

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ФАРМАКОЛОГІЧНИЙ КОМІТЕТ МОЗ УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКА ФАРМАЦЕВТИЧНА АКАДЕМІЯ

 **КЛІНІЧНА
ФАРМАЦІЯ**

CLINICAL
PHARMACY

Том 2, №1 '98

ОРГАНІЗАЦІЯ ІМУНІЗАЦІЇ НАСЕЛЕННЯ ЗА КОРДОНОМ

З.М.Мнушко, І.В.Софронова

Українська фармацевтична академія

Ключові слова: організація імунізації; вакцинація; фінансування профілактичних засобів

Стаття присвячена проблемі специфічної профілактики інфекційних захворювань. Проаналізовані концепції імунпрофілактики населення в зарубіжних країнах. Розглянуті позитивні та негативні сторони процесу вакцинації. Наведені особливості організації імунізації та рівень охоплення обов'язковими та необов'язковими видами імунізації в окремих країнах. Розглянуті заходи з популяризації вакцинації за кордоном і створення систем інформації, як найвищої форми своєчасного контролю за станом імунізації. На прикладі США показана економічна ефективність вакцинації та система управління проведенням імунізації. Узагальнені відомості щодо планування та фінансування програм імунізації населення, наведені дані про обсяги світового ринку вакцин. Відмічені сучасні проблеми в області імунпрофілактики в Україні та за кордоном.

Сьогодні Україна знаходиться на етапі оцінки існуючих проблем у галузі імунізації населення та пошуку шляхів їх вирішення, в зв'язку з чим важливо ретельно вивчати та аналізувати позитивний досвід розвинутих країн світу з метою поліпшення вітчизняного виробництва вакцин і системи імунпрофілактики в цілому.

На цей час одним з найважливіших досягнень медицини ХХ століття є контроль за інфекційними захворюваннями шляхом застосування високоефективних вакцин. Імунізація — один з найрезультативніших та економічних засобів профілактики захворюваності з існуючих в усьому світі. Викоренення віспи та майже повна ліквідація поліомієліту на американському континенті підтверджують визначні успіхи імунізаційних програм.

За останні роки за кордоном проблема специфічної профілактики інфекційних захворювань набула дискусійного характеру. У цьому питанні протистоять прихильники двох точок зору. Перші, в тому числі і ВООЗ, наполягають на додержанні принципу тотальної обов'язкової імунізації

вакцинами проти таких захворювань, як туберкульоз, дифтерія, поліомієліт, кір, кашлюк, правець та інші, тому що саме ці вакцини зіграли вирішальну роль у боротьбі з переліченими інфекціями і на практиці показали високу ефективність.

Другі, головним чином учені з економічно розвинутих країн, виступають проти обов'язкової масової імунізації та пропонують замінити її селективно-вибірковою імунізацією осіб, які відносяться до груп ризику, повністю виключаючи з практики застосування вакцин, які можуть викликати поствакцинальні енцефаломієліти. Прихильники даної концепції аргументують власну позицію такими доводами:

— вакцинальний процес викликає в організмі комплекс реакцій, які негативно впливають на фізіологічні функції;

— вакцинація до одного року є антифізіологічною, тому що в організмі дитини ще не наступає імунологічна зрілість, тобто відсутні імунологічні відповіді;

— високий ризик поствакцинальних ускладнень. Так, у період з 1965 по 1975 роки серед вакцинованих проти віспи в Анг-

лії від енцефаломієліту померло 743 особи, у Канаді — 244, у Франції — 197 осіб [1].

Рекомендації з відміни "рутинної" вакцинації були надані також Американською академією педіатрії (ЛАП) та Комітетом з імунпрофілактики служби охорони здоров'я США. Ця концепція є дуже поширеною у розвинутих країнах світу. Деякі вакцини були переведені до розряду необов'язкових. Наприклад, у США вакцинація БЦЖ не відноситься до комплексу обов'язкових профілактичних заходів. Проба Манту проводиться тільки з клінічних та епідеміологічних показань за умов підвищеного ризику зараження. У Фінляндії, Швейцарії, Голандії поширені релігійні школи, де щеплення дітям взагалі не роблять [1, 6].

На цей час США є однією з найблагополучніших у епідеміологічному плані країною світу завдяки існуванню спеціальної програми імунізації.

За розробку, ліцензування, науково-дослідну роботу та здійснення імунізаційних програм відповідають численні організації, перелік яких представлений на схемі.

Для застосування вакцин регулярно розраховують такий показник, як відношення прибутку до витрат, тобто кількість зао-

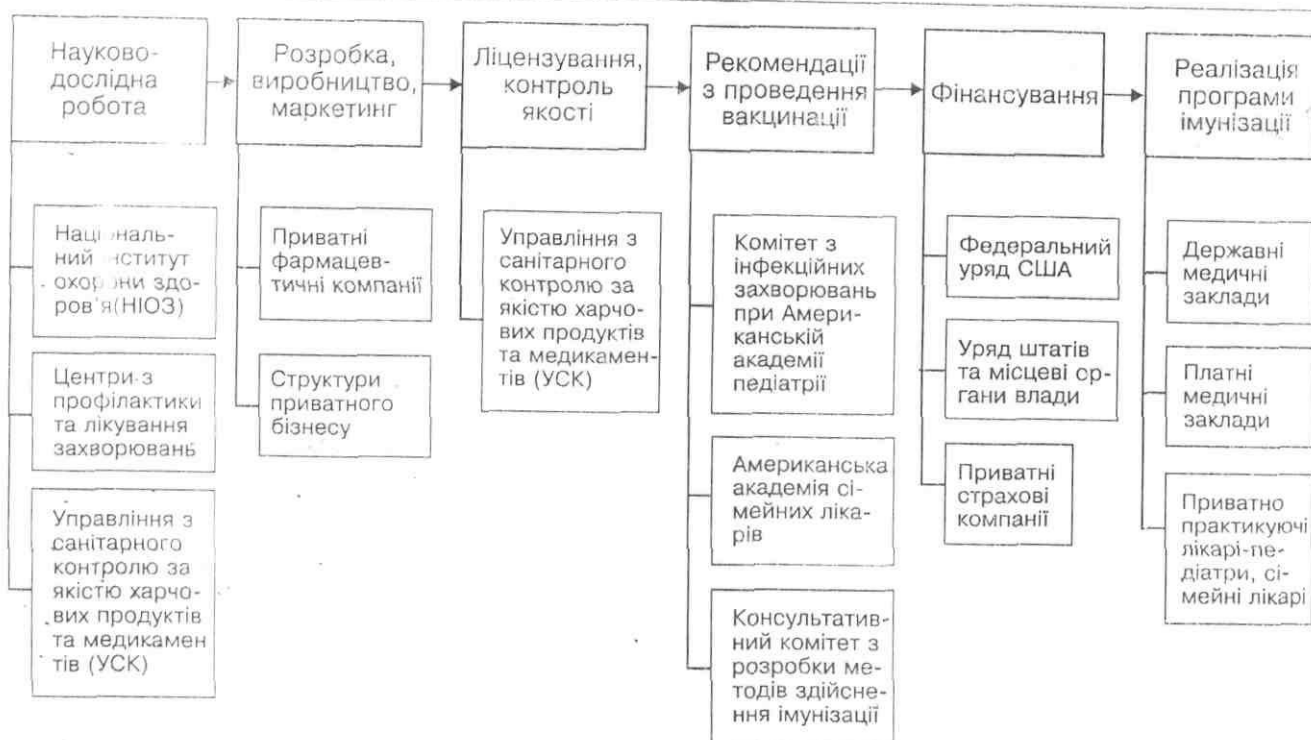


Схема. Система служб з проведення імунізації в США

Значення економічної ефективності деяких поширених у США вакцин

Вакцина	Пряма економія	Пряма + непрям економія
Кір-дифтерія-правець (КДП)	6,0	29,1
Кір-свинка-краснуха (КСК)	16,3	21,3
Поліомієліт (ОПВ)	3,4	6,1
Інтегрована схема (КДП + КСК + ОПВ)	7,4	25,5
H. influenzae, тип В	1,4	2,2
Вітряна віспа	0,9	5,4

щаджених коштів на 1 витрачений долар. Існує пряма та непрям економія. Непряма враховує непрацездатність, смерть та інвалідність. Значення економічної ефективності для деяких поширених у США вакцин надані в таблиці.

Крім того, ліквідація поліомієліту в США дає щорічну економію біля 144 млн. доларів тільки за рахунок відсутності необхідності вакцинації. Виявлення економічної ефективності вакцин допомагає виділяти помірні фінанси на потреби кожного виду імунізації [3, 11].

Імунізація дорослого населення в США не досягла такого високого рівня, як вакцинація дітей.

Щорічно від інфекційних захворювань, яким можна запобігати шляхом вакцинації, у Сполучених Штатах помирає 50-70 тис. дорослих. Зараз проводяться заходи з поліпшення існуючого стану в цьому напрямку. Хоча немає федеральної грант-програми з вакцинації дорослих, вже зараз для осіб, які отримують "Медікейт" (сплачувана державою медицина для малозабезпечених сімей), фінансується проведення щеплень проти грипу та пневмокока. Рівень охоплення цими щепленнями за останні п'ять років зростає завдяки роз'яснювальній роботі та підвищенню інформованості населення. Вакцинація проти грипу

Таблиця

осіб віком понад 65 років з 1994 р. входить до базових медичних послуг [13].

У 80-ті роки в США був затверджений закон про обов'язкову вакцинацію дітей, які відвідують школу. У більшості штатів аналогічні закони розповсюджуються на дитячі садки та ясла, а у деяких штатах — на коледжі та вищі навчальні заклади. Особи, які не підлягають імунізації за медичними показаннями або які відмовляються від неї через власні релігійні чи філософські погляди, звільняються від виконання цих законів. Охоплення імунізацією у школах досягає 96-97%; у дошкільних закладах — 93-97%, що свідчить про успішне виконання імунізаційних програм у США [11].

У деяких країнах Європи дитяча вакцинація є не обов'язковою, але не дивлячись на це, охоплення імунізацією знаходиться на дуже високому рівні. Це пов'язано з впровадженням серед населення активних заходів з популяризації вакцинації, таких як:

— безкоштовне забезпечення вакцинами;

— повне ознайомлення персоналу медичних закладів, приват-

них педіатрів, бригад вакцинації з офіційними наказами в області імунізації;

— впровадження фінансового заохочування для педіатрів та персоналу центрів з вакцинації [5].

Крім того, у деяких країнах (США, Італії) передбачена грошова компенсація сім'ям, члени яких постраждали від поствакцинальних ускладнень [5, 7].

В Англії та Уельсі існує програма патронажу, де передбачені такі заходи, як інформування жінок про користь вакцинації під час їх візитів у дородові консультації та під час відвідування їх медичним персоналом після пологів для того, щоб переконати батьків у необхідності вакцинації дитини [5].

За кордоном регулярно проводиться кількісна оцінка охоплення та своєчасності вакцинації дітей, що має велике значення для виявлення груп ризику. Така оцінка є радикальним засобом моніторингу охоплення вакцинацією та ефективності заходів, які здійснюються педіатричними службами профілактики [2].

У розвинутих європейських країнах рівень охоплення обов'язковими видами імунізації дуже високий і становить 90-100%. Що стосується необов'язкових вакцин, то їх рівень значно нижчий. Наприклад, у Німеччині вакцинація проти кашлюка становить 54%, в Австрії корова вакцинація становить 38%, в Італії кашлюкова — 8-71%, корова — 9-53% [5].

В Італії ретельно вивчався низький рівень охоплення вакцинацією дітей необов'язковими вакцинами. Були з'ясовані декілька причин, одна з яких — це доступ до безкоштовної вакцинації в місцевих медичних закладах. В деяких з них вакцинація проводиться безкоштовно, в інших — батьки повинні самі купувати вакцини, які вводяться дитині у медичному закладі або приватним педіатром. Поліклініки, які здійснювали вакцинацію безкоштовно, більш активно її пропагували, проводячи роботу з популяризації вакцин (розсилка листів батькам і/або приватним лікарям). Хоча вар-

тість вакцини відносно невелика (4 дол. для вакцини КДП, 7.63 дол. — для вакцини проти кору, 11,3 дол. — для комплексної вакцини проти кору, епідемічного паротиту та краснухи), батьки відмічали значні незручності, пов'язані з витратою часу на придбання вакцини в аптеці та на відвідування педіатра або місцевого центру імунізації для введення вакцини дитині [5].

Організацію проведення вакцинації за кордоном у більшості випадків здійснюють постійно діючі центри охорони здоров'я або лікарні, а також виїзні бригади та мобільні служби. Хоча на долю останніх припадає лише невеликий відсоток охоплення імунізацією, їх існування дуже важливе для населення приміських районів, яке мешкає віддалено від постійно діючих закладів. Імунізація населення проводиться переважно державними організаціями. Наприклад, в Австралії 85% усіх щеплень дітей проводиться державними медичними закладами, а 15% щеплень — загальнопрактикуючими лікарями [3].

Численні служби охорони здоров'я часто відрізняються роз'єднаністю і потребують координації для планування стратегії, націленої на рівномірний розподіл послуг, забезпечення їх якості та створення централізованої системи нагляду за хворими. Системи інформації — це найвища форма своєчасного контролю стану імунізації (наприклад, у Великобританії вони існують з 1990 р.). У США зараз створюються комп'ютерні реєстраційні журнали, які розповсюджуються на весь державний сектор і охоплюють усі медичні заклади. Також планується створення електронної системи передачі додаткової інформації, включаючи результати лабораторних аналізів та статус вакцинованості для активного відстеження захворювання з метою його усунення [4].

У зв'язку з діяльністю приватних лікарів, які допускаються до проведення імунізації, виникають проблеми збору необхідної інформації із захворюваності, контро-

лю якості вакцинації, а також даних щодо кількості введених доз тощо. Для міських систем перспективним є залучення даних з приватного сектора імунізації до системи епідеміологічного нагляду та планування. В деяких країнах успішно здійснюється практика забезпечення приватних лікарів вакцинами, шприцями, холодильниками з температурним режимом в обмін на інформацію щодо кількості введених доз та випадків хвороби [2].

У більшості країн приватна медична практика підлягає суворому контролю та регулюванню. Наприклад, у Омані приватний лікар отримує ліцензію на проведення імунізації тільки після перевірки приміщень та обладнання для забезпечення необхідного температурного режиму.

Фінансування імунізації населення за кордоном здійснюється переважно державою. Витрати на платне медичне обслуговування відшкодовуються здебільшого за рахунок страхування, а не через особисті виплати та витрати на страхування, сумірні доходам сім'ї [4].

У 1963 р. у США вперше були введені гранти на програми у галузі імунізації, тобто фінансування закупок вакцин. Центр контролю за захворюваннями (ЦКЗ) розпоряджається фондами, які становлять біля 500 млн. дол. щорічно і надані безпосередньо для використання в програмах імунізації. Такі фонди існують для закупки вакцин, для фінансування управлінського апарату програми, санепіднагляду за захворюваністю. З 1992 р. надається фінансова підтримка безпосередньо для процедур вакцинації [12].

В цілому імунізація у США забезпечується змішаним суспільно-приватним фінансуванням: на 50% воно суспільне, на 50% — приватне. Суспільне в свою чергу поділяється порівну між федеральними органами та штатами. Що стосується приватного страхування та безплатних витрат населення, з 1994 р. Конгресом США фінансується ініціатива "Вакцини для дітей", у рам-

ках якої закупаються вакцини для осіб, які отримують "Медікейт" і не мають медичної страховки [12].

Процес розвитку виробництва вакцин та запровадження їх на ринок йде швидкими темпами і підвищує ці показники в порівнянні з іншими протизапальними засобами. Згідно з повідомленнями фахівців фірми "Frost & Sullivan" (США) у Сполучених Штатах існує більше 400 програм, пов'язаних з розробкою нових та удосконаленням вже існуючих видів вакцин, з пошуком альтернативних варіантів біоінженерних та пеклітинних типів вакцин; діє 34 програми з розробки вакцин проти СНІДу [8, 9].

Всього у світі розробкою вакцин займається 208 фірм та 456 інших дослідницьких організацій. Найбільша активність виявляється в області створення вакцин проти гепатиту В — 94 фірми. За прогнозами у 2000 р. світовий ринок вакцин досягне 5,3 млрд. дол. США. Європейський ринок противірусних засобів у 1993 р. становив 1,4 млрд. дол. (вакцин — 664 млн., лікарських засобів — 646 млн., інтерферонів — 205 млн. дол. США) [9, 10].

Незважаючи на багаторічний досвід вакцинації, 100 тис. дітей у світі щорічно стають інвалідами, перехворівши на поліомієліт, 500 тисяч вмирають від правця новонароджених, 1,2 млн. гинуть від кору. В світі нараховується

близько 350 тис. хронічних носіїв гепатиту В. Навіть у країнах з поголовною вакцинацією продовжують реєструватися випадки захворювань за рахунок втрати імунітету у дорослих [2, 3].

Сьогодні в Україні як ніколи гостро стоїть питання щодо профілактики інфекційних захворювань. Це зумовлене тим, що захворюваність на дифтерію, кір, епідемічний паротит, поліомієліт за останні роки помітно зросла.

Інфекційні захворювання стоять на першому місці у графіку динаміки смертності. За період 1990-1994 рр. смертність від туберкульозу та інфекційних хвороб зросла на 36% [4].

Погіршення екологічної ситуації значно знизило імунітет і підвищило виживання збудників хвороб в об'єктах навколишнього середовища.

Зростання щільності населення в сучасних містах, міграція населення між містами, країнами, з епідеміологічно несприятливих районів відіграє не останню роль у цьому процесі.

Із введенням вільної торгівлі часто реалізуються продовольчі товари сумнівної якості або із закінченим терміном придатності, що викликає ріст кількості хворих з кишковими інфекціями.

Проте більшої шкоди завдає зниження ролі та занедбання проблем профілактики. Зараз Україна зіткнулася з великими труднощами у здійсненні програм ім-

унізації. Рівень охоплення щепленнями досі низький, що пояснюється почасти втратою довіри населення до імунізації через високий рівень тяжких поствакцинальних ускладнень.

До основних проблем, з якими доводиться зіштовхуватися в Україні, належать налагодження виробництва вакцин і сироваток у необхідній кількості, недостатня участь у Розширеній програмі імунізації (РПІ) та матеріально-технічне забезпечення "холодової ланки".

З метою удосконалення системи імунізації населення України нами проводяться дослідження існуючого стану, каналів товароросування, ефективності використання та розробка підходів до реорганізації та раціонального споживання вакцин та сироваток, про що буде повідомлено в наступних публікаціях.

ВИСНОВКИ

1. Проаналізовані концепції імунізації населення в зарубіжних країнах.

2. Наведені особливості організації імунізації в окремих країнах. На прикладі США показана економічна ефективність вакцинації та система управління проведенням імунізації.

3. Узагальнені відомості щодо планування та фінансування програм імунізації населення, наведені дані про обсяги світового ринку вакцин.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бароян О.В. //Вестник АМН СССР. — 1977. — №12. — С. 18-20.
2. Бюллетень Всемирной организации здравоохранения. — М., 1994. — Т. 72, №2. — С. 3-15.
3. Там же. — М., 1994. — Т. 72, №3. — С. 47-53.
4. Там же. — М., 1994. — Т. 72, №4. — С. 66-82.
5. Там же. — М., 1994. — Т. 72, №6. — С. 48-58.
6. Там же. — М., 1994. — Т. 72, №6. — С. 127-136.
7. Липко Е. //Все о медицине. — 1997. — №14 (91). — С. 5.
8. Экспресс-информация: Химико-фармацевтическое производство за рубежом. — ВНИИМИ. — 1990. — Вып. 2. — С. 6.
9. Там же. — 1990. — Вып. 10. — С. 2.
10. Там же. — 1995. — Вып. 11. — С. 10.
11. Georges Peter. //N. Engl. J. Med. — 1993. — Vol. 327. — P. 1794-1799.

12. *Recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP): General Recommendations on Immunization. MMWR. — 1989. — P. 205-228.*

13. Gardner P., Schaffner W. // *N. Engl. J. Med.* — 1993. — Vol. 328. — P. 1252-1259.

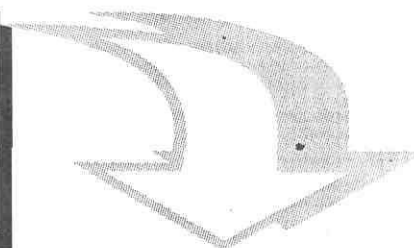
Адреса для листування: 310002, м. Харків,
вул. Пушкінська, 53. Тел. 45-10-18.
Українська фармацевтична академія.

Надійшла до редакції 20.09.1997 р.



Триває передплата
на газету

"Ліки і здоров'я"!



ЛІКИ І ЗДОРОВ'Я
Газета Міністерства охорони здоров'я України, Української фармацевтичної академії



Для підприємств

Індекс
30560

Для індивідуальних
передплатників

61809