



ЕВРОПА



**СТРАТЕГИЧЕСКАЯ
ПРОГРАММА
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ
КОРИ И ВРОЖДЕННОЙ
КРАСНУШНОЙ ИНФЕКЦИИ
В ЕВРОПЕЙСКОМ
РЕГИОНЕ ВОЗ**

**СТРАТЕГИЧЕСКАЯ
ПРОГРАММА
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ
КОРИ И ВРОЖДЕННОЙ
КРАСНУШНОЙ ИНФЕКЦИИ
В ЕВРОПЕЙСКОМ
РЕГИОНЕ ВОЗ**



ЕВРОПА

РЕЗЮМЕ

*Гордые,
довольные и
защищенные от
кори и краснухи,
Молдова 2002*

В Европейском регионе ВОЗ корь и краснуха остаются важными причинами заболеваемости и смертности среди болезней, предупреждаемых с помощью вакцин. Хотя число государств-членов ВОЗ, использующих высоко эффективные вакцины для профилактики этих болезней в рамках их рутинных расширенных программ иммунизации, постоянно растет, все еще существует проблема увеличения уровня охвата иммунизации в странах, использующих вакцины в настоящее время и внедрения вакцины против краснухи в странах, где пока еще не выполняется программа иммунизации. Стратегическая программа предупреждения кори и врожденной краснушной инфекции в Европейском регионе ВОЗ определила ключевые стратегии для достижения цели региона - прекратить распространение кори и предупредить врожденную краснушную инфекцию к 2010 году (< 1 случай синдрома врожденной краснухи на 100 000 живорожденных). Для оценки успехов выполнения этих задач в 2005 г. предполагается оценить ситуацию в регионе. Это будет проводиться в соответствии с планами глобальной оценки борьбы с корью.

Ключевые слова

КОРЬ
КРАСНУХА
ВРОЖДЕННАЯ КРАСНУШНАЯ ИНФЕКЦИЯ
СИНДРОМ ВРОЖДЕННОЙ КРАСНУХИ
ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПАРОТИТ
ИММУНИЗАЦИЯ
ЭПИДНАДЗОР

© Всемирная организация здравоохранения 2003

Европейское региональное бюро ВОЗ оставляет за собой все права, связанные с настоящим документом. Этот информационный материал может использоваться только для ограниченной аудитории. Его нельзя рецензировать, реферировать, воспроизводить, передавать, переводить или адаптировать как отдельные части документа, так и весь документ в целом, в любой форме или любым способом.

СОДЕРЖАНИЕ

1	Вступление	1
2	Статус в Европейском регионе	3
3	Стратегическая программа иммунизации для Европейского Региона	8
4	Единая стратегия предупреждения кори и ВКИ	10
5	Стратегии иммунизации	13
6	Стратегии надзора	20
7	Лабораторная сеть	24
8	Обеспечение качественной информацией по	
9	иммунизации	25
10	Первоочередные мероприятия	26
11	Мониторинг	30
<i>Приложение 1</i>	Стратегические рубежи	32
	Население и национальная политика иммунизации против кори, эпидемического паротита и краснухи в	
<i>Приложение 2</i>	странах Европейского региона ВОЗ по отчету 2001 г.	36
	Вакцинация с учетом специфики стран и показатели заболеваемости корью, эпидемическим паротитом и	
<i>Приложение 3</i>	краснухой в странах Европейского региона ВОЗ.	38
<i>Приложение 4</i>	Тематическая терминология, рекомендованная ВОЗ	40
	Борьба с эпидемическим паротитом в Европейском	
<i>Приложение 5</i>	регионе ВОЗ	43
	Словарь	48
	Список литературы	50



1 ВСТУПЛЕНИЕ

Корь - опасная инфекционная болезнь, которая по-прежнему остается причиной заболеваемости и смертности как в развивающихся, так и в промышленно развитых странах. Глобально корь остается главной причиной детской смертности среди болезней, которые можно предотвратить путем вакцинации. Каждый год отмечается более 31 миллиона заболеваний и 777 000 смертей (1). Глобальная стратегическая программа ВОЗ по предупреждению кори, опубликованная в 2001 г. (2), предлагает обширный план и деятельную основу для обеспечения устойчивого снижения смертности от кори и обеспечения значительного прогресса в прекращении распространения кори в регионах и странах и, в конечном счете, ее ликвидации. Стратегия имеет целью совершенствование существующей службы иммунизации и предполагает проведение в 2005 г. оценки ситуации, которая позволит выявить успехи и определить задачи и реальные возможности работы, необходимой для глобальной ликвидации кори.

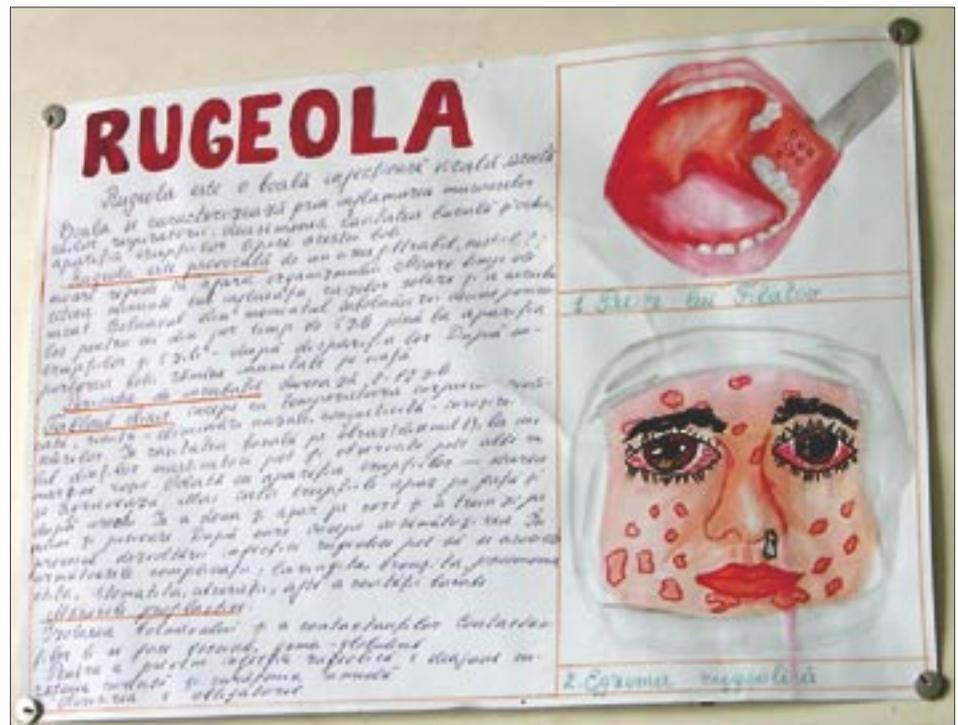
Распространение кори уже прервано в ряде стран путем реализации программы обязательной и дополнительной иммунизации при очень высоком уровне охвата (>95%) (3). Однако корь остается важной проблемой для здравоохранения в странах, где продолжаются эпидемии и вспышки заболеваний из-за неудовлетворительного охвата вакцинацией. Усиление мер, направленных на прекращение эндемичной циркуляции кори может способствовать тому, что население получит равный доступ к услугам в области охраны здоровья. Для этого необходимо обеспечить коревой вакциной восприимчивое к инфекции население, опираясь на уже существующие службы иммунизации, делая все возможное для дальнейшего развития эффективных систем здравоохранения (4).

Краснуха обычно поражает в детстве в виде легкого заболевания с лихорадкой и сыпью. Значение заболевания для здоровья людей кроется в тератогенном влиянии врожденной краснушной инфекции (ВКИ), которая может стать причиной самопроизвольного аборта, гибели зародыша или рождению младенца с синдромом врожденной краснухи (СВК).

Большинство стран-членов ВОЗ в Европейском регионе применяют комбинированную коревую, паротитную и краснушную вакцину (КПК). Коревая и краснушная вакцины могут выработать длительный иммунитет с эффективностью в 90-95%. Однако для прекращения эндемичной передачи кори требуется поддержание невосприимчивости у всего населения на очень высоком уровне (5). В свою очередь предупреждение ВКИ требует поддержания высокого уровня иммунитета среди женщин детородного возраста.

В большинстве западноевропейских стран на протяжении ряда лет действуют программы иммунизации детей с применением КПК вакцин, хотя во многих из них охват вакцинацией остается низким. Поскольку даже при низком уровне вакцинации циркуляция вируса краснухи среди детей может быть существенно сокращена, значительная часть не вакцинированных детей достигнет взрослого возраста не будучи инфицированными, увеличив тем самым количество восприимчивых к инфекции женщин детородного возраста. Во время вспышки заболеваний краснухой эти женщины будут находиться под возросшей угрозой заражения. Тем самым угроза возникновения ВКИ и СВК в этих странах будет выше по сравнению со теми, где вакцина против краснухи никогда не применялась (6). Страны с низким охватом вакциной против краснухи имеют возможность заметно снизить риск угрозы распространения ВКИ, увязывая профилактические мероприятия с интенсивной борьбой с корью.

Эта объединенная стратегическая программа направлена против кори и ВКИ. Наряду с ними, программа предоставляет возможность усилить борьбу с эпидемическим паротитом в тех странах, где применяется КПК вакцина. Особенности борьбы с эпидемическим паротитом рассматриваются в Приложении 4.



2 СИТУАЦИЯ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ

2.1 ПРЕДИСТОРИЯ БОРЬБЫ С БОЛЕЗНЬЮ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ

Почти все страны в Европейском регионе уже имеют программы борьбы с корью в течение многих лет. Тем не менее, в некоторых западноевропейских странах низкая осведомленность общества об угрозе кори и опасных последствиях этого заболевания остаются препятствиями на пути успешной борьбы с болезнью. В новых независимых государствах бывшего Советского Союза трансформация прежней структуры здравоохранения и зависимость ресурсов для реализации программ иммунизации поставили под угрозу достижение и сохранение высокого уровня иммунизации населения, необходимого для прекращения распространения заболевания. Эти разнообразные проблемы в выполнении программ по всему региону привели к тому, что многие восприимчивые молодые и старшие группы населения во многих странах оказались не охваченными двукратной коревой вакцинацией, что угрожает возникновением вспышек заболевания в будущем. Для прекращения эндемичной передачи кори и предупреждения ВКИ странам потребуется усилить свои программы иммунизации и системы эпиднадзора, а также выявить и охватить вакцинацией восприимчивые к инфекции группы населения.

2.2 УСПЕХИ В БОРЬБЕ С КОРЬЮ, КРАСНУХОЙ И ВРОЖДЕННОЙ КРАСНУШНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (ВКИ)

В этом документе использованы данные отчетов, представленных в Европейское региональное отделение ВОЗ государствами-членами ВОЗ в период с 1991 по 2001 гг. На основании различий программ иммунизации, текущего состояния борьбы с заболеваниями и существующей практики регистрации и отчетности, в этом разделе выделены субрегионы стран Западной Европы (23 страны, включая Израиль), Центральной и Восточной Европы (СЦВЕ; 16 стран, включая Турцию) и СНГ (12 стран) (Приложение 1).

2.3 ПОЛИТИКА ИММУНИЗАЦИИ

Все страны Европейского региона использовали живую аттенуированную коревую вакцину в подавляющем большинстве с 1980-х годов или с более раннего периода (Приложение 1). Только в одной стране политика вакцинации против кори предусматривала одну дозу. Все страны кроме четырех вводили первую дозу коревой вакцины после первого года жизни, а вторую – в возрасте от 18 месяцев до 13 лет.

Более 85% стран региона использовали комбинированные вакцины или вводили две вакцины одновременно в сроки, определенные для первой и/или второй дозы коревой вакцины. В Западной Европе все страны применяли двукратную вакцинацию КПК. Двенадцать из 16 стран ЕЭС применяли одну или две дозы КПК; в трех странах вакцинация детей против краснухи не осуществляется. В то же время две страны имели программу, ориентированную на девушек.

Только две из 12 стран СНГ осуществляли программы вакцинации одной или двумя дозами КПК; 10 стран не имели программ против краснухи.



Клинический случай кори (Источник: Здоровье Канады)

2.4 ОХВАТ ПРИВИВКАМИ

2.4.1 Корь

В 2001 г. 36 из 51 страны региона предоставили информацию по охвату населения прививками против кори. В девятнадцати странах охват первой дозой составил более 95%, а в 16 странах – охват был более 95% первой и второй дозой вакцины.

В Приложении 2 для каждой страны приведены средние значения уровня охвата за 5 лет. Среди 50 стран, имеющих эти данные, уровень охвата вакцинацией колебался от 60% до 100%. Взвешенный на количество населения показатель охвата иммунизацией для 22 стран Западной Европы составлял 78%, для 16 стран Центральной и Восточной Европы (ЦВЕ) – 89% и для 12 стран СНГ – 96%. Пять стран ЦВЕ провели специальные исследования для оценки уровня охвата иммунизацией разными методами и результаты этих исследований хорошо коррелировали с официальными отчетными данными. Десять стран СНГ в течение 1999 и 2000 гг. оценили уровень охвата иммунизацией, используя разные методы. В некоторых странах данные оценочного охвата вакцинацией значительно расходились с официальными данными.

Пять европейских стран в последние годы провели дополнительные национальные кампании иммунизации. Соединенное Королевство в 1994 г. иммунизировало детей в возрасте 5-16 лет комбинированной краснушно-коревой вакциной (КК) (7); Румыния осуществила иммунизацию детей в возрасте 7-18 лет коревой вакциной и девушек 15-18 лет КК вакциной в 1999 (8); в 2000 г. Албания провела иммунизацию детей от 1 года до 15 лет КК вакциной (9); Киргизская республика в 2001 г. провела иммунизацию КК вакциной возрастных групп от 7 до 25 лет. (10); в 2002 г. Республика Молдова иммунизировала подростков и молодых людей в возрасте 7-18 лет, а также студентов и военных (19-23 лет) КК вакциной.



Краснушная сыпь (Источник: Здоровье Канады)

2.4.2 Краснуха

Для большинства стран, применявших вакцины против краснухи, охват вакцинацией против краснухи идентичен отчетным данным по охвату против кори, так как использовалась КПК вакцина. Региональное бюро

Субрегионы ВОЗ	1991		2001	
	Число случаев	% стран, представивших отчеты	Число случаев	% стран, представивших отчеты
Западная Европа	229 447	83	16 575	96
Центральная и Восточная Европа	31 585	100	30 782	94
СНГ	43 122	100	20 402	100
Всего	304 184	92	67 759	96

Таблица 1 Число случаев кори в Европейском регионе ВОЗ по субрегионам в 1991 и 2001гг.

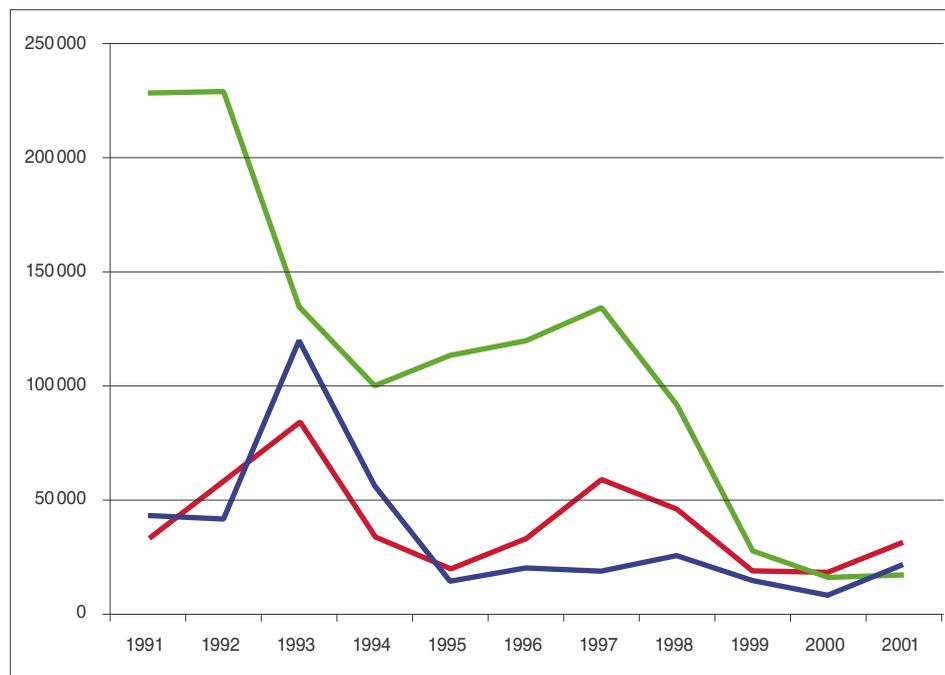


Рисунок 1. Ежегодное число случаев кори в Европейском регионе в 1991-2001

— Страны ЦВЕ
— СНГ
— Западная Европа

ВОЗ не располагает полученными данными по охвату иммунизацией против краснухи из двух стран, применявших моновалентную вакцину против краснухи.

2.5 НАДЗОР

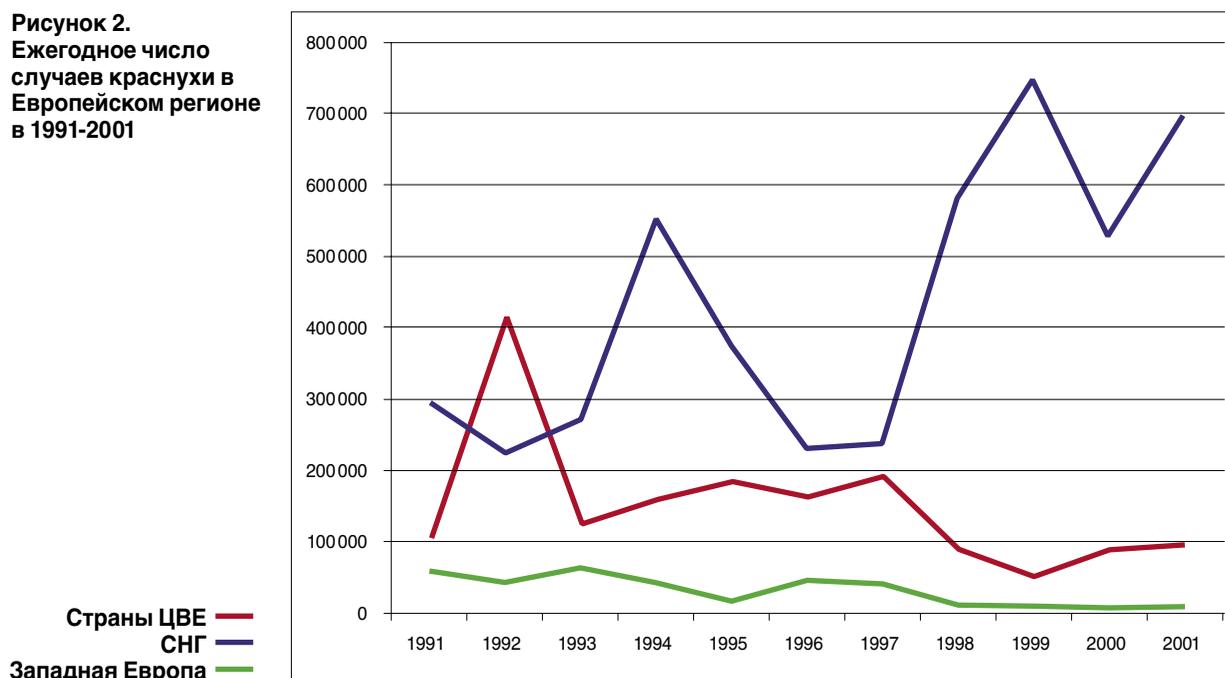
2.5.1 Корь

В Европейском регионе в период 1991-2001 гг ежегодное число случаев кори снизилось на 78%. В Приложении 2 показан усредненный за последние 5 лет показатель заболеваемости, рассчитанный на основе имеющихся данных из стран.. Во всех трех субрегионах отмечается значительное снижение общего числа случаев кори (рис. 1), несмотря на то, что из ряда стран поступили сообщения о вспышках этой инфекции. Системы эпидемиологического надзора за корью отличаются в разных странах. В одних странах эпидемиологический надзор отсутствует, в других используется дозорный надзор,, в третьих странах ведется учет каждого случая заболевания. Большинство стран не сообщает о лабораторном подтверждении случаев кори.

Таблица 2. Число случаев краснухи в Европейском регионе ВОЗ по субрегионам в 1991 и 2001 гг.

Субрегионы ВОЗ	1991		2001	
	Число случаев	% стран, представивших отчеты	Число случаев	% стран, представивших отчеты
Западная Европа	61 680	70	5 954	78
Центральная и Восточная Европа	106 112	94	94 642	88
СНГ	292 314	100	704 589	100
Всего	460 106	84	805 185	86

Рисунок 2. Ежегодное число случаев краснухи в Европейском регионе в 1991-2001



2.5.2 Краснуха и врожденная краснушная инфекция

Ежегодное число случаев краснухи в Европейском регионе за последнее десятилетие возросло на 75% (Таблица 2). Несмотря на то, что по отчетным данным заболеваемость в Западной Европе и в странах ЦВЕ снизилась, в большинстве стран СНГ краснуха продолжает свободно распространяться. При этом в 1999-2001 гг. в этих странах имели место крупные вспышки (Рисунок 2). Средняя за 5 лет заболеваемость краснухой в странах приведена в Приложении 2. В Южной и Восточной Европе в последнее время были отмечены группы случаев СВК (6,11). Многие страны не осуществляют надзор за СВК или располагают системами надзора с низкой чувствительностью: 36 стран сообщили всего о 53 заболеваниях СВК в 2000 г.

2.6 СЕРОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР

В семи странах Западной Европы, участвующих в Европейской серо-эпидемиологической сети (ЕСЭС) в 1994-1998 гг. проводилось серологическое исследование, используя сыворотки, собранные для различных целей. Наблюдаемые формы восприимчивости населения к кори и краснухе коррелируют с заболеваемостью этими инфекциями (12).

2.7 ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Недавно в 10 западноевропейских странах и Канаде были оценены финансовые издержки, связанные с корью и с предупреждением этой болезни (13). Общие общества оценены в 150 миллионов долларов США или \$0.40 на человека. Самые высокие издержки на душу населения оказались в Италии, где охват вакцинацией был наиболее низким, а заболеваемость самой высокой. Этот анализ подтверждает вывод, что хорошо налаженный контроль за заболеваемостью более выгоден обществу, нежели низкий уровень контроля.

В Дании, Финляндии и Норвегии был проведен анализ затрат, связанных с предупреждением синдрома врожденной краснухи с помощью моновалентной вакцины против краснухи или комбинированной КПК вакцины. Все исследования показали, что величина полученных выгод превышает затраты на вакцинацию (14-16).

3 СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ИММУНИЗАЦИИ ДЛЯ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНА

Программа ЗДОРОВЬЕ21 (17), содержащая основы стратегии в области здравоохранения, разработанные Европейским региональным бюро ВОЗ и одобренные Региональным комитетом в 1998 г., определила ряд задач борьбы с инфекционными заболеваниями в Европейском регионе, в том числе ликвидацию кори к 2007 г. и ограничение распространения СВК и эпидемического паротита к 2010 году. В качестве предварительных задач были установлены уровни восприимчивости населения, необходимые для прекращения распространения кори внутри стран (18). В течение 1999-2000 гг. более чем половина стран-членов ВОЗ участвовала в субрегиональных семинарах, которые фокусировались на определении наиболее восприимчивых групп населения и на оказании помощи в разработке национальных программ.

Дальнейшая работа по подготовке национальных программ и мероприятия по их исполнению была ограниченной, несмотря на возросший интерес стран-членов ВОЗ. Поскольку текущая задача ликвидация кори к 2007 году все чаще признается трудно выполнимой, а в Регионе широко применяется комбинированная вакцина, содержащая антигены кори и краснухи, стратегическая программа для Европейского региона устанавливает срок выполнения оперативной задачи по ликвидации кори к 2010 году в соответствии с задачей по СВК, декларированной программой ЗДОРОВЬЕ21. Программа предусматривает оценку положения дел в области контроля за распространением кори в мире в течение 2005 года, после чего Программа с соответствующими изменениями поступит на утверждение Региональному комитету ВОЗ для Европы.

Общими целями стратегической программы до 2010 года являются:

- прекратить эндемичную передачу кори в регионе¹;
- предупредить врожденную краснушную инфекцию (сократить число случаев СВК до уровня менее 1 случай на 100 000 живорожденных).

Для достижения этих целей рекомендуются шесть ключевых стратегий:

- достижение и устойчивое поддержание высокого охвата двукратной вакцинацией против кори на базе высококачественной прививочной работы;
- обеспечение возможности повторной вакцинации против кори посредством проведения дополнительной иммунизации восприимчивого к кори населения, в соответствии с национальными задачами по снижению заболеваемости корью;

¹ Ситуация, при которой передача вируса не может иметь места, а вторичное распространение заболеваний из-за ввоза инфекции извне прекращается само по себе без специального вмешательства. Для получения дополнительной информации смотри «Руководство по эпидемиологическому надзору за корью и врожденной краснушной инфекцией в Европейском регионе» (19).

- использование возможности, предоставляемой дополнительной иммунизацией против кори для прививок восприимчивого к краснухе населения;
- обеспечение защиты женщин детородного возраста против краснухи, достигнув высокий охват одной дозой краснушной вакцины;
- улучшение систем эпидемиологического надзора путем эффективного расследования случаев заболеваний и их лабораторного подтверждения ;
- повышение доступности ценной и высококачественной информации для медицинских специалистов и общества об эффективности и риске, связанным с иммунизацией против кори и краснухи.

4 ЕДИНАЯ СТРАТЕГИЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ КОРИ И ВКИ

Единая стратегия фокусируется на борьбе с корью, определяя три этапа ее контроля и содержит варианты в отношении включения вакцины против краснухи в национальные программы по борьбе с корью, что допускает некоторую гибкость для стран.

Применение единого подхода к проведению иммунизации для достижения быстрого снижения заболеваемости кори и краснухи может значительно снизить заболеваемость этими инфекциями и в то же время максимизировать эффективность программы. Так, например в 2002 году свыше 80% стран в Европейском регионе использовали комбинированную вакцину. Более того, страны, приближающиеся к ликвидации эндемичной передачи кори обнаруживают, что большая часть «подозрительных на корь» случаев оказываются краснухой. Сокращение заболеваемости краснухой позволит странам усовершенствовать свои стандартные методы надзора за корью, не перегружая систему, выявлением заболеваний с сыпью и лихорадкой, обусловленными другими видами вирусов.

Страны, разрабатывающие свои национальные подходы для выполнения задач *Стратегической программы*, нуждаются в оценке современных и имевших место в прошлом уровней контроля кори

и краснухи, чтобы обеспечить регулярное планирование необходимых мероприятий в будущем. Страны могут определить уровень контроля за заболеваемостью корью и краснухой, оценив восприимчивость своего населения. Характеристика восприимчивости может быть определена на основании хронологических данных об уровне заболеваемости в разных возрастных группах и показателей охвата вакцинацией, которые при необходимости могут быть дополнены данными стандартизованного серологического исследования.

Все страны-члены ВОЗ могут быть подразделены на три группы. (Таблица 3).

Стадия I: ограниченный контроль заболеваемости корью

В странах, население которых вовлечено в постоянную вакцинацию с применением одной дозы коревой вакцины при условии охвата < 90% или менее, с течением времени сформировались восприимчивые к инфекции группы населения. Продолжают регистрироваться эпидемии кори с промежутками между ними 5 лет или менее. Вспышки заболеваний встречаются чаще в группах младшего возраста и характеризуются более тяжкими последствиями.

Стадия II контроль заболеваемости корью

Страны с подтверждаемым постоянно высоким (90-95%) уровнем охвата иммунизацией против кори, по крайней мере, одной дозой вакцины.

Эпидемии кори продолжают наблюдаться с перерывами более 5 лет, часто поражая преимущественно более старшие возрастные группы.

Стадия III: достижение ликвидации кори

Страны с очень высоким постоянным (национальным > 95% и > 90% во всех районах) уровнем охвата иммунизацией двумя дозами коревой вакцины, в которых восприимчивыми остаются только старшие возрастные когорты.. Имеются данные о прекращении эндемичной передачи кори.

Стадия IIIa: предупреждение ВКИ не является составной частью национальной программы борьбы с корью.

Стадия IIIb: предупреждение ВКИ является составной частью национальной программы борьбы с корью.

Страны в течение значительного периода поддерживают высокий уровень охвата вакцинацией против краснухи, а также обеспечивают защиту восприимчивых к краснухе групп женщин детородного возраста. Имеются

Стадия	Уровень контроля	Охват иммунизацией	Эпидемиологическая ситуация
IIIb	достижение ликвидации кори и предупреждение ВКИ	Поддерживаемый очень высокий (>95%) охват двукратной коревой вакцинацией и поддерживаемый высокий охват вакцинацией (>90%) женщин детородного возраста, по крайней мере, одной дозой вакцины против краснухи	<ul style="list-style-type: none"> • Прекращение эндемичной передачи кори • Высокий уровень невосприимчивости к кори у населения • Заболеваемость СВК ниже 1 случая на 100 000 живорожденных • Высокий уровень невосприимчивости к краснухе женщин детородного возраста
IIIa	Достижение ликвидации кори	Поддерживаемый очень высокий (>95%) охват двукратной коревой вакцинацией	<ul style="list-style-type: none"> • Прекращение эндемичной передачи кори • Высокий уровень невосприимчивости к кори у населения
II	Контроль заболеваемости корью	Поддерживаемый высокий (>90%) охват по крайней мере одной дозой коревой вакцины	<ul style="list-style-type: none"> • Низкая заболеваемость при периодических вспышках кори • Перерывы между эпидемиями кори >5 лет
I	Ограниченный контроль заболеваемости корью	Низкий до среднего (<90%) охват коревой вакцинацией	<ul style="list-style-type: none"> • Устойчивая заболеваемость с частыми вспышками • Перерывы между эпидемиями кори ≤5 лет

Таблица 3. Стадии контроля кори и врожденной краснушной инфекции

данные о том, что удалось прекратить распространение врожденной краснушной инфекции при частоте СВК менее 1 случай на 100 000 живорожденных (смотри раздел по иммунизации).

*Практика
безопасной
инъекции важна*



5 СТРАТЕГИИ ИММУНИЗАЦИИ

Достижение III-ей стадии контроля требует снижения доли неиммунной части населения до уровня, при котором устойчиво прекращается передача вируса даже после его ввоза извне (19). Необходимо проведение двукратной коревой вакцинации при этом очень высокий уровень охвата прививками (>95%), что обеспечит появление иммунитета даже у той части населения, которая не ответила выработкой антител на введение первой дозы. Для достижения намеченных целей в борьбе с корью, странам необходимо поддерживать высококачественную иммунизацию детей и определить восприимчивые целевые возрастные группы, и разработать стратегии их иммунизации для достижения цели ликвидации кори.

5.1 СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРИВИВОЧНОЙ РАБОТЫ ПРИ ДВУХ ДОЗОВОМ КАЛЕНДАРЕ ИММУНИЗАЦИИ

Системы, необходимые для проведения программы коревой вакцинации, являются сложными. Одновременное введение других вакцин, (которые включены в рутинный календарь прививок), делает программу высоко экономически эффективной. Первая доза коревой вакцины должна быть введена детям как можно быстрее после достижения возраста 12 месяцев, а охват прививками необходимо поддерживать на очень высоком (95% и более) уровне в каждой административной территории. В странах, где существует высокий риск заражения корью детей младшего возраста, первая доза вакцины вводится в девяти месячном возрасте. Однако эти страны должны предусмотреть увеличение возраста введения первой дозы до ≥ 12 месяцев, когда риск заражения корью снизится. Возраст введения второй дозы зависит от факторов специфичных для каждой страны, но чаще он совпадает с моментом перед началом посещения школы.

Специфичные для каждой страны подходы к повышению действенности и совершенствованию рутинных программ иммунизации нуждаются в развитии по нескольким направлениям, включающим:

- Гарантирование наличия безопасных и эффективных вакцин, и применение стандартов безопасной иммунизации;
- разработка и проведение специальных мероприятий по иммунизации трудно доступных групп населения;
- разработка систем, позволяющих отслеживать прививки, и чтобы снижать высокие показатели потерь при их проведении
- сокращение упущенных возможностей и неправильных противопоказаний;

- подготовка медицинского персонала для повышения качества управления прививочным делом;
- разработка и обеспечение информационными, учебными и познавательными материалами и пропагандистская деятельность, ориентированная на медицинский персонал и население.

5.2 ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИММУНИЗАЦИЯ

Дополнительные кампании иммунизации против кори могут стать эффективным методом быстрого снижения числа восприимчивых лиц и сохранения этой тенденции там, где снижение уже достигнуто (20). Дополнительные действия технически просты по исполнению, однако организационная работа и материально-техническое обеспечение могут представлять большие проблемы. Кампании должны планироваться очень тщательно, причем особое внимание нужно уделять материально-техническому снабжению и безопасной иммунизации. Они должны быть также увязаны с мерами по усилению надзора и возможностями лабораторий. Кампании могут укрепить и повысить эффективность рутинных программ иммунизации. Вместе с тем плохо спланированные кампании могут нанести ущерб плановой вакцинации. Для оценки готовности страны к проведению кампаний иммунизации необходимо учесть ряд факторов:

Всем странам, имеющим восприимчивые группы населения, возраст которых старше обычной возрастной категории для введения второй дозы, или группы с неадекватным охватом первой или второй дозой, необходимо разработать стратегии дополнительной иммунизации, нацеленные на достижение очень высокого (>95%) охвата упомянутых целевых групп.

- политическое решение о ликвидации кори и обеспечение устойчивого финансирования;
- всесторонняя долгосрочная национальная программа по ликвидации кори;
- наличие материально-технической базы;
- достаточное финансирование;
- сильные и устойчивые программы проведения плановой иммунизации;
- эффективный эпидемиологический надзор и необходимая лабораторная база.

Выделяются три типа дополнительных кампаний: массовые кампании иммунизации больших групп населения, последующие кампании, подчищающие кампании.

5.2.1 Массовые кампании иммунизации больших групп населения

Это единовременные национальные кампании иммунизации с вовлечением многих возрастных групп населения, в которых накопились восприимчивые лица. В период этих кампаний каждый человек из определенной возрастной группы получает дополнительную дозу вакцины вне зависимости от истории вакцинации или заболевания в прошлом. Потребности и возможности, необходимые для проведения такой кампании, и определение целевых

возрастных групп являются ключевыми компонентами национальной стратегии по ликвидации кори.

Целевые возрастные группы определяются по результатам анализа накопленных данных об охвате прививками и эпидемиологии заболевания в стране. Для выделения возрастных групп, восприимчивость которых не соответствует контрольному уровню, могут также использоваться данные сероэпидемиологических исследований (18). При планировании массовых кампаний иммунизации необходимо соотносить отвечающие национальным целям задачи стратегического снижения количества восприимчивых лиц с рентабельным подходом к решению проблем иммунизации, учитывая необходимость охватывать целевые группы населения и возможность улучшения качества программы иммунизации.

5.2.2 Последующие кампании

Это национальные массовые кампании иммунизации, проводимые периодически (каждые 3-5 лет), с целью иммунизации детей, которые пропустили предыдущие плановые иммунизации и массовые кампании. При невозможности поддерживать очень высокий уровень охвата первой или второй дозой коревой вакцины после проведения массовой кампании иммунизации больших групп населения, в стране снова начнут накапливаться восприимчивые к кори лица. В этих ситуациях предлагается проводить систематические последующие кампании, предварительно оценив эпидемиологию заболевания и проведя анализ результатов серологических исследований уровня защищенности.

5.2.3 Подчищающие кампании

Целевая группа для этих кампаний - дети, которые пропустили плановую иммунизацию и не были охвачены прошлыми массовыми кампаниями. Для вакцинации этих детей могут потребоваться значительные усилия, в том числе вакцинация с подворным/поквартирным обходом домов. Такие кампании могут проводиться для предотвращения возможного распространения инфекции. Необходимость проведения подчищающей кампании определяется данными об охвате прививками и материалами эпидемиологического надзора.

5.3 РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ КОРИ НА РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ.

5.3.1 Стадии I и II

Странам необходимо принять политические решения по ликвидации кори. Для этого нужна организация пропаганды, работа по организации поддержки партнеров и подготовка национального плана мероприятий.

Этим странам необходимо укрепить рутинные программы иммунизации, добиться своевременного двукратного введения коревых вакцин с очень

высоким охватом прививками. Потребуется анализ специфики стран для выявления причин низкого уровня охвата вакцинацией и для выработки специальных стратегических подходов для повышения уровня охвата и сокращения упущенных возможностей. Важным фактором является формирование общественного мнения, направленного на борьбу с угрозой распространения кори.

Достижение очень высокого уровня охвата детей вакцинацией в рамках рутинной программы иммунизации еще не увеличит в достаточной степени невосприимчивость у тех детей, которые не получили вторую дозу вакцины. Страны будут готовы к вступлению в III-ю стадию, когда примут соответствующие обязательства на политическом уровне, проведут укрепление национальных программ иммунизации и когда будут проведены хорошо организованные кампании массовой иммунизации для сокращения восприимчивости в целевых группах населения.

5.3.2 Стадии IIIa и IIIb

В III-ей стадии требуется продолжение мероприятий по поддержанию очень высокого охвата населения двукратной вакцинацией в рамках программы плановой иммунизации. Требуется усиленный эпидемиологический надзор за эндемичной передачей вируса и получение доказательств недостаточного охвата прививками. Необходимо эффективное оповещение населения о риске, связанном с побочными реакциями после иммунизации, и поддержание уверенности общества в безопасности вакцин.

5.4 ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ КРАСНУШНОЙ ИНФЕКЦИИ

Основными стратегиями по предупреждению врожденной краснушной инфекции являются обеспечение выработки у женщин детородного возраста высокого уровня иммунитета и снижение риска их заражения посредством сокращения циркуляции вируса краснухи среди населения.

Существуют две стратегии проведения прививок для профилактики врожденной краснухи (11):

- Стратегия избирательной иммунизации девушек-подростков и/или женщин детородного возраста
- Комплексная стратегия универсальной вакцинации детей (как девочек, так и мальчиков), а также восприимчивых к инфекции женщин в детородном возрасте

Любая стратегия может включать проведение дополнительных прививочных кампаний с высоким охватом вакцинацией восприимчивых к краснухе групп разного возраста. Эффективность кампаний иммунизации против краснухи возрастает при их совмещении с дополнительными кампаниями против кори.

Тщательное долгосрочное планирование, политическая и финансовая поддержка являются необходимыми предварительными условиями для

начала программы вакцинации против краснухи в детском возрасте. Выбор стратегии должен основываться на оценке ущерба наносимом СВК, и возможностях финансирования (11): не рекомендуется внедрять комплексную программу универсальной вакцинации на I-ой стадии поскольку требуется достигнуть очень высокий уровень охвата вакцинацией и чтобы избежать роста заболеваемости СВК. Применение стратегии избирательной иммунизации.

Для принятия решения должны учитываться и другие факторы:

- Документированная восприимчивость к инфекции у женщин в детородном возрасте;
- Эффективность программы рутинной иммунизации, (оценивается по высокому уровню охвата плановой вакцинацией против кори);
- Наличие инфраструктуры и ресурсов для программ иммунизации детей и взрослых;
- Возможности для эпидемиологического надзора за СВК и краснухой, включая возможности для мониторинга уровня восприимчивости среди беременных женщин и для проведения мероприятий в случае ее роста.

5.4.1 Стратегия избирательной иммунизации

Избирательная стратегия обеспечивает прямую защиту женщин, несмотря на то, что циркуляция вируса краснухи среди населения будет продолжаться. Для обеспечения высокой невосприимчивости к вирусу требуется высокий (> 90%) охват одной дозой девушек-подростков и/или женщин в детородном возрасте. В дополнение к стандартной иммунизации девушек-подростков, другие подходы включают предродовой скрининг с вакцинацией восприимчивых и вакцинацию против краснухи женщин детородного возраста. В последнем случае вакцинацию можно проводить по месту работы женщин..

5.4.2 Комплексная стратегия иммунизации

Распространение краснухи может быть прекращено при очень высоком, охвате однократной вакцинацией всех детей целевой группы (>95%, правильность которого подтверждена). Прививаются также женщины детородного возраста, при этом важно достигнуть высокий уровень охвата (>90%) вакцинацией. Необходимо проводить мониторинг восприимчивости среди женщин детородного возраста.

5.5 РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ МЕРОПРИЯТИЙ НА РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ВКИ

5.5.1 Стадия I

В странах, где в настоящее время для иммунизации детей не применяется вакцина против краснухи, должна вестись работа по укреплению рутинных

На I-ой стадии в странах, где вакцина против краснухи применяется в рамках программ иммунизации детей, женщины могут иметь особенно высокий риск родить младенца с СВК. Руководители здравоохранения должны разработать программы иммунизации для защиты этой категории женщин.

программ иммунизации и повышения охвата населения вакцинацией против кори.

5.5.2 Стадии II и IIIa

Странам настоятельно рекомендуется внедрение комплексной или избирательной программы иммунизации против краснухи. Использование КК вакцины во время массовых кампаний иммунизации против кори создает возможность защиты и ускоренного предотвращения ВКИ. Оценка уровней восприимчивости к краснухе у женщин детородного возраста поможет принять решение относительно необходимости проведения дополнительной вакцинации против краснухи женщин, возраст которых превышает возрастной предел для введения КК вакцины.

Страны, которые используют КПК и КК вакцины в программах иммунизации детей, и которые при этом не могут обеспечить постоянно высоких показателей охвата вакцинацией, должны оценивать уровень восприимчивости к краснухе среди женщин детородного возраста. В случае высокой восприимчивости требуется проводить соответствующие мероприятия для снижения риска заражения краснухой.

5.5.3 Стадия IIIb

Требуется продолжать мероприятия по поддержанию высокого охвата иммунизацией. Странам необходимо продолжать мониторинг восприимчивости к краснухе женщин детородного возраста. Если выявляются восприимчивые возрастные группы или труднодоступные группы женщин детородного возраста, то настоятельно рекомендуется применение дополнительных мер.

Таблица 4
Мероприятия по иммунизации, рекомендуемые на различных стадиях борьбы с корью и краснухой в Европейском регионе ВОЗ

Стадия	Иммунизация против кори	Иммунизация против краснухи
IIIb	<ul style="list-style-type: none"> Поддерживать в стране высокий охват (>95%) двумя дозами вакцины 	<ul style="list-style-type: none"> Поддерживать уровень охвата одной дозой вакцины >90% среди женщин детородного возраста
IIIa	<ul style="list-style-type: none"> Предлагать при необходимости возможность повторной иммунизации в рамках дополнительных мероприятий (последующие кампании) 	
II	<ul style="list-style-type: none"> Достигнуть в стране (уровень охвата рутинной иммунизацией (>95%) по крайней мере, одной дозой 	<ul style="list-style-type: none"> Внедрить прививки против краснухи и достигнуть уровень охвата вакцинацией >90% среди женщин детородного возраста
I	<ul style="list-style-type: none"> Обеспечить возможность повторной иммунизации при плановых прививках или путем дополнительной вакцинации (массовые кампании) 	



6 СТРАТЕГИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА

Рассмотренные здесь мероприятия по эпиднадзору и мониторингу изложены в общих чертах. Более подробное обсуждение и описание лучших примеров можно найти в работе *«Руководство по эпидемиологическому надзору за корью и врожденной краснушной инфекцией в Европейском регионе»* (19).

Как ключевая составная часть системы здравоохранения эпидемиологический надзор нуждается в усилении и совершенствовании на всех уровнях. ВОЗ разработала и настоятельно рекомендует использование стандартных определений случаев заболеваний (Приложение 4) (21). По мере того, как в странах усиливается борьба с болезнями, и они приближаются к прекращению эндемичной передачи вируса кори, становится необходимым введение чувствительной формы эпидемиологического надзора на основе учета и лабораторного подтверждения каждого подозрительного случая. Усиление надзора должно произойти вместе с укреплением лабораторной базы и до того, как будет проводиться кампания массовой вакцинации. В таблице 5 приведен в общих чертах минимальный перечень мероприятий по эпидемиологическому надзору на каждой стадии.

6.1 ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА КОРЬЮ

На I-ой стадии необходимо вести отчетность на основе клинически выявленных случаев кори, обобщая показатели для страны в целом ежемесячно по возрастным группам, территориальному признаку и статусу иммунизации. При необходимости страны могут ввести эпиднадзор за госпитализированными тяжелыми случаями кори вместе с надзором за случаями острых вялых параличей. По мере повышения эффективности борьбы с корью и снижения заболеваемости, страны должны вводить отчетность о каждом случае заболевания (индивидуальная отчетность) с лабораторными подтверждениями.

Усиленный эпидемиологический надзор за корью на III-ей стадии является ключевым условием оптимизации выявления возможных заболеваний при условии национальной отчетности основанной на учете каждого случая заболевания и анализе лабораторно- подтвержденных случаев. Минимальные сведения по каждому случаю должны включать возраст, место его возникновения, источник инфекции и прививочный статус. Важным компонентом будет надзор и расследование групповых заболеваний с сыпью и лихорадкой. Однако в государственной системе здравоохранения требуется проанализировать и оценить чувствительность, пригодности и объемы затрат общественного здравоохранения при использовании на практике клинического определения кори (например, как заболевания с сыпью, лихорадкой и конъюнктивитом) или при использовании стандартного

**Таблица 5.
Рекомендованный
минимум
мероприятий по
эпиднадзору на
различных стадиях
борьбы с корью и
краснухой**

Направления работы по эпиднадзору	УРОВЕНЬ КОНТРОЛЯ		
	Стадия I	Стадия II	Стадия III
Эпидемиологический надзор за корью и отчетность	<ul style="list-style-type: none"> Национальная отчетность раз в месяц, суммированная по следующим признакам: <ul style="list-style-type: none"> ✓ возрастные группы ✓ прививочный статус ✓ территориальный признак 	<ul style="list-style-type: none"> Деятельность как на стадии I плюс Постепенная организация национальной отчетности на базе индивидуального учета каждого случая кори Создание базы для лабораторного подтверждения 	<ul style="list-style-type: none"> Национальный надзор с учетом каждого случая заболевания Эпид. расследование каждого случая с подозрением на корь, включая проведение лабораторного исследования
Расследование вспышек/ групповых заболеваний	<ul style="list-style-type: none"> Расследование вспышек заболеваний подозрительных на корь (если позволяют ресурсы) 	<ul style="list-style-type: none"> Расследование всех выявленных вспышек предполагаемой кори 	<ul style="list-style-type: none"> Расследование всех выявленных групповых заболеваний с лихорадкой и сыпью
	<ul style="list-style-type: none"> Сбор проб от каждых 5-10 случаев заболевания из вспышки с целью диагностики кори или краснухи и для выделения вируса кори/краснухи для последующего генотипирования 		
Прогнозирование появления вспышек		<ul style="list-style-type: none"> Прогнозирование появления эпидемий и принятия необходимых мер 	
Эпидемиологический надзор за СВК	<ul style="list-style-type: none"> Проведение исследований по оценке ущерба от СВК 	<ul style="list-style-type: none"> Годовой отчет о числе случаев СВК Ведение эпиднадзора среди младенцев в возрасте 0 - 11 месяцев с применением лабораторных методов СВК Мониторинг восприимчивости к краснухе у женщин детородного возраста 	
Эпидемиологический надзор за краснухой	<ul style="list-style-type: none"> Месячная отчетность: общее число случаев краснухи; распределение по возрастным группам и прививочному статусу (последний признак не обязателен для стран с отсутствием программы иммунизации против краснухи) 	<ul style="list-style-type: none"> Месячная отчетность о числе случаев предполагаемой краснухи с распределением по возрастным группам и прививочному статусу Ведение национального надзора с учетом каждого случая заболевания, если действует комплексная программа иммунизации против краснухи; введение месячной отчетности с перечнем каждого зарегистрированного случая 	

определения «заболевания с лихорадкой и сыпью». Оценка чувствительности стандартного определения случая будет необходима для учета количества других лабораторно подтвержденных случаев с наличием сыпи и лихорадки (например, инфекции, вызванные парвовирусами, энтеровирусами).

Все подозрительные на корь случаи на III-ей стадии должны подтверждаться лабораторно с использованием тестов для выявления антител класса IgM к вирусу кори и/или других подтверждающих тестов, признанных ВОЗ. В случаях, когда вирус выделяется или определяется с помощью молекулярно-генетических методов (например, полимеразная цепная реакция (ПЦР), проба должна отправляться на генотипирование. Для оценки наличия передачи вируса кори в стране, находящейся на III-м этапе, будут полезны следующие индикаторы:

- Распределение генотипов циркулирующих штаммов кори;
- Распространение, размер и длительность вспышек ;
- Контрольные уровни возрастной восприимчивости.

6.2 ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ РАССЛЕДОВАНИЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВСПЫШЕК

На I-ой стадии должно проводиться своевременное эпид. расследование вспышек для определения этиологического агента вспышки, включая лабораторное подтверждение 5-10 случаев и, когда возможно выделение вируса – генотипирование (объем работы определяется наличием ресурсов). Главной задачей во время вспышки является сокращение заболеваемости корью путем улучшения лечения и предупреждение появления новых случаев путем усиления рутинной иммунизации (22).

Когда страна приближается ко II-ой стадии, должны расследоваться все выявленные вспышки и во всех случаях должны приниматься необходимые меры. Вспышки должны прогнозироваться на основании наблюдений за возможным накоплением восприимчивых лиц, используя данные охвата населения стандартной вакцинацией, отчеты о заболеваемости и данные серологических исследований. Это позволяет своевременно вмешиваться в ситуацию, проводя, например, дополнительную иммунизацию в тот момент и в том месте, когда и где это необходимо, чтобы не допустить вспышки.

На III-ей м этапе все вспышки заболеваний с сыпью и лихорадкой должны расследоваться, в том числе с проведением серологического тестирования и выделением вируса или его определением с помощью молекулярно-генетических методов (например, ПЦР. Необходимо продолжать прогнозирование вспышек.

6.3 ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА ВКИ И КРАСНУХОЙ

Эпидемиологический надзор за ВКИ должен проводиться на I-ой стадии с целью получения информации об ущербе для здоровья. Эти данные могут способствовать принятию политического решения о длительной программе иммунизации против краснухи (23).

При подходе к стадии II или IIIа необходимо интенсивно развивать эпидемиологический надзор за СВК. В случае введения в действие программы

по предупреждению врожденной краснушной инфекции необходимо вести мониторинг восприимчивости к краснухе у женщин детородного возраста, с тем, чтобы своевременно принять меры.

На этапе IIIb выполнение программы избирательной иммунизации против краснухи наряду с ведением сводной отчетности о предполагаемых случаях краснухи рекомендуется введение отчетности о каждом случае СВК (индивидуальная отчетность). Если осуществляется комплексная программа иммунизации против краснухи, целесообразно вести национальную отчетность с учетом каждого случая краснухи и СВК. Случаи заболеваний, протекающие с лихорадкой и сыпью, сходные с корью или краснухой должны серологически исследоваться на обе инфекции. Восприимчивость к краснухе женщин детородного возраста должна находиться под наблюдением.

6.4 МОНИТОРИНГ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОГРАММЫ

На национальном и субнациональном уровнях должна действовать надежная система мониторинга охвата, как первой, так и второй дозой коревой вакцины. Наблюдение за охватом прививками ведется по данным стандартных отчетов с прививочных пунктов. Эти материалы позволяют определять территории и группы населения с низким охватом иммунизацией. Необходимо регулярно оценивать достоверность склонных к изменению данных по охвату. Страны, которые оценивают охват вакцинацией административными методами, косвенными методами (например, количество доз, распределенных в пункты вакцинации) или, применяя неточные методы оценок, должны исправлять результаты оценок, проводя периодические специальные эпид. обследования для оценки охвата прививками.

Дополнительно к оценке восприимчивости групп населения к кори и/или краснухе с помощью стандартного мониторинга показателей охвата вакцинацией может помочь оценить восприимчивость может стандартизированное и статистически представительное сероэпидемиологическое исследование. Информация, получаемая при серологическом исследовании, позволяет непосредственно выявлять восприимчивые возрастные группы среди населения. Эти данные могут иметь большое значение для планирования дополнительных кампаний в странах с недостаточным качеством данных по заболеваемости и охвату вакцинацией. Серологическое исследование позволяет более тщательно провести оценку обследуемого населения. В свою очередь, более точное определение целевых групп для проведения дополнительных кампаний потенциально снижает затраты. Для обеспечения сравнимости результатов исследование должно основываться на стандартизованных подходах к сбору образцов и стандартных лабораторных методах.

7 ЛАБОРАТОРНАЯ СЕТЬ

Лабораторное подтверждение случаев подозрительных на корь является ключевым моментом для стран, находящихся на II-ой или III-ей стадии. ВОЗ будет помогать развивать лабораторную сеть по диагностике кори и краснухи (ЛСКК), отвечающую специфическим требованиям национальных программ в Европейском регионе. ЛСКК будет состоять из национальных и субнациональных лабораторий, поддерживаемых Региональными референс – лабораториями, которые, в свою очередь, являются частью глобальной лабораторной сети по кори. Это требует создания и укрепления национальной лабораторной базы.

Национальные и субнациональные лаборатории будут нести ответственность за подтверждение случаев подозрительных на корь и краснуху, используя одобренные методы определения IgM антител, и за направление проб с вирусом кори в Региональную референс- лабораторию для генотипирования. Для создания базы и повышения производительности национальных и субнациональных лабораторий будет проведена оценка лабораторий и подготовлены кадры. Будут установлены также стандарты гарантированного качества, за которыми будет осуществляться наблюдение с помощью регулярных официальных проверок.

Создание сети будет тесно увязываться с усилением эпидемиологического надзора и с планированием проведения дополнительных кампаний иммунизации (24).

8 ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВЕННОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ ПО ИММУНИЗАЦИИ

Когда руководители здравоохранения будут стремиться увеличить и поддержать очень высокие уровни охвата иммунизацией, необходимые для достижения целей элиминации кори, для них будут чрезвычайно важны знающие специалисты здравоохранения и общество, понимающее выгоды и риски, связанные с предупреждением кори и краснухи. Утверждение, что коревая вакцина, вводимая в составе КПК может быть связана с синдромом воспаления кишечника и развивающимися расстройствами, такими как аутизм (25,26), привело к требованиям, чтобы три вакцинных антигена вводились отдельно. Несмотря на то, что в медицинской литературе были опубликованы результаты эпидемиологических исследований (27-29) и оценки (30,31), тревога общества и медицинских специалистов не были адекватно восприняты. Из стран, имевших высокие показатели привитости населения, поступают сообщения о снижении охвата иммунизацией, а в Англии имели место вспышки заболеваний(32).

Все больше людей получают информацию о здоровье из средств массовой информации и интернета. От ВОЗ, национальных программ иммунизации и неправительственных организаций требуется улучшить доступность и повысить качество имеющейся информации для общества. «Необходимо уделить внимание тому, как материал понимается и используется теми, кто имеет право и желание знать – родителями детей, которые должны быть иммунизированы, или теми, кто верит, что их ребенку вакцинация нанесла вред» (31). Агентствам здравоохранения, профессиональным и непрофессиональным организациям придется работать вместе, чтобы обеспечить сбалансированную оценку преимуществ и рисков, которые будут представлены в доступной для понимания форме.

9 ПЕРВООЧЕРЕДНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Необходимо предпринять ряд шагов на национальном, субрегиональном и региональном уровнях. Прежде всего требуется усилить текущие рутинные программы иммунизации, что, однако потребует политической поддержки, мобилизации финансовых ресурсов и поддержки со стороны профессионалов-медиков и общества.

9.1 УСИЛЕНИЕ РУТИННЫХ ПРОГРАММ ИММУНИЗАЦИИ

9.1.1 Разработка национальных планов мероприятий

Странам необходимо разработать национальные планы мероприятий по борьбе с корью и краснухой, в основе которых должны быть конкретные национальные задачи по предупреждению этих болезней, оценка эпидемиологической обстановки и достигнутые уровни охвата вакцинацией. Эти планы должны быть рассчитаны, по крайней мере, на 5 лет и включать:

- Ситуационный анализ, включающий эпидемиологию инфекций и охват вакцинацией;
- обоснование выбранной стратегии вакцинации;
- возможности эпидемиологического надзора, включая оценку имеющихся лабораторий и программ;
- мероприятия по внедрению рекомендованных стратегий ;
- обеспечение вакцинами и функционирование холодовой цепи ;
- учебные цели и планы, руководство деятельностью персонала;
- показатели контроля за выполнением плана и его результатами;
- мероприятия, направленные на обеспечение безопасности инъекций, в том числе надзор за побочными реакциями после иммунизации и
- график, бюджет и источники финансирования.

Европейское региональное бюро ВОЗ будет работать с государствами-участниками над разработкой этих планов и, если потребуется, оказывать техническую помощь.

9.1.2 Обеспечение и надзор за безопасностью инъекций и безопасным удалением отходов

Безопасность инъекций является ключевым требованием при введении вакцин соответственно как при плановой, так при дополнительной

иммунизации. В частности, предполагаемые массовые кампании иммунизации требуют тщательного планирования на национальном, субнациональном и местном уровнях для обеспечения безопасной инъекционной практики, наличия в достаточном количестве безопасного инъекционного оборудования и адекватного удаления остроконечных инъекционных отходов.

Для проведения всех массовых кампаний иммунизации необходимо иметь в достаточном количестве самоблокирующиеся шприцы, коробки безопасного сбора инъекционных отходов, а также высококачественную вакцину (20). Уже разработаны методы проведения оценки безопасности иммунизации, оказания помощи странам в разработке и осуществлении планов по безопасному проведению инъекций при плановой, так при дополнительной иммунизации (33). Страны и их партнеры должны гарантировать, что медицинские работники и общественность вполне ознакомлены с безопасной практикой проведения инъекций.

Некоторые государства-члены ВОЗ имеют пространственные перечни неуместных и беспочвенных противопоказаний для иммунизации, в результате которых дети необоснованно отстраняются от прививок. Национальные планы действий должны включать стратегии, разработанные для преодоления этих барьеров, такие как изменение национальной политики и проведение семинаров для медицинских работников.

9.1.3 Мероприятия по надзору за побочными реакциями после иммунизации (поствакцинальными реакциями)

Странам необходимо создавать и укреплять системы надзора за поствакцинальными реакциями, чтобы быть в состоянии выявлять, наблюдать и реагировать на них. Национальная политика здравоохранения должна включать развитие эффективной системы надзора с возможностью регулярного анализа данных и оповещения всех заинтересованных сторон. ВОЗ будет также работать со всеми странами Европейского региона, чтобы повышать качество надзора за поствакцинальными реакциями в рамках рутинных программ иммунизации и в течение осуществления кампаний массовой вакцинации.

9.1.4 Информация по иммунизации для общественности и медицинских профессионалов

Европейское региональное бюро ВОЗ будет работать с государствами-участниками, профессиональными и непрофессиональными организациями над увеличением доступности высококачественной и ценной информации по этим болезням, преимуществам и рискам, связанным с реализацией планов борьбы с инфекциями. Странам и неправительственным организациям потребуется активизировать разработку актуальных обучающих и образовательных материалов и адресовать эти будущие издания родителям, работникам здравоохранения и средствам массовой информации.



Обеспечение и мониторинг безопасности инъекции и безопасной утилизации отходов

9.2 ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННОЙ, ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ И ПОЛИТИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ

Политическая поддержка на национальном и региональном уровнях является самым важным моментом для ускорения процесса борьбы с корью и врожденной краснушной инфекцией (ВКИ) и, в конечном итоге, - для ликвидации кори в Европейском регионе. Эпидемиологические и экономические данные могут способствовать достижению этого понимания при демонстрации ущерба, который наносят корь и ВКИ, и потенциальных экономических выгод от борьбы и ликвидации этих болезней. Европейское региональное бюро ВОЗ будет работать с государствами-участниками, чтобы определить потребности в специфической информации для лиц, определяющих политику, применительно к этому стратегическому плану.

9.2.1 Пропаганда важности иммунизации

Стратегия пропаганды необходима, чтобы обеспечить политическую, профессиональную и общественную поддержку. Социальная мобилизация и содействие будут важными компонентами этой пропаганды. Европейское

*Добровольцы
Красного креста,
помогающие
в проведении
кампании
социальной
мобилизации*



10 МОНИТОРИНГ

10.1 ИНДИКАТОРЫ ВЫПОЛНЕНИЯ

Стадия I

- Действительный охват детей до 2-х лет первой дозой вакцины против кори на национальном уровне
- Охват второй дозой коревой вакцины (если применяется)
- Полнота и своевременность ежемесячных отчетов
- Процент известных вспышек с лабораторным подтверждением
- Процент зарегистрированных случаев с основными данными о заболевании (возраст и иммунизационный статус) на первом административном уровне

Стадия II

ЦЕЛИ

Индикаторы стадии I + следующие показатели:

- Доля районов, ежемесячно предоставляющих отчетность (полнота) ≥ 80%
- Доля зарегистрированных случаев с основными данными о заболевании (возраст, статус иммунизации, исход и место выявления заболевания) ≥ 80%
- Доля известных вспышек с лабораторным подтверждением ≥ 80%
- Доля районов, отчитывающихся в течение месяца после отчетного периода (своевременность) > 80%
- Действительный охват первой и второй дозами коревой вакцины на национальном уровне > 90%
- Система отчетности о поствакцинальных реакциях

Стадии IIIa и IIIb

ЦЕЛИ

Индикаторы стадии II + следующие показатели:

- Доля районов, отчитывающихся еженедельно ≥ 80%
- Доля случаев², которые зарегистрированы в течение ≤ 48 часов после появления сыпи ≥ 80%
- Доля случаев, расследованных в течение ≤ 48 часов после регистрации ≥ 80%

² Все случаи соответствуют стандартному определению клинического случая.

ЦЕЛИ

- Доля случаев с адекватными пробами³ и лабораторными результатами $\geq 80\%$
- Доля случаев с лабораторными результатами в течение 7 дней $\geq 80\%$
- Доля подтвержденных случаев с пробами, отправленными для выделения вируса $\geq 80\%$
- показатель расследованных случаев подозрительных на корь среди населения по фкт.⁴
- Доля подтвержденных случаев с выявленными источниками инфекции $\geq 80\%$
- Доля групповых заболеваний с сыпью и лихорадкой, обследованных эпидемиологом 100 %
- Действительный охват первой и второй дозами коревой вакцины на национальном уровне $\geq 95\%$
- Охват вакцинацией первой и второй дозами коревой вакцины во всех районах $> 90\%$

³ Одна проба, взятая в течение 3-28 дней после появления сыпи.

⁴ > 1 на 100 000 населения, однако достоверный уровень должен быть определен

10.2 ИТОГОВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ЦЕЛИ

Стадия I и II

Помесячные и годовые показатели заболеваемости

Стадии IIIa и IIIb

- Профиль восприимчивости, необходимый для прерывания эндемичной передачи кори (19)
- Критерий определения статуса по размеру и продолжительности вспышек кори (19)
- Распределение генотипов вируса кори

Стадия IIIb

ЦЕЛИ

- Годовой показатель- заболеваемость лабораторно подтвержденной краснухой < 1 на 100 000 населения
- Уровень восприимчивости к краснухе среди женщин детородного возраста $< 5\%$
- Ежегодная заболеваемость лабораторно-подтвержденным Синдромом врожденной краснухи < 1 на 100 000 живорожденных

11 СТРАТЕГИЧЕСКИЕ РУБЕЖИ

К концу 2002 г.

- Консультации по стратегическому планированию закончены
- Первый кварталный выпуск бюллетеня «Корь в Европе» издан и распространен
- Определены национальные референс лаборатории для Региональной лабораторной сети по диагностике кори и краснухи (ЛСКК)
- По крайней мере, в одной стране проведена дополнительная кампания массовой иммунизации

К концу 2003 г.

- Руководство по эпидемиологическому надзору за корью и врожденной краснушной инфекцией в Европейском регионе издано
- Региональные руководства по иммунизации подготовлены
- Определены региональные референс лаборатории и 60% государств-членов ВОЗ обслуживается, по крайней мере, одной аккредитованной лабораторией по диагностике кори и краснухи
- Внедрена стратегия мобилизации ресурсов
- Создана информационная сеть по иммунизации
- 80% государств-членов ВОЗ подготовили национальные планы действий
- Индикаторы проведения эпидемиологического надзора в 50% государств-членов ВОЗ отвечают требованиям Европейского регионального бюро ВОЗ
- 60% стран провели вакцинацию первой дозой коревой вакцины более чем 95% детей до двухлетнего возраста
- Дополнительная массовая кампания иммунизации проведена, по крайней мере, еще в трех странах

К концу 2004 г.

- Региональная лабораторная сеть по диагностике кори и краснухи создана в полном объеме
- 90% государств-членов ВОЗ подготовили национальные планы действий

- 80% государств-членов ВОЗ обслуживаются, по крайней мере, одной аккредитованной лабораторией по диагностике кори и краснухи
- Индикаторы проведения эпидемиологического надзора в 70% государств-членов ВОЗ отвечают требованиям Европейского регионального бюро ВОЗ
- 70% стран провели вакцинацию первой дозой коревой вакцины более чем 95% детей до двухлетнего возраста
- Дополнительная массовая кампания иммунизации проведена, по крайней мере, в следующих четырех странах

К концу 2005 г.

- Перерассмотреть и обновить оперативный план для Европейского региона и добиться утверждения Региональной стратегической программы Региональным Европейским комитетом ВОЗ
- 100% государств-членов ВОЗ подготовили национальные планы действий
- Индикаторы проведения эпидемиологического надзора в 80% государств-членов ВОЗ отвечают требованиям Европейского регионального бюро ВОЗ
- 80% стран провели вакцинацию первой дозой коревой вакцины более чем 95% детей до двухлетнего возраста
- 60% стран провели вакцинацию второй дозой коревой вакцины более чем 95% детей
- Дополнительная массовая кампания иммунизации проведена, по крайней мере, в следующих шести странах
- 60% стран находятся на III-ей стадии

К концу 2006 г.

- Индикаторы проведения эпидемиологического надзора в 90% государств-членов ВОЗ отвечают требованиям Европейского регионального бюро ВОЗ
- Дополнительная массовая кампания иммунизации проведена, по крайней мере, в следующих трех странах
- 90% стран провели вакцинацию первой дозой коревой вакцины более чем 95% детей до двухлетнего возраста
- 70% стран провели вакцинацию второй дозой коревой вакцины более чем 95% детей
- 70% стран находятся на III-ей стадии



К концу 2007 г.

- Индикаторы проведения эпидемиологического надзора в 90% государств-членов ВОЗ отвечают требованиям Европейского регионального бюро ВОЗ
- 80% стран провели вакцинацию второй дозой коревой вакцины более чем 95% детей
- Дополнительная массовая кампания иммунизации проведена, по крайней мере, в следующих трех странах
- 80% стран находятся на III-ей стадии

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Численность населения и национальная политика в области иммунизации против кори, паротита и краснухи в странах Европейского региона ВОЗ по состоянию на 2001

Западная Европа	Численность населения	Первая доза	Возраст первой дозы (в месяцах)	Вторая доза	Возраст второй дозы (в годах)
Австрия	8 075 072	MMR	14	MMR	7
Андорра	67 118	MMR ^a	15	MMR	5
Бельгия	10 263 790	MMR	15	MMR	11–12
Великобритания	59 541 659	MMR	12–15	MMR	3–5
Германия	82 007 245	MMR	11–14	MMR	2
Греция	10 623 459	MMR	15	MMR	4–6
Дания	5 332 720	MMR	15	MMR	12
Израиль	6 172 191	MMR	12	MMR	6
Ирландия	3 841 450	MMR	15	MMR	4–5
Исландия	281 383	MMR	18	MMR	12
Испания	39 920 668	MMR	15	MMR	3–6
Италия	57 503 181	MMR	15	MMR ^b	5–12
Люксембург	442 209	MMR	15–18	MMR	5–7
Мальта	391 754	MMR	15	MMR	5–7
Монако	30 000	Неизвестно			
Нидерланды	15 929 536	MMR	14	MMR	9
Норвегия	4 487 848	MMR	15	MMR	12
Португалия	10 033 213	MMR	15	MMR	5–6
Сан-Марино	27 399	MMR	15	MMR	5
Финляндия	5 178 314	MMR	14–18	MMR	6
Франция	59 453 067	MMR	12	MMR	5
Швеция	8 910 000	MMR	18	MMR	12
Швейцария	7 169 611	MMR	15	MMR	2

* Источник: Данные за первую половину 2001 года по численности населения получены от ООН в 2000

^a вакцина против кори, паротита и краснухи

^b 2-ая доза КПК прививается только в некоторых частях страны

^c вакцина против кори и краснухи

^d вакцина против кори

Центральная и Восточная Европа	Численность населения	Первая доза	Возраст первой дозы (в месяцах)	Вторая доза	Возраст второй дозы (в годах)
Албания	3 145 213	MR ^c	12	MR	5
Болгария	7 866 575	MMR	13	MMR	12
Босния и Герцеговина	4 066 959	MMR	15	MMR	7
Бывшая республика Югославии Македония	2 043 541	MMR	13	MMR	6
Венгрия	9 916 669	MMR	15	MMR	11
Латвия	2 405 836	MMR	15	Me+Mu	7
Литва	3 689 372	MMR	15	MMR	12
Польша	38 576 933	Me ^d	13–14	Me	7
Румыния	22 387 544	Me	9–11	Me	7
Словакия	5 403 146	MMR	14	MMR	11
Словения	1 985 320	MMR	12–18	MMR	7
Турция	67 632 485	Me	9	Me	6
Хорватия	4 655 279	MMR	12	MMR	6
Чехия	10 260 407	MMR	15	MMR	2
Эстония	1 376 727	MMR	12	MMR	13
Югославия	10 537 871	MMR	12	MMR	12
СНГ					
Азербайджан	8 096 332	Me	12	Me	6
Армения	3 788 157	Me+Mu	12	Me	6
Беларусь	10 147 187	MMR	12	MMR	6
Грузия	5 238 728	Me	12	Me	5
Казахстан	16 094 727	Me+Mu	12	Me	6
Киргизстан	4 986 489	Me+Mu	12	Me	6
Молдова	4 284 743	Me+Mu	12	No	–
Россия	144 664 289	Me+Mu	12	Me	6
Таджикистан	6 135 466	Me	12	Me	6
Туркменистан	4 835 031	Me	9	Me	6
Узбекистан	25 256 656	Me	9	Me+Mu	1.5
Украина	49 111 535	MMR	12	Me	6

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Данные по охвату прививками против кори, паротита и краснухи и показатели заболеваемости этими инфекциями в странах Европейского региона ВОЗ

Западная Европа	Корь, первая доза, охват (%) ^a	Межэпидемический период >5 лет ^b	Заболеваемость корью на 100 000 населения ^c	Заболеваемость эпидемическим паротитом на 100 000 населения ^c	Заболеваемость краснухой на 100 000 населения ^c
Австрия	78	Нет сведений	Нет сведений	Нет сведений	Нет сведений
Андорра	90 ^d	Нет сведений	4.6	9.7	10.9
Бельгия	77	Нет	32.6	47.7	2.8 ^d
Великобритания	89	Да	0.2	0.8	0.2
Германия	78	Нет сведений	7.3	Нет сведений	Нет сведений
Греция	78	Да	0.6	0.6	3.0
Дания	88	Линия предела	0.5	0.5	0.0
Израиль	94	Да	0.3	0.7	0.2
Ирландия	77 ^d	Да	12.6	2.5	2.2
Исландия	96	Да	0.0	2.4	25.7
Испания	93	Да	1.5	15.6	2.9
Италия	60	Нет	17.5	46.3	16.0
Люксембург	91 ^d	Линия предела	0.4	0.1	0.6
Мальта	60	Да	0.7	26.0	2.2
Монако	Нет сведений	Нет сведений	Нет сведений	Нет сведений	Нет сведений
Нидерланды	95	Да	4.3	0.2	0.1
Норвегия	91	Да	0.1	0.1	0.1
Португалия	93	Да	0.7	65.1	1.0
Сан-Марино	87 ^d	Нет сведений	18.3	93.1	15.0
Финляндия	98	Да	0.0	0.0	0.0
Франция	82	Нет	66.6	38.9	Нет сведений
Швеция	96	Да	0.4	0.3	0.0
Швейцария	99	Нет сведений	29.3	189.4	25.7

^a Низкий уровень охвата иммунизацией одной дозой вакцины против кори (%) за последние 5 лет, включая 2001.

^b Продолжительность перерывов между вспышками кори.

^c Средний зарегистрированный показатель заболеваемости корью, паротитом и краснухой на 100 000 населения за последние 5 лет.

^d Расчет средних показателей основан на данных не менее, чем за последние 5 лет.

Центральная и Восточная Европа	Корь, первая доза, охват (%) ^a	Межэпидемиический период >5 лет ^b	Заболеваемость корью на 100 000 населения ^c	Заболеваемость эпидемиическим паротитом на 100 000 населения ^c	Заболеваемость краснухой на 100 000 населения ^c
Албания	93	Нет	36.8	53.4	15.9
Болгария	93	Да	0.5	111.9	106.2
Босния и Герцеговина	77	Нет	36.6	25.8	8.9
Бывшая республика Югославии Македония	96	Нет	5.6	17.3	15.8
Венгрия	100	Да	0.1	2.1	1.0
Латвия	97	Да	0.1	75.9	10.4
Литва	97	Да	0.5	71.9	26.1
Польша	98	Да	1.5	220.4	178.0
Румыния	96	Линия предела	29.7	167.1	74.8
Словакия	99	Да	4.3	2.2	0.7
Словения	91	Да	0.2	2.5	1.7
Турция	81	Нет	34.4	Нет сведений	Нет сведений
Хорватия	92	Нет	4.0	3.8	1.5
Чехия	96	Да	0.1	3.2	20.0
Эстония	91	Да	0.8	26.7	23.2
Югославия	92	Нет	11.3	9.7	30.2

СНГ

Азербайджан	98	Нет	13.6	67.0	14.7
Армения	93	Да	5.2	117.0	40.2
Беларусь	98	Линия предела	1.7	159.2	189.8
Грузия	87	Нет	3.0	37.9	24.3
Казахстан	99	Линия предела	4.7	30.4	97.6
Киргизстан	98	Линия предела	16.1	31.9	26.1
Молдова	96	Нет	11.3	127.3	73.6
Россия	95	Да	3.2	52.2	308.3
Таджикистан	94	Нет	23.3	24.3	2.5
Туркменистан	98	Нет	8.6	40.3	4.0
Узбекистан	95	Да	2.0	27.3	6.4
Украина	99	Линия предела	12.5	88.9	138.0

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

СТАНДАРТНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СЛУЧАЕВ, РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ВОЗ⁽¹⁹⁾

Лихорадочные заболевания с сыпью

- Любое лицо с наличием температуры и макуло-папулезной сыпи

Клиническая корь

- Любое лицо с подозрением на корь
или
- Любое лицо с температурой и макуло-папулезной сыпью (невезикулярной), кашлем, насморком и конъюнктивитом

Клиническая краснуха

- Любое лицо с подозрением на краснуху
или
- Любое лицо с температурой и макуло-папулезной сыпью при наличии еще одного признака: затылочная, шейная, ушная аденопатия (воспаление лимфатических узлов), боль в суставах или артрит

Лабораторные критерии для диагноза

- Наличие IgM антител к вирусам краснухи или кори

ОКОНЧАТЕЛЬНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ СЛУЧАЕВ

^аТолько для стран фазы 2 и фазы 3

Клинически подтвержденный	Случай, который соответствует клиническому стандартному определению заболевания.
Лабораторно подтвержденный ^а	Случай, который соответствует клиническому определению и получил лабораторное подтверждение.
Эпидемиологически подтвержденный	Случай, который соответствует клиническому определению и связан эпидемиологически с лабораторно-подтвержденным случаем.
Отвергнутый ^а	Предполагаемый случай, который не соответствует клиническому определению и не подтвержден лабораторно.

Подозрительный случай когда у ребенка в возрасте до года медицинский работник предполагает СВК. Медицинский работник должен предполагать СВК, если в истории болезни матери было подозрение на краснуху или подтвержденная краснуха в период беременности или когда у ребенка наблюдается сердечное заболевание и/или подозрение на дефект слуха и/или



один или более из следующих симптомов глазных заболеваний: белый зрачок (катаракта); ослабленное зрение; маятникообразное движение глаз (нистагм); косоглазие; уменьшенное глазное яблоко (микрофтальм); увеличенное глазное яблоко (врожденная глаукома).

Подозрительный случай на синдром врожденной краснухи (СВК)

Клинически подтвержденный случай СВК

Клинически подтвержденным случаем является один из тех, при котором квалифицированный врач обнаруживает два осложнения из пункта А или одно из А и одно из В:

А) катаракта(-ы) и/или врожденная глаукома; врожденное заболевание сердца; дефект слуха; пигментная ретинопатия; или

В) пурпура; спленомегалия; микроцефалия; отставание в развитии; менингоэнцефалит; заболевание с костной рентгенопроницаемостью; возникновение желтухи в течение 24 часов после рождения.

Лабораторно подтвержденный случай СВК

Лабораторно подтвержденный случай СВК – ребенок с наличием краснушных антител класса IgM и клинически подтвержденным СВК.

Врожденная краснушная инфекция

При обнаружении у ребенка антител класса IgM к вирусу краснухи, но отсутствии каких-либо клинических проявлений заболевания этот случай квалифицируется как врожденная краснушная инфекция.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

БОРЬБА С ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПАРОТИТОМ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ ВОЗ

ВСТУПЛЕНИЕ

Эпидемический паротит - системное заболевание с характерным набуханием одной или более слюнных (преимущественно околоушных) желез. Около 5% людей с эпидемическим паротитом имеют клинические данные инфекционного поражения центральной нервной системы. После достижения половой зрелости обычным осложнением является орхит, редко встречается бесплодие. В Европейском регионе в 2001 г. было отмечено почти 200 000 случаев эпидемического паротита (34).

УСПЕХИ В БОРЬБЕ С ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПАРОТИТОМ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ

Политика вакцинации против эпидемического паротита

Все страны в Западной Европе в своих программах по иммунизации детей предусмотрели в 2001 году паротитные вакцины. Четыре страны ЦВЕ и пять СНГ не имели детской программы иммунизации против паротита. Вакцинные штаммы, используемые для иммунизации против паротита, отличаются в разных частях региона. В Западной Европе наиболее часто используется штамм Джерил Линна (Jeryl Lynn). Однако, по крайней мере, три западноевропейской страны в последнее время применяли штамм Рубини (Rubini), который известен как имеющий более низкую иммунногенность и эффективность. В ряде стран применяется штамм Урабэ (Urabe). В СНГ до последнего времени использовался штамм «Ленинград 3».

Стратегия иммунизации против эпидемического паротита

Борьба с эпидемическим паротитом требует достижения и поддержания высокого охвата иммунизацией (> 90%) с введением в раннем детском возрасте, по крайней мере, одной дозы эффективной и безопасной паротитной вакцины в рамках рутинной программы иммунизации (35). Это могло бы быть увязано с осуществлением стандартной детской программы иммунизации против кори. Страны, применяющие или применявшие вакцину на основе штамма Рубини (Rubini), должны рассмотреть возможность повторной иммунизации восприимчивых лиц альтернативным эффективным вакцинным штаммом (35).

Охват вакцинацией

Для большинства стран охват паротитной вакцинацией одинаков с официальным охватом прививками против кори поскольку применяется трехвалентная вакцина против кори, эпидемического паротита и краснухи (КПК). Однако, для СНГ, где до сих пор используется моновалентная паротитная вакцина, уровни охвата снижались во многих странах в середине 1990-х в связи с проблемами поставок вакцины на основе штамма «Ленинград-3».

Заболеваемость эпидемическим паротитом

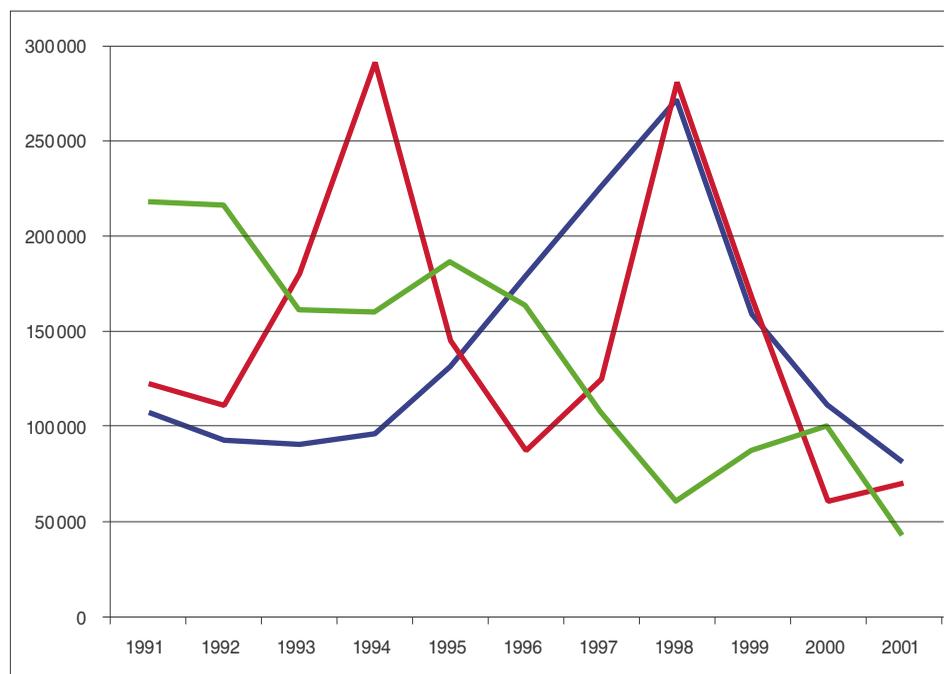
В течение последнего десятилетия зарегистрированное число случаев эпидемического паротита снизилось на 57% (Таблица 8, рисунок 3). В Западной Европе число зарегистрированных случаев снизилось на 81%. Ежегодное число случаев в странах ЦВЕ снизилось в 2000 г., но в то же время отмечались эпидемии в течение 1998 года, главным образом в странах,

Таблица 8.
Число случаев эпидемического паротита в субрегионах Европейского Региона ВОЗ в 1991 и 2001 гг

Субрегионы ВОЗ	1991		2001	
	Число случаев	% стран, представивших отчеты	Число случаев	% стран, представивших отчеты
Западная Европа	219 090	78	41 473	78
Центральная и Восточная Европа	122 959	94	69 456	88
СНГ	107 282	100	80 316	100
Всего	449 331	88	191 245	86

Рисунок 3.
Число случаев эпидемического паротита в Европейском регионе в 1991-2000 гг

Страны ЦВЕ —
СНГ —
Западная Европа —



в которых вакцинация против эпидемического паротита не включена в программы рутинной иммунизации. В период 1990-х в СНГ заболеваемость паротитом возросла. В 1998 г. в нескольких странах имели место эпидемии.

Цель программы «Здоровье 21» (17): успешно вести борьбу с эпидемическим паротитом (менее 1 случая на 100 000 населения).

Для успешной борьбы с эпидемическим паротитом рекомендованы две ключевые стратегии:

- Обеспечение высокого охвата иммунизацией (>95% в каждом районе и стране) одной дозой паротитной вакцины, вводимой одновременно с первой дозой коревой вакцины;
- Усиление систем эпидемиологического надзора за эпидемическим паротитом.

Стадии I-II

Для стран, не использующих паротитную вакцину в своих национальных программах иммунизации, внедрение этой вакцины на I-ой стадии обеспечит некоторую защиту, но может привести к росту заболеваемости в старших возрастных группах, особенно при низком уровне охвата (<70-80%). Страны на I-ой стадии, применяющие вакцины против эпидемического паротита при плановой иммунизации должны сконцентрироваться на увеличении охвата прививками. Для стран, находящихся на II-ой стадии, внедрение паротитной вакцины могло бы рассматриваться как приоритетное для страны мероприятие. Несмотря на то, что применение паротитной вакцины в составе КПК может рассматриваться в рамках дополнительных кампаний против кори, оно должно быть обеспечено необходимыми ресурсами. Необходимо предусмотреть также использование безопасного вакцинного штамма, поскольку вспышки асептического менингита, ассоциированного с вакциной, оказались связанными с проведением массовых кампаний иммунизации против эпидемического паротита.

Стадия III

При вступлении стран в III-ю стадию в рамках стандартной программы требуются дополнительные мероприятия для поддержания высокого охвата иммунизацией (>90%) первой дозой паротитной вакцины.

Деятельность по эпидемиологическому надзору за эпидемическим паротитом

Стадии I-II.

При осуществлении надзора за эпидемическим паротитом должны использоваться стандартные определения клинических случаев, реко-

мендованные ВОЗ. Отчет о числе случаев с подозрением на эпидемический паротит по возрастным группам и статусу иммунизации должен высылаться каждый месяц. Необходимо расследовать предполагаемые вспышки заболевания.

Стадия III.

Надзор за эпидемическим паротитом должен вестись на местном и районном уровнях, а обобщенный отчет достаточно делать на национальном уровне, включая данные по возрастному признаку и прививочному статусу. По мере того, как заболеваемость снижается, внедряется лабораторная диагностика заболевания случаев подозрительных на эпидемический паротит.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

СЛОВАРЬ

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, может относиться поражение сердца, слепота, тугоухость, задержка в развитии/умственная отсталость.

Врожденная краснушная инфекция (ВКИ): внутриутробное инфицирование плода вирусом краснухи, которое может приводить к выкидышу, внутриутробной смерти или рождению ребенка с СВК.

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

Элиминация кори: Отсутствие эндемичной передачи инфекции на крупной географической территории и отсутствие распространения инфекции в случае ее завоза на территорию.

Лабораторная сеть для диагностики кори и краснухи (ЛСКК): Сеть национальных, субнациональных и региональных референс - лабораторий.

Комбинированная вакцина против кори, эпидемического паротита и краснухи (КПК): Трехвалентная вакцина, содержащая ослабленные живые вирусы, которая индуцирует выработку иммунитета и обеспечивает защиту от кори, эпидемического паротита и краснухи.

Комбинированная вакцина против кори и краснухи (КК): Двухвалентная вакцина, содержащая ослабленные живые вирусы, которая индуцирует выработку иммунитета и обеспечивает защиту от кори и краснухи.

Плановая (рутинная) иммунизация: Регулярные меры по иммунизации последовательно сменяющихся когорт населения в (1) стационарных пунктах вакцинации, (2) с помощью выездных бригад и (3) временных пунктах вакцинации, включая стандартное слежение за записями в документации по иммунизации.

Борьба с краснухой: Повседневное, регулярное и не прекращающееся применение краснушной вакцины в целях снижения заболеваемости краснухой и смертности от этой инфекции.

Дополнительная иммунизация: Массовые кампании иммунизации с вовлечением всех детей определенных возрастных групп с целью охвата вакцинацией значительной части восприимчивых лиц. Каждая кампания

проводится на территории крупной географической территории (провинции или страны) для быстрого снижения количества восприимчивых детей. Как правило, определения статуса вакцинации или инфекции в прошлом у вакцинируемых не проводится.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Murray CJL, Lopez AD, Mathers CD, Stein C. The global burden of disease 2000 project: aims, methods and data sources (Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No. 36). World Health Organization, November 2001 (revised).
2. *WHO measles mortality reduction and regional elimination strategic plan 2001*. Geneva, World Health Organization, 2001 (document WHO/V&B/01.13), (Имеется в наличии на русском языке в ЕРБ ВОЗ).
3. Measles, Progress towards global control and regional elimination, 1998-1999, *Weekly Epidemiological Record*, 1999; 74: 429-34
4. *Meeting on the impact of targeted programmes on health systems: a case study of the Polio Eradication Initiative, WHO, Geneva, 16-17 December 1999*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/V&B/00.29).
5. Cutts FT, Henderson RH, Clements CJ, Chen RT, Patriarca PA. Principles of measles control. *Bull World Health Organ* 1991; 69: 1-7.
6. Panagiotopoulos T, Antoniadou I, Valassi-Adam E. Increase in congenital rubella occurrence after immunisation in Greece: retrospective survey and systematic review. *BMJ* 1999; 319: 1462-67.
7. Ramsay M, Gay N, Miller E, Rush M, White J, Morgan-Capner P, Brown D. The epidemiology of measles in England and Wales: rationale for the 1994 national vaccination campaign. *Commun Dis Rep CDR Rev* 1994; 4: R141-R146.
8. Ion-Nedelcu N, Craciun D, Pitigoi D, Popa M, Hennessey K, Roure C, Aston R, Zimmermann G, Pelly M, Gay N, Strebel P. Measles elimination: a mass immunization campaign in Romania. *Am J Public Health* 2001; 91: 1042-45.
9. Bino S et al. Measles-rubella mass immunization campaign in Albania, November 2000. *J Infect Dis suppl* 2003, 187 (Suppl.1): S223-S229.
10. Dayan GH et al. Investigation of a rubella outbreak in Kyrgyzstan 2001: implications for an integrated approach to measles elimination and prevention of congenital rubella syndrome. *J Infect Dis Suppl*, 2003, 187 (Suppl.1) S235-S240
11. Report of a meeting on preventing congenital rubella syndrome: immunization strategies, surveillance needs, Geneva, 12-14 January 2000. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/V&B/00.10), (Имеется в наличии на русском языке в ЕРБ ВОЗ).

12. de Melker H, Pebody RG, Edmunds WJ, Levy-Bruhl D, Valle M, Rota MC, Salmaso S, van den Hof S, Berbers G, Saliou P, Spaendonck MCV, Crovari P, Davidkin I, Gabutti G, Hesketh L, Morgan-Capner P, Plesner AM, Raux M, Tische A, Miller E. The seroepidemiology of measles in Western Europe. *Epidemiol Infect* 2001; 126: 249–59.
13. Carabin H, Edmunds WJ. Future savings from measles eradication in industrialized countries. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187(Suppl.1) S29-S35
14. Bjerregaard P. Economic analysis of immunization programmes. *Scand J Soc Med Suppl* 1991; 46: 115-9.
15. Elo O. Cost-benefit studies of vaccinations in Finland. *Dev Biol Stand* 1979; 43: 419-28.
16. Stray-Pedersen B. Economic evaluation of different vaccination programmes to prevent congenital rubella. *NIPH Ann* 1982; 5: 69-83.
17. *HEALTH21 – the health for all policy for the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (European Health for All Series, No. 6).
18. Ramsay, M. *A strategic framework for the elimination of measles in the European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (document EUR/ICP/CMDS 01 01 05).
19. *Surveillance guidelines for measles and congenital rubella infection in the European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, in press (Vaccine Preventable Diseases and Immunization), (Имеется в наличии на русском языке в ЕРБ ВОЗ).
20. *WHO-UNICEF policy statement for mass immunization campaigns*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/EPI/LHIS/97.04 rev.1), (Имеется в наличии на русском языке в ЕРБ ВОЗ).
21. *WHO recommended standards for surveillance of selected vaccine-preventable diseases*. 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/EPI/Gen/98.01 Rev 2 & Measles update March 2002), (Имеется в наличии на русском языке в ЕРБ ВОЗ).
22. *Guidelines for epidemic preparedness and response to measles outbreak*. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/CDS/CSR/ISR/99.1; Communicable Disease Surveillance and Response, World Health Organization, Geneva).
23. Preventing congenital rubella syndrome. *Weekly epidemiological record* 2000; 75: 290–5 (Имеется в наличии на русском языке в ЕРБ ВОЗ).
24. *Manual for laboratory diagnosis of measles virus infection*. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/V&B/00.16), (Имеется в наличии на русском языке в ЕРБ ВОЗ).

25. Wakefield AJ, Murch SH, Anthony A, et. al. Ileal lymphoid nodular hyperplasia, non-specific colitis, and regressive developmental disorder in children. *Lancet* 1998; 351:637-41.
26. Uhlmann V, Martin CM, Sheils O et. al. Potential viral pathogenic mechanism for new variant inflammatory bowel disease. *Mol Pathol* 2002; 55: 84-90.
27. Taylor B, Miller E, Lingam R, et.al. Measles, mumps, and rubella vaccination and bowel problems or developmental regression in children with autism: population study. *BMJ* 2002; 324 (7334): 393-6.
28. Madsen KM, Hvid A, Vestergaard M, Schendel D, Wohlfahrt J, Thorsen P, Olsen J, Melbye M. A population-based study of measles, mumps and rubella vaccination and autism. *NEJM* 2002; 347:1477-82.
29. Makela A, Nuorti P, Peltola H. Neurologic disorders after measles-mumps-rubella vaccination. *Pediatrics* 2002; 110:957-63.
30. Duclos P, Ward BJ. Measles vaccines: a review of adverse events. *Drug Safety* 1998; 19; 435-54.
31. Immunization safety review: measles-mumps rubella vaccine and autism. Stratton K, Gable A, Shetty P, McCormick M eds. National Academy Press, Washington, DC, 102 p (2001)
32. PHLS. London measles outbreak (<http://www.phls.co.uk/publication/CDR/archieve02/news1302.html> measles) Communicable Disease report CDR Review, 2002, 12 (6): news (accessed 21 May 2003)
33. Tool for the *assessment of injection safety*. Geneva, World Health Organization, 2002 (document WHO/V&B/01.30 & WHO/BCT/01.02), (Имеется в наличии на русском языке в ЕРБ ВОЗ).
34. Computerized Information System for Infectious Diseases. Copenhagen, Communicable Diseases, Surveillance and Response, WHO Regional Office for Europe.
35. *Mumps virus vaccines, WHO position paper*. Weekly epidemiological record, 2001; 76:346-

В Европейском регионе ВОЗ корь и краснуха остаются важными причинами заболеваемости и смертности среди болезней, предупреждаемых с помощью вакцин.

Хотя число государств-членов ВОЗ, использующих высоко эффективные вакцины для профилактики этих болезней в рамках их рутинных расширенных программ иммунизации, постоянно растет, все еще существует проблема увеличения уровня охвата иммунизации в странах, использующих вакцины в настоящее время и внедрения вакцины против краснухи в странах, где пока еще не выполняется программа иммунизации.

Стратегическая программа предупреждения кори и врожденной краснушной инфекции в Европейском регионе ВОЗ определила ключевые стратегии для достижения цели региона - прекратить распространение кори и предупредить врожденную краснушную инфекцию к 2010 году (< 1 случай синдрома врожденной краснухи на 100 000 живорожденных).

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