реальным оперативным параметром является мощность морозильного оборудования, определяемая как количество льда или число холодowych элементов, которое может быть заморожено в день в имеющемся оборудовании (см. Таблицу А9.3 в Приложении 9).

НЕОБХОДИМЫЙ ОБЪЕМ МОРОЗИЛЬНОГО ОБОРУДОВАНИЯ =
Число холодowych элементов \times 0,4 литра

Примечание: Запланируйте закупки дополнительных объемов льда и включите эти необходимые затраты в бюджет ДИ, если морозильная мощность вашего оборудования не обеспечивает необходимого уровня потребности.

РАСЧЕТ ЗАТРАТ НА БЕЗОПАСНУЮ УТИЛИЗАЦИЮ ИСПОЛЬЗОВАННЫХ МАТЕРИАЛОВ

Стоимость безопасной утилизации использованных материалов будет зависеть от соответствующей стратегии, разработанной для ДИ.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ПОЛИТИКА:

- В сельской местности проводится захоронение или сжигание безопасных контейнеров на месте.
- В городской местности безопасные контейнеры хранятся на местах до завершения кампании, а затем производится их сбор из учреждений здравоохранения и транспортировка в заранее определенные места для уничтожения (в мусоросжигательных печах больниц, на цементных заводах и т.д.).

Бюджет на безопасную утилизацию использованных материалов в соответствии с вышеуказанной стратегией должен включать:



- затраты на сбор и транспортировку безопасных контейнеров из городских лечебных учреждений;
- затраты на их централизованную безопасную утилизацию; и
- затраты на защитные средства для работников, проводящих сжигание (если применимо): защитные очки, фартук, прочные перчатки.

РАСЧЕТ ЗАТРАТ НА ТРАНСПОРТИРОВКУ НА УРОВНЕ РАЙОНА

Приведенные в Таблице А7.2 статьи расходов могут быть включены в бюджетную заявку на транспортное обеспечение.

**Таблица А7.2.
Статьи расходов,
которые могут
быть включены в
бюджетную заявку
на транспортное
обеспечение**

Статья расходов	Командировочные × число дней	Расходы на бензин
Транспортировка вакцины и материалов для кампании из провинциально/областного/центрального склада	Водитель и работник склада	Расходы на поездку в оба конца.
Распределение по району	Водитель и работник склада	Расходы на поездки в оба конца.
Сбор в очень удаленных местах: сельский медицинский работник собирает вакцину в общинах	Медицинский работник	Если применимо.
Бригады, ночующие в полевых условиях	Медицинские работники; Водитель (для мобильной бригады)	Расходы на поездку в оба конца.
Проверка исполнения на уровне района: до и в ходе кампании (с использованием автомобилей)	Работники, проводящие проверку; Водители	Расходы на запланированный маршрут.
Все имеющиеся машины (за исключением машин для проверки исполнения) должны использоваться для транспортировки полевых бригад и материалов	Если применимо – местный транспорт	Расходы на запланированный маршрут.
Промежуточная сумма	Промежуточная сумма = командировочные + расходы на бензин	
Другие непредвиденные расходы (ремонт машин, билеты на общественный транспорт и т.п.)	Рекомендуется добавить 15% от промежуточной суммы	
Общий бюджет, требуемый для транспортного обеспечения ДИ	Промежуточная сумма × 1,15	

РАСЧЕТ ТРЕБУЕМОГО БЮДЖЕТА ДЛЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПОДГОТОВКЕ КАДРОВ/ПЛАНИРОВАНИЮ НА УРОВНЕ РАЙОНА

Чтобы рассчитать потребности в обеспечении подготовки кадров в районе вам необходимо знать следующие составляющие:

- обучаемые: (размер суточных × число обучаемых × число дней обучения);
- преподаватели (местные): число преподавателей × выплаты одному преподавателю;
- совещания по планированию: число участников × число дней, когда осуществляется планирование × стоимость местного стандартного обеда/перерывов на кофе/чай; и



Суммируйте
рассчитанные общие
затраты и добавьте 15%
на непредвиденные
расходы во время
проведения обучения/
планирования.

- канцелярские принадлежности: стандартный набор × (число обучаемых + число участников совещаний по планированию).

Примечания:

- *Не* включайте расходы на обучение волонтеров, если они оплачиваются из бюджета на мероприятия по социальной мобилизации.
- *Не* включайте расходы на мероприятия по пропаганде и содействию кампании, если они оплачиваются из бюджета на мероприятия по социальной мобилизации или провинциально/областного бюджета.

ПРИЛОЖЕНИЕ 8. | ФОРМА ДЛЯ ВЫБОРОЧНОГО ОПРОСА

Представленная ниже анкета может быть использована работниками, ведущими проверку исполнения, для проведения выборочного опроса населения перед началом ДИ. Проведение специального опроса полезно для оценки эффективности мероприятий по социальной мобилизации, в особенности, в отношении групп высокого риска или труднодоступных групп населения. Выборочные опросы можно провести в течение недели, предшествующей началу ДИ. Это позволит иметь достаточно времени для исправления любой обнаруженной проблемы.

Номер дома/квартиры	
Охват плановыми прививками	
Все ли дети до 5 лет привиты в плановом порядке в рамках РПИ (обведите «да», «нет» или «неизвестно»)	(ребенок 1) Да / Нет / Неизвестно (ребенок 2) Да / Нет / Неизвестно (ребенок 3) Да / Нет / Неизвестно (ребенок 4) Да / Нет / Неизвестно (ребенок 5) Да / Нет / Неизвестно
Если какой-либо ребенок <5 лет не привит планово, то почему? (не подсказывайте, отметьте все, что подходит)	<input type="radio"/> Нет времени <input type="radio"/> Не знали, что нужно прививать <input type="radio"/> Лечебное учреждение слишком удалено <input type="radio"/> Лечебное учреждение перегружено(очереди) <input type="radio"/> Не признают иммунизацию <input type="radio"/> Боятся вакцинации <input type="radio"/> Не считают вакцинацию важной <input type="radio"/> Ребенок без родителей <input type="radio"/> Не знаю <input type="radio"/> Нет ответа <input type="radio"/> Другие причины*
Осведомленность о предстоящей кампании	
Какие даты?	<input type="radio"/> Даты известны <input type="radio"/> Даты неизвестны
Какая возрастная группа? (Отметьте все, что подходит)	<input type="radio"/> Известно о возрасте 1-5 лет <input type="radio"/> Известно о возрасте 6-15 лет <input type="radio"/> Известно о возрасте >15 лет (если применимо) <input type="radio"/> Неизвестно
Как родители в семье узнали о предстоящей кампании? (Отметьте все, что подходит)	<input type="radio"/> От медработников или волонтеров <input type="radio"/> По радио <input type="radio"/> По телевидению <input type="radio"/> Объявления по громкоговорителю <input type="radio"/> Плакаты <input type="radio"/> Транспаранты <input type="radio"/> От соседей <input type="radio"/> Другие источники* <input type="radio"/> Никогда не слышали

* укажите на обратной стороне этой страницы

ПРИЛОЖЕНИЕ 9. | ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ ХОЛОДОВОЙ ЦЕПИ

Таблица А9.1.
Объем некоторых типов холодильного оборудования, используемого для хранения вакцин

Для получения самого последнего перечня оборудования, поставляемого по каналам ЮНИСЕФ, обратитесь к каталогу имеющейся продукции ЮНИСЕФ (http://www.unicef.org/supply/index_about.html).

Описание	Производитель	Модель	Объем	
			Холодильник	Морозильник
Холодильники только компрессионного типа				
Холодильник с дополнительной ледяной защитой	Electrolux SARL	TCW 1152/CF	169	0
Холодильник и морозильник для холодových элементов	Electrolux SARL	RCW 42AC/CF	12	12
Холодильник с дополнительной ледяной защитой	Vestfrost A/S	MK144	45	45
Холодильник с дополнительной ледяной защитой и морозильник для холодových элементов	Electrolux SARL	TCW1990	37.5	17
Холодильник с дополнительной ледяной защитой и морозильник для холодových элементов	LEG Refrig. PLC	VC 139 F	107.5	0
Холодильник с дополнительной ледяной защитой	Vestfrost A/S	MK 074	20	5
Морозильник для холодových элементов	Electrolux SARL	TFW 800	0	145
Холодильник с дополнительной ледяной защитой	Vestfrost A/S	MK 204	63	0
Холодильник с дополнительной ледяной защитой	Vestfrost A/S	MK 304	108	0
Холодильник и морозильник для холодových элементов	Electrolux SARL	RCW 50 AC	24	8
Морозильник с верхним расположением двери для вакцин/замораживания холодových элементов	Vestfrost A/S	MF 114	0	72
Морозильник с верхним расположением двери для вакцин/замораживания холодových элементов	Vestfrost A/S	MF 214	0	192
Морозильник с верхним расположением двери для вакцин/замораживания холодových элементов	Vestfrost A/S	MF 214	0	264
Морозильник с верхним расположением двери для вакцин/замораживания холодových элементов	Electrolux SARL	FCW 300	0	264
Морозильник с верхним расположением двери для вакцин/замораживания холодových элементов	Electrolux SARL	FCW 200	0	144

переноски вакцины, сумки-холодильники

**Таблица А9.2.
Некоторые
производители
термоконтейнеров,
модели и
вместимость
вакцины (л)**

Термоконтейнеры, сумки-холодильники	Производитель	Модель	Объем вакцины (литры)
Большой термоконтейнер для непродолжительного хранения вакцины	Electrolux SARL	RCW 25/CF	20,7
Большой термоконтейнер для непродолжительного хранения вакцины	Ina ColdMed	CB/INO/B3/90	16,2
Малый термоконтейнер для непродолжительного хранения вакцины	Ina ColdMed	CB/INO/C2/90	6,5
Большая сумка-холодильник	The Thermos Company	3504/UN/CF	1,7
Малый термоконтейнер для непродолжительного хранения вакцины	Ina ColdMed	CB/INO/D1/90	4,0
Малый термоконтейнер для длительного хранения вакцины	Oyster Industries (Pvt.) Ltd.		9,7
Большая сумка-холодильник	Beijing Light Industrial Products Import & Export Corporation Ltd.	IA	1,3
Большой термоконтейнер для длительного хранения вакцины	Savopak Oy P.	KR 48	20,9
Большая сумка-холодильник	Gio Style Spa		2,6
Малая сумка-холодильник	Electrolux SARL	RCW 2/CF	0,6
Малая сумка-холодильник	True Pack Ltd.	T.P.001	0,8
Небольшой термоконтейнер для непродолжительного хранения вакцины	Blow Kings	55-CF	8,6
Небольшой термоконтейнер для длительного хранения вакцины	Electrolux SARL	RCW 12/CF	8,5
Большая сумка-холодильник	Apex Continental Limited	IVC-9AF	1,6
Малая сумка-холодильник	Apex Continental Limited	IVC-8F	0,8
Малая сумка-холодильник	Blow Kings	VDC-24-CF	0,9
Большой термоконтейнер для длительного хранения вакцины	Apex Continental Limited	ICB-11F	23,1
Малый термоконтейнер для длительного хранения вакцины	Apex Continental Limited	ICB-8F	5,0
Большой термоконтейнер для длительного хранения вакцины	Blow Kings	CB/20/5U -CF	20,0
Большая сумка-холодильник	Blow Kings	VC/42/MOD/2/CF	1,5
Малый термоконтейнер для длительного хранения вакцины	Blow Kings	CB/5/2A/CF	7,2
Малая сумка-холодильник	Promociones LISA S.A.		0,7
Малый термоконтейнер для непродолжительного хранения вакцины	Polyfoam Packers Corporation	390	9,2

Таблица А9.2.
(продолжение)

Should this
dash stay

Термоконтейнеры, термоконтейнеры для переноски вакцины, сумки-холодильники	Производитель	Модель	Объем вакцины (литры)
Большая сумка-холодильник	Nylex Packaging PTY Ltd.		1,4
Большая сумка-холодильник	Blow Kings	BK-VC1.6-CF	1,7
Сумка-холодильник для НДИ	CIP Industries PO	Frigivac для программы борьбы с полиомиелитом	1,7
Малый термоконтейнер для непродолжительного хранения вакцины	Electrolux SARL	RCW 8/CF	5,3
Большой термоконтейнер для непродолжительного хранения вакцины	Apex Continental Limited	ICB-14F	15,0
Большой термоконтейнер для непродолжительного хранения вакцины	Beijing Municipal Sanitation and Antiepidemic Cold-Chain Comp. Ltd.	LCB-8A	1,6
Большая сумка-холодильник	Blow Kings	CB/10-CF	10,0

* Источник: Информационные таблицы по оборудованию (PIS)

19. Page 86 (78): Sven, it should be as follows:

«переноски вакцины, сумки-холодильники». Sorry, that I did not explain in my notes clearly how that part should be corrected.



**Таблица А9.3.
Морозильная
мощность стандартного
оборудования для
холодовой цепи (с
емкостью для хранения
холодовых элементов)**

Модели морозильников и холодильников (ВОЗ/ЮНИСЕФ)	Практическая морозильная мощность* (кг льда в сутки)	Замораживание холодных элементов емкостью 0.3 литра (кол-во холодных элементов в сутки)	Емкость для хранения холодных элементов 0.3 л (кол-во хранящихся холодных элементов)
Морозильник для холодных элементов Electrolux TFW 791	≈ 30 кг / сутки (без ускоренного замораживания)	≈ 100 в сутки	≈ от 150 до 200
Морозильник для холодных элементов Electrolux TFW 800	≈ 20 кг / сутки (без ускоренного замораживания)	≈ 60 в сутки	≈ от 150 до 200
Морозильник с верхним расположением двери Vestfrost MF 314 (большая модель)	≈ 30 кг / сутки	≈ 100 в сутки	≈ до 450
Морозильник с верхним расположением двери Electrolux FCW 300 (большая модель)	≈ 20 кг / сутки	≈ 60 в сутки	≈ до 450
Холодильник с дополнительной ледяной защитой с морозильной камерой Vestfrost MK 074	≈ 20 кг / сутки	≈ 60 в сутки	≈ 10 (очень маленькое морозильное отделение)
Холодильник дополнительной ледяной защитой с морозильной камерой Electrolux TCW 1990	≈ 15 кг / сутки	≈ 50 в сутки	≈ 20 (очень маленькое морозильное отделение)
Холодильник с дополнительной ледяной защитой БЕЗ морозильника Electrolux или Vestfrost	0 кг / сутки	0 в сутки	0
Бытовой холодильник, стандартная модель (при условии нормальной работы)	? кг / сутки (возможно от 5 до 10 кг в сутки)	? в сутки (Возможно от 15 до 30 холодных элементов в сутки)	? (Возможно от 25 до 50 холодных элементов)
Газовый холодильник Сибирь V 240 GE	≈ 3 кг / сутки	≈ 10 в сутки	≈ 60
Холодильник на солнечных батареях, большинство моделей	≈ 0 кг / сутки	≈ 0 в сутки	≈ 0 в сутки

* При практической эксплуатации учитываются амортизация оборудования, сервисное обслуживание, а также техническое состояние оборудования



ПРИЛОЖЕНИЕ 10. | ОБРАЩЕНИЕ С ВАКЦИНАМИ, БЕЗОПАСНОСТЬ ИНЪЕКЦИЙ И УТИЛИЗАЦИЯ ИСПОЛЬЗОВАННЫХ МАТЕРИАЛОВ

Потерянную активность вакцин восстановить невозможно. Повреждающее воздействие на вакцину тепла и света накапливается постепенно.

Ампулы с растворителем никогда не следует замораживать, чтобы избежать риска повреждения стекла ампулы, что может привести к контаминации ее содержимого. Никогда нельзя помещать ампулы с растворителем в морозильник или допускать ее соприкосновения с замороженными поверхностями.



ОБРАЩЕНИЕ С ВАКЦИНАМИ ПРОТИВ КОРИ, КРАСНУХИ И ДИВАКЦИНОЙ ПРОТИВ КОРИ-КРАСНУХИ

Вакцины, содержащие живые вирусы, теряют свою активность при воздействии тепла или яркого ультрафиолетового света, т.е. солнечных лучей или люминесцентного (неонового) излучения.

Рекомендуемый температурный режим хранения вакцин: Коревая и краснушная вакцины – это лиофилизированные вакцины, и необходимо обеспечить их хранение при температуре от 2°C до 8°C; при этом, на более высоких уровнях холодной цепи, т.е. на национальном (центральном) и региональном/провинциальном/областном уровнях, эти вакцины можно хранить в замороженном виде (от -15°C до -25°C).

Необходимый объем для хранения: Рекомендованный максимальный объем для хранения одной дозы вакцины в 10-дозном флаконе составляет 3,0 см³. При планировании используется стандартный критерий – 3 литра объема для хранения каждых 1000 доз.

Условия хранения растворителя: Растворитель можно хранить при комнатной температуре или вместе с вакциной при температуре от 2°C до 8°C. При разведении вакцины растворитель должен быть той же температуры, что и вакцина, соответственно, достаточное количество растворителя на день должно содержаться при температуре от 2°C до 8°C в течение не менее 12 часов перед использованием.

Разведение вакцины против кори и краснухи

- Вакцины поставляются с соответствующими растворителями (той же компании- производителя).
- Вакцина должна быть растворена соответствующим растворителем (той же компании- производителя).
- Необходимо использовать отдельный шприц для разведения (5 мл) для каждого флакона растворителя и вакцины.
- Никогда не оставляйте иглу, воткнутой в резиновый колпачок флакона с вакциной.
- Шприц для разведения вакцины должен быть немедленно помещен в безопасный контейнер, без надевания колпачка на иглу.
- После разведения вакцину следует поместить в прохладное место (в изолирующую прокладку сумки-холодильника или в специальное отверстие в холодном элементе) и защитить от солнечного света.

Использование самоблокирующегося (СБ) шприца

- Перед использованием каждого СБ-шприца проверьте, чтобы упаковка не была нарушена или открыта.
- Если необходимо, продезинфицируйте резиновый колпачок флакона с растворителем.
- Не допускайте попадания воздуха во флакон, набирая необходимую дозу.
- Аккуратно наберите одну дозу (0,5 мл). Если доза набрана неправильно, выбросьте СБ-шприц с его содержимым.
- Никогда не набирайте несколько шприцев заранее во время проведения вакцинации.
- Не надевайте колпачок на иглу СБ-шприца перед инъекцией или после ее проведения.

БЕЗОПАСНОСТЬ ИНЪЕКЦИЙ

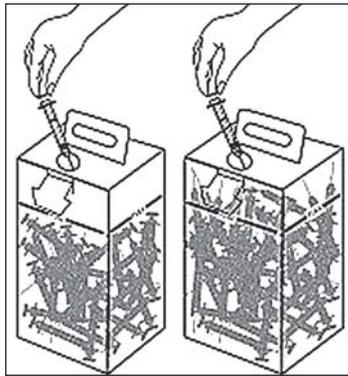
Введение вакцины

- Местом введения является наружная часть плеча.
- Способ введения – подкожный.
- Доза вводимой вакцины – 0,5 мл.
- Если необходимо, очистите кожу перед инъекцией, но избегайте использования неразбавленного спирта (он может инактивировать вакцину).



Сбор СБ-шприцев в контейнеры для безопасной утилизации использованных материалов

- *Сразу же после инъекции поместите использованный СБ-шприц в контейнер для безопасной утилизации использованных материалов.*
- Не надевайте колпачков на шприцы перед тем, как поместить их в безопасный контейнер.



БЕЗОПАСНО:
Контейнер
заполнен на
3/4 объема
(максимально)

ОПАСНО:
Контейнер
заполнен
выше
безопасного
уровня

- Не отделяйте иглу от шприца.
- Заполняйте безопасный контейнер примерно на 3/4 объема.
- Не помещайте в контейнер слишком много шприцев.

Поставляемые безопасные контейнеры (5 литров) могут вместить примерно 80 использованных шприцев.

- После заполнения безопасного контейнера (на 3/4), задвиньте крышку контейнера для того, чтобы шприцы не выпали из него.
- Замените заполненный безопасный контейнер на пустой и всегда имейте в запасе дополнительный безопасный контейнер.
- Не выбрасывайте пустые флаконы в безопасный контейнер, так как они могут взорваться при сжигании.



УТИЛИЗАЦИЯ ОТХОДОВ

Транспортировка и хранение заполненных контейнеров для безопасной утилизации использованных материалов

Убедитесь в том, что вы передаете заполненные безопасные контейнеры ответственному лицу, которое должно поместить их в безопасное и охраняемое место до их окончательной утилизации или сжигания.

Методы утилизации безопасных контейнеров

Обычно применяются пять способов уничтожения заполненных безопасных контейнеров или изоляции их от людей. Каждый из выбранных способов утилизации отходов должен соответствовать требованиям национального и регионального нормативного регулирования по охране окружающей среды и конкретным инструкциям Министерства здравоохранения для вашего медицинского учреждения. Ведите учет числа собранных и утилизированных безопасных контейнеров.

ЗАКАПЫВАНИЕ В ЯМУ ДЛЯ ОТХОДОВ

Использованные шприцы могут быть закопаны в яму для отходов. Внимательно выберите место для захоронения и выкопайте яму достаточно большую и глубокую, чтобы поместить в нее объемные контейнеры. Если загрязненные СБ-шприцы каким-либо образом выпадают из контейнеров и попадают в водоемы или на землю, то люди могут наступить на них, а дети могут использовать их как игрушки.

- Выберите такое место, которое не будет в будущем перекапываться или использоваться для устройства туалетов (с целью контроля оно должно быть расположено рядом с лечебным учреждением).
- Оградите и очистите территорию.





- Выкопайте яму глубиной не менее двух метров (но выше уровня грунтовых вод) для того, чтобы помещенные туда материалы не вынесло из нее, например, во время сезона дождей. Извлеченную почву сохраните рядом с ямой.
- Принесите заполненные безопасные контейнеры к яме непосредственно перед тем, как закопать их. Не открывайте и не опорожняйте контейнеры.
- Поместите заполненные безопасные контейнеры в яму.
- Засыпьте контейнеры слоем почвы толщиной не менее 30 см. При возможности залейте сверху яму бетоном, когда она заполнится.
- Необходимо, чтобы квалифицированный сотрудник контролировал этот процесс. Не доверяйте эту жизненно-важную задачу неквалифицированным людям.

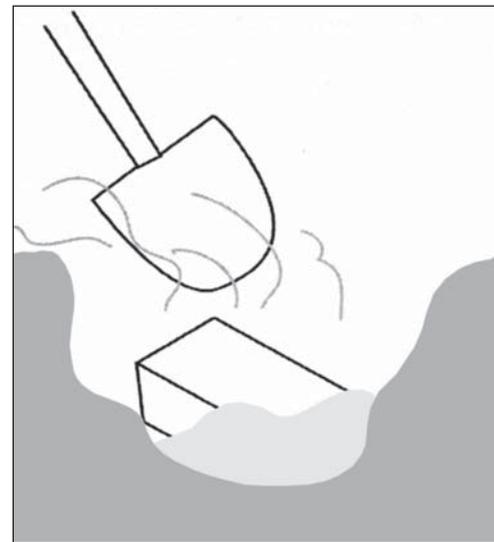
ЗАХОРОНЕНИЕ В БЕТОННУЮ КАПСУЛУ

Специально изготовленная **безопасная яма** является другим вариантом утилизации (захоронения) безопасных контейнеров без их сжигания. Безопасная яма бывает обычно глубиной два метра и диаметром один метр, чтобы внутрь ее можно было бы поместить изготовленную на месте бетонную трубу. Такая яма имеет бетонную крышку с встроенной в нее металлической трубой с крышкой. Эта труба должна быть достаточно большой для того, чтобы через нее помещать в яму безопасные контейнеры.

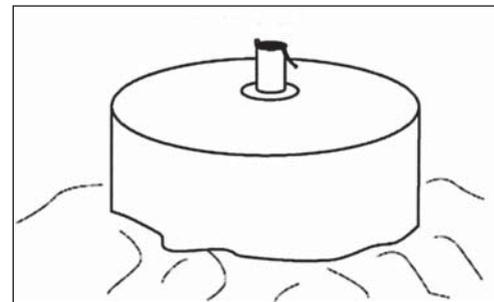
СЖИГАНИЕ В ОТКРЫТОЙ ЯМЕ

Сжигание в открытой яме не рекомендуется если имеются другие методы утилизации, поскольку горение пластика может оказать неблагоприятное воздействие на загрязнение воздуха.

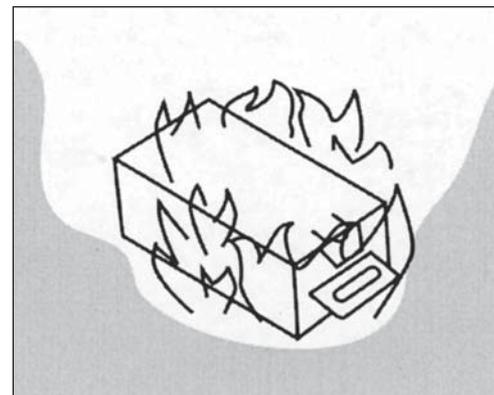
- Выберите для сжигания неиспользуемое место, как можно дальше от жилых построек. Этот участок должен быть огражден и очищен.
- Выберите квалифицированного сотрудника для контроля за процессом сжигания.
- Выкопайте яму глубиной не менее одного метра, но глубина ее не должна быть слишком большой, чтобы было удобно поджечь отходы.
- Поместите заполненные безопасные контейнеры в яму. Разместите бумагу, листья или другие легковоспламеняющиеся материалы между контейнерами для подготовки к сжиганию.



Яма для отходов



Безопасная яма



Сжигание в открытой яме



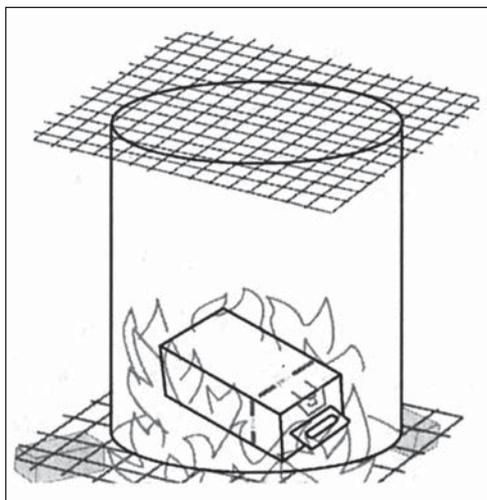


- При возможности, добавьте немного керосина и подожгите.
- Предупредите людей, чтобы они стояли в отдалении и избегали копоти, дыма и пепла от костра.
- Поддерживайте огонь, пока все контейнеры не будут уничтожены.
- Не забывайте о необходимости удаления и захоронения (засыпания землей) остатков горения.
- После окончания процедуры сжигания засыпьте яму землей.

Остатки игл и безопасные контейнеры должны быть захоронены после сжигания независимо от того, проводилось ли сжигание в металлическом цилиндре или в открытой яме. Закопайте их глубоко в яму в контролируемой зоне либо на участке, закрытом для посещения людей.

СЖИГАНИЕ В МЕТАЛЛИЧЕСКОМ ЦИЛИНДРЕ

- Выберите место для сжигания на неиспользуемом участке, как можно дальше от жилых строений. Участок должен быть огражден и очищен.
- Разместите четыре кирпича на земле квадратом.
- Положите металлическую сетку или решетку на кирпичи.
- Удалите оба дна 210-литровой (55 галлонов) металлической бочки. Это позволит потокам воздуха свободно проходить через бочку, и ее содержимое будет гореть лучше. Если у вас нет металлической бочки, вы можете сделать цилиндр из листа металла, кирпичей или глины. К снимаемой крышке цилиндра или контейнера можно прикрепить дымоход.
- Поместите цилиндр на металлическую сетку или решетку.
- Поместите заполненные безопасные контейнеры в металлический цилиндр. Разместите бумагу, листья или другие легковоспламеняющиеся материалы между контейнерами для подготовки к сжиганию.



Сжигание в металлическом цилиндре

- При возможности, подлейте немного керосина на контейнеры и другие материалы в цилиндре.
- Положите сверху тонкую металлическую сетку, чтобы уменьшить разнос пепла.
- Положите дрова, бумагу или другие горючие материалы под цилиндр и зажгите их.
- Предупредите людей, чтобы они стояли в отдалении и избегали копоти, дыма и пепла от костра.
- Поддерживайте огонь, пока все контейнеры не будут уничтожены.
- Как только огонь погаснет, и остатки внизу цилиндра остынут, аккуратно соберите их. Захороните остатки в неиспользуемом месте (яме). Покройте слоем почвы толщиной не менее 30 см. По возможности, заделайте цементной заполненную яму с остатками.



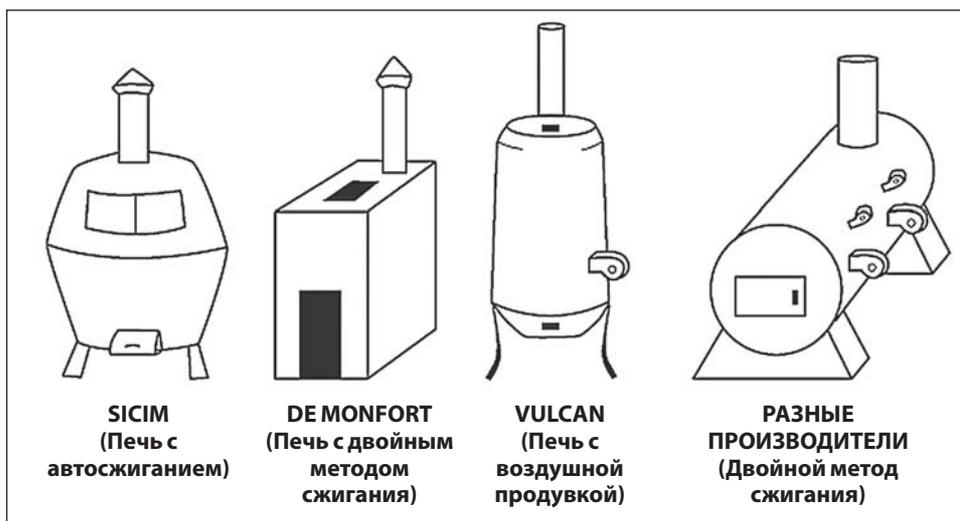
СЖИГАНИЕ В ПЕЧИ

Сжигание в печи может полностью уничтожить шприцы и иглы. Пламя в печи, достигая температуры более 800 °С, убивает микроорганизмы и снижает объем отходов до минимума. Должным образом функционирующие мусоросжигательные печи обеспечивают наиболее полное разрушение шприцев и игл. Они в меньшей степени загрязняют атмосферу, чем сжигание при более низких температурах. Некоторые больницы имеют свои мусоросжигательные печи. Другие используют мусоросжигательные печи предприятий, например, цементных заводов.

Место, где производится мусоросжигание, должно быть безопасным. Хорошо обученные работники, проводящие сжигание мусора, должны носить фартук, сапоги, защитные очки и прочные перчатки.

Функциональные обязанности оператора мусоросжигательной печи

- Учтите, что нагрузка оператора во время кампании будет намного больше, чем во время плановой иммунизации.
- Спланируйте вашу работу соответствующим образом, рассчитав количество безопасных контейнеров, которые будет необходимо сжечь во время ДИ, а также мощность оборудования – весьма вероятно, что сжигание нужно будет проводить каждый день.



Некоторые типы мусоросжигательных печей

- Никогда не открывайте и не опорожняйте безопасные контейнеры.
- Всегда используйте во время процесса сжигания защитные средства: очки, фартук, перчатки.
- Проводите сжигание обычным способом (как при плановой иммунизации), но контролируйте, чтобы при непрерывном (в течение нескольких часов подряд) сжигании большого количества безопасных контейнеров



температура мусоросжигательной печи не повышалась слишком высоко, чтобы не подвергать ее риску повреждения. В этом случае чередуйте при сжигании безопасные контейнеры и непластиковые отходы или делайте перерывы в процессе сжигания.

- Не оставляйте мусоросжигательную печь без надзора до полного завершения процесса сжигания.
- В конце процесса очистите печь от загрязнений и закопайте остатки сожженных материалов в защищенную яму для отходов.
- Ведите письменный учет количества собранных и сожженных безопасных контейнеров.

ПРИЛОЖЕНИЕ 11. | МОНИТОРИНГ И ВЕДЕНИЕ СЛУЧАЕВ НППИ

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР

Эпидемиологический надзор за НППИ является важным компонентом качественной программы иммунизации, поскольку он позволяет отслеживать качество безопасной практики иммунизации, быстро выявлять проблемы и реагировать на них, а также убеждать общественность в гарантированной безопасности проводимых программ иммунизации. В ряде стран надзор за НППИ либо еще не проводится, либо эта система не работает должным образом.

В ходе ДИ четкий эпидемиологический надзор за НППИ позволит быстро выявлять проблемы и решать их до того, как они смогут повлиять на отношение населения к иммунизации. ДИ также дают возможность улучшить рутинный надзор за НППИ путем обучения специалистов.

НППИ, связанные с проведением ДИ

- Будет происходить рост числа зарегистрированных неблагоприятных проявлений после иммунизации.
 - Большое число прививок, проводимых в течение короткого промежутка времени, вероятнее всего, приведет к увеличению числа выявленных и зарегистрированных неблагоприятных проявлений, возникающих в период после иммунизации. Это может вызвать обеспокоенность общественности, даже тогда, когда *уровень частоты* побочных реакций меньше или остается неизменным по сравнению с уровнем, отмеченным в программах плановой вакцинопрофилактики.
 - В ходе кампании неблагоприятные реакции чаще привлекают к себе внимание как со стороны персонала, так и со стороны общественности, особенно когда используются инъекционные вакцины.
- Увеличение частоты неблагоприятных реакций может также возникнуть по следующим причинам:
 - Привлечение нового персонала, не знакомого с данной вакциной или ситуацией, приводит к увеличению числа программных ошибок.
 - В случаях, когда медицинские сотрудники работают в напряженной ситуации (под стрессом), может возникнуть или соблазн «срезать углы», т.е. они могут не соблюдать должным образом правила безопасного выполнения инъекций.

Предупреждение слухов. В ходе кампании слухи могут быстро распространяться, что приводит к отрицательным последствиям.



Движения, выступающие против вакцинации. В некоторых странах плановая вакцинация может вызывать ряд протестов со стороны групп, выступающих против вакцинации. Неблагоприятные реакции, возникающие в ходе кампании, накаляют ситуацию, и могут использоваться некоторыми лицами для обоснования критики плановой вакцинации.

Накопление опыта. Вакцина может вводиться более широким возрастным группам (обычно более старшего возраста), чем при плановой иммунизации. Программа иммунизации, может иметь меньше практического опыта по выявлению и работе с неблагоприятными реакциями, которые возникают в таких более старших возрастных группах (например, артралгии появляются намного чаще у взрослых женщин, чем у девочек дошкольного возраста при иммунизации вакцинами с краснушным компонентом).

НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ПОДЛЕЖАЩИЕ РЕГИСТРАЦИИ

- **Синдром токсического шока:** коревая и краснушная вакцины не содержат консервантов, защищающих от бактериального заражения после их разведения. Бактериальное заражение разведенной вакцины может возникнуть, если открытые флаконы используются в течение более 6 часов после разведения вакцины.
- **Постинъекционный абсцесс:** для извлечения разведенной вакцины из многодозового флакона требуется достаточно много манипуляций, тем самым возникает риск нарушения правил при проведении манипуляций.
- **Анафилактическая реакция и анафилактический шок:**
 - Анафилаксия, хотя и встречается редко, является единственной реальной серьезной опасностью, связанной с введением коревой вакцины. Частота возникновения этого осложнения в ходе ДИ может возникать примерно в 1 случае на 1 000 000.
 - Не существует каких-либо специфических клинических признаков или лабораторных тестов для выявления индивидуальной предрасположенности к тяжелым реакциям на яичный белок или другие компоненты вакцины.
 - Поскольку циркуляторный коллапс может нанести непоправимый ущерб здоровью вакцинируемого; НЕОБХОДИМО доказать, что квалифицированный медицинский персонал своевременно предпринял все необходимые меры для защиты здоровья вакцинируемого.
- **Высокая температура:** высокая температура у недавно привитых детей обычно вызывает беспокойство родителей. Кратковременное (в течение двух дней) умеренное повышение температуры встречается обычно у 5% восприимчивых детей, привитых вакцинами, содержащими вирус кори. Более вероятно, что случаи возникновения высокой температуры связаны с сопутствующими инфекционными заболеваниями (острым отитом,

Рекомендуемые ВОЗ стандартные определения случаев НППИ, подлежащих регистрации во время проведения ДИ, приведены в документе «Надзор за поствакцинальными реакциями и осложнениями – практическое руководство для руководителей программ иммунизации» (13).





ДИ: Румыния, 1998 г. (15)	Число случаев	Показатель на 100 000 доз
Обморок	109	5,20
Аллергическая реакция	9	0,40
Местная реакция	3	0,10
Поствакцинальная корь	2	0,10
Возможная анафилаксия	2	0,10
Высокая температура	1	0,05
Артралгия ^а	1	0,20
Всего	127	6,10

**Таблица А11.1.
НППИ,
зарегистрированные
в ходе недавно
проведенных ДИ
в Европейском
регионе ВОЗ**

ДИ: Албания, 2000 г. (14)	Число случаев	Показатель на 100 000 доз
Энцефалит или энцефалопатия	2	0,20
Асептический менингит	1	0,10
Судороги	1	0,10
Синдром Гийена-Барре	1	0,10
Анафилактическая реакция	1	0,10
Аллергическая реакция	10	1,20
Артралгия	1	0,10
Высокая температура	8	0,90
Обморок	206	23,70
Всего	231	26,60

ДИ: Кыргызстан, 2001г.^б	Число случаев	Показатель на 100 000 доз
Обморок	90	4,90
Умеренная сыпь и/или повышение температуры	28	1,50
Высокая температура (гиперпирексия или неклассифицированная)	9	0,50
Гипотония	1	0,05
Анафилактоидная реакция (Квинке-подобный отек)	1	0,05
Энцефаломиелит	1	0,05
Всего	130	7,00

ДИ: Молдова, 2002г.^б	Число случаев	Показатель на 100 000 доз
Обморок	50	4,50
Аллергические реакции	11	1,00
Судороги	2	0,20
Высокая температура	4	0,40
Анафилактический шок	0	0
Всего	67	6,10

^а В знаменателе - число лиц, привитых комбинированной вакциной против кори и краснухи.

^б Источник: Министерство здравоохранения

**Рис. А11.1.
НППИ,
зарегистрированные
в ходе недавно
проведенных ДИ
в Европейском
регионе ВОЗ**

Примечания:

Вышеуказанная информация является минимальной для устной регистрации НППИ. Каждое лечебное учреждение и выездные прививочные пункты должны получить эту памятку для того, чтобы:

- вести учет НППИ, связанных с ДИ, после передачи информации по телефону, и
- вести подсчет числа случаев для ежемесячной плановой отчетности о НППИ.

- 1) Место: _____
- 2) Пациент с подозрением на НППИ: _____
 - a. Фамилия, имя, отчество _____
 - b. Возраст: _____
 - c. Пол: _____
- 3) Дата: ____/____/____ и время (час) _____ проведения вакцинации
- 4) Дата: ____/____/____ и время (час) _____ появления первого(ых) симптома(ов)
- 5) Дата: ____/____/____ и время (час) _____ когда случай был выявлен (сообщено о нем, случай выявлен по обращению или произошел в лечебном учреждении)
- 6) Тип НППИ: _____
- 7) Проведена ли госпитализация: Да ____ Нет ____ Неизвестно _____
- 8) Исход: _____
- 9) Любая другая существенная информация: _____
- 10) Фамилия медработника, регистрирующего случай НППИ:
- 11) Дата регистрации : ____/____/____ и время: _____ (час)

острым менингитом и пневмонией), однако они могут представлять реальную проблему, если одновременно возник очаг таких случаев.

- Летальный исход, госпитализация или другие тяжелые, или необычные осложнения: именно эти ситуации вызывают сильное беспокойство родителей. Все эти случаи ДОЛЖНЫ быть расследованы для того, чтобы:
 - показать, что данное осложнение не было связано с вакцинацией;
 - укрепить доверие общественности к вакцинам, используемым при плановой иммунизации или в ходе кампаний
- Обморок: часто встречается при вакцинации подростков против кори.

АНАФИЛАКСИЯ

Описание клинических проявлений и дифференциальный диагноз

Данный раздел следует рассматривать как руководство по оказанию первой помощи пациентам в амбулаторных условиях (38, 39).

Анафилаксия – это редко встречающееся и потенциально угрожающее жизни аллергическое поствакцинальное осложнение, возникновение которого можно



ожидать у любого вакцинируемого. При этом анафилаксия – это одно из наиболее редко встречающихся осложнений, регистрируемых в рамках системы постмаркетингового надзора за неблагоприятными проявлениями после вакцинации. В программах плановой вакцинопрофилактики ежегодный показатель анафилактической реакции колеблется в пределах от 0,11 до 0,31 случаев на 100 000 доз использованных вакцин. Профилактика является наилучшим подходом. Перед проведением вакцинации необходимо провести краткий опрос вакцинируемого, который включает вопросы о возможной аллергии на любые компоненты препарата(ов), с тем, чтобы изначально определить противопоказания к введению препарата.

Каждый вакцинатор должен быть хорошо осведомлен о симптомах анафилактической реакции и быть готовым к принятию первоочередных экстренных мер и введению необходимых препаратов.

В большинстве случаев анафилактическая реакция развивается в течение 30 минут после введения вакцины. Поэтому после введения вакцины все привитые должны оставаться под наблюдением как минимум в течение 15 минут; считается, что наблюдение в течение 30 минут после введения вакцин является более целесообразным, если есть подозрение на возможность развития аллергической реакции на вакцину. Если риск невелик, то наблюдение может ограничиться тем, что получивших вакцину просят не покидать учреждение, где проводились прививки (напр., оставаться в школе), в течение определенного времени, и при развитии недомогания – немедленно обратиться к вакцинатору для обследования.

Необходимо отличать анафилактическую реакцию от обморока (вазовагального обморока), тревожных состояний или приступов с задержкой дыхания, которые встречаются более часто и считаются сравнительно легкими реакциями. При обмороке человек внезапно бледнеет, теряет сознание и падает. Временами обмороки сопровождаются кратковременными клоническими судорогами (т.е. ритмическим подергиванием конечностей), но такие реакции обычно не требуют принятия каких-либо специальных мер или проведения расследования. При обмороке человека просто переводят в горизонтальное положение. Человек приходит в сознание через 1–2 минуты, но еще в течение несколько минут может оставаться бледность кожных покровов, продолжаться сильное потоотделение и регистрироваться сравнительно низкое артериальное давление. Вероятность обморочных состояний можно снизить с помощью мер, направленных на избежание стрессовой ситуации для лиц, ожидающих своей очереди к вакцинатору. Такие меры могут включать сокращение времени ожидания прививки, поддержание комфортной температуры в помещении, подготовка вакцин к введению в местах, скрытых от глаз вакцинируемых, а также обеспечение приватности при проведении процедуры. В целях предупреждения травматизма в случае развития обморока рекомендуется, чтобы лица, подверженные риску обморочных состояний, во время введения вакцины сидели.

Люди тревожного склада могут испытывать сильный страх, у них наблюдаются бледность кожных покровов и повышенное потоотделение; кроме того, вакцинируемый может жаловаться на головокружение, онемение, а также покалывание в конечностях и на коже лица. Обычно хорошо заметно учащенное дыхание. Медицинский работник должен успокоить такого человека и дать ему подышать в бумажный пакет, пока не исчезнут симптомы.



Рисунок А11.2.
Форма отчета о
распределении
случая с
подозрением на
НПТИ

Номер пациента (номер эпид. регистрации):			
Фамилия пациента:		Имя, отчество:	
Адрес:			
Дата рождения:		Пол:	ФИО родителей:
ПРИВИВОЧНЫЙ АНАМНЕЗ И ДРУГАЯ ИНФОРМАЦИЯ			
Дата проведения вакцинации:	Прививочный пункт	Учреждение Здравоохранения	ФИО вакцинатора
Подозреваемая(ые) вакцина(ы)	Производитель	Номер серии/партии	Срок годности
Информация о вакцине			
Информация о растворителе			
Другой(ие) препарат(ы), принятый(е)/ введенный(е) одновременно с вакциной			
Сколько людей были вакцинированы вакциной из той же партии?			
МЕДИЦИНСКИЙ АНАМНЕЗ (в случае положительного ответа, сделайте пометку в графе «Да»)			
Местная реакция	Да	Системная реакция	Да
<ul style="list-style-type: none"> Постинъекционный абсцесс 		<ul style="list-style-type: none"> Синдром токсического шока 	
<ul style="list-style-type: none"> Тяжелая местная реакция (припухлость за пределами ближайшего сустава ИЛИ болезненность, покраснение и припухлость в течение более 3 дней ИЛИ необходимость госпитализации) 		<ul style="list-style-type: none"> Судороги (фебрильные/афебрильные) в течение 3 дней после вакцинации 	
		<ul style="list-style-type: none"> Температура 39 °С в течение 48 часов после вакцинации 	
		<ul style="list-style-type: none"> Менингит (асептический) в течение 7 дней после вакцинации 	
		<ul style="list-style-type: none"> Анафилактикоидная реакция/анафилактический шок в течение 48 часов после вакцинации 	
<ul style="list-style-type: none"> Энцефалопатия в течение 72 часов после вакцинации 		<ul style="list-style-type: none"> Энцефалопатия в течение 72 часов после вакцинации 	
<ul style="list-style-type: none"> Легкая местная реакция в группе привитых 		<ul style="list-style-type: none"> Госпитализация: даты _____ Учреждение: _____ 	
<ul style="list-style-type: none"> Прочее 		<ul style="list-style-type: none"> Другие неблагоприятные проявления, считающиеся связанными с вакцинацией 	
<ul style="list-style-type: none"> Смерть вакцинированного, связанная по времени с прививкой (произошедшая в течение 4 недель после иммунизации) 			

Подробное описание симптомов:			
Дата и время проявления симптомов:			
Результаты лабораторных исследований:			
Реакции на ранее проводимые прививки, лекарственная аллергия и т.д. в анамнезе:			
Проведенное лечение и исход:			
ИТОГОВЫЕ ДАННЫЕ ПО РАССЛЕДОВАНИЮ СЛУЧАЯ НППИ			
Этот раздел заполняется после завершения расследования зарегистрированного случая НППИ*, когда получены необходимые данные; заполненный раздел этой формы отсылается в центр (Министерство здравоохранения).			
Связана ли реакция с проведенной вакцинацией? (Да/Нет/Неизвестно): ____ Если «Да», укажите причину			
Причины	Да	Нет	Неизвестно
• Проблемы с хранением или транспортировкой вакцины			
• Неправильная техника введения			
• Ошибка при разведении			
• Ошибка производителя вакцины			
• Несоблюдение требований по стерильности			
• Ошибка, связанная с вакциной, но не по вине производителя			
• Прочие ошибки – укажите конкретно:			
• Принятые необходимые мер – укажите какие:			
ФИО руководителя группы расследования ПВРиО:		Дата проведения расследования:	
Комментарии			
<p>* Зарегистрированный случай НППИ определяется либо как единичный серьезный случай (т.е. госпитализация или смерть вакцинированного), либо как групповой случай[§] менее тяжелых реакций.</p> <p>[§] Групповым случаем НППИ называют реакции, если они проявляются намного чаще, чем обычно, и ассоциируются с конкретной вакциной, типом реакции или определенной местностью/медицинским учреждением.</p>			



Задержки дыхания могут наблюдаться у детей раннего возраста при сильном плаче и испуге. Такая реакция проявляется, когда ребенок внезапно замолкает, хотя видны все признаки его возбуждения. По мере продолжения задержки дыхания покраснение лица и цианоз вокруг рта усиливаются. Некоторые приступы заканчиваются, когда ребенок опять начинает плакать, но иногда они переходят в кратковременную потерю сознания, и в это время дыхание возобновляется. Аналогичные приступы у ребенка могут наблюдаться и в других ситуациях. В таких случаях не требуется проведения лечения – действия ограничиваются тем, что вакциниатор успокаивает ребенка и его родителей.

При анафилактической реакции симптомы проявляются в течение нескольких минут, и в этот процесс вовлекаются различные системы организма – происходят изменения со стороны кожных покровов, дыхательной системы и системы кровообращения. Очень редко анафилактическая реакция проявляется исключительно потерей сознания. Обычно это происходит на более поздних стадиях при тяжелых формах реакции.

Основными признаками анафилактической реакции являются следующие:

- зуд, крапивница (более чем в 90% случаев);
- прогрессирующий безболезненный отек в области лица и рта (ангионевротический отек), которому может предшествовать зуд, слезотечение, заложенность носа или покраснение лица;
- симптомы со стороны дыхательной системы включают чихание, кашель, свистящее и затрудненное дыхание; отек верхних дыхательных путей (на что указывает охриплость и/или затруднения при глотании), который может привести к обструкции дыхательных путей; и
- понижение артериального давления, которое обычно развивается на более поздних стадиях и может приводить к кардиогенному шоку и коллапсу.

Ранним признаком иногда может быть отек и появление крапивницы в месте инъекции. Такие проявления встречаются чаще, если вакцина вводится подкожно, а не внутримышечно.

Анафилактическая реакция считается легкой или ранней, если проявления ограничены крапивницей и отеком в месте инъекции. На этой стадии симптоматика может проявляться и со стороны других систем – например, чихание, заложенность носа, слезотечение, кашель, покраснение лица – но это не связано с серьезными нарушениями важных функций организма. Признаки тяжелой анафилактической реакции включают обструктивный отек верхних дыхательных путей, выраженный бронхоспазм и понижение артериального давления.

ЛЕЧЕНИЕ АНАФИЛАКСИИ

Ниже описаны семь основных этапов лечения анафилаксии. Этапы с 1 по 4 должны выполняться очень быстро или одновременно. Приоритетным является введение адреналина (Этап 4), и эту процедуру нельзя откладывать, даже если нет возможности быстро выполнить предшествующие действия.



1. Вызовите помощь, включая вызов скорой помощи.
2. Положите пациента в горизонтальное положение (при возможности, приподнимите ему ноги).
3. Обеспечьте проходимость дыхательных путей (если необходимо).
4. Немедленно введите внутримышечно водный раствор адреналина в разведении 1:1000 в дозе 0,01 мл/кг (максимально – 0,5 мл) в конечность, противоположную той, в которую вводилась вакцина. Незамедлительное введение адреналина обязательно: запоздалое введение этого препарата более опасно, чем неправильное его применение.

Рекомендуется вводить адреналин внутримышечно, так как при этом быстрее достигаются более высокие концентрации препарата, чем при подкожном введении. Можно дважды повторять введение той же дозы адреналина с интервалом в 10-20 минут, если необходимо; однако не следует вводить адреналин в ту конечность, в которую вводилась вакцина. Для обеспечения максимального всасывания препарата каждую дозу следует вводить в другую конечность.

Необходимо тщательно рассчитать вводимую дозу адреналина. Предпочтительнее вести расчет по массе тела пациента, если вес известен. Избыточные дозы адреналина могут вызвать субъективное ухудшение состояния пациента, вызывая учащенное сердцебиение, тахикардию, покраснение кожных покровов и головную боль. Хотя эти симптомы и неприятны, такие побочные эффекты не представляют опасности. У лиц старшего возраста может развиваться аритмия, но такие реакции встречаются редко у здоровых детей.

Когда вес тела неизвестен, можно рассчитать примерную дозу водного раствора адреналина в разведении 1: 1000 по возрасту пациента (см. Таблицу А11.5).

Возраст	Доза ^а (мл)
12 месяцев	0,10
18 месяцев до 4 лет	0,15
5 лет	0,20
6–9 лет	0,30
10 – 13 лет	0,40 ^б
≥14 лет	0,50 ^б

Примечания:

^а Для детей одна доза адреналина составляет 0,01 мл/кг, но не более 0,5 мл; по показаниям можно повторять введение адреналина каждые 10-20 минут, максимально – 3 дозы.

^б При легкой реакции можно применить дозу 0,30 мл

5. Можно ввести дополнительную дозу водного раствора адреналина в разведении 1:1000 из расчета 0,005 мл/кг веса (максимально – 0,3 мл) подкожно в место прививки, чтобы замедлить всасывание вакцины. Эту дополнительную инъекцию можно делать только однократно, вскоре

A11,2. !?

Таблица А11.5. Дозы водного раствора адреналина в разведении 1:1000 для лечения анафилаксии в зависимости от возраста



после введения первой дозы адреналина, в случае умеренно выраженной или тяжелой анафилактической реакции. Внутримышечная инъекция адреналина в место введения вакцины противопоказана, так как происходит расширение сосудов, и ускоряется процесс абсорбции вакцины.

6. Необходимо обеспечить мониторинг основных показателей состояния организма и через небольшие промежутки времени проводить оценку ситуации в целях ведения правильной лекарственной терапии.
7. Организуйте доставку пациента в реанимационное отделение.

При анафилактических реакциях (за исключением самых легких случаев) пациента необходимо госпитализировать как минимум на сутки или обеспечить наблюдение за состоянием больного в течение не менее 12 часов.

Врач должен заполнить отдельную форму на каждый предполагаемый случай анафилаксии и отправить этот документ районному координатору.

Рис. А11.3. Форма извещения о случае(и) с подозрением на анафилаксию

* Несмотря на то, что настоящая анафилаксия встречается чрезвычайно редко, рекомендуется проводить расследование всех случаев подозрения на анафилактическую реакцию, по времени связанную с введением вакцин, содержащих вирус кори, чтобы продемонстрировать своевременность принятия необходимых мер для предупреждения поражения жизненно-важных систем пациента (в первую очередь, мозга) во время циркуляторного коллапса.

Фамилия, имя, отчество больного: _____

Возраст: _____ Пол: _____

Дата: ____/____/____ и время _____ введения вакцины, содержащей вирус кори.

Дата: ____/____/____ и время _____ появления первого симптома.

Общие симптомы

- Бледность (Да/Нет): ____ Слабость в ногах (Да/Нет): ____ Апноэ (Да/Нет): ____
- Потливость (Да/Нет): ____ Тошнота (Да/Нет): ____ Головокружение (Да/Нет): ____
- Звон в ушах (Да/Нет): ____ Нечеткость зрения (Да/Нет): ____
- Общая слабость (Да/Нет): ____

Сердечно-сосудистые симптомы:

- Выраженное снижение артериального давления (Да/Нет): ____
- Тахикардия (Да/Нет): ____

Обструкция верхних дыхательных путей:

- Ангиоэдема – отек губ, лица, шеи, языка; затрудненное дыхание, речью и глотание (любой из этих признаков) (Да/Нет): ____

Обструкция нижних дыхательных путей:

- Субъективные ощущения стеснения за грудиной и одышки (Да/Нет): ____
- Бронхоспазм (слышимые экспираторные хрипы) (Да/Нет): ____



Кожа:

- Диффузная эритема (Да/Нет): ____
- Крапивница (зудящие волдыри с эритематозными краями и четко очерченными бледными центрами) (Да/Нет): ____
- Периферический отек (Да/Нет): ____

Неврологические симптомы:

- Транзиторные судорожные движения (Да/Нет): ____
- Блуждающие глазные яблоки (Да/Нет): ____

Развитие симптомов во времени: (исключая недомогание)

- Время восстановления сознания: ____ минут
- Время исчезновения симптомов нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы: ____ минут

Проведенное лечение

Введение адреналина (Да/Нет): ____

Если «Да», способ введения:

- Подкожно (Да/Нет): ____ Если «Да», сколько раз: ____
- Внутримышечно (Да/Нет): ____ Если «Да», сколько раз: ____
- Внутривенно (Да/Нет): ____ Если «Да», сколько раз: ____

Введение антигистаминных препаратов (Да/Нет): ____

Введение аэрозольных бронхорасширяющих препаратов (Да/Нет): ____

Введение гидрокортизона (Да/Нет): ____

Больной госпитализирован (Да/Нет): ____

Если «Да», дата: ____ / ____ / ____ и время: ____ поступления в стационар

Лечение в стационаре (если проводилось): _____

Дата выписки из стационара: ____ / ____ / ____

Диагноз при выписке из стационара: _____

Лечащий врач больного: _____

Дата заполнения: _____

Дата отправки районному руководителю РПИ: ____ / ____ / ____

Рис. А11.3. Начало на странице

Some of this should be deleted to say continued

(Продолжение)



ПРИЛОЖЕНИЕ 12. | ПОДГОТОВКА КАДРОВ: ПОТРЕБНОСТИ И РУКОВОДСТВО

Обучение должно быть простым и предусматривать единый подход на всех уровнях. Тем не менее, необходимо сделать упор на разъяснение специфики ДИ и на устранение недостатков, обнаруженных в ходе оценки, предшествующей проведению кампании.

ПОТРЕБНОСТИ В ОБУЧЕНИИ ДЛЯ РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЕЙ

Координаторы провинциального/областного и районного уровней нуждаются в подготовке по следующим вопросам:

- организация прививочных бригад, их распределение по территории, контроль за их работой и оказание им необходимой поддержки;
- использование таблиц для расчета потребностей и для отчета о результатах ДИ;
- управление системой интегрированного мониторинга за охватом вакцинацией в ходе ДИ и случаями НППИ (рабочие/оперативные группы, формы учета и отчетности, линии связи);
- анализ и оценка показателей качества работы;
- расследование тяжелых случаев НППИ или групповых случаев НППИ;
- планирование и внедрение специальных стратегий;
- планирование и реализация стратегии обеспечения безопасности ДИ; и
- планирование и проведение оценки уровня охвата вакцинацией во время и/или после ДИ.

Сотрудникам, ведущим проверку исполнения (на всех уровнях), необходима подготовка по вопросам:

- планирование ДИ;
- заполнение контрольных вопросников в ходе проверки исполнения (до и в период кампании); и
- заполнение форм выборочных контрольных обследований.

Вакцинаторов необходимо подготовить по вопросу:

- Наилучшая практическая работа на прививочном пункте.



ГРАФИК ПОДГОТОВКИ КАДРОВ

За восемь недель до начала ДИ. Национальный координационный комитет должен провести обучение, по крайней мере, одного представителя из каждого провинциального/областного координационного комитета и из каждого комитета по социальной мобилизации. Национальный комитет должен распространить все материалы, необходимые для проведения обучения на районном уровне. В ходе учебных занятий участники обучения, представляющие территориальный уровень, также должны разработать дополнительные материалы для подготовки кадров в своих районах.

За шесть недель до начала ДИ. Прошедшие подготовку представители областного/провинциального уровня должны, в свою очередь, обучить специалистов районного уровня (представителей районных координационных комитетов и комитетов по социальной мобилизации).

За четыре недели до начала ДИ. Подготовленные специалисты районного уровня должны обучить всех координаторов в лечебных учреждениях и всех вакцинаторов в районе.

За три недели до начала ДИ. Координаторы прививочных пунктов должны провести обучение волонтеров и принять участие в заседаниях местных общественных комитетов по ДИ.

МЕТОДЫ И ВОПРОСЫ, КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ В ЦЕНТРЕ ВНИМАНИЯ

Обучение для ДИ должно проходить по каскадному принципу, чтобы обеспечить последовательность передаваемой информации.

Примечание: Там, где это возможно, основные вопросы, связанные с обучением, были включены в каждую из глав настоящего руководства.

На основе анализа проблем, связанных с организацией подготовки кадров в ходе недавно проведенных ДИ, можно дать следующие рекомендации.

- Все вакцинаторы, независимо от имеющегося у них опыта участия в плановой вакцинопрофилактике, должны пройти обучение, проводимое подготовленными инструкторами.
- Обучение вакцинаторов должно проводиться в активной форме с организацией практических занятий всякий раз, когда это возможно.
- Наряду с общей ориентацией обучения на специфику ДИ следующие темы должны быть представлены:
 - подготовка и управление работой прививочных пунктов,
 - заполнение форм для подсчетов и талонов посещений,
 - работа с СБ-шприцами и сборка безопасного контейнера,
 - пользование термоиндикаторами на флаконах и сумками-холодильниками,
 - оказание помощи при внезапной потере сознания,
 - методы безопасной утилизации отходов, и
 - разъяснение оснований для применения каждого из правил безопасности ДИ.



СОВЕТЫ

- Привлекайте партнеров к обучению вакцинеров в ситуациях, когда не хватает инструкторов системы МЗ (квалифицированные инструкторы могут быть предоставлены следующими организациями: агентствами ООН, Международным обществом Красного Креста и Красного Полумесяца, Агентством США по международному развитию, Неправительственными Общественными Организациями и др.).
- Используйте учебные занятия для оценки уровня готовности персонала к проведению кампании.
- Привлекайте работников, которые контролируют проверку исполнения, в качестве инструкторов.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

Каждая бригада вакцинеров должна быть обеспечена *Руководством для вакцинера*, включающим следующие материалы:

- Гарантирование прививочной работы высокого качества на пункте вакцинации (Приложение 16);
- Руководство по безопасности кампании (Приложение 10); и
- Лечение анафилаксии и обморочных состояний (Приложение 11).

ПРИЛОЖЕНИЕ 13. | КАК ОРГАНИЗОВАТЬ ПРОВЕДЕНИЕ ПРИВИВОК

СОСТАВ БРИГАДЫ ВАКЦИНАТОРОВ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЕЕ РАБОТЫ

Четыре медицинских работника, организованные для выполнения дополнительных задач, могут эффективно работать как стандартная прививочная бригада. Это обеспечивает вакцинаторам оптимальные условия для того, чтобы привить в течение дня необходимое число детей без ущерба для качества прививочной работы. Это также обеспечивает большую гибкость реагирования на ситуацию при работе в полевых условиях. Функциональные обязанности медицинских работников на прививочном пункте представлены в Таблице А13.1.

В первые несколько дней кампании нагрузка максимальная

Квалификация медицинских работников	Функциональные обязанности
Медсестра или студентка медицинского училища	Разведение вакцины и фиксирование времени на этикетке. Заполнение СБ-шприцев. Обеспечение правильного хранения разведенной вакцины, когда она не используется, и поддержание охлажденным достаточного количества растворителя.
Врач или квалифицированная медсестра	Оценка состояния пациентов перед прививкой. Введение вакцины. Обеспечение безопасности процедуры. Предоставление информации и ответов на любые вопросы. Мониторинг за реакциями на прививку и принятие соответствующих мер в случае их появления.
Регистратор	Учет всех привитых. Заверение прививочных карточек печатью и фиксирование даты на них (если они используются).
Персонал поддержки	Помощь в организации прививочного пункта. Организация лиц, подлежащих вакцинации. Проверка возраста и фиксирование возраста на обратной стороне прививочной карточки. Поддержание порядка в зоне ожидания, обеспечение очередности доступа в пункт и информирование ожидающих о любых задержках.

Таблица А13.1.
Обязанности медицинского персонала в прививочном пункте



Рис. А13.1.
Развертывание прививочной бригады в городском населенном пункте

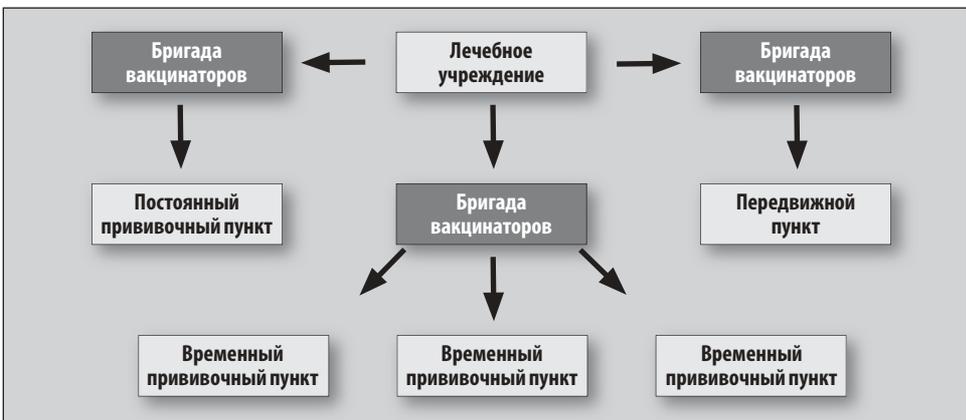


Рис. 13.2.
Развертывание бригады вакцинеров в сельском населенном пункте



Рис. А13.3.
Прививочная карта ДИ (образец)

НАЦИОНАЛЬНАЯ КАМПАНИЯ ДИ ПРОТИВ КОРИ

П Р И В И В О Ч Н А Я К А Р Т А

Место для печати / штампа с ЛОГОТИПОМ кампании

Дата введения ВСВК

день/месяц/год: ____/____/____

ЛОГОТИП ДИ



СХЕМА РАЗВЕРТЫВАНИЯ ПРИВИВОЧНОЙ БРИГАДЫ

Развертывание бригады вакцинов

Схемы развертывания бригад могут различаться в зависимости от географических особенностей и от распределения населения на территории, где проводится кампания. На рис. А13.1 и А13.2, соответственно, представлены примеры вариантов развертывания прививочных бригад в городах и в сельских населенных пунктах.

ПРИВИВОЧНАЯ КАРТА ДИ

Прививочная карта – это документ, выдаваемый вакцинируемому. Этот документ служит письменным подтверждением участия в кампании. Карты используются для идентификации привитых лиц для целей мониторинга и оценки; а также как справочный документ для лиц, вакцинированных в месте, отличном от их постоянного местожительства, когда стратегия предполагает регистрацию дозы, введенной в ходе кампании, в амбулаторной карте пациента.

В некоторых кампаниях ДИ прививочные карты применялись только для отдельных групп населения высокого риска. При выдаче учащимся в ходе проведения кампании в школах было обнаружено, что многие их выбрасывают; таким образом, если прививочные карты используются в таких условиях, следует рассмотреть альтернативные пути их передачи родителям школьников.

Если используются прививочные карты, то рекомендуется их заполнять на пункте вакцинации, используя печать учреждения здравоохранения или штамп с логотипом кампании и датой вакцинации; карточка остается на руках у вакцинированного или у сопровождающего лица.

Формат

Наиболее простой талон (см. Рис. А13.3) включает два элемента:

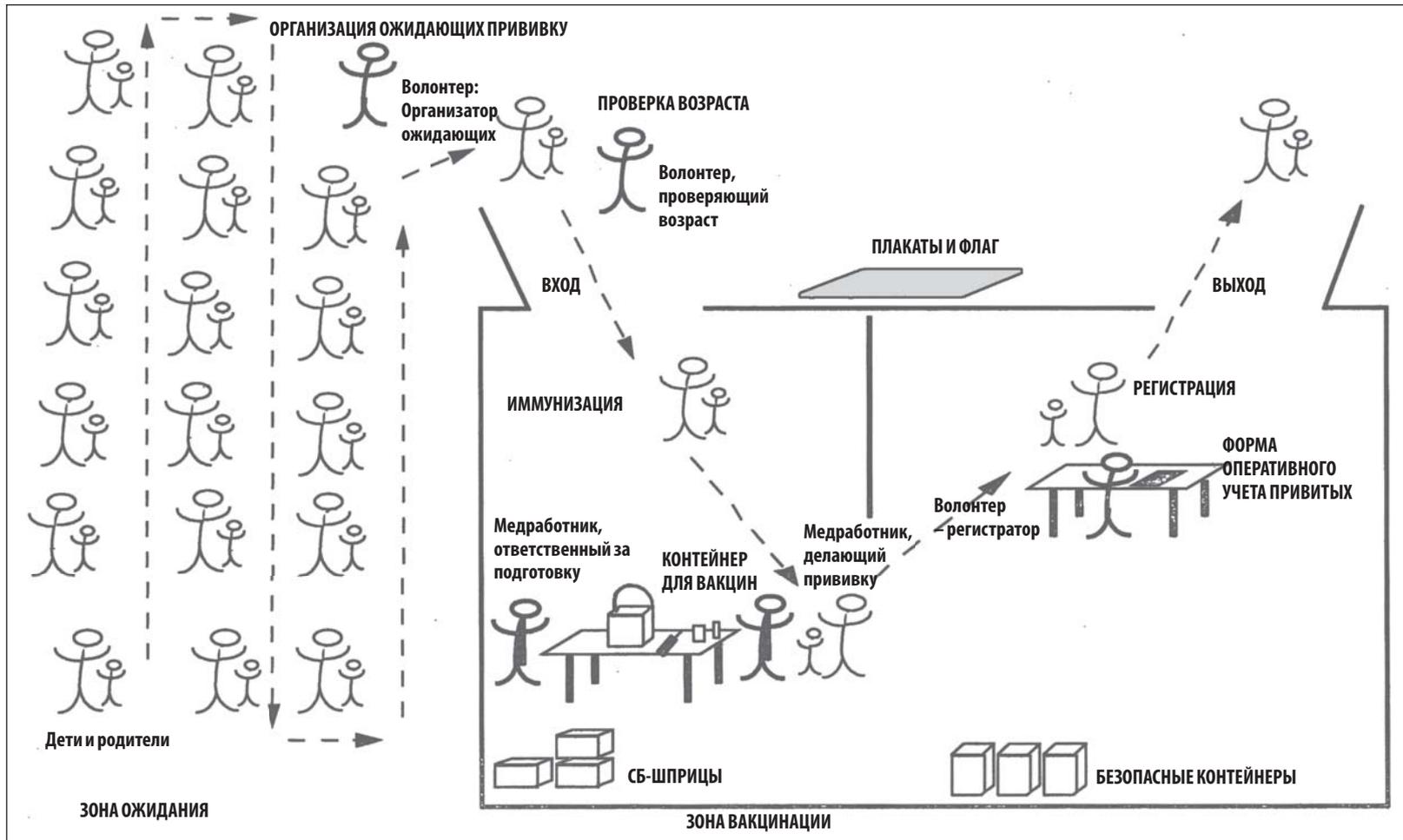
- нестираемый знак с логотипом кампании; и
- дата посещения.

	Число флаконов		Число шприцев		Безопасные контейнеры	Контролирующий работу бригады (Ф.И.О. и подпись)
	Вакцина КК	Растворитель КК	Самоблокирующиеся	Для разведения		
Получено						
Использовано и утрачено						
Возвращено						

Все разделы должны быть заполнены

Каждый день используйте отдельную форму

Рис. А13.5.
Схема организации
прививочного пункта
для ДИ



ПРИЛОЖЕНИЕ 14. | ВАЖНЫЕ ВОПРОСЫ СОЦИАЛЬНОЙ МОБИЛИЗАЦИИ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ОСНОВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО СОЦИАЛЬНОЙ МОБИЛИЗАЦИИ

1. Разработка простых ключевых посланий

Национальный комитет по социальной мобилизации должен разработать ключевые послания для социальной мобилизации, используя язык(и), понятный(е) всему населению.

Примеры ключевых посланий для социальной мобилизации

Корь

- Корь – очень заразное заболевание, которое может привести к повреждению головного мозга и смерти.
- Заболевание корью легко предотвратить правильно сделанными прививками.
- Корь может быть ликвидирована.

Краснуха

- Краснуха – очень заразное заболевание, которое может привести к серьезным повреждениям плода, а иногда и к его смерти, у беременных женщин, восприимчивых (не имеющих иммунитета) к этой инфекции.
- Чтобы предотвратить поражение плода, все женщины детородного возраста должны быть защищены от краснухи вакцинацией.
- Поражения плода, вызванные краснухой можно полностью предупредить.

2. Активная подготовка и избирательное распространение информации высокого качества

Население регулярно подвергается воздействию информации об иммунизации, включая сведения, полученные «из вторых рук», и необоснованные заявления. В целях лучшего информирования общественности необходима подготовка высококачественной информации об иммунизации и, в частности, о вакцинах, которые будут применяться в ходе ДИ. Такая информация должна включать сведения о рисках и последствиях для здоровья общества, которые влекут за собой корь и врожденная краснушная инфекция (ВКИ). Информацию необходимо эффективно предоставлять влиятельным группам, таким как медицинское сообщество, религиозные организации и средства массовой информации. Рекомендуемые для обсуждения вопросы включают:

Перед кампанией ДИ и во время ее проведения необходимо быть готовым к возможным выступлениям против иммунизации. Следует заранее подготовить соответствующие материалы для средств массовой информации, чтобы иметь возможность незамедлительно реагировать на такие необоснованные выступления.



- истинные и ложные противопоказания к вакцинации (36);
- вакцина против краснухи и ее тератогенность (25);
- вакцины, содержащие вирус кори (ВСКВ), и обзор материалов об аутизме и хронических заболеваниях кишечника (33-35); и
- ожидаемый уровень НППИ(22).

Рекомендуются следующие способы распространения высококачественной информации:

- брошюры для медицинских работников;
- статьи для медицинских периодических изданий;
- телевизионные интервью с уважаемыми/высокопрофессиональными медицинскими специалистами;
- «круглые столы» на ТВ и радио; и
- веб-сайт Минздрава / о кампании ДИ.

3. Пропаганда и содействие

Для того, чтобы население приняло участие в кампании и поддержало ее, национальный, региональный и районные комитеты по социальной мобилизации должны встретиться с различными авторитетными людьми/лидерами, группами, общественными организациями и привлечь их к участию в конкретных агитационных мероприятиях, таких как:

- пропаганда ДИ на ключевых встречах/совещаниях – профессиональных, политических, культурных и спортивных;
- пропаганда ДИ путем подготовки специальных плакатов или на ТВ (уважаемым общественным деятелем);
- интервью в средствах массовой информации;
- выступление/ участие в церемонии открытия кампании;
- содействие контактам с «особыми» группами населения (используя местных лидеров);
- обеспечение агитационных мероприятий транспортными средствами; и
- предоставление транспорта, производство маек, кепок, обеспечение прививочных бригад питанием и водой (частный бизнес).

КОНТРОЛЬНЫЙ ВОПРОСНИК ДЛЯ ПОДГОТОВКИ И ПРОВЕДЕНИЯ СОВЕЩАНИЯ ПО ПРОПАГАНДЕ И СОДЕЙСТВИЮ

- ✓ Совещание по пропаганде и содействию необходимо спланировать таким образом, чтобы обеспечить присутствие на встрече большинства ключевых лидеров, включая лидеров медицинской общественности.
- ✓ Подготовьте список возможных проблем, которые можно разрешить при содействии общественных деятелей и лидеров.





- ✓ Начните встречу с четкого разъяснения задач кампании ДИ и её пользы для общества.
- ✓ Расскажите об ожидаемых затруднениях и о том, какую помощь/поддержку предполагается получить от лидеров.
- ✓ Подготовьтесь к ответам на любые вопросы в отношении кампании ДИ.
- ✓ Обеспечьте присутствие опытных секретарей для записи любых полезных предложений и важных замечаний.
- ✓ Выражайте признательность за любые предложения о поддержке, независимо от степени их важности.
- ✓ Организуйте последующую рабочую встречу с представителями заинтересованных сторон для подписания соглашений, указывающих конкретные виды помощи и продолжительность участия сторон.

4. Подготовка и распространение руководства для теле/радиовещания

За пять месяцев до начала кампании национальный комитет по социальной мобилизации должен подготовить пособие для теле/радиовещательных программ, содержащее стандартную ключевую информацию о ДИ. За три месяца до начала ДИ руководство, вместе с другими печатными материалами, должно быть предоставлено соответствующим организациям (см раздел «Типовое руководство для теле/радиовещания» в данном приложении).

5. Подготовка и распространение печатных материалов

Традиционно, комитеты по социальной мобилизации готовят плакаты и листовки, содержащие обращения к населению в целом и каждому отдельному гражданину. Важно также подготовить уличные растяжки, флаги и транспаранты. Более того, необходимо разработать план распространения агитационных материалов с указанием видов и количества единиц продукции, предназначенной для распространения по районам, а также график и способ ее доставки.

6. Привлечение средств массовой информации

Национальным комитетом по социальной мобилизации должна быть разработана конкретная стратегия оперативного распространения свежей информации через электронные и печатные издания/средства массовой информации. Для того чтобы средства массовой информации рассматривали кампанию ДИ как «горячую тему дня», необходимо оперативно предоставлять им свежие новости.

Часто сообщения/информация о кампании ДИ по ТВ и радио планируются и создаются совместно с руководителями средств массовой информации и выходят в эфир в самое удобное для зрителей/слушателей время. Вовлечение компетентных организаций/партнеров служит гарантией качества созданных телевизионных и радио-роликов и программ. Также важно создать логотип ДИ





для того, чтобы зритель мог сразу связать предлагаемую ему информацию с кампанией.

7. Проведение церемонии открытия

Церемония открытия должна планироваться как важное событие с участием представителей высшего руководства страны и главных средств массовой информации. В ходе церемонии произносятся речи, и выражается признательность всем принимающим участие в кампании организациям/партнерам. Представители средств массовой информации должны принимать участие в этой церемонии; они делают фотографии и ведут прямой репортаж с места события.

8. Координация мероприятий с областями/провинциями и районами

Координация и обмен информацией необходимы для предотвращения дублирования функций и путаницы между разными административными уровнями. Для совершенствования координации с провинциями/областями и районным уровнем необходимо обеспечить следующее:

- В каждом районе назначается представитель кампании по связям со средствами массовой информации/прессой.
- Комитеты должны прийти к согласию относительно того, какие материалы и мероприятия должны быть разработаны/запланированы для каждого уровня.
- На местах должны прилагаться все усилия для продвижения и расширения разработанных на федеральном уровне мероприятий по социальной мобилизации.

9. Вовлечение населения

Участие населения в кампании жизненно важно для того, чтобы достигнуть цели ДИ, поэтому районный комитет по социальной мобилизации должен определить все потенциальные возможности и ресурсы, которые могли бы обеспечить такое участие. Следующие положения очень важны для того, чтобы расширить участие населения в кампании:

- Местные общественные и религиозные лидеры могут помочь установить контакт с труднодостижимыми группами населения.
- К работе с этническими меньшинствами необходимо привлечь волонтеров, владеющих языками данных групп населения.
- Волонтеры являются ключевой группой в оказании неоценимой помощи прививочным бригадам.
- Учащиеся школ и их родители, после вакцинации в ходе ДИ, могут оказать помощь, находя других подлежащих вакцинации людей данной общине.





10. Проведение церемонии закрытия

На церемонии закрытия кампании предоставляется возможность рассказать всем о достигнутых успехах, выразить благодарность всем участникам, повторить задачи ДИ и призвать всех к оказанию поддержки программам плановой вакцинопрофилактики.

ТИПОВОЕ РУКОВОДСТВО ДЛЯ ТЕЛЕ/РАДИОВЕЩАНИЯ (ПРИМЕРНАЯ СТРУКТУРА)

Общая информация о национальном стратегическом плане и *Стратегическом плане борьбы с корью и врожденной краснушной инфекцией Европейского бюро ВОЗ (4)* должна охватывать следующие вопросы:

1. Простое/понятное разъяснение заболеваний, вызываемых вирусами кори и краснухи.
2. Текущее состояние борьбы с корью в стране.
3. Разъяснение ДИ.
4. Задачи ДИ.
5. Ключевые послания:
 - Корь – опасная болезнь, которое может привести к повреждению головного мозга и смерти; но это заболевание можно предотвратить.
 - Корь можно легко предотвратить введением двух доз коревой вакцины.
 - Для ликвидации кори в [название страны] с ____ по ____ будет проведена дополнительная иммунизация.
 - В течение этого времени все люди в возрасте от ____ до ____ получают одну дозу вакцины, содержащей вирус кори, по месту учебы/работы или в ближайшем учреждении здравоохранения.
6. Факты:
 - прививка в рамках кампании рекомендуется всем, независимо от того, переносил ли ранее человек корь или уже получал прививку против кори;
 - не существует причин, по которым человек не может получить дозу вакцины, содержащей вирус кори, в период проведения ДИ;
 - прививки проводятся специально обученными, опытными медицинскими работниками;
 - вакцина является лицензированным, разрешенным к применению препаратом; и
 - кампания ДИ проводится при поддержке партнеров [перечислить сотрудничающие организации и виды оказываемой ими помощи].

ПРИЛОЖЕНИЕ 15. | РЕКОМЕНДУЕМАЯ СТРУКТУРА РАБОТЫ ПО СОЦИАЛЬНОЙ МОБИЛИЗАЦИИ

Уровни	Цели	Задачи	Основные послания	Мероприятия	Бюджет
Координация.	<ul style="list-style-type: none"> • Министерство здравоохранения. • Национальный координатор. 	<ul style="list-style-type: none"> • Координация и наблюдение за работой Национального комитета по ДИ. • Стремление достичь результатов, которые могут использоваться для долгосрочного содействия плановой иммунизации. 	<ul style="list-style-type: none"> • Данная группа определяет основные идеи и послания. 	<ul style="list-style-type: none"> • Возглавить координационные заседания/совещания. • Составить и распространить протоколы заседаний. 	\$ = <input type="text"/> Минздрав/ Приглашенный ЮНИСЕФ консультант. Выбор издательства.
Политические лидеры /лица, принимающие решения. Другие партнеры.	<ul style="list-style-type: none"> • Председатель правительства. • Члены Парламента. • Представители администрации областей/ провинций, районов (губернаторы и мэры). 	<ul style="list-style-type: none"> • Обеспечение заинтересованности основных политических лидеров в поддержке Национального плана мероприятий по ликвидации кори. • Обязательства по мобилизации государственных кадров, материалов и финансовых средств. • Руководство. • Пропаганда и продвижение идеи ДИ. 	<ul style="list-style-type: none"> • Необходимость проведения. • ДИ и потребность в высокоэффективной иммунизации. • Эпидемиологическая ситуация по кори в стране. • Глобальный/ Региональные планы по борьбе с корью/ и ее ликвидации. • ДИ должны укрепить систему первичной медицинской помощи. • Экономическая выгода от ликвидации кори. • Политическая выгода от успешно проведенной ДИ. • Результаты кампании должны предоставить убедительные доказательства для обеспечения более широкой поддержки плановой иммунизации. 	<ul style="list-style-type: none"> • Председатель правительства должен разработать информационный пакет, включая краткое содержание плана ДИ и основные послания населению. • Информация о ДИ, помещенная на веб-сайт МЗ. • Встречи с Парламентом и правительством. • Встречи с Комитетом по здравоохранению Парламента. • Циркулярное письмо Министерства внутренних дел к губернаторам и Мэрам. • Совещание губернаторов на национальном уровне. • Губернаторы проводят встречи на уровне области/провинции. 	\$ = <input type="text"/> Разработка информационных пакетов. Печать необходимого числа информационных пакетов (компакт-диски!). Совещания губернаторов.

<p>Другие партнеры.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Другие департаменты Министерства здравоохранения: (охраны материнства и детства, лечебной помощи, образования и просвещения, лабораторных услуг и др.). • Министерство образования. • Министерство внутренних дел. • Министерство обороны. • Министерство охраны окружающей среды. • Общественный сектор: ТВ/ радио, транспорт, связь. • Агентства ООН. • Другие международные организации: Красный/Зеленый Крест. • Профессиональные ассоциации (врачей, медсестер, журналистов, спортсменов и др.). • Неправительственные организации. • МКК. 	<ul style="list-style-type: none"> • Пропаганда кампании ДИ. • Мобилизация персонала для участия в кампании и для ее поддержки. • Мобилизация населения для участия в кампании. • Повышение уровня информированности общественности – стимулирование заинтересованности населения в проведении иммунизации, включая прививки против кори. • Мобилизация прочих ресурсов (напр. транспортных средств, ресурсов для проведения обучения, материалов, для поощрений/премий и др.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Приведенные выше основные послания, а также дополнительно разработанные, например, для журналистов, учителей и т.д. • Определить роли каждого партнера в подготовке и проведении ДИ. • Кампания предоставляет возможность улучшить как существующую инфраструктуру системы здравоохранения, так и качество первичной медицинской помощи. 	<ul style="list-style-type: none"> • Совещания с соответствующими группами/партнерами. • Определение оперативного координатора для работы с каждым партнером. • Обеспечение партнеров рекомендациями – напр. ваша роль в поддержке кампании; как вы можете использовать ключевые информационные материалы; как скоординировать вашу работу с мероприятиями по мобилизации общественности и с техническими комитетами. • Семинары с ключевыми журналистами по обсуждению роли СМИ как основного партнера по точному освещению Национального плана мероприятий и ДИ (обеспечение журналистов основными фактами и информационными материалами; помощь журналистам в подготовке тематических статей, предоставление фотографий о кори / иммунизации, содействие развитию контактов журналистов с медицинскими работниками, семьями, местными волонтерами и другими лицами, которые могут представить интересную для населения информацию). • Руководство для работников телерадиовещания должно быть разработано и включено в информационный пакет (компакт-диск). • Брошюра с вопросами и ответами для медицинских работников должна быть разработана и включена в информационный пакет. 	<p>\$ = <input type="text"/></p> <p>Методическое Руководство по ДИ.</p> <p>Затраты на совещания по пропаганде кампании на областном/ провинциальном уровне.</p> <p>Затраты на семинар по обучению журналистов.</p>
-------------------------	---	--	--	---	--



Уровни	Цели	Задачи	Основные послания	Мероприятия	Бюджет
Общественность.	Общественность.	<ul style="list-style-type: none"> Повышение информированности о ДИ, о риске заболевания и преимуществах прививок. Понимания того, почему необходимо вакцинироваться, и важности иммунизации. Стимулирование участия и заинтересованности. 	<ul style="list-style-type: none"> Необходимость вакцинации. Понимание Национального плана. Понимание целей ДИ. Куда обращаться для получения прививки. Когда обращаться для получения прививки. Риск заболевания и преимущества вакцинации. Кто будет прививаться. Безопасность вакцины. Ответственность родителей или попечителей детей. 	<ul style="list-style-type: none"> На всех уровнях определить искусных коммуникаторов из членов комитета и поощрять их участвовать в теле- и радиопередачах или в предоставлении интервью для газет. Теле- и радиопередачи, реклама в газетах. Информационные листовки для студентов и населения. Разработать и напечатать плакаты для ДИ. 	<p>§ = <input type="text"/></p> <p>Затраты на руководство для работников теле-радиовещания.</p> <p>Затраты на брешюру с вопросами и ответами.</p>
Местные лидеры.	<ul style="list-style-type: none"> Местные лидеры (религиозные, учителя, лидеры блоков). 	<ul style="list-style-type: none"> Привлечение поддержки для ДИ. Обеспечение информированности общественности. Улучшение взаимодействия с органами управления здравоохранением. 	<ul style="list-style-type: none"> Вакцинации приносят пользу местному сообществу. Здоровые дети лучше учатся в школе. Привитые дети здоровее и смогут принести больше пользы для общества. Содействие участию волонтеров, представителей местного сообщества в ДИ. Возможность для партнеров установить отношения с местным сообществом. 	<ul style="list-style-type: none"> Совещания местных комитетов. Обозначить пункты иммунизации в каждой общине. Распространить информационные листовки и вывесить плакаты. Использовать каналы информации для передачи основной информации о ДИ. После завершения ДИ провести совещания для того, чтобы оценить потребности в дальнейших мероприятиях по линии сектора здравоохранения. 	<p>§ = <input type="text"/></p> <p>ТВ/Радио передачи и реклама в газетах.</p> <p>Затраты на разработку и печать листовок.</p> <p>Затраты на разработку и печать плакатов.</p>



Семьи/ частные лица.	<ul style="list-style-type: none"> • Вакцинаторы, учреждения здравоохранения и частные врачи, семьи, дети, дети из труднодоступных групп населения. 	<ul style="list-style-type: none"> • Обеспечение доверительных отношений между вакцинатором и семьями. • Предоставление квалифицированной информации в доброжелательной форме на понятном языке. • Создание заинтересованности в вакцинации. 	<ul style="list-style-type: none"> • Вакцины - качественные и безопасные. • Возможные неблагоприятные проявления после введения вакцины и действия в случае их появления. • Разъяснение преимуществ вакцинации в сравнении с риском. • Проверка общего прививочного статуса вашего ребенка. • Пропаганда других мероприятий по охране здоровья. 	<ul style="list-style-type: none"> • Использовать имеющиеся информационно-образовательные материалы – см. выше. • Отпечатать прививочные карты для ДИ с основными посланиями. • Напечатать письма, чтобы оставить их во время посещения на дому (если никого нет дома). 	<p>§ = <input type="text"/></p> <p>Затраты на прививочные карты.</p> <p>Затраты на письма.</p>
-------------------------	--	---	--	--	--

ПРИЛОЖЕНИЕ 16. | МЕТОДЫ МОНИТОРИНГА И ПРОВЕРКИ ИСПОЛНЕНИЯ

РЕКОМЕНДУЕМАЯ СХЕМА КОМПЛЕКСНОГО МОНИТОРИНГА ОХВАТА ПРИВИВКАМИ И НППИ

Рекомендуемый график подачи регулярных отчетов:

- *утро* – учреждения здравоохранения направляют информацию на уровень района по телефону;
- *полдень* – районы представляют отчеты на уровень области/провинции;
- *вторая половина дня* – области/провинции направляют отчеты по факсу на национальный/федеральный уровень; и
- *вечер* – федеральный уровень сводит воедино все данные и представляет отчет руководству.

Принципиальный график ежедневной работы системы мониторинга и отчетности представлен в Таблице А16.1.

РАСЧЕТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА РАБОТЫ СИСТЕМЫ МОНИТОРИНГА ДИ

Каждый день (исключая первый день кампании) областной/провинциальный/ национальный уровень должен получать отчет от каждого соответствующего подчиненного уровня (полнота отчетности), отправленный в надлежащее время (своевременность).

Уравнения для расчета показателей качества работы системы мониторинга ДИ

ПОЛНОТА ОТЧЕТНОСТИ =

$(\text{Число полученных отчетов} / \text{Число ожидаемых отчетов}) \times 100$

СВОЕВРЕМЕННОСТЬ ОТЧЕТНОСТИ=

$(\text{Число отчетов, полученных вовремя} / \text{Число отчетов, ожидаемых к данному времени}) \times 100$

Пример:

Провинция/область «Север» состоит из 12 административных районов и, соответственно, ожидает получение 12 отчетов к полудню. Однако к полудню получено лишь 9 отчетов; к вечеру получено еще 2 отчета. Таким образом, указанные выше показатели деятельности рассчитываются следующим образом:

СВОЕВРЕМЕННОСТЬ: 9 районных отчетов получены во время для того, чтобы подготовить областной отчет, т.е. $(9/12) \times 100 = 75\%$

ПОЛНОТА: 11 отчетов получены в течение дня = $(11/12) \times 100 = 92\%$



Рис. А16.1.
Форма ежедневного
отчета об уровне охвата
прививками и о случаях
НППИ (заполняется на
районном/областном/
провинциальном уровнях)

Форма ежедневного отчета об уровне охвата прививками и о случаях НППИ (заполняется на районном/областном/провинциальном уровнях)	
Уровень подачи отчета: _____ Уровень получения отчета: _____	
# факса: _____	
1. ЧИСЛО НОВЫХ СЛУЧАЕВ НППИ* (КЛАССИФИКАЦИЯ ПО ТИПУ)	
Постинъекционный абсцесс	
Анафилактоидная реакция или анафилактический шок и аллергия	
Высокая температура (высокая или гиперпирексия)	
Обморок	
Синдром токсического шока	
Смерть вакцинированного в случае невозможности определения иной причины смерти	
Тяжелые или необычные состояния	
Примечание: *Только случаи, соответствующие стандартному определению	
2. УРОВЕНЬ ОХВАТА ПРИВИВКАМИ ПО ИТОГАМ ДНЯ	
Число привитых в течение предыдущего дня (из возрастных групп, подлежащих иммунизации)	
3. УКОЛЫ ИГЛАМИ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	
Число уколов иглами в течение предыдущего дня	
Комментарии (если имеются):	
<p>Заполните настоящую форму, внося в нее данные о числе новых случаев с подозрением на НППИ, охвате прививками и о зарегистрированных случаях уколов иглами медицинского персонала. Направляйте заполненную форму по факсу Региональному/Национальному Координатору ежедневно, даже при отсутствии случаев НППИ (нулевая отчетность)</p>	
Дата отправления: ____ / ____ / ____	
Районный/Областной/Провинциальный Координатор: _____	
Подпись: _____	



Таблица А16.1
Принципиальный
график ежедневной
работы системы
мониторинга и
отчетности

Отчетность и обратная связь	Ответственные	Действия
	Руководитель бригады вакцинаторов	<ul style="list-style-type: none"> • На каждый день кампании необходимо иметь новый комплект бланков формы для оперативного подсчета числа привитых. • В конце дня после проверки правильности регистрации заполненные формы для подсчетов числа привитых передаются координатору в учреждении здравоохранения.
	Координатор в учреждении здравоохранения	<ul style="list-style-type: none"> • Каждое утро выдает каждой прививочной бригаде 1-3 бланка формы для подсчета числа привитых (а также шариковые ручки и планшет-блокноты по мере надобности). • В конце дня собирает все заполненные формы для подсчета числа привитых и обобщает эти данные, чтобы получить общее число лиц, привитых в учреждении здравоохранения в течение дня по каждой возрастной группе (учитываются только привитые в возрастных группах, подлежащих вакцинации в ходе ДИ). • Отправляет отчет о числе привитых в течение дня (из возрастных групп, подлежащих вакцинации) на районный уровень по телефону утром следующего дня. • Подсчитывает ежедневно: достигнутый за день и кумулятивный (нарастающий итог) уровень охвата прививками по учреждению здравоохранения на основе размера целевых возрастных групп на данной территории.
	Координатор районного уровня (оперативный штаб)	<ul style="list-style-type: none"> • Ежедневно получает данные о числе привитых (из возрастных групп, подлежащих иммунизации) от всех учреждений здравоохранения района. • Обобщает полученные от учреждений здравоохранения района отчеты (используя стандартную форму таблицы). • Ежедневно получает устные отчеты о случаях с подозрением на НППИ. • Заполняет «Форму районного отчета об уровне охвата прививками и о случаях НППИ» (рис. А16.1) и отправляет её <i>по факсу</i> к полудню координатору областного/провинциального уровня. • Рассчитывает ежедневно: достигнутый за день и кумулятивный (нарастающим итогом) показатель охвата прививками по району.
	Оперативный штаб координатора провинции/области	<ul style="list-style-type: none"> • Получает ежедневно в течение кампании от подведомственных районов «Районные отчеты об уровне охвата прививками и НППИ» (рис. А16.1). • Обобщает данные о количестве привитых лиц и о новых случаях НППИ (используя стандартную таблицу). • Заполняет «Форму областного/провинциального отчета об уровне охвата прививками и НППИ» (рис. А16.1) и направляет её <i>по факсу</i> национальному координатору в тот же день к 18:00. • Рассчитывает показатели качества работы системы мониторинга: полнота и своевременность отчетности. • Рассчитывает показатель частоты случаев НППИ на 100 000 введенных доз. • Принимает соответствующие меры в отношении районов с относительно низкими уровнями охвата прививками.



Таблица А16.1
Принципиальный
график ежедневной
работы системы
мониторинга и
отчетности

Отчетность и обратная связь	Ответственные	Действия
	<p>Оперативный штаб национального/ федерального координатора</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Получает ежедневно в течение кампании от всех областей/провинций отчеты об уровне охвата прививками и НППИ по соответствующей форме (рис. А16.1). • Обобщает данные по количеству привитых лиц в регионах и о новых случаях НППИ (используя стандартную форму таблицы). • Рассчитывает ежедневного достигнутого и кумулятивного (нарастающим итогом) показатель уровня охвата прививками по стране и показатели частоты случаев НППИ на 100000 введенных доз. • Готовит ежедневный отчет об уровне охвата прививками и частоте случаев НППИ для Председателя правительства и руководителя отдела по связям с общественностью Минздрава.

МЕТОДИКИ ОЦЕНКИ ПРОВЕРКИ ИСПОЛНЕНИЯ

Цель. Для использования в ходе кампании.

Инструкция. Заполненный контрольный вопросник передаётся национальному координатору.

**Таблица А16.2.
Контрольный
вопросник для
проверки степени
готовности**

Наблюдения (Н)/ вопросы (В)	Инструкция по правильному заполнению	Да	Нет
I. Планирование и координация			
Был ли на данном уровне составлен план работы?	Укажите «Да», если Вам предоставили экземпляр плана, который охватывает целевые группы, определяет потребности и требования в отношении обеспечения вакцинами, кадрами, транспортными средствами, оборудования для холодной цепи, безопасности инъекций и утилизации использованных материалов.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Успешно ли осуществляется реализация запланированных мероприятий на данном уровне?	Обсудите план работы с координатором данного уровня и выясните, насколько успешно завершилась или продолжается реализация мероприятий, предусмотренных планом работы. Укажите «Да», если Вы уверены, что мероприятия осуществляются в соответствии с планом работы.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Прделана ли соответствующая работа по охвату труднодоступных территорий и групп/категорий населения?	Предполагается, что каждый уровень должен определить труднодоступные территории и группы населения и отдельно запланировать мероприятия по их охвату. Укажите «Да», если убеждены, что на данном уровне такие территории и группы определены, и имеются в наличии планы по их адекватному охвату в ходе кампании ДИ.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Имеется ли на данном уровне эффективное партнерство или механизм межсекторального сотрудничества?	На каждом уровне предполагается проведение регулярных межведомственных или межсекторальных совещаний с целью планирования и внедрения кампании ДИ. Укажите «Да» в случае предоставления Вам протокола такого совещания, состоявшегося не позднее, чем за 1 месяц до заполнения настоящей формы.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Были ли в полном объеме выделены необходимые средства для данного уровня?	Укажите «Да», если координатор данного уровня после совместного с Вами анализа сметы по микроплану подтвердил получение в полном объеме необходимых средств в соответствии со сметой.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Было ли на данном уровне назначено лицо, ответственное за подготовку и проведение кампании ДИ?	На каждом уровне должен быть назначен ответственный координатор и организован оперативный штаб, имеющий сотрудников для координации подготовки и проведения кампании ДИ. Сотрудники штаба не должны непосредственно участвовать в «полевой» работе. Предполагается, что они должны находиться в штабе для оказания поддержки работающим на местах и решения проблем, возникающих в ходе реализации. Укажите «Да», если Вас убедили в том, что подобный штаб создан.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
II. Социальная мобилизация			
Сформирован ли на данном уровне комитет по социальной мобилизации ?	Укажите «Да», если Вам предоставили протоколы заседания такого комитета, на котором обсуждались вопросы подготовки ДИ.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Проводились ли на данном уровне мероприятия по мобилизации политической поддержки и содействия ДИ?	Укажите «Да», если Вам предоставили копии протокола любой соответствующей встречи с заинтересованными сторонами.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Были ли направлены соответствующие плакаты и иная наглядная агитационная продукция в поддержку кампании ДИ на нижестоящие уровни?	Укажите «Да» после предоставления Вам документальных доказательств передачи нижестоящему уровню плакатов и иной соответствующей продукции.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Знает ли население о днях и целях проведения кампании ДИ?	Опросите 5 случайно выбранных человек. Если все 5 правильно укажут даты проведения кампании и её целевые группы, укажите «Да». Если хотя бы один из них ответит неправильно, укажите «Нет» .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Наблюдения (Н)/ вопросы (В)	Инструкция по правильному заполнению	YES	NO
III. Материально-техническое обеспечение			
Было ли необходимое количество ВСКВ и адекватное количество доз растворителя отправлено на нижестоящий уровень?	Укажите «Да», если Вам были предоставлены документальные свидетельства поставки необходимого числа доз ВСКВ и растворителя на нижестоящие уровни, и Вы убеждены в том, что число поставленных доз ВСКВ соответствует числу доз растворителя.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Прошел ли персонал на данном уровне обучение?	Укажите «Да», если Вам предоставили документальные доказательства, подтверждающие, что весь персонал прошел соответствующую подготовку для участия в кампании ДИ.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Были ли на данном уровне приняты необходимые меры, чтобы обеспечить потребности кампании ДИ в транспортных средствах?	Укажите «Да», если принятые меры Вас удовлетворяют.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Имеется ли необходимое количество холодовых элементов? Имеется ли необходимое количество переносных термоконтейнеров? Имеется ли необходимое количество самоблокирующихся шприцев? Имеется ли необходимое количество шприцев для разведения вакцины? Имеется ли необходимое количество контейнеров для безопасной утилизации использованных материалов? Имеется ли необходимое количество бланков/форм для оперативного учета числа привитых? Имеется ли необходимое количество прививочных карт для ДИ? Имеется ли необходимое количество бланков итоговых таблиц?	Укажите «Да», если по каждому вопросу число имеющихся в наличии материалов/ единиц оборудования соответствует потребности или превышает ее.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Было ли сделано все необходимое для организации повторной заморозки холодовых элементов?	Укажите «Да», если вы удовлетворены принятыми мерами.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Были ли на данном уровне приняты необходимые меры для утилизации использованных игл/ шприцев и иных использованных материалов?	Каждый уровень должен иметь план утилизации использованных материалов. Попросите копию плана и убедитесь в том, что подготовлено соответствующее место для утилизации и назначен/обучен персонал. Укажите «Да», если вы удовлетворены принятыми мерами.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Отметки/примечания:

Подпись _____

**Таблица А16.3.
Контрольный
вопросник для этапа
внедрения**

Цель.

Использовать в ходе кампании.

Инструкция.

Заполненный контрольный вопросник передаётся национальному координатору.

Наблюдения (Н)/ вопросы (В)	Инструкция по правильному заполнению	Да	Нет
I. Организация работы прививочного пункта			
Н Полностью ли укомплектована прививочная бригада?	В состав бригады входят два профессиональных медицинских работника и не менее двух добровольцев.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Н Демонстрирует ли прививочная бригада качественную работу?	Члены бригады демонстрируют четкое понимание своих функций в обеспечении безопасного обслуживания, надлежащей регистрации и информировании пациентов.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Н Хорошо/четко ли организована подготовительная работа к вакцинации?	После сбора информации о возрасте, каждая группа из 10 человек направляется в прививочный кабинет, на регистрацию и смотровой кабинет.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Н Был ли каждый привитый надлежащим образом зарегистрирован?	Данные о возрасте каждого вакцинированного должны быть занесены в соответствующую форму.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Н Выдается ли каждому вакцинированному прививочная карта для ДИ?	Каждый привитый должен иметь прививочную карточку с указанием даты прохождения вакцинации.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
II. Социальная мобилизация			
Н Легко ли найти прививочный пункт?	На пункте должен быть вывешен опознавательный знак, например, транспарант кампании ДИ/флаг.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Н Достаточна ли нагрузка на прививочный пункт?	Предполагается, что нагрузка на 1 прививочный пункт должна составлять 150 прививок в день в сельской местности и, соответственно, 200 прививок - в городской.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Н Знает ли население о кампании?	Укажите «Да», если на основании специального опроса 20-ти человек (Таблица А17.4) все опрошенные, имеющие в своих домохозяйствах лиц, соответствующих возрастным группам, подлежащих иммунизации, ответят утвердительно.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Наблюдения (Н)/ вопросы (В)	Инструкция по правильному заполнению	Да	Нет
III. Безопасность кампании			
Н Шприцы и иглы каких типов используются для введения ВСВК?	Применяются самоблокирующиеся шприцы (СБ-шприцы), вмещающие 0.5 мл разведенной вакцины.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Н Подготовка СБ-шприцев для инъекции	СБ-шприцы набираются непосредственно перед инъекцией (а не заранее).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Н Способ/путь введения (пронаблюдайте по крайней мере 1 инъекцию)	ВСВК вводится подкожно. Инъекция производится в дельтовидную область. Для введения каждой дозы используется один СБ-шприц. Исключается соприкосновение между стерильными частями шприцев и пальцами, а также нестерильными предметами.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Н Распределения материалов и шприцев между бригадами соответствует численности обслуживаемого населения	Бригада обеспечена адекватным количеством СБ-шприцев (число имеющихся в наличии СБ-шприцев = численности целевого населения x 1.1). Бригада обеспечена адекватным количеством наборов для разведения, т.е. шприц 5 мл. + игла 19G. (Число имеющихся в наличии комплектов для разведения = числу флаконов с ВСВК).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Н Разведение вакцины и температура растворителя в момент разведения	Применяется растворитель, произведенный тем же производителем, что и вакцина. Растворитель содержится в холоде до разведения.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Н Обращение с флаконами, содержащими разведенную вакцину, после окончания сеанса работы	Разведенные дозы выбрасываются в конце рабочего дня.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Н Правила, которым следует прививочная бригада при обращении с использованными шприцами и иглами:	Использованные СБ-шприцы и пластиковые 5-миллилитровые шприцы помещаются в безопасный контейнер без надевания колпачков. Прививочная бригада обеспечена адекватным количеством безопасных контейнеров (т.е. 1 контейнер на 100 шприцев). Безопасные контейнеры не переполнены и хранятся в сухом месте.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
В Наличие инструкций по транспортировке, хранению и сжиганию безопасных контейнеров	Медицинский персонал знаком с правилами транспортировки и хранения использованных шприцев и игл.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Н Обеспечение надлежащих условий для уничтожения использованных шприцев	Заполненные безопасные контейнеры хранятся в специально отведенном для этого безопасном месте, защищенном от доступа посторонних лиц, до их сбора/сжигания. Имеется специально отведенное место для уничтожения шприцев и других использованных материалов.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Н Наличие средств для купирования анафилактических реакций	Бригада обеспечена адреналином.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
В Ответность о неблагоприятных проявлениях / нежелательных реакциях	Медицинские работники знают о случаях НППИ, которые необходимо регистрировать.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ПРИЛОЖЕНИЕ 17. | ОЦЕНКА СРАЗУ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ КАМПАНИИ ДИ

Рис. А17.1.
Учреждение
здравоохранения:
Ежедневный
Итоговый отчет об
охвате прививками

Перед отправкой проверьте полноту заполнения этой формы

Область/провинция: _____

Район: _____

Учреждение здравоохранения: _____

		Охват прививками возрастных групп, подлежащих вакцинации					
		1-5 лет		6-18 лет		19 – 25 лет	
		Число А	% Б	Число В	% Г	Число Д	% Е
День 1	За день						
	Нарастающим итогом						
День 2	За день						
	Нарастающим итогом						
День 3	За день						
	Нарастающим итогом						
День 4	За день						
	Нарастающим итогом						
День 5	За день						
	Нарастающим итогом						
День 6	За день						
	Нарастающим итогом						
День 7	За день						
	Нарастающим итогом						
День 8	За день						
	Нарастающим итогом						
День 9	За день						
	Нарастающим итогом						
День 10	За день						
	Нарастающим итогом						
ИТОГО							

Расчет уровня охвата прививками
 (пример: 1-5 лет.)

А: Всего привито детей 1-5 лет

Б: $(A / \text{Размер целевой группы 1-5 лет}) \times 100$

Расчет потерь ВСВК

И: Общее количество
 использованных и флаконов x 10

К: $(I - Ж) / I \times 100$



УРОВЕНЬ ОХВАТА ПРИВИВКАМИ: СПЕЦИАЛЬНОЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ МЕТОДОМ ОПРОСА 20 ЧЕЛОВЕК

Данное эпидемиологическое обследование проводится методом опроса 20 взрослых, проживающих в домах/квартирах, расположенных в зоне обслуживания медицинского учреждения или прививочного пункта (40). Определяются четыре микроучастка, которые в идеале должны быть самыми удаленными от учреждения здравоохранения на труднодоступной территории или там, где проживает население с ограниченной доступностью к медицинской помощи. Начните с крайнего дома и двигайтесь «от двери к двери». Спрашивайте проживающих о том, имеются ли в их доме/квартире лица, входящие в целевые возрастные группы. В случае положительного ответа узнайте их прививочный статус и заполните ответы на вопросы в таблице А.17.4. После посещения 5 домов/квартир, в которых имелись лица целевой группы, и занесения полученных данных в таблицу, переходите на другой микроучасток.

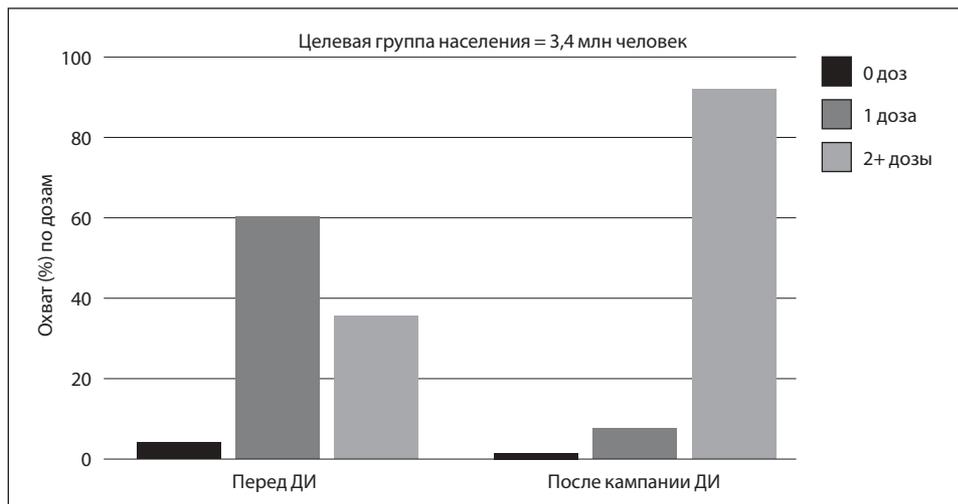
Завершите данное обследование, когда посетите 20 домов/квартир, в которых проживали лица целевых возрастных групп, подлежащие вакцинации в ходе ДИ. Если Вы обнаружите в ходе обследования два дома/квартиры даже с одним непривитым (из числа лиц целевой группы) в каждом доме/квартире, то это является причиной считать, что организация прививочной кампании на данной территории была не эффективной.

№	ФИО	Возраст	Пол	Труднодоступная местность?	Знает ли о кампании ДИ (Да/Нет)	Если «Да», откуда знает	Число лиц целевой возрастной группы в доме/квартире-	Число лиц, привитых в ходе кампании
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

Таблица
А17.4.
Опрос 20
человек
для оценки
уровня охвата
прививками,
достигнутого
в ходе
кампании ДИ:
форма сбора
данных

ПРИЛОЖЕНИЕ 18. | МЕТОДЫ ОЦЕНКИ

Рис. А18.1.
Улучшение охвата прививками после успешной кампании ДИ



РАСЧЕТ УРОВНЯ ОХВАТА ПРИВИВКАМИ, ИСПОЛЬЗУЯ АДМИНИСТРАТИВНЫЙ МЕТОД

Уровень охвата иммунизацией рассчитывается на районном, областном/провинциальном и национальном уровнях на основании данных, полученных в формах для оперативного учета привитых (41).

$$\text{УРОВЕНЬ ОХВАТА (АДМИНИСТРАТИВНЫЙ МЕТОД)} = \frac{\text{число привитых лиц целевой группы, занесенных в формы оперативного учета}}{\text{официальная численность целевой группы}}$$

Комментарий: Если уровень охвата превышает 100% при подсчете региональных/областных данных, необходимо выяснить причины подобного парадокса. Требуется провести корректировку данных в районах, где были привиты лица, целевой группы, постоянно проживающие на территориях других районов (т.е. те, кто был привит не по месту жительства).

ОЦЕНКА УРОВНЯ ОХВАТА ПРИВИВКАМИ МЕТОДОМ СЛУЧАЙНОЙ КЛАСТЕРНОЙ ВЫБОРКИ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ОТЧЕТНЫХ ДАННЫХ О ДОСТИГНУТОМ УРОВНЕ ОХВАТА В ХОДЕ ДИ

Комментарий: Для оценки уровня охвата прививками в ходе кампании ДИ можно применить метод Расширенной Программы Иммунизации ВОЗ (42а, 42б).



Краткое описание метода:

- В каждом районе определяется 30 кластеров (населенных пунктов), в каждом из которых надо будет обнаружить 7 детей целевой группы; выбор кластеров производится с применением двухэтапной выборки.
- Работник, проводящий это обследование, определяет дом/квартиру, откуда начинает систематическим путем обходить другие дома/квартиры, чтобы обнаружить 7 детей целевой возрастной группы.
- Когда выявляется ребенок целевой возрастной группы у родителя/попечителя ребенка спрашивают прививочную карту ДИ, выдаваемую прививочным пунктом; после чего проводящий опрос регистрирует данного ребенка как привитого/не привитого в специальной стандартной учетной форме.
- По итогам обследования 30 кластеров вычисляется показатель охвата прививками, полученный в данной выборке; после чего этот показатель используется для вычисления доверительных интервалов (с применением программного модуля CSAMPLE программы Epi Info 6.04d (43).

«КАЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОМ СЛУЧАЙНОЙ ВЫБОРКИ ЛОТОВ» (LOT QUALITY ASSESSMENT SURVEYS – LQAS)

Данный метод основан на стратифицированной случайной выборке для сбора данных и для проверки односторонней гипотезы при анализе данных. Используя размер выборки из 19 человек в каждом «лоте», по крайней мере, в 92% случаев, можно определить, был ли достигнут целевой уровень охвата прививками. Необходимо помнить, что этот размер выборки не позволяет рассчитать точный охват прививками или небольшие различия между «лотами» (44, 45).

Пример: По отчетным данным в ходе ДИ в районе «Д» был достигнут уровень охвата прививками 85%. В этом районе численность возрастной целевой группы равна 59 950 человек, которые обслуживаются пятью учреждениями здравоохранения. Чтобы оценить уровень охвата прививками, достигнутый различными учреждениями здравоохранения, районный координатор принял решение провести эпидемиологическое обследование, используя метод «качественной оценки случайной выборкой «лотов».

Общий размер выборки составил 95 человек: т.е. в каждом из пяти учреждений здравоохранения были выбраны 19 человек целевой возрастной группы (т.е. подлежащих вакцинации в ходе ДИ).

Группы медицинских работников, которые проводили это обследование, прошли специальную подготовку, чтобы знать как методом случайной выборки определить начальный пункт обследования/лицо целевой возрастной группы.

После завершения всех опросов были получены следующие данные о числе вакцинированных лиц (Таблица A18.1).

Использование невзвешенного среднего уровня охвата и оценка различий между «лотами» приведены в Таблице A18.2.



Таблица А18.1.
Расчет взвешенного уровня охвата прививками по методу «качественной оценки случайной выборкой лотов»: района «Д»

Номер группы	Район	Размер целевой группы лота	Доля в общей сумме	Размер выборки в лоте	Число привитых	Доля привитых	Взвешенный уровень охвата прививками
1	Эвот	14 915	0,25	19	15	0,79	0,20
2	Томас	10 890	0,18	19	10	0,53	0,10
3	Карлайл	6 822	0,12	19	19	1	0,12
4	Изигба	13 422	0,22	19	16	0,84	0,18
5	Ракахи	13 901	0,23	19	17	0,89	0,20
Итого		59 950	1,00				0,80

Таблица А18.2.
Средний уровень охвата прививками и выявление «лотов» с уровнем охвата ниже среднего

Номер лота	Размер выборки	Число привитых	Расчет уровня охвата	Решающее правило*	Равно или выше среднего уровня охвата
1	19	15	(Всего вакцинированных / Размер выборки по группам) = 81%	(значение взято из таблицы, уровень охвата 85% с размером выборки в «лоте» 19 человек) = 14	Да
2	19	10			Нет
3	19	19			Да
4	19	16			Да
5	19	17			Да
Итого	95	77			

* Решающее правило определяет, в каком «лоте» показатель охвата был равен или ниже среднего показателя.

Взвешенный показатель уровня охвата и доверительные интервалы можно также рассчитать с помощью модуля CSAMPLE программы Epi Info 6.04d (43).

ОЦЕНКА ПОТЕРЬ

После проведения ДМИ районные координаторы должны:

- Организовать возврат неиспользованных (невскрытых) флаконов с вакциной и расходных материалов на районный склад.
- Представить отчет в оперативный штаб области/провинции о числе неиспользованных доз вакцины.
- Рассчитать потери, используя формулы, приведенные ниже.

$$\text{ПОТЕРИ ВСВК} = \frac{100 \times (\text{Общее число израсходованных и розлитых доз} - \text{Итоговое число привитых в группах, подлежащих вакцинации})}{\text{Общее число израсходованных и розлитых доз}}$$

$$\text{ПОТЕРИ}_{\text{СБ-ШПРИЦЫ}} = \frac{100 \times (\text{Всего израсходованных и утраченных СБ-шприцев} - \text{Итоговое число привитых в группах, подлежащих вакцинации})}{\text{Всего израсходованных и утраченных СБ-шприцев}}$$





ПРИЛОЖЕНИЕ 19. | СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

Борьба с корью: Целевое плановое, регулярное и непрерывающееся применение коревой вакцины для снижения заболеваемости корью и смертности от этой инфекции.

Вакцина содержащая вирус кори (ВСВК): Вакцина, которая содержит только коревой вакцинный вирус или коревой вакцинный вирус в комбинации с краснушным вакцинным вирусом (вакцина КК), или в комбинации с краснушным и паротитным вакцинными вирусами (вакцина КПК).

Врожденная краснушная инфекция (ВИ): Внутриутробное инфицирование плода вирусом краснухи, которое может приводить к выкидышу, внутриутробной смерти плода, к рождению здорового ребенка или к рождению ребенка с некоторыми или всеми проявлениями СВК.

Генерации распространения инфекции: Число контактов – инкубационных периодов-инфекционных циклов, возникающих после первого случая заболевания. Новые случаи кори, возникающие через 7–18 дней после контакта с источником инфекции, являются частью последующих генераций.

Дополнительная иммунизация (ДИ): Массовые кампании иммунизации, с вовлечением всех лиц определенных возрастных групп или группы высокого риска, с целью достижения высокого уровня охвата прививками всех восприимчивых лиц. Каждая кампания ДИ обычно проводится на крупной географической территории (регион/провинция или страна) для быстрого снижения количества восприимчивых лиц. Как правило, определения прививочного статуса и/или наличия заболевания в анамнезе не проводится.

Завозной случай кори: Заболевание кори, возникшее в результате контакта с источником инфекции на другой географической территории, где регистрируется данное заболевание. Генотип вируса, выделенного от такого случая, должен соответствовать генотипу вирусов, циркулирующих на территории, с которой выявлены (подозреваются) эпидемиологические связи.

Острый вялый паралич (ОВП): Вялый паралич (в отличие от спастического паралича) развивается остро в период от нескольких дней до нескольких недель. ОВП – это синдром, вызываемый рядом возможных причин; одна из причин – дикий вирус полиомиелита.

Расширенная программа иммунизации (РПИ): программа ВОЗ, цель которой состоит в вакцинации детей против кори, полиомиелита, дифтерии, коклюша, столбняка, туберкулеза, гепатита В и желтой лихорадки (в странах, где это заболевание представляет высокий риск) в определенных странах.



Синдром врожденной краснухи (СВК): Одно из возможных последствий внутриутробного инфицирования плода вирусом краснухи, особенно в течение первого триместра беременности. К врожденным дефектам, связанным с СВК, могут относиться: поражение сердца, слепота, нарушения слуха, задержки в развитии/ умственную отсталость.

Стратегия проведения кампании ДИ: Официальное решение, таких вопросов, как выбор возрастных групп, подлежащих прививкам, и обеспечение доступности целевых групп к вакцинации.

Термоиндикатор на флаконе (VVM): Наклейка, содержащая термочувствительный материал, помещается на флакон с вакциной с тем, чтобы зарегистрировать кумулятивное воздействие повышенных температур. Изначально VVM представляет собой кружок темного цвета с небольшим светлоокрашенным квадратиком в центре. Вакцину можно использовать, только если цвет квадрата остается светлее, чем цвет круга. VVM для лиофилизированных вакцин часто помещается на резиновый колпачок флакона, таким образом, он выбрасывается при разведении вакцины. Поскольку такие вакцины должны быть уничтожены через 6 часов после открытия или в конце иммунизационной сессии (в зависимости от того, какой срок наступает быстрее), VVM могут использоваться только до момента разведения вакцины.

Учреждения здравоохранения: Больницы, частные клиники, поликлиники, аптеки, где могут проводиться мероприятия по эпидемиологическому надзору за заболеваемостью, например, выявление, исследование, анализ и отчетность.

Элиминация кори: Динамическая ситуация на обширной и густонаселенной географической территории, где отсутствует эндемичная передача вируса кори и значительное распространение заболевания в случае завозе вируса извне. Все единичные случаи и цепочки передачи инфекции должны быть связаны только с завозом вируса.

Эффективное репродуктивное число (R): Число вторичных случаев заболевания, возникших среди населения (в популяции) после контакта с первичным случаем. (R зависит от уровня популяционного/коллективного иммунитета, возникшего либо после перенесения инфекции, либо после вакцинации. Величина R менее единицы показывает, что общий уровень иммунитета в популяции препятствует возникновению эндемичной циркуляции вирусов, однако при этом могут возникать отдельные вспышки, поскольку существуют «карманы» неиммунного (восприимчивого) населения.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЕ ССЫЛКИ

1. Murray CJL et al. *The global burden of disease 2000 project: aims, methods, and data sources*. Geneva, World Health Organization, 2001. (Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No.36).
2. Spika JS et al. Measles and rubella in the World Health Organization European Region: diversity creates challenges. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187 (suppl. 1): S191–S197.
3. *Руководство по организации эпидемиологического надзора за корью и врожденной краснушной инфекцией в Европейском регионе ВОЗ*. Европейское Региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, 2003
4. *Стратегическая программа предупреждения кори и врожденной краснушной инфекции в Европейском регионе ВОЗ*. Европейское Региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, 2003
5. Puvimaqnsinghe JPA et al. Measles outbreak in Sri Lanka, 1999–2000. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187 (suppl. 1): S241–S245.
6. McFarland JW, Mansoor OD, Yang B. Progress in accelerated measles control in the Western Pacific Region. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187 (suppl. 1): S246–S251.
7. *WHO-UNICEF policy statement for mass immunization campaigns*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/EPI/LHIS/97.04 rev.1).
8. *Global measles mortality reduction and regional elimination: a status report*. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187 (suppl. 1).
9. *Safety of injections. WHO-UNICEF-UNFPA joint statement on the use of auto-disable syringes in immunization service*. Geneva, 1999 (unpublished document WHO/V&B/99.25; available from Vaccines and Biologicals, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland and on the Internet at www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF999/www9948.pdf). (Имеется в наличии на русском языке в ЕРБ ВОЗ).
10. «First, do no harm». *Introducing auto-disable syringes and ensuring injection safety in immunization systems of developing countries*. Geneva, World Health Organization, 2002 (WHO/V&B/02.26). (Имеется в наличии на русском языке в ЕРБ ВОЗ).
11. *Ensuring the quality of vaccines at country level. Guidelines for health staff*. Geneva, World Health Organization 2002 (WHO/V&B/02.16). (Имеется в наличии на русском языке в ЕРБ ВОЗ).
12. *Safety of mass immunization campaigns*. Geneva, World Health Organization, 2002 (WHO/V&B/02.10).



13. *Surveillance of adverse events following immunization: field guide for managers of immunization programmes*. Geneva, WHO 1993 (WHO/EPI/TRAM/93.02 REV.1)
14. Bino S et al. Measles-rubella mass immunization campaign in Albania, November 2000. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187 (suppl. 1): S223–S229.
15. Ion-Nedelcu N et al. *Measles elimination: a mass immunization campaign in Romania*. *American Journal of Public Health*, 2001, 91: 1042–1045.
16. D'Souza RM et al. Adverse events following immunization associated with the 1988 Australian measles control campaign. *Communicable Disease Intelligence*, 2000, 24(2): 27–33.
17. Sciberras J. Adverse vaccine events reported during the Ontario measles immunization campaign. *Public Health and Epidemiological Research Ontario*, 1996, 7: 7–12.
18. Hersh BS et al. Review of regional measles surveillance data in the Americas, 1996–99. *Lancet*, 2000, 355: 1943–1948.
19. Biellik R et al. First 5 years of measles elimination in southern Africa: 1996–2000. *Lancet*, 2002, 359: 1564–1568.
20. Ramsey ME et al. The elimination of indigenous measles transmission in England and Wales. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187 (suppl. 1): S198–S207.
21. *Aide-memoire to ensure the efficiency and safety of mass immunization campaigns with injectable vaccines*. World Health Organization, Geneva, 2003, http://www.who.int/immunization_safety/publications/en/Aide-Memoire_safety_checklist_campaigns.pdf (accessed 25 February 2004).
22. *Adverse events following measles, mumps and rubella vaccines in Supplementary information on vaccine safety. Part 2: background rates of adverse events following immunization*. Geneva, World Health Organization, 2000 pp 55–68 (WHO/V&B/00.36).
23. Peltola H, Heinonen OP. Frequency of true adverse reactions to measles-mumps-rubella vaccine. A double-blind placebo-controlled trial in twins. *Lancet*, 1986, 1: 939–942.
24. Markowitz LE, Katz SL. Measles vaccine. In: Plotkin SA, Mortimer EA Jr, Eds. *Vaccines*, 2nd ed. Philadelphia, WB Saunders, 1994: 252–253.
25. WHO. Rubella vaccines. WHO position paper. *Weekly Epidemiological Record*, 2000, 75: 161–169.
(Имеется в наличии на русском языке в ЕРБ ВОЗ).
26. Balfour HH, Groth KE, Edelman CK. RA 27/3 rubella vaccine. *American Journal of Diseases in Children*, 1990, 134:350–353.
27. Horstman DM et al. Persistence of vaccine-induced immune responses to rubella: comparison with natural infection. *Reviews of Infectious Diseases*, 1985, 7 (suppl. 1): S80–S85.



28. Rowlands DF, Freestone DS. Vaccination against rubella of susceptible schoolgirls in Reading. *Journal of Hygiene*, 1971; 69: 579–586.
29. Polk BF, Modlin JF, White JA, DeGirolami PC. A controlled comparison of joint reactions among women receiving one or two rubella vaccines. *American Journal of Epidemiology*, 1982, 115: 19–25.
30. WHO. Mumps virus vaccines. WHO position paper. *Weekly Epidemiological Record*, 2001, 76: 346–355. (Имеется в наличии на русском языке в ЕРБ ВОЗ).
31. McLean M et al. Manuscript in preparation 2003.
32. Global Advisory Committee on Vaccine Safety, 11–12 June 2003, Adverse events following mumps vaccination. *Weekly Epidemiological Record*, 2003, 78: 282–283.
33. Duclos P, Ward BJ. Measles vaccines: a review of adverse events. *Drug Safety*, 1998, 19: 435–454.
34. Taylor B et al. MMR and autism: further evidence against a causal association. *Vaccine*, 2001; 19: 3636–3635.
35. Madsen KM et al. A population-based study of measles, mumps and rubella vaccination and autism. *New England Journal of Medicine*, 2002, 347: 1477–1482.
36. CDC. General recommendations on immunization. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) and the American Academy of Family Physicians (AAFP). *MMWR*, 2002, 51(No. RR-2): 1–36.
37. American Academy of Pediatrics. Measles. In: Pickering LK, ed. *Red book: 2003 report of the Committee on Infectious Diseases*, 26th ed. Elk Grove Village, American Academy of Pediatrics, 2003: 419–429.
38. American Academy of Pediatrics. Treatment of anaphylactic reactions. In: Pickering LK, ed. *Red book: 2003 report of the Committee on Infectious Diseases*, 26th ed. Elk Grove Village, American Academy of Pediatrics, 2003: 63–66.
39. Thibodeau JL. Office management of childhood vaccine-related anaphylaxis. *Canadian Family Physician*, 1993, 40: 1602–1610.
40. Recommendations for the monitoring of measles eradication in the American Region. *Epidemiological Bulletin / PAHO*, 2003, 24(3): 6–10.
41. Zuber PL et al. Use of administrative data to estimate mass vaccination campaign coverage, Burkina Faso, 1999. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187 (suppl. 1): S86–S90.
- 42a. Henderson RH, Sundaresan T. Cluster sampling to assess immunization coverage: a review of experience with a simplified sampling method. *Bulletin of the World Health Organization*, 1982, 60(2): 253–260.
- 42б. Литвинов С.К, Лобанов А.В, Перегудов А.Н. Кластерный метод в проведении эпидемиологических исследований. *Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии*, 1986 г., стр. 78–84.
43. Dean AG et al. *Epi Info version 6.04a, a word-processing, database, and statistics program for public health on IBM-compatible microcomputers*. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, July 1996.





44. *Monitoring immunization services using the lot quality technique*. Geneva, World Health Organization, 1996 (document WHO/VRD/TRAM/96.1).
(Имеется в наличии на русском языке в ЕРБ ВОЗ).
45. Valadez JJ et al. *Assessing Community Health Programs. A Participant's Manual and Workbook. Using LQAS for Baseline Surveys and Regular Monitoring*. St Albans (UK), Teaching-aids At Low Cost, 2003.







В Европейском регионе ВОЗ корь и краснуха играют важную роль в структуре заболеваемости и смертности от всех болезней, предупреждаемых с помощью вакцин. “Стратегическая программа предупреждения кори и врожденной краснушной инфекции в Европейском регионе ВОЗ” определила ключевые стратегии для достижения цели в регионе – прервать циркуляцию эндемичных вирусов кори и предупредить врожденную краснушную инфекцию

(< 1 случая синдрома врожденной краснухи на 100,000 живорожденных) к 2010 г. “Руководство по организации эпидемиологического надзора за корью и врожденной краснушной инфекцией в Европейском регионе ВОЗ”, является документом, в котором представлены практические рекомендации по разработке и реализации программ эпидемиологического надзора за этими заболеваниями.

Дополнительная иммунизация (ДИ) против кори – это способ быстрого сокращения прослойки восприимчивых к этой инфекции лиц среди населения. При использовании дивакцины против кори и краснухи (КК) для иммунизации лиц, восприимчивых к кори и краснухе, а также краснушной вакцины для остальных женщин репродуктивного возраста, ДИ предоставляет возможность быстрыми темпами достичь цель, поставленную к 2010 году. “Практическое руководство по планированию и проведению дополнительной иммунизации против кори и краснухи” поможет руководителям национальных программ иммунизации и работникам нижестоящих уровней при планировании, организации, и оценке дополнительной иммунизации. Проведение ДИ может потребоваться для достижения в Европейском регионе поставленной цели.

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро

Scherfigsvej 8,
DK-2100 Copenhagen Ø,
Denmark

Тел.: +45 39 17 17 17
факс: +45 39 17 18 18

E-mail: postmaster@euro.who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int



12-23 noiembrie 2002
CAMPANIA NAȚIONALĂ DE VACCINARE ÎMPOTRIVA RUJELEI ȘI RUBEOLEI

RUJEOLA ȘI RUBEOLA pot fi prevenite numai prin vaccinare
Campania de vaccinare VA oferă gratis șansa de a vă proteja sănătatea

RUJEOLA ȘI RUBEOLA pot fi prevenite numai prin vaccinare
Campania de vaccinare VA oferă gratis șansa de a vă proteja sănătatea

12-23 noiembrie 2002г.
НАЦИОНАЛЬНАЯ КАМПАНИЯ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ КОРИ И КРАСНУХИ

Корь – это очень заразное заболевание, которое поражает людей любого возраста, сопровождается тяжелыми осложнениями и может привести к смертельному исходу.
Краснуха – это заразное заболевание, которое поражает детей, подростков и молодежь. У беременных женщин может привести к выкидышу или рождению детей с врожденными уродствами.

Единственная надежная защита от КОРИ и КРАСНУХИ – вакцинация
Кампания вакцинации – ваш шанс на бесплатную прививку для защиты вашего здоровья!

Кто нуждается в вакцинации?
Против кори и краснухи
• Все население от 8 до 19 лет
• Учатся молодежь от 20 до 23 лет
Против краснухи
• Женщины от 20 до 29 лет

Когда?
В период с 12 по 23 ноября 2002 г.

Где?
• В медицинских учреждениях по месту жительства
• В специально организованных прививочных пунктах по месту учебы

VACCINAREA ESTE GRATIS
Pentru informatii suplimentare adresati-VA la medicul de familie / sector

ПРИВИВКА БЕСПЛАТНА
За дополнительной информацией обращайтесь к семейному (участковому) врачу.

CDC, unicef, IICA, Ministry of Health

