



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

Укрепление национальных систем эпиднадзора в отношении элиминации кори и краснухи в Европейском регионе ВОЗ

Отчет совещания

8-9 декабря 2011 г.
Бонн, Германия

Краткое изложение

С момента внедрения вакцин против кори и краснухи в национальные программы иммунизации в Европейском регионе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, Европа) заболеваемость болезнями резко снизилась, и значительный прогресс был достигнут в достижении цели элиминации кори и краснухи. Однако еще существует ряд проблем в области эпиднадзора и проведения иммунизации, которые могут представлять угрозу в плане достижения цели элиминации к 2015 году.

В 2010 и 2011 гг. большее число стран, по сравнению с предыдущими годами, фиксировали более высокую заболеваемость корью, временами со вспышками национального уровня. Данные эпиднадзора подтверждают, что это связано с наличием групп невакцинированных лиц, в основном среди подростков и взрослых. Аналогичная проблема существует и в отношении краснухи, а также существует риск синдрома врожденной краснухи (СВК), где женщины детородного возраста не привиты. Эти когорты невакцинированных и не полностью вакцинированных лиц вместе с группами населения, подвергающимися сомнению целесообразность иммунизации, требуют целенаправленного подхода для улучшения охвата прививками.

Эпиднадзор, основанный на индивидуальных данных, за корью, краснухой и СВК, включающий лабораторную диагностику всех подозрительных случаев в период элиминации, является чрезвычайно важным для своевременного выявления случаев и проведения контрольных мероприятий. Эпиднадзор также важен для выявления восприимчивых лиц и групп населения и разработки адекватных политики и стратегии по иммунизации. Более того, эпиднадзор высокого качества является существенным механизмом для документирования прерывания эндемии кори и краснухи.

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в режиме онлайн на веб-сайте Регионального бюро:

<http://www.euro.who.int/pubrequest>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2012 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить переиздание или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полного согласия пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Содержание

Сокращения.....	4
Открытие совещания.....	5
Сессия 1: Корь, краснуха и синдром врожденной краснухи – обзор и эпиднадзор.....	6
Глобальный обзор.....	6
Региональный обзор.....	6
Определение элиминации и стратегии.....	7
Обновленные обязательства.....	10
Руководство по эпиднадзору.....	11
Роль лабораторий в эпиднадзоре за корью и краснухой в связи с их элиминацией.....	12
Сессия 2: Эпиднадзор за корью и вспышки в Европейском регионе.....	13
Презентации некоторых стран.....	13
Панельное обсуждение вспышек кори в Европейском регионе ВОЗ....	16
Вспышки кори в Европейском регионе ВОЗ и разработка региональных рекомендаций.....	18
Сессия 3: Эпиднадзор и подтверждение элиминации.....	19
Отчетность по данным эпиднадзора за корью и краснухой.....	19
Требования по отчетности.....	20
Роль ECDC в отношении кори и краснухи.....	20
Процесс подтверждения элиминации кори и краснухи.....	21
Сессия 4: Эпиднадзор за краснухой и СВК.....	21
Краснуха в Европейском регионе.....	21
Эпиднадзор в Регионе за синдромом врожденной краснухи.....	23
Эпиднадзор за краснухой/СВК во Франции.....	24
Эпиднадзор за краснухой/СВК в Соединенном Королевстве.....	25
Заключение.....	26
Рекомендации.....	27
Приложение 1 – Программа.....	29
Приложение 2 – Список участников.....	32
Рекомендуемая литература.....	46

Сокращения

ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВСК	Вакцина, содержащая коревой компонент
ГЧ	Государства-члены
ЕС	Европейский союз
КПК	Вакцина против кори-паротита-краснухи
ННГ	Новые независимые государства
РКПЭК	Региональная комиссия по подтверждению элиминации кори
СКГЭ	Стратегическая консультативная группа экспертов по иммунизации
ТЭССИ	Европейская система по эпиднадзору
CISID	Компьютеризированная информационная система по инфекционным болезням
ECDC	Европейский центр по контролю и профилактике заболеваний
EMMO	Отчет по мониторингу кори в Европе
EPIS	Информационная система по расследованию эпидемий
EUVAC.NET	Европейская сеть по эпиднадзору за управляемыми инфекциями
EUVAC.Net	Европейская сеть по эпиднадзору за управляемыми инфекциями (в рамках ECDC)
JRF	Единая форма отчетности ВОЗ/ЮНИСЕФ
MeaNs	Эпиднадзор за корью на основе определения нуклеотидной последовательности
MR LabNet	Лабораторная сеть по кори/краснухе

Открытие совещания

Совещание «Укрепление национальных систем эпиднадзора в отношении элиминации кори и краснухи в Европейском регионе Всемирной организации здравоохранения» было проведено в здании ООН в Бонне, Германия, 8 и 9 декабря 2011 года.

Совещание предназначалось для национальных руководителей по эпиднадзору за управляемыми инфекциями и национальных экспертов по эпиднадзору за корью, краснухой и синдромом врожденной краснухи (СВК) всех государств – членом (ГЧ) Европейского региона ВОЗ.

Целями совещания были:

- рассмотрение статуса эпиднадзора за корью, краснухой и СВК в Регионе;
- представление руководства Европейского региона ВОЗ по эпиднадзору за корью, краснухой и СВК с особым акцентом на важности интегрированных эпидемиологических и лабораторных мероприятий в области эпиднадзора;
- описание процесса региональной элиминации и документации, необходимой ГЧ для регионального подтверждения элиминации;
- обмен опытом и оптимальными методиками в области эпиднадзора за болезнями и ответных мер на вспышки в странах Региона.

Результатами данного совещания должны быть:

- достижение общего понимания и обязательств по выполнению приоритетных стратегий по укреплению потенциала эпиднадзора путем усиления эпидемиологического и лабораторного сотрудничества между ГЧ и Регионом в рамках процесса элиминации кори и краснухи;
- увеличение технического потенциала национальных партнеров посредством обмена знаниями и новой информацией, с целью укрепления и/или развития систем эпиднадзора в соответствии с региональными рекомендациями;
- определение оптимальных методик среди стран Региона.

Доктор Ребекка Мартин, Руководитель программы, Департамент инфекционных болезней Европейского регионального бюро ВОЗ, приветствовала национальных представителей из стран и приглашенных лиц на совещание. В своем вступительном слове она вновь подтвердила обязательства Европейского регионального бюро ВОЗ в отношении элиминации кори и краснухи в Европейском регионе, отметив, что знания и средства для предотвращения и контроля вспышек имеются в распоряжении. Она подчеркнула, что план элиминации имеет, в качестве своей основы, успешную программу иммунизации, но для этого необходим высокого качества эпиднадзор. Она подчеркнула важную роль каждого государства и его систем здравоохранения на всех уровнях в элиминации болезней в Регионе.

Профессор Раинхард Бургер, Президент Института Роберта Коха, признал, что в Германии по-прежнему существуют проблемы с корью, в связи с чем страна занимает одну из лидирующих позиций в Европе в отношении высокой заболеваемости. Кроме того, в Германии имеются недостатки в системе эпиднадзора за краснухой основанного на индивидуальных данных. Он объявил, что в 2012 году в Германии краснуха станет заболеванием, подлежащим уведомлению. Профессор Бургер упомянул наблюдения Института Роберта Коха относительно возросшей доли лиц старшего возраста, подвергающихся заболеванию корью, и вспышки кори в школах и среди антропософской

и цыганской общин. В то время как эндемическая циркуляция кори в Германии была прервана, группа невакцинированных лиц по-прежнему остается большой. Германия является одним из крупнейших экспортеров кори, но также подвержена и импорту этой болезни. Профессор Бургер отметил проблемы относительно элиминации кори и краснухи и добавил, что это может быть достигнуто только при условии тесного сотрудничества всех заинтересованных сторон.

Доктор Франц-Йозеф Биндет, заместитель Генерального директора Федерального Министерства здравоохранения Германии, подчеркнул также проблему достижения цели элиминации кори и краснухи к 2015 году. Для решения проблем в Германии предпринимаются усилия в отношении принятия законодательства по включению краснухи в список заболеваний, требующих уведомления, и внедрению бесплатной вакцинации против кори для взрослых. Он также указал на необходимость интенсификации дискуссий с антропософскими общинами, сопротивляющимися иммунизации, и кампаний по вакцинации с целью ликвидации пробелов в создании коллективного иммунитета.

Программа представлена в Приложении 1, а список участников - в Приложении 2.

Сессия 1: Корь, краснуха и синдром врожденной краснухи - обзор и эпиднадзор

Глобальный обзор

В мире был достигнут значительный прогресс в снижении заболеваемости корью и смертности, связанной с этой инфекцией. Элиминация кори уже была достигнута в США в 2000 году и в Регионе ВОЗ для стран Америки в 2002 году. В том же году Европейское региональное бюро ВОЗ разработало стратегический план по элиминации кори к 2010 году и приступило к его реализации в Регионе.

В ноябре 2010 года Стратегическая консультативная группа экспертов по иммунизации (СКГЭ) объявила, что корь может и должна быть ликвидирована в мире. Видение глобального стратегического плана по кори и краснухе на 2011-2020 гг. включает в себя достижение мира, свободного от кори, краснухи и СВК. Глобальная цель – это снижение к концу 2015 года смертности от кори на 95% (в сравнении с уровнем 2000 года) и достижение элиминации кори, по крайней мере, в пяти из шести регионах ВОЗ к концу 2020 года.

Региональный обзор

В целом в Европейском регионе был достигнут значительный прогресс в области улучшения ситуации с корью, но степень прогресса снижается, так как отмечались высокие уровни заболеваемости и несколько вспышек в нескольких европейских странах с 2009 года. На рисунке 1а показана заболеваемость корью из расчета на миллион жителей в Европейском регионе ВОЗ в 2010 году, а рост заболеваемости в большинстве стран в 2011 году - на рисунке 1б.

Передача вируса кори вызвала возникновение нескольких вспышек среди общего населения и среди особых групп по всей Европе. Большинство завозных случаев заболевания было связано с другими странами Европейского региона, в то время как другие были завезены из стран других регионов. Корь также экспортировалась в другие

страны за пределами Европейского региона, такие как Канада, США, Япония и Австралия.

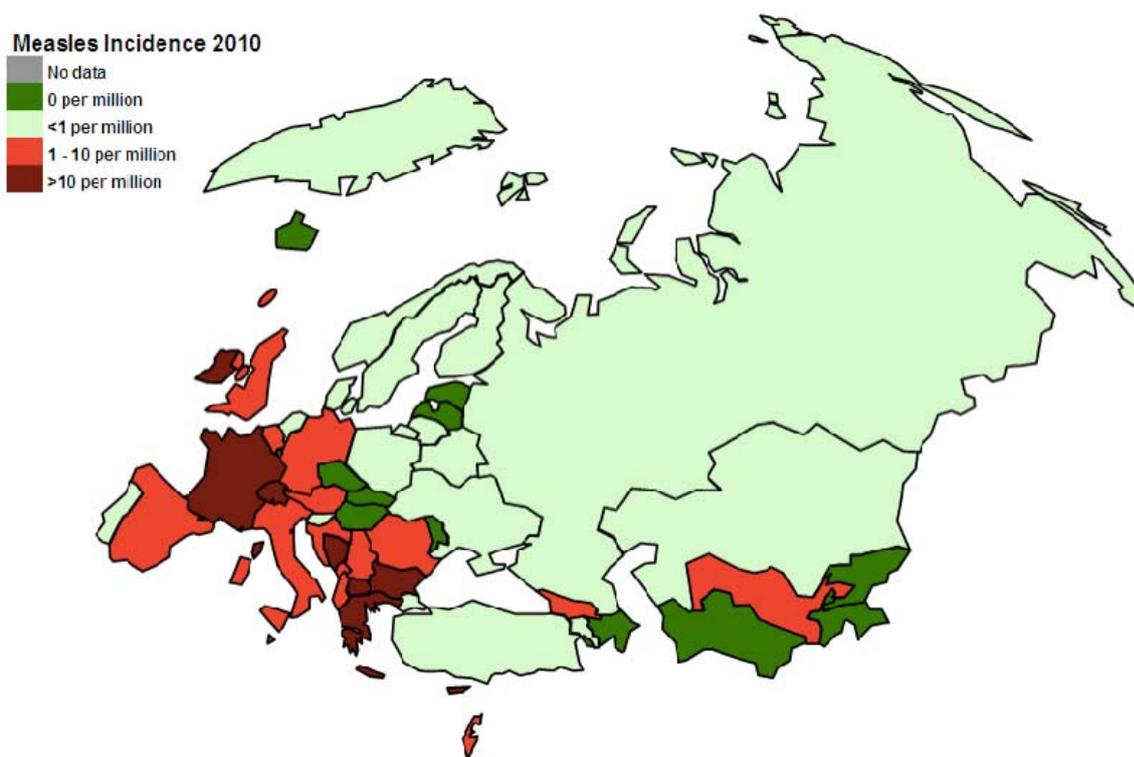
За период с 2008 по 2011 год вспышки краснухи регистрировались в нескольких странах, включая Австрию, Боснию и Герцеговину, Кыргызстан, Польшу, Российскую Федерацию и Украину. На рисунке 2 показана заболеваемость краснухой из расчета на миллион жителей в 2010 году с более 10 зарегистрированных случаев на миллион жителей в четырех странах (Боснии и Герцеговине, Грузии, Польше и Румынии). На рисунке также показано отсутствие данных по краснухе по ряду стран.

В Европейском регионе национальные уровни охвата прививками находятся, в целом, на высоком уровне. Однако по-прежнему остаются территории с низким охватом (<95%) как среди общего населения, так и среди маргинальных групп населения. Также имеются восприимчивые подростки и взрослые, и многие остаются невакцинированными или вакцинация была отложена (это касается особенно второй дозы). В то же время возрастает число отказов от вакцинации.

Определение элиминации и стратегии

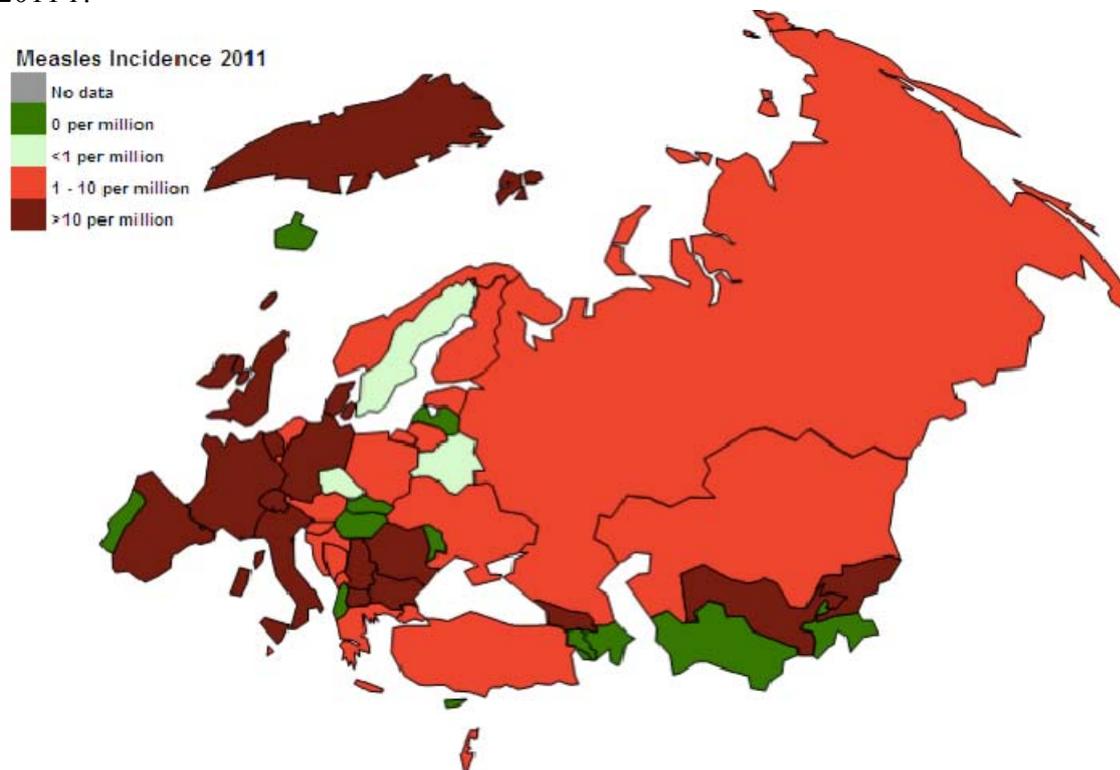
Элиминация кори и краснухи определяется, как отсутствие эндемичной передачи кори в определенной географической территории (например, регион) в течение 12 месяцев или более при наличии хорошо функционирующей системы эпиднадзора. После завоза вируса возможны небольшие вспышки, но устойчивая циркуляция вируса после завоза заканчивается самостоятельно без вмешательства, обычно после ограниченного числа циклов передачи инфекции. Европейское бюро ВОЗ определило четыре основные стратегии с целью элиминации кори и краснухи, как показано в таблице 1.

Рисунок 1а. Заболеваемость корью (на миллион жителей) в Европейском регионе ВОЗ, 2010 г.



Источник данных: JRF ВОЗ/ЮНИСЕФ, 2010 г.

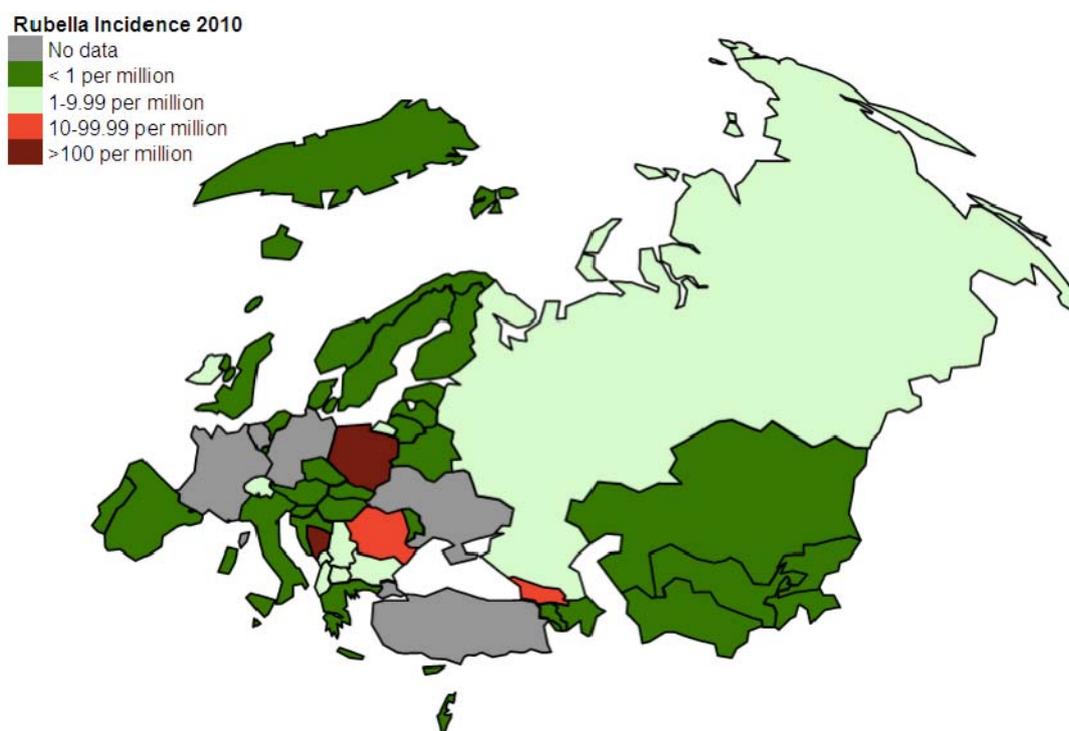
Рисунок 1б. Заболеваемость корью (на миллион жителей) в Европейском регионе ВОЗ, 2011 г.*



* Данные на 1 декабря 2011 г.

Источник данных: Помесячная отчетность по кори и краснухе Европейского бюро ВОЗ.

Рисунок 2. Заболеваемость краснухой (на миллион жителей) в Европейском регионе ВОЗ, 2010 г.



Источник данных: JRF ВОЗ/ЮНИСЕФ, 2010 г.

Таблица 1. Основные стратегии элиминации кори и краснухи

Стратегии	Примечания
1. Достижение и поддержание охвата прививками двумя дозами коревой вакцины и одной дозой вакцины против краснухи в рамках плановой иммунизации на минимальном уровне в 95%.	Данные, полученные из Единой формы отчетности ВОЗ/ЮНИСЕФ (JRF) за 2010 год, указывают на то, что в ряде стран охват первой дозой вакцины, содержащей коревой компонент, составил менее 95%. Австрия, Украина и Азербайджан имели охват ниже 80%. В отношении второй дозы еще больше стран имели охват ниже 95%, в то время как некоторые страны совсем не представили отчетность по охвату. Территории с низким охватом и не представленными данными также были зарегистрированы на суб-национальном уровне. Необходимо разрабатывать целевой подход, чтобы обеспечить иммунизацию недопривитых отдельных лиц и групп населения. Это включает в себя, помимо всего прочего, маргинальные группы населения, определенные религиозные и философские группы, медработников, перемещающихся лиц, незарегистрированных лиц и состоятельных горожан.
2. Предоставление второй возможности для иммунизации против кори восприимчивым группам населения.	За период с 2000 по 2010 г. 57 миллионов лиц были охвачены дополнительными мероприятиями по иммунизации в Европейском регионе, преимущественно в странах ННГ, но также и Западной Европы. Для дополнительных мероприятий по иммунизации необходим про-активный подход для снижения размеров восприимчивого населения. Необходимо определить альтернативные (не традиционные) пункты проведения иммунизации в частном секторе и на рабочих местах.

3. Укрепление эпиднадзора за корью, краснухой и СВК, включающего тщательное расследование случаев заболевания и лабораторное подтверждение случаев, подозрительных на корь.	Для осуществления мониторинга, осуществления ответных мер и обратной связи необходимы высококачественные данные. Своевременность и полнота отчетных данных по эпиднадзору на национальном и региональном уровнях должны быть улучшены до уровня в 80% и выше.
4. Улучшение качества информации о пользе и рисках иммунизации.	Необходимо улучшение информации о пользе и рисках иммунизации как для общественности, так и для медработников, через веб-сайты, посвященные вопросам безопасности вакцин, социальные средства массовой информации и в рамках мероприятий ежегодной Европейской недели иммунизации.

Обновленные обязательства

До 2010 года, по оценкам, более 50% ГЧ и около 70% населения Региона не добились бы элиминации кори к концу 2010 года. В то же время вызывали тревогу вспышки заболевания в странах, которые были свободными от кори на протяжении нескольких лет. Поэтому в сентябре 2010 года резолюция Регионального комитета ВОЗ для стран Европы, принятая всеми 53 ГЧ, предусматривала возобновление обязательств и установила новую дату достижения элиминации кори и краснухи - 2015 год, не прекращая усилий по поддержанию статуса Региона, свободного от полиомиелита. Таблица 2 дает краткую картину мер, которые должны быть предприняты ГЧ и Европейским бюро ВОЗ для реализации этой резолюции.

Таблица 2. Меры, которые необходимо предпринять ГЧ и Европейским бюро ВОЗ для реализации резолюции, возобновляющей обязательства в отношении элиминации кори и краснухи к 2015 году

Европейское региональное бюро ВОЗ	
Обеспечить руководство и определить стратегические направления	
Предоставить технические рекомендации государствам-членам	
Работать с ГЧ по решению проблем, связанных с уязвимыми группами населения и улучшением охвата прививками	
Государства-члены	
Продемонстрировать обязательства и обеспечить высокую приоритетность цели элиминации кори и краснухи	
Гарантировать необходимые ресурсы	
Укрепить плановую иммунизацию - концентрировать внимание на территориях с низким охватом - Европейская неделя иммунизации	
Укрепить соответствующие компоненты систем охраны здоровья	
Укрепить системы эпиднадзора по кори, краснухе и полиомиелиту в соответствии с Международными медико-санитарными правилами	

Руководство по эпиднадзору

Укрепление эпиднадзора является важной стратегией реализации плана элиминации кори и краснухи. Оно требует тщательного расследования и лабораторного подтверждения подозрительных случаев и вспышек заболевания. Системы эпиднадзора за болезнями должны согласовываться с эпиднадзором за другими связанными компонентами, такими как охват прививками и неблагоприятные побочные проявления. Система эпиднадзора считается качественной, если она позволяет своевременно производить сбор, сопоставление и анализ полных данных, основанных на индивидуальных данных, и создавать оперативную информацию для осуществления адекватных ответных мер. Неотъемлемой частью эффективной системы эпиднадзора является соответствующая обратная связь посредством бюллетеней, отчетов и других средств связи.

В процессе расследования случаев необходимо тесное сотрудничество между клиницистами, эпидемиологами и лабораторными работниками как на местном, так и на суб-национальном и национальном уровнях. Более тесное сотрудничество также необходимо между эпидемиологами и органами здравоохранения, для того чтобы избегать несоответствия между данными, полученными из JRF, и месячными формами отчетности, поскольку они не всегда полностью заполнены и временами дают достаточно противоречивые оценки бремени болезни.

Сбор данных эпиднадзора в формате, основанном на индивидуальных данных, позволяет проводить всестороннее расследование и анализ. Каждому случаю присваивается индивидуальный номер (так называемый номер EPID). Он должен включать в себя код страны + код района + дату + номер случая. Данные, основанные на индивидуальных случаях, должны включать демографические детали, клинические данные, историю перемещений, прививочный статус, статус беременности, источник инфекции и другую соответствующую информацию.

Важно отметить, что определение случая заболевания для эпиднадзора может не соответствовать клинической диагностике случаев и их лечебному ведению. Также следует заметить, что в целях элиминации кори и краснухи Европейское бюро ВОЗ не рекомендует эпиднадзор, основанный на синдромном подходе, имея в виду сыпь и высокую температуру.

В целях мониторинга и оценки ВОЗ определила показатели качества работы для отчетности с каждого уровня системы эпиднадзора (таблица 3). Эти показатели эпиднадзора также важны для демонстрации элиминации кори и краснухи. Только высококачественные системы эпиднадзора могут позволить документировать подтверждение элиминации. Существующее руководство по эпиднадзору за корью, краснухой и СВК в Европейском регионе ВОЗ в данный момент пересматривается до его публикации на веб-сайте Европейского бюро ВОЗ.

Таблица 3. Показатели качества работы эпиднадзора и задачи для стран, поставивших цели элиминации

<p>1. Уровень отчетности:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ На национальном уровне уровень ≥ 2 отвергнутых случаев кори на 100 000 населения в год должен рассматриваться, как минимальный. Эти случаи должны быть расследованы и отвергнуты, как «не коревые» случаи, используя (а) лабораторное тестирование в опытной лаборатории, или (б) путем эпидемиологической увязки со случаем другого инфекционного заболевания, лабораторно подтвержденного.▪ Кроме того, уровень ≥ 2 отвергнутых случаев кори на 100 000 населения должен сообщаться ежегодно в $\geq 80\%$ суб-национальных административных территорий (например, на уровне провинций или их административного эквивалента). (Примечание: если население административного уровня $< 100\ 000$ человек, тогда уровень должен рассчитываться с использованием административного уровня с населением в $\geq 100\ 000$ человек.) <p>2. Лабораторное подтверждение:</p> <p>Адекватные пробы для выявления острой коревой инфекции должны собираться среди $\geq 80\%$ подозрительных случаев и проверены в опытной лаборатории. Какие-либо клинические случаи кори, не тестированные в лаборатории и (а) подтвержденные, как корь, путем эпидемиологической увязки, или (б) отвергнутые, как «не коревые», путем эпидемиологической увязки со случаем другого инфекционного заболевания, подтвержденного лабораторно, или путем эпидемиологической увязки со случаем, отрицательным в отношении коревого IgM, должны быть исключены из знаменателя подозрительных случаев.</p>
--

Роль лабораторий в эпиднадзоре за корью и краснухой в связи с их элиминацией

Так как заболеваемость корью и краснухой снижается, и их элиминация приближается, лабораторное расследование зарегистрированных подозрительных случаев становится все более важным. Быстрое и надежное лабораторное тестирование важно для своевременного проведения таких мероприятий, как циклы вакцинации. Кроме того, эпиднадзор, комплексная лабораторная диагностика также имеют важное значение в отношении случаев, которые могут иметь серьезные последствия, например, в отношении краснухи во время беременности.

При снижении заболеваемости и приближении элиминации как минимум 80% зарегистрированных клинических случаев должны быть лабораторно подтверждены. Тем не менее, есть ряд проблем в достижении этого необходимого уровня лабораторных результатов в отношении подозрительных случаев и особенно результатов частных лабораторий, которые не всегда сообщаются. Также существуют сложности в получении клинических проб для анализов и связи лабораторных и эпидемиологических данных. Некоторые из этих проблем могут быть преодолены посредством использования альтернативных клинических проб, таких как высушенные капли крови или выделения ротовой полости, а также путем укрепления связей между лабораторными и эпидемиологическими данными.

С использованием молекулярного типирования и методов определения характеристики возбудителя лабораторная диагностика также позволяет проводить мониторинг прогресса элиминации. Такие молекулярные тесты доказали свою эффективность в качестве важного инструмента для понимания путей передачи кори и краснухи. Их полезность была недавно продемонстрирована путем отслеживания циркуляции генотипа вируса кори D4 в Западной Европе. Молекулярный эпиднадзор играет особенно важную роль во время заключительной стадии элиминации, что позволяет понять картину географического распространения генотипов вируса, выявить цепи передачи, проводить

мониторинг эффективности контрольных мероприятий, выявлять резервуары постоянной передачи вируса и предоставлять данные, свидетельствующие о достижении элиминации (определение, что эндемичные вирусы являются завозными).

Хорошо установившаяся лабораторная сеть по кори и краснухе (КК LabNet) была разработана, скоординирована и профинансирована ВОЗ в соответствии с целью элиминации, предоставляя полные и достоверные лабораторные данные. Для достижения этой цели КК LabNet обязуется использовать стандартные оперативные процедуры по всей сети КК LabNet и предоставлять стандартные референс-материалы и реагенты. Она также обеспечивает качество ежегодной аккредитации, включая подтверждение профпригодности и соответствия требованиям. Регулярно проводятся совещания с целью укрепления коммуникаций внутри сети. В соответствии с мероприятиями КК LabNet, Агентство по охране здоровья (НРА) Соединенного Королевства в сотрудничестве с ВОЗ разработало глобальную базу данных генотипов по кори, так называемый Эпиднадзор за корью на основе определения нуклеотидной последовательности (MeaNs). К моменту проведения совещания поступило почти 12,000 вирусов с генотипированием. MeaNs позволяет своевременно идентифицировать пути передачи вирусов и сопоставлять последовательности генома. Для процедур определения последовательности было установлено, что генотипирование на основе NP 450 может быть недостаточным, и определение последовательности может потребовать расширенного подхода.

Были сделаны значительные усовершенствования в области лабораторной диагностики кори и краснухи в Регионе. Для поддержания этого достижения необходимы достаточные ресурсы для мероприятий по лабораторному эпиднадзору и, в особенности, молекулярному эпиднадзору. Для достижения цели элиминации сбор проб для лабораторного тестирования и особенно для генотипирования должен быть улучшен. Также необходима связь между данными эпиднадзора, основанного на индивидуальных сведениях, и лабораторными данными, но также необходимо улучшение связи между национальными референс-лабораториями и региональными референс-лабораториями.

Сессия 2: Эпиднадзор за корью и вспышки в Европейском Регионе

Презентации некоторых стран

Российская Федерация

В Российской Федерации был достигнут прогресс в области снижения числа случаев кори. К 2010 году Российская Федерация использует эффективную систему эпиднадзора, включающую наблюдение за всеми подозреваемыми на корь случаями заболевания. На 1 января 2011 года оценочная комиссия в Российской Федерации подтвердила статус страны, свободной от эндемичной кори, за исключением пяти территорий/регионов (Амурская область, Красноярский край, Республика Бурятия, г.Москва, Чукотский край). До 2007 года доминирующим штаммом в Российской Федерации был D6. Он рассматривался, как эндемичный штамм в Российской Федерации. На данный момент циркулирующим штаммом является завозный штамм D4.

Был выявлен ряд недостатков в отношении мер профилактики вспышек и борьбы с ними. Они включают позднюю клиническую диагностику и последующую позднюю изоляцию больного; запоздалое начало мер по борьбе с вспышкой кори; запоздалую иммунизацию контактных лиц; несоответствие требованиям «холодовой цепи» и неэффективную пропагандистскую работу среди населения.

Словения

В Словении проявления кори были значительно снижены после внедрения иммунизации против кори. В соответствии с Актом по инфекционным заболеваниям, информация о случае кори (даже о подозрительном на корь случае) должна быть сообщена в пределах от трех до шести часов в Региональный институт общественного здравоохранения, который несет ответственность за мероприятия в области общественного здравоохранения, и оттуда непосредственно в Национальный институт общественного здравоохранения (НИОЗ), где данные собираются и анализируются. В 2005 году определение случая кори в Европейском Союзе было широко распространено, и врачам общей практики и педиатрам активно рекомендовалось подтверждать каждый возможный случай кори (сыпь, температура) соответствующей лабораторной диагностикой. За наиболее высоким уровнем зарегистрированной заболеваемости в 407 случаев на 100,000 населения в 1967 году последовало снижение, размеры эпидемий сократились, а периоды между эпидемиями увеличились. Последний случай (местный) был зарегистрирован в 1999 году. После десяти лет отсутствия случаев кори в Словении был зарегистрирован кластер с вторичной передачей. Первичный случай, житель Ирландии, был госпитализирован в день прибытия в Словению, и через два дня была диагностирована корь. После выписки было выявлено два случая кори; заболевшие сотрудник больницы и посетитель клиники указывают на передачу инфекции внутри больницы. В 2011 году, к началу этого совещания, было зарегистрировано 22 случая кори, включая 6 завозных случаев; при этом большинство случаев (18 - 81%) отмечалось в возрастной группе от 30 до 49 лет. Было выявлено три различных генотипа: D4, D8 и B3. Таким образом, корь в Словении характеризовалась несколькими случаями, разнообразием генотипов и высокой долей завозных случаев.

Швейцария

В Швейцарии система охраны здоровья населения сильно децентрализована. Контрольные меры в отношении вспышек заболевания подпадают под ответственность кантонов, в то время как эпиднадзор является ответственностью как кантонов, так и федерации (национальный уровень). В 1986 году была образована дозорная система эпиднадзора за корью. Однако в 2007 году она была упразднена, поскольку система перестала быть в достаточной мере чувствительной по мере снижения заболеваемости корью.

С 1999 года врачи обязаны уведомлять медицинских сотрудников кантона в пределах семи дней о всех случаях заболевания с высокой температурой и сыпью, сопровождаемых хотя бы одним из следующих симптомов: кашель, ринит или конъюнктивит. Лаборатории должны присылать уведомления медицинским сотрудникам кантона и в Федеральное ведомство общественного здравоохранения (ФВОЗ) в пределах семи дней о всех подтвержденных случаях кори, вне зависимости от использованного теста. В 2006 году официальный срок для сообщения был сокращен до одного дня. Такие первичные ускоренные сообщения о случаях кори позволяют врачам кантонов быстро начинать расследование и проводить контрольные меры. Позднее врач заполняет форму уведомления с включением деталей. Медицинские сотрудники кантонов направляют копии всех уведомлений, сделанных врачами, в ФВОЗ.

Работа системы эпиднадзора за корью считается достаточно хорошей, однако все еще существует ряд проблем, требующих решения. Чувствительность и своевременность отчетности могут быть улучшены путем стимулирования врачей быстро сообщать о случаях заболевания, отвечающих клиническим критериям, даже о тех случаях, в отношении которых ожидается лабораторное подтверждение или получены негативные результаты. Медицинские сотрудники кантонов должны систематически получать

данные о лабораторно подтвержденных подозрительных случаях для активного поиска новых случаев и осуществления системных мер по борьбе с вспышкой заболевания. Все уведомления и дополнительная информация должны направляться в ФВОЗ.

Специфичность системы эпиднадзора также нуждается в улучшении. Врачам рекомендовано проводить подтверждающее тестирование каждого подозрительного случая. Также от них требуется улучшить полноту отчетности путем включения деталей об источнике инфекции (завозная, связанная с завозом, местная инфекция), а также о симптомах, необходимых для классификации случаев.

Для усиления сотрудничества между ФВОЗ и кантонами было бы желательным, чтобы медицинские сотрудники кантонов имели прямой доступ к центральной базе данных ФВОЗ. Хотя некоторые научные статьи об эпиднадзоре и его результатах на федеральном и кантональном уровнях публикуются, обеспечение обратной связи с федеральным уровнем ограничено. Обратная связь с адекватной информацией о мероприятиях эпиднадзора важна не только для демонстрации эпидемиологической ситуации, но также и для стимулирования действий по уведомлению и иммунизации.

Германия

Система здравоохранения в Германии также децентрализована между ее 16 федеральными землями и 413 округами, каждый из которых имеет свой окружной орган здравоохранения. О клинически подозрительных случаях кори, так же как и о случаях, подтвержденных лабораторно, сообщается в окружные органы здравоохранения. Окружные органы здравоохранения проводят оценку информации в соответствии с определением случая кори, связываются с больными для получения дальнейшей информации и вводят данные о случае в электронную систему отчетности. Данные затем направляются в Департамент здравоохранения земли, который, в свою очередь, представляет данные в Институт Роберта Коха (ИРК). Институт несет ответственность за выпуск Еженедельного эпидемиологического бюллетеня. Лабораторное тестирование подозрительных на корь случаев в основном осуществляется в децентрализованном порядке частными лабораториями. Однако Национальная референс-лаборатория по кори, краснухе и паротиту ИРК выполняет основную роль, в особенности в генотипировании вирусов кори.

Существующий двухдозовый календарь прививок против кори рекомендован национальной комиссией по иммунизации (STIKO) и используется с 2001 года. Первая доза рекомендуется в возрасте от 11 до 14 месяцев, а вторая доза - в возрасте от 15 до 23 месяцев. Иммунизация добровольная и выполняется, в основном, частными врачами. Вакцинация бесплатная для всех лиц в отношении всех рекомендованных STIKO вакцин с оплатой через систему медицинского страхования. Хотя национальный охват прививками и растет, однако все еще остаются группы восприимчивых лиц, особенно среди подростков, некоторых иммигрантских групп и в антропософских общинах.

С 2006 года в Германии наблюдался ряд вспышек, особенно в Юго-западных федеральных землях. За первые 10 месяцев 2011 года по всей стране было зарегистрировано 1,576 случаев кори с общей заболеваемостью в 1.9 на 100,000 населения. Более крупные вспышки имели место в федеральных землях Баден-Вюртемберг и Бавария. Средняя заболеваемость на 100,000 населения в Западных федеральных землях составляла 2.2, в то время как в Восточных федеральных землях она была на уровне 0.4. Возрастная тенденция распространения случаев кори смещается в сторону более старших групп населения.

Во время вспышки в месте нахождения лиц, ожидающих решения о политическом убежище стало понятно, что массовая иммунизация является более дешевым и эффективным методом борьбы с вспышками в сравнении со стратегиями, предусматривающими серологическое тестирование с последующей выборочной иммунизацией серо-негативных лиц. Математическое моделирование большой вспышки в школе показало, что в институциональных условиях с высоким охватом прививками могут наблюдаться продолжительные вспышки, и массовая иммунизация все еще может быть эффективна при задержке на несколько дней и даже несколько недель.

Дополнительные усилия в Германии для достижения цели элиминации включают в себя иммунизацию против кори с июня 2010 года одной дозой вакцины взрослых лиц, родившихся после 1970 года, которые не были вакцинированы, лиц с неизвестным прививочным статусом и получивших только одну дозу вакцины, которые могут считаться как лица, подвергающиеся наверстывающей иммунизации. В то же время усилия предпринимаются и в области пропаганды вакцинации в средствах массовой информации и путем проведения мероприятий в области коммуникаций, направленных на целевые группы населения. Однако, поскольку охват плановыми прививками детей раннего возраста в последние годы превышал 95%, и четко выражено возрастное распределение случаев кори, ключом к успеху станет ликвидация пробелов в иммунизации детей более старшего возраста, подростков и молодых людей в Германии. Поэтому в Германии необходимы кампании иммунизации в школах, особенно в Юго-западных федеральных землях, в сочетании с более согласованными мероприятиями по связи с общественностью на национальном уровне с целью пропаганды индивидуальной наверстывающей иммунизации среди подростков и молодых людей.

Панельное обсуждение вспышек кори в Европейском регионе ВОЗ

Расследования вспышек кори в Регионе показали, что большинство случаев представляли собой неиммунизированные или недопривитые лица. Существуют большое число причин, для того чтобы оказаться непривитым, и много разных обстоятельств для накопления восприимчивых лиц в населении.

Во время проведения панельного обсуждения представители Киргизстана, Франции, Румынии, Испании и Узбекистана обменялись опытом в области борьбы с вспышками кори. Участники из других ГЧ узнали, как выявлять потенциальные риски возникновения вспышек, и познакомились с успешными методиками в этой связи. После своих презентаций участники обсуждали общие вопросы и проблемы, связанные с предотвращением и контролем вспышек кори, и другие соответствующие профилактические мероприятия.

Адекватно функционирующие системы эпиднадзора и программы иммунизации должны суметь локализовать группы населения, которые не были вакцинированы против кори в рамках работы рутинных служб здравоохранения. Лица, которые не получили вакцинопрофилактику ни в рамках плановой иммунизации, ни в рамках дополнительных мероприятий по иммунизации, а также те лица, кто в анамнезе не перенес корь, являются восприимчивыми. Это касается, в основном, взрослых лиц молодого возраста. При нескольких вспышках первичным случаем инфекции был взрослый путешественник непривитый человек, который по возвращении из эндемичной по кори страны, где наблюдалась вспышка, «ввез» в собственную страну вирус кори.

Плановая иммунизация очень часто запаздывает, и охват прививками, особенно второй дозой вакцин, содержащих коревой компонент, снижается во многих ГЧ. Кроме того,

данные о размере когорты целевого контингента новорожденных, подлежащей плановой иммунизации, не всегда точны. Поэтому определенные группы восприимчивых лиц могут быть не внесены в национальные регистры, что в последующем приводит к «завышению» охвата прививками. Другие группы населения остаются восприимчивыми, так как они не были привиты в связи с прерыванием предоставления медицинских услуг в силу беспорядков (мятеж, политическая нестабильность, вооруженные конфликты). Регулярный мониторинг охвата плановыми прививками на суб-национальных уровнях способствует выявлению неиммунизированных лиц. Это, при последующем проведении дополнительных мероприятий по иммунизации (ДМИ), должно помочь в ликвидации проблемы с иммунитетом среди населения.

Школы являются обычным местом возникновения вспышек кори в связи с тем, что там собираются восприимчивые лица разных когорт новорожденных, и между ними существует тесный контакт. ГЧ должны рассматривать проведение ДМИ среди школьников и подростков. Требование в отношении иммунизации при поступлении в школу является вариантом решения проблемы. Однако у некоторых ГЧ эта мера вызывает вопросы, так как это рассматривается, как конфликт с основным правом на образование.

Вспышки кори также возникали в медицинских лечебных учреждениях как среди пациентов, так и среди медицинских работников. Некоторые ГЧ имеют различные добровольные или обязательные требования к медицинским работникам относительно прививок против ряда управляемых инфекций. Кроме того, прививочный статус медицинских работников должен регулярно оцениваться и проверяться. Профилактика и контроль госпитальной инфекции являются существенным компонентом в защите уязвимых пациентов и медицинских работников.

Страны переходного периода реформируют системы здравоохранения с изменениями в охвате медицинским страхованием, предоставлении услуг первичной медико-санитарной помощи, службах иммунизации и мероприятиях по эпиднадзору. В некоторых ГЧ отдельные части населения не признаются для обслуживания системой здравоохранения или имеют ограниченный доступ к службам иммунизации. Все ГЧ поэтому должны гарантировать, что любые реформы не окажут отрицательного влияния на наличие вакцин и доступность служб иммунизации.

Вспышки регистрируются среди разных особых подгрупп населения. Многие религиозные и философские группы отказываются от вакцинации в связи с их верой или особым стилем жизни. Вспышки наблюдаются среди этнических меньшинств и мигрантов.

Основными факторами отказов в большинстве случаев являются недостаток знаний и низкая осведомленность, а также осложненная доступность служб иммунизации. Страны отмечали, что число родителей, которые недостаточно мотивированы и/или скептически относятся к необходимости вакцинировать их детей, возрастает. Некоторые части населения предпочитают гомеопатию и альтернативную медицину и избегают вакцинацию. Специфические и нацеленные методики должны быть разработаны для использования в разнообразных группах, настроенных скептически или отрицательно в отношении вакцинации, с тем, чтобы понять причины отказа от вакцинации и разработать наиболее эффективные и удобные методы проведения иммунизации. В некоторых случаях неправительственные организации, лидеры и посредники из групп национальных меньшинств, как доказала жизнь, полезны в восстановлении контакта с системой здравоохранения. В любом случае партнерство с другими правительственными и

частными агентствами, институтами и организациями, а также с общественностью полезно и поэтому должно укрепляться.

Иммунизация, как компонент контрольных мероприятий в случае вспышки, была хорошо воспринята в большинстве случаев при борьбе с вспышками. Информация о вспышке может повысить осознание риска для непривитых и использоваться в качестве возможности для расчета потребностей в вакцинах. Хотя некоторые ГЧ подчеркнули, что организация массовых кампаний осложняется их некоторыми юридическими и социальными структурами, однако массовые кампании по иммунизации остаются наиболее эффективным вариантом ДМИ в странах, где они систематически проводятся.

Вспышки кори в Европейском регионе ВОЗ и разработка региональных рекомендаций

Срочное расследование вспышек является существенным для контроля и, таким образом, ограничения передачи инфекции. В Регионе существуют разные определения термина «вспышка». Однако, в основном, термин «вспышка» используется, когда число наблюдаемых случаев превышает привычно ожидаемое в конкретном географическом районе и в определенный промежуток времени число случаев заболевания. Расследование вспышки позволяет выявить источник инфекции, проводить своевременное оказание медицинской помощи и отслеживать контактных лиц для ограничения числа последующих случаев заболевания. В процессе расследования вспышки система эпиднадзора может потребовать внесения изменений для обеспечения бесперебойного сбора данных по таким параметрам, как возраст и прививочный статус больных, что позволит выявлять группы населения повышенного риска. При завершении процесса расследования необходимо задокументировать наиболее оптимальные ответные меры и полученные уроки.

Корь

В странах, приверженных цели элиминации кори, каждый отдельный случай должен расследоваться. Уведомление о двух или более случаях, связанных по времени и месту, должно считаться вспышкой, подлежащей расследованию. В 2010 и 2011 гг. несколько вспышек кори было зарегистрировано в Европейском регионе, в основном в западной его части. Они значительно различались по размерам - от нескольких случаев до национального уровня. В основном они характеризовались началом заболевания среди подростков и молодых людей с последующим распространением на детей и младенцев. Некоторые вспышки включали в себя специфические группы населения с последующим распространением на общее население. Внутрибольничная передача инфекции также имела распространение со случаями, регистрируемыми среди медработников. Большинство случаев во время вспышек наблюдалось среди непривитых, недопривитых или лиц с неустановленным прививочным статусом. Основной причиной вспышек был генотип вируса кори D4 с зарегистрированными случаями его завоза в другие регионы мира, включая Америку, Австралию и Японию. КК LabNet часто была первым источником подтверждения возникновения вспышки в Европейском регионе ВОЗ. Хотя регистрация вспышек кори с использованием официальной Европейской формы ВОЗ по вспышкам и улучшилась, по-прежнему имеет место недоучет вспышек, и они становятся очевидными на международном или даже национальном уровнях только после публикаций о них в научных изданиях или их выявления средствами массовой информации.

Краснуха

Между 2007 и 2011 гг. в нескольких странах были также зарегистрированы вспышки краснухи. Большинство случаев наблюдалось среди невакцинированных молодых людей и подростков. В

некоторых странах заболеваемость краснухой значительно различалась по полу, отражая прежние политики иммунизации и календари прививок, которые первоначально, когда начинались программы иммунизации, были нацелены на девочек-подростков. Низкое качество планового эпиднадзора в той же мере влияло на расследование вспышек краснухи, что вело к проведению неоптимальных контрольных мероприятий в ответ на вспышки заболевания. Кроме того, наблюдалась также нехватка информации о местных генотипах вируса краснухи в Регионе.

Роль Европейского регионального бюро ВОЗ

Роль Европейского регионального бюро ВОЗ в борьбе с вспышками заболевания заключается в оказании содействия пораженным странам путем предоставления технической помощи и рекомендаций, а также обеспечения поставок вакцины. Оно также проверяет информацию о вспышках, полученную из неофициальных источников путем запроса официальных отчетов и обмена официальной информацией с государственными/заинтересованными организациями.

Европейское региональное бюро ВОЗ в настоящее время разрабатывает региональное руководство по вспышкам кори и краснухи. Документ, который планируется завершить в 2012 году, подтверждает, что вспышки кори и краснухи могут все еще иметь место в фазе элиминации (из-за накопления восприимчивых лиц), но циркуляция вируса после завоза должна естественным образом завершаться без вмешательств, обычно через ограниченное число циклов передачи инфекции. Тем не менее, за тщательным расследованием первичных случаев должно следовать срочное проведение контрольных мероприятий с целью ограничения передачи инфекции и контейнента вспышки. Большие вспышки, недавно случившиеся в Регионе, ясно продемонстрировали пробелы в иммунитете населения. Руководство будет направлено на решение разных проблем и вариантов, связанных с контролем вспышек.

Сессия 3: Эпиднадзор и подтверждение элиминации

Отчетность по данным эпиднадзора за корью и краснухой

Ежемесячные данные эпиднадзора по кори и краснухе из 24 стран непосредственно предоставляются в Компьютеризированную информационную систему по инфекционным болезням (CISID) Европейского регионального бюро ВОЗ. Двадцать девять стран, являющихся участниками новой сети ЕЦББ-EUVAC-Net, ежемесячно направляют свои данные в Европейскую систему по эпиднадзору - TESSy, и эти данные передаются в CISID с той же частотой.

В 2011 году данные по кори предоставлялись большинством стран (40) в формате, основанном на случаях заболевания, в то время как 11 стран предоставляли агрегированные данные. Две страны не предоставляли данных вообще. По краснухе 28 стран предоставляли данные в формате, основанном на случаях заболевания, 10 стран предоставляли агрегированные данные, а 15 стран не предоставляли каких-либо данных вообще. Информация о вспышках кори и краснухи может представляться в режиме онлайн с использованием формы расследования вспышек заболевания CISID, или с использованием рабочей таблицы Excel. Лабораторные данные по кори и краснухе в агрегированном формате могут предоставляться в режиме онлайн с использованием лабораторной формы по кори и краснухе в CISID.

Ответная реакция на представленные данные распространяется в нескольких форматах, включая месячные сводные таблицы данных, месячные эпидемиологические сводки ВОЗ, квартальные выпуски Европейского мониторинга иммунизации. Данные могут также быть получены в нескольких форматах в любое время из веб-сайта CISID. Другим

источником данных по кори и краснухе является годовой сборник данных на JRF ВОЗ/ЮНИСЕФ. Данные, собранные с помощью JRF, используются для публикаций, презентаций по заболеваниям и охвату прививками и мониторингу системы иммунизации.

Требования по отчетности

Для выполнения требований относительно своевременности отчетности, данные эпиднадзора по кори и краснухе должны предоставляться за каждый месяц до 25 числа следующего месяца. Необходимы дополнительные усилия для улучшения как своевременности, так и полноты отчетности для достижения регионального уровня в 80%. К 2012 году все 53 ГЧ должны предоставлять отчетность, основанную на случаях кори, а к 2013 году – на случаях по краснухе. Более того, ожидается, что все 53 ГЧ будут отчитываться по охвату ВСК1 и ВСК2 на суб-национальном уровне, а по случаям СВК, используя JRF ВОЗ/ЮНИСЕФ. Об отвергнутых случаях также необходимо сообщать, и в 2012 году эти данные будут собираться TESSy из 29 стран сети EUVAC-Net (ECDC).

Роль ECDC в отношении кори и краснухи

ECDC поддерживает цель элиминации кори и краснухи к 2015 году. Мероприятия ECDC включают в себя сбор данных эпиднадзора через назначенных координаторов по эпиднадзору (эксперты в области эпидемиологии и микробиологии) в 29 странах, участвующих в новой сети EUVAC-Net через TESSy. Данные эпиднадзора затем представляются в Европейское региональное бюро ВОЗ на месячной основе. ECDC также предоставляет своевременную обратную связь ГЧ относительно качества данных с целью укрепления национальных систем эпиднадзора. С сентября 2011 года ECDC публикует Отчет по мониторингу кори в Европе (EMMO) - ежемесячное издание, сочетающее в одном бюллетене обновленные данные по показателям эпиднадзора и событиям. Данные эпиднадзора также используются для мониторинга вспышек и для изучения исторических тенденций, а также и для проведения географического анализа с целью выявления территорий высокого риска.

Для создания единой платформы для отчетности по вспышкам и содействия проведению технических обсуждений по эпидемиологии и микробиологии путем безопасного обмена информацией был создан электронный коммутатор в режиме реального времени, называемый Информационной системой по расследованию эпидемий (EPIS).

Недавно был выпущен пропагандистский видеоролик по элиминации кори в Европе, который можно найти на сайте: <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/measles/Pages/index.aspx>. Основной целью этого видео являются повышение осведомленности о возврате кори в странах Европейского союза (ЕС) и пропаганда мероприятий по увеличению охвата прививками с целью достижения цели ВОЗ в 95%.

Картографирование лабораторных возможностей участвующих стран для совершенствования диагностики кори стало еще одним мероприятием, выполненным за последние два года. Предоставленная информация о работе лабораторий может оказать поддержку долгосрочному проекту ВОЗ по укреплению лабораторного потенциала.

В 2012 году ECDC планирует ввод данных об отвергнутых случаях в систему TESSy. Отчеты EMMO также будут включать более глубокий анализ данных о возрастном распространении, завозе и прививочном статусе случаев. Планируется периодически предоставлять обратную связь государствам-членам по качеству информации.

Автоматизированные результаты TESSy должны быть доступны на веб-сайте ECDC. Годовой отчет по кори и краснухе за 2011 год должен появиться в начале 2012 года. Другими запланированными мероприятиями являются картографирование систем эпиднадзора за корью и краснухой в ЕС, публикация квартальных отчетов по эпиднадзору за краснухой, начиная с марта 2012 года, и разработка стратегий по созданию эпиднадзора за СВК в ЕС.

Процесс подтверждения элиминации кори и краснухи

Европейское региональное бюро ВОЗ планирует создать Региональную комиссию по подтверждению элиминации (РКПЭК) в начале 2012 года. Комиссия будет анализировать документацию по ежегодным программным мероприятиям, результаты стратегий по элиминации и эпидемиологические свидетельства прекращения передачи инфекции. Последнее включает оценку данных, позволяющих осуществлять непосредственный мониторинг циркуляции вируса и вспышек каждого заболевания за определенный период времени. В то же время от каждого ГЧ потребуются создание Национальной комиссии по подтверждению элиминации.

Схема осуществления процесса подтверждения была сформирована в 2011 году. Она базируется на непрерывающейся оценке данных, свидетельствующих об иммунитете населения, эпидемиологии болезни и качестве эпиднадзора и надежности национальной программы иммунизации. Процесс будет осуществлять оценку прогресса, используя набор показателей и маркеров качества работы, и процесс будет контролироваться внешней независимой панелью экспертов. Основным критерий для документирования подтверждения имеет две стороны. Первая - это демонстрация прерывания эндемичной передачи вирусов кори и краснухи во всех ГЧ при наличии высококачественного эпиднадзора, и вторая - это демонстрации защищенности минимум 95% всех когорт населения от кори и краснухи.

С 2012 года анализ и оценка ежегодных национальных отчетов каждого ГЧ продолжатся, как минимум, три года после того, как RVC подтвердит, что передача эндемичной кори и краснухи прервана в соответствии с установленным критерием во всех ГЧ Региона. Только после этого региональная элиминация может быть объявлена.

Сессия 4: Эпиднадзор за краснухой и СВК

Краснуха в Европейском регионе

С 2000 года некоторые Европейские страны сообщили о большом числе случаев краснухи и вспышках заболевания. Самые большие вспышки наблюдались в Польше, Румынии, Италии, Австрии, Боснии и Герцеговине и Хорватии. Вспышки также были описаны среди определенных подгрупп населения, таких как иммигрантские общины в Испании и религиозные общины в Нидерландах.

Для оценки эпиднадзора в Регионе за краснухой и СВК была собрана информация из 32 стран¹, ранее сформировавших часть Европейской сети эпиднадзора за управляемыми инфекциями (EUVAC.NET), о существующих системах эпиднадзора за 2000-2008 гг. Из

¹ Участниками EUVAC.NET являются 32 страны: 27 стран - членов ЕС (Австрия, Бельгия, Болгария, Кипр, Чешская Республика, Дания, Эстония, Финляндия, Франция, Германия, Греция, Венгрия, Ирландия, Италия, Латвия, Литва, Люксембург, Мальта, Нидерланды, Польша, Португалия, Румыния, Словакия, Словения, Испания, Швеция и Соединенное Королевство), а также Хорватия, Исландия, Норвегия, Швейцария и Турция.

этих 32 стран 24 страны имели законодательную систему уведомления по краснухе среди всего населения. В течение этого времени 24 страны проводили пассивный плановый эпиднадзор, а четыре страны организовали эпиднадзор не так давно (Люксембург в 2004 г.). Средняя заболеваемость из расчета на миллион населения снизилась с 7.2 в 2000 году до 0.3 в 2008 году.

Во время периода исследования 28 стран уведомили о 21 475 случаях краснухи, из которых 1.5% (317) были подтверждены лабораторно. Большинство случаев (21,075; 98%) было зарегистрировано в Польше, Италии и Румынии. Средняя заболеваемость на миллион жителей снизилась с 7,2 в 2000 году до 0,3 в 2008 году. Десять стран не регистрировали ни одного случая, а еще в пяти была зарегистрирована заболеваемость менее одного случая на миллион населения.

Из четырех оставшихся стран две осуществляли эпиднадзор в отдельных группах населения. В Дании уведомлению подлежали только случаи краснухи среди беременных женщин и случаи врожденной краснухи. Во Франции система отчетности базировалась на добровольном лабораторном тестировании на краснуху среди беременных женщин и новорожденных. Германия проводила эпиднадзор за краснухой на региональном уровне только в пяти из 16 федеральных земель. В Бельгии не было системы эпиднадзора за краснухой. В 2012 году Германия введет в законодательном порядке уведомление о случаях краснухи, а Франция рассматривает введение такой системы.

За 2000-2008 годы 25 стран представили данные о зарегистрированных случаях СВК, полученные благодаря пассивной обязательной системе эпиднадзора; одна страна (Соединенное Королевство) располагала активной системой эпиднадзора, которая проводила мониторинг врожденной краснухи среди новорожденных и подвергала наблюдению все лабораторно подтвержденные случаи инфекции у беременных и новорожденных; другие шесть стран имели другой тип эпиднадзора или вообще не имели системы эпиднадзора во время периода исследования. Некоторые страны в последние годы изменили системы эпиднадзора: Ирландия проводила эпиднадзор за СВК на основе систем добровольной отчетности, пока система отчетности не стала обязательной в 2004 году; Нидерланды начали проводить эпиднадзор в том же году. В Италии уведомление о СВК стало обязательным в 2005 году. Франция полагалась на давно созданную добровольную систему отчетности о врожденной инфекции среди новорожденных, основанную на лабораторном подтверждении. Бельгия создала дозорный эпиднадзор за СВК в 2007 году. Австрия еще не создала систему эпиднадзора за СВК, но планирует это сделать в будущем. В 2000-2008 гг., в целом, было зарегистрировано 140 случаев СВК. В 2008 году пять стран уведомили о 20 случаях СВК.

Общее снижение заболеваемости краснухой и рост числа стран, проводящих эпиднадзор за краснухой путем использования системы обязательного уведомления, указывает на прогресс в деле достижения цели элиминации краснухи в Европе. Однако в нескольких странах с высокой заболеваемостью краснухой по-прежнему сохраняется риск в отношении СВК. Например, данные Италии за 2008 год указывают на то, что лица в возрасте 15-19 лет остаются наиболее восприимчивой возрастной группой населения. Это вызывает особую обеспокоенность, учитывая, что 26% (669) случаев в этой возрастной группе составляли женщины детородного возраста.

Большие усилия по-прежнему необходимы, особенно в странах с высокой заболеваемостью, для достижения и поддержания высокого охвата прививками и для проведения высококачественного эпиднадзора за краснухой и СВК.

Эпиднадзор в Регионе за синдромом врожденной краснухи

Профилактика СВК является основной причиной для проведения программ иммунизации против краснухи. Наличие пренатальной инфекции, особенно в течение первого триместра, может иметь серьезные последствия для плода и новорожденного. ВОЗ рекомендует стандартные методы эпиднадзора за краснухой, включая эпиднадзор за случаями клинической краснухи (интегрирован с эпиднадзором за корью) и эпиднадзор за СВК. Другие дополнительные подходы по оценке врожденной краснухи включают ретроспективную оценку бремени СВК, отслеживание беременных женщин, подвергнувшихся воздействию вируса, эпиднадзор с использованием регистров краснухи при беременности и оценку бремени врожденной краснухи на основе данных, полученных при проведении специальных исследований, включая ретроспективный поиск случаев. Эти дополнительные подходы дополняют, но не заменяют эпиднадзор за краснухой и СВК, который должен осуществляться всеми ГЧ. Рекомендации по эпиднадзору за СВК включены в существующее руководство по эпиднадзору за корью-краснухой Европейского регионального бюро ВОЗ. Хотя эпиднадзор за СВК не охватывает всего спектра возможных последствий краснухи при беременности, он позволяет выявлять младенцев с клинически очевидными проявлениями, так же как и следовать стандартным нормам отчетности для сопоставления результатов.

Эпиднадзор за СВК предоставляет информацию по заболеваемости СВК в стандартной форме, позволяя сопоставление данных между странами и проведение мониторинга влияния программ иммунизации против краснухи, а также оказание помощи с документацией и подтверждением элиминации вируса краснухи. Раннее выявление случаев СВК важно для проведения своевременных вмешательств в отношении лечения с целью снижения последствий для здоровья в виде специфических дефектов развития и для предотвращения распространения вируса краснухи.

Как упоминалось, в рамках регионального исследования в отношении методик эпиднадзора за краснухой и СВК, проведенного в 2008 году Европейским региональным бюро ВОЗ и EUVAC.NET, было показано, что 38 ГЧ осуществляют национальный эпиднадзор за СВК. За период с 2005 по 2010 гг. в 17 странах было зарегистрировано 82 случая СВК, в 32 странах не было зарегистрировано ни одного случая, а четыре страны Европейского региона вообще не представили отчетов. Однако полученные данные сложно интерпретировать, поскольку процедуры проведения и качество эпиднадзора за СВК в странах Региона варьируют.

Эпиднадзор за СВК является проспективным дозорным эпиднадзором, нацеленным на младенцев (в возрасте младше 1 года), у которых наблюдаются общие клинические проявления СВК с лабораторным подтверждением выявленных случаев, подозрительных на СВК. Лабораторные критерии эпиднадзора за СВК включают выявление специфических антител класса IgM, устойчивый уровень IgG-антител против краснухи, выявленный в более чем 2-х случаях тестирования в период между 6 и 12 месяцами жизни в случае отсутствия вакцинации против краснухи, и/или выявление вируса краснухи в культуре или ОТ-ПЦР при исследовании соответствующих клинических проб, полученных у младенца. Классификация случая СВК основывается на наличии клинических проявлений и результатов лабораторной работы и включает лабораторное подтверждение, эпидемиологические связи, клинические и отвергающие параметры.

При создании эпиднадзора за СВК основной целью должен быть охват всех младенцев с подозрением на СВК. Первоначально должен быть создан дозорный эпиднадзор с привлечением основных учреждений здравоохранения. После успешного пилотного

тестирования в нескольких точках система может быть расширена с привлечением других учреждений и территорий при адекватной координации и периодической оценке. Эпиднадзор должен быть сфокусирован на учреждениях вторичного и третичного уровней, поскольку они являются наиболее вероятными учреждениями, где можно столкнуться с большими СВК и избежать перегрузки учреждений первичной медико-санитарной помощи. Необходимо сконцентрировать внимание на выявлении младенцев с катарактой, сердечными дефектами, нарушенным слухом, с чем обычно обращаются в учреждения вторичного и третичного уровней, а также в специализированные медицинские центры.

Процедура должна включать выявление подозрительных случаев и быстрый сбор биологических проб вместе с детальными клиническими, контактными данными и прививочным статусом как в отношении младенца, так и его матери, а также отчет о случае на региональный и национальный уровни. Классификация случая должна производиться на национальном уровне, а национальные данные о случаях должны сообщаться в Европейское бюро ВОЗ на ежегодной основе с использованием Единой формы отчетности (JRF) ВОЗ/ЮНИСЕФ. Обеспечение регулярной обратной связи для заинтересованных сторон является заключительным компонентом процесса.

В заключение следует отметить, что СВК является самым серьезным клиническим последствием краснухи, а эпиднадзор за СВК представляет собой важный инструмент мониторинга влияния программ иммунизации против краснухи и документирования и подтверждения элиминации. Он рассматривается в качестве золотого стандарта эпиднадзора за врожденной краснухой в эру элиминации и должен своевременно создаваться и укрепляться во всех государствах - членах Европейского региона ВОЗ, учитывая региональные обязательства в отношении достижения цели к 2015 году по элиминации краснухи, как это было подтверждено на 60-м Региональном комитете в 2010 году.

Эпиднадзор за краснухой/СВК во Франции

Иммунизация против краснухи была внедрена во Франции в 1970 году в качестве отдельной стратегии для девочек допубертатного возраста. В 1976 году была создана сеть эпиднадзора на основе лабораторных данных (RénaRub) с целью сбора национальных данных по случаям краснухи во время беременности и случаям врожденной краснухи. Сеть является основным источником информации относительно эпидемиологии краснухи во Франции. Она позволяет проводить оценку воздействия политики в области иммунизации и мер профилактики.

Сеть RénaRub объединяет клинические диагностические лаборатории, выполняющие тесты на выявление антител класса IgM. Информация собирается на двух уровнях:

- У микробиологов, которые раз в полугодие должны отчитаться по диагностике краснухи у беременных женщин или новорожденных младенцев.
- У семейных врачей, гинекологов, акушеров и педиатров, которые предоставляют информацию с использованием вопросника о демографических, клинических и лабораторных данных об инфекции среди женщин, новорожденных или плодов.

Участие в сети добровольное. Собранная информация не включает результаты наблюдения за живорожденными от инфицированных матерей.

Франция включила всеобщую иммунизацию против краснухи детей младшего возраста в календарь прививок сначала в виде вакцины против кори/краснухи в 1983 году, а позже,

в 1996 году, в виде вакцины против кори/паротита/краснухи (КПК). Вторая доза КПК была введена в календарь прививок в 1996 году, в основном, в качестве наверстывающей иммунизации для ликвидации неудач в первичной иммунизации против кори в контексте цели элиминации кори.

В 2005 году был разработан национальный план по элиминации кори и врожденной краснухи. Существующие рекомендации включают вакцинацию первой дозой КПК в возрасте 12 месяцев, второй дозой КПК в возрасте до 24 месяцев (с минимальным интервалом в один месяц между двумя дозами). В плане также рекомендуется наверстывающая иммунизация двумя дозами для тех, кто родился в 1980 году и позже. Также рекомендуется иммунизация против краснухи женщин, родившихся до 1980 года, которые не были вакцинированы против краснухи. Неиммунные женщины детородного возраста также подлежат вакцинации. Кроме того, тестирование до вступления в брак и дородовое тестирование являются обязательными.

Краснуха не является заболеванием, подлежащим уведомлению во Франции. Эпиднадзор за краснухой во время беременности и за СВК проводится с 1976 года на основе лабораторной сети *Répub* как в частном, так и государственном секторах, выполняющей тестирование на выявление IgM. К 2010 году в сети участвовало около 300 (98%) лабораторий. По каждому диагностированному случаю краснухи во время беременности или случаю прерывания беременности, или при рождении соответствующий клиницист (обычно гинеколог или педиатр) должен заполнить вопросник, который включает демографические, биологические и клинические данные, касающиеся женщины и/или плода, или новорожденного.

Хотя существующая система эпиднадзора за краснухой среди женщин и за СВК была создана давно и функционирует хорошо с высоким уровнем участия в ней вирусологов и клиницистов, она страдает от недостатков в отношении цели элиминации краснухи и профилактики СВК. Система работает только на добровольной основе и не охватывает случаи СВК, выявленные после рождения. Кроме того, управление сетью требует много времени, поскольку низкая заболеваемость приводит к высокой пропорции IgM-положительных случаев, что не рассматривается, как заболевание краснухой (ошибочно позитивные). Поэтому рассматривается создание усовершенствованного эпиднадзора, включая создание обязательной системы оповещения, о всех случаях краснухи среди населения, случаях врожденной краснухи и инфекции, выявленной во время беременности, случаях СВК и инфекции, выявленной во время или после родов. Кроме того, был назначен национальный референс-центр по материнской и врожденной инфекциям, включающий сеть лабораторий для поддержки эпиднадзора на период 2012-2015 гг.

Эпиднадзор за краснухой/СВК в Соединенном Королевстве

Вакцина против краснухи впервые была предложена в Соединенном Королевстве для школьниц в 1970 году с антенатальным тестированием и послеродовой иммунизацией восприимчивых женщин детородного возраста. Массовая иммунизация вакциной КПК детей в возрасте 12-15 месяцев была внедрена в 1988 году с целью элиминации трех болезней. Широкий охват прививками среди девочек-подростков был достигнут быстро, и менее 3% беременных женщин были восприимчивы. В 1994 году все школьницы получали комбинированную вакцину против кори-краснухи в рамках национальной наверстывающей кампании с целью избежать прогнозируемую эпидемию кори и для снижения числа молодых мужчин, восприимчивых к краснухе, которые могли бы способствовать передаче краснухи. После этого программа по иммунизации школьниц

была прекращена, а в 1996 году была внедрена вторая доза КПК для всех детей в возрасте четырех лет.

Послеродовая вакцинация выявленных путем антенатального тестирования восприимчивых женщин продолжается. Тест на выявление иммунитета к краснухе все еще предлагается планово всем беременным женщинам, обычно во время первого антенатального посещения врача, и уровень согласия на такую процедуру высок. Эта программа по антенатальному скринингу подвергается мониторингу со стороны Национального комитета по мониторингу антенатального инфекционного скрининга (NAISM).

Краснуха стала заболеванием, подлежащим уведомлению в 1988 году, и подлежит мониторингу с помощью клинических и лабораторных отчетов. Эпиднадзор за краснухой в Англии, Шотландии и Уэльсе осуществляется посредством комбинации методов, предоставляя данные по клиническим и лабораторно подтвержденным случаям краснухи и врожденной краснухи, данные о восприимчивости к краснухе среди подгрупп населения, о случаях прерывания беременности по причине краснухи и восприимчивости вакцины против краснухи. Эти данные, в основном, передаются в Агентство по охране здоровья (НРА) и Шотландский центр по борьбе с инфекционными болезнями и охране окружающей среды (SCIEH), а также в Национальную программу по эпиднадзору за врожденной краснухой (NCRSP) при Институте педиатрии. Эпиднадзор за краснухой в Англии и Уэльсе расширяется за счет применения тестирования носоглоточных смывов на краснуху.

Эти меры по борьбе с краснухой и ее профилактике привели к значительному снижению числа новорожденных с врожденной краснухой и числа прерываний беременности в результате инфицирования краснухой. Существенно снизилось число зарегистрированных случаев СВК с около 50 случаев в год в период с 1971 по 1975 г. до около 20 случаев в год в период с 1986 по 1990 г., а также снизилось число прерываний беременности, связанных с краснухой, с 750 в среднем до 50 в год, соответственно. С 1990 года число родившихся с врожденной краснухой еще снизилось, за исключением небольшого роста случаев СВК, связанных с последней вспышкой краснухи в 1996 году. В тот год большинство случаев краснухи наблюдалось среди молодых мужчин, не вакцинированных или не участвовавших в кампании вакцинации по возрасту. Краснуха теперь очень редкое заболевание в Соединенном Королевстве (шесть случаев зарегистрировано в 2011 году). СВК также встречается редко - 17 случаев с 1997 года. В 2011 году был зарегистрирован один случай врожденной краснухи.

Заключение

Общее снижение заболеваемости корью и краснухой в Европейском регионе ВОЗ является знаменательным достижением на пути достижения цели элиминации кори и краснухи в Европе. Тем не менее, продолжающиеся вспышки и устойчиво высокая заболеваемость корью в некоторых Европейских странах указывает на недостаточный охват прививками. В случае с краснухой заболеваемость остается высокой только в нескольких странах, в которых, поэтому, по-прежнему остается риск возникновения случаев СВК. В то же время, качество и точность данных по краснухе и СВК требуют улучшения, особенно в странах с недостаточной или отсутствующей системой эпиднадзора.

Укрепление систем эпиднадзора является ключевой стратегией в плане элиминации кори и краснухи. Это требует тщательного расследования и лабораторного подтверждения подозрительных случаев и вспышек заболевания. Расширенный эпиднадзор с использованием генотипирования вирусов кори и краснухи и методик их характеристики важен также для установления путей передачи и оценки специфических для страны рисков. Такие подходы весьма существенны для документирования прерывания эндемичной передачи кори по мере того, как страны подходят к ее элиминации. Системы эпиднадзора за болезнями должны согласовываться с эпиднадзором за другими соответствующими параметрами, такими как охват прививками и поствакцинальные побочные проявления. Система эпиднадзора считается адекватной, если она позволяет своевременно собирать, обобщать и анализировать данные и выдавать оперативную информацию для осуществления адекватных и своевременных ответных мер. Существенной частью эффективной системы эпиднадзора является адекватная обратная связь путем распространения бюллетеней, отчетов и использования других средств коммуникаций.

Все еще необходимы дополнительные усилия, особенно в странах с высокой заболеваемостью, не только для достижения и поддержания требуемого высокого охвата прививками, но также и для осуществления высококачественного эпиднадзора за корью, краснухой и синдромом врожденной краснухи, включая лабораторное тестирование всех подозрительных случаев, как указано в плане ВОЗ по элиминации.

Рекомендации

В результате обмена опытом на региональном и национальном уровнях на совещании была подчеркнута необходимость укрепления в странах эпиднадзора за корью, краснухой и синдромом врожденной краснухи для достижения цели элиминации к 2015 году. Рекомендации по усовершенствованию эпиднадзора за корью и краснухой должны дополнять другие усилия по укреплению стратегии иммунизации против обоих заболеваний.

Высококачественные данные по этим заболеваниям необходимы для мониторинга, ответных мер и обратной связи. Это предполагает своевременное получение данных и отчетность на основе информации по индивидуальным случаям заболевания на местном и национальном уровнях. В случае расследования важно, чтобы клинические, эпидемиологические и лабораторные данные были взаимосвязаны. Это вызывает необходимость в плановой коммуникации между клиницистами, эпидемиологами и лабораторными работниками на местном и национальном уровнях. Всем странам также необходим улучшенный эпиднадзор за синдромом врожденной краснухи. Всеобъемлющий и активный эпиднадзор, включающий мониторинг врожденной краснухи среди младенцев и долгосрочное наблюдение за лабораторно подтвержденными случаями инфекции во время беременности и среди новорожденных, является желательным.

Обратная связь для отчитывающихся учреждений должна распространяться своевременно на все уровни, поощряя, таким образом, участие в общем процессе. Обмен такой информацией весьма важен, так как сюда входят данные, связанные с приобретенным опытом в процессе расследования случаев, и данные о предотвращении вспышек и борьбе с ними в случае их возникновения. Такая информация рассматривается в качестве важного компонента пропаганды иммунизации. Европейское региональное бюро ВОЗ должно рассмотреть целесообразность создания платформы для обмена ключевыми документами и информацией между странами.

Руководство по элиминации кори и краснухи в Европейском регионе ВОЗ будет обновлено в 2012 году. Оно должно служить фундаментом для проведения стратегии по эпиднадзору и формирования существенной части любого национального плана действий по элиминации кори и краснухи. Европейское региональное бюро ВОЗ будет использовать стандартизированные показатели для мониторинга прогресса по достижению цели элиминации. Руководство по эпиднадзору выделяет в качестве одного из необходимых показателей качества работы лабораторное обследование, как минимум, 80% случаев, подозреваемых на корь и краснуху.

Международные путешествия и массовые собрания увеличивают риск передачи кори по всему миру. В 2012 году в Европе будут проводиться два крупных спортивных мероприятия, которые привлекут тысячи международных туристов. Это проведение Чемпионата Европы по футболу в Украине и Польше и Олимпийские игры в Соединенном Королевстве. Такие международные массовые мероприятия требуют повышенной чувствительности эпиднадзора и отчетности, а также дополнительных усилий по заблаговременной иммунизации туристов, планирующих свое участие в этих мероприятиях.

Более тесное сотрудничество между Европейским региональным бюро ВОЗ и ECDC, как крупной заинтересованной организацией, требует проведения мониторинга качества предоставляемых данных, но также и обмена опытом, выявления областей для научных исследований и дополнительных усилий для достижения цели элиминации. Европейское региональное бюро ВОЗ и ECDC будут поддерживать ГЧ в соответствии с их мандатом и возможностями, а также путем осуществления постоянной коммуникации и проведения совещаний.

Процесс подтверждения элиминации кори и краснухи планируется начать в начале 2012 года. Европейское региональное бюро ВОЗ создаст Региональную комиссию по подтверждению и попросит все страны создать национальные комитеты по подтверждению. Затем ГЧ будут предоставлять соответствующие плановые документы о программных мероприятиях и результатах реализации стратегии по элиминации на годовой основе, включая достаточное количество эпидемиологических данных о прерывании передачи инфекции и данные генотипирования и нуклеотидной последовательности в отношении обоих заболеваний.

Согласно плану элиминации кори и краснухи, эти болезни представляют собой большое значение для общественного здравоохранения, и поэтому эта область деятельности заслуживает не только устойчивого финансирования, но и политической воли для достижения цели элиминации. Как эксперты в этой области, мы также должны придерживаться своей приверженности и более активно пропагандировать цель элиминации к 2015 году среди своих коллег, партнеров и политических лидеров наших стран и Европы.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1 – ПРОГРАММА

Четверг, 08 декабря		
09:00-10:00	Регистрация	
10.00-10:20	Приветствие от лица Европейского региона ВОЗ Цели совещания	Ребекка Мартин, Европейский регион ВОЗ Майкл Крыжановский, Европейский регион ВОЗ, Представительство ВОЗ в Бонне
	Приветствие от лица Института Роберта Коха, Берлин	Рейнхард Бургер, Институт Роберта Коха, Германия
	Приветствие от лица Министерства здравоохранения Германии	Франц-Йозеф Биндерт, Федеральное министерство Здравоохранения, Германия
Сессия 1: Корь, краснуха и синдром врожденной краснухи – обзор и эпиднадзор Председатель: Нино Хетсуриани		
10:20-10:40	Глобальный обзор	Роберт Тиррел Перри, Штаб-квартира ВОЗ, Женева
10:40-11.00	Региональный обзор	Ребекка Мартин Европейский регион ВОЗ
11:00-11:20	<i>Перерыв на кофе</i>	
11:20-11:40	Руководство по эпиднадзору за корью, краснухой и синдромом врожденной краснухи в Европейском регионе	Драган Янкович, Европейский регион ВОЗ
11:55-12:30	Роль лабораторий в программе элиминации кори-краснухи	Мик Малдерс Европейский регион ВОЗ
	Роль лабораторий в эпиднадзоре за корью и краснухой в связи с их элиминацией	Клод Мюллер, Региональная референс- лаборатория по кори и краснухе, Люксембург
12.30-13.00	<i>Обсуждение</i>	
13.00-14:00	Перерыв на обед	

Сессия 2: Эпиднадзор за корью и вспышки в Европейском регионе

Председатель: Кевин Браун

14:00-14:20	Осуществление национальной программы ликвидации кори и усовершенствование эпиднадзора за корью и краснухой в Российской Федерации	Альбина Мельникова, Роспотребнадзор, Российская Федерация
14:20-14:40	Эпиднадзор за корью и борьба с инфекцией в Словении	Марта Витек Грджич, Институт общественного здоровья, Словения
14:40-15:00	Эпиднадзор за корью в Швейцарии: факты и проблемы	Жан-Люк Ришар, Департамент общественного здравоохранения, Швейцария
15:00-15:20	Эпиднадзор за корью и результаты расследования недавней вспышки в Германии	Оле Вихман, Институт Роберта Коха, Германия
15:20-15:40	<i>Обсуждение</i>	
15:40-16:00	<i>Перерыв на кофе</i>	
16:00-16:15	Вспышки в Европейском регионе ВОЗ и разработка региональных рекомендаций	Драган Янкович, Европейский регион ВОЗ
16:15-17:45	<u>Панельная презентация:</u> Вспышки кори в Европейском регионе ВОЗ - особенности по странам Ведущий дискуссии: <i>Драган Янкович</i> Члены панели: · <i>Кыргызстан – Ольга Сафонова, RCI</i> · <i>Франция - Изабель Парен, InVS</i> · <i>Румыния - Аурора Станеску, РНИ</i> · <i>Испания - Аурора Лимия, РНИ</i> · <i>Узбекистан – Дилором Турсунова, Министерство здравоохранения</i> <i>Обсуждение</i>	
17:45-18:00	Обсуждение и закрытие дня	
19:00 Прием в Сити-холле Бонна		

Пятница, 09 декабря**Сессия 3: Эпиднадзор и подтверждение элиминации****Председатель:**

09:00-09:20	CISID – Региональная база данных по эпиднадзору	Аджай Гоэль, Европейский регион ВОЗ
09:20-09:40	Планы ECDC по поддержке укрепления эпиднадзора за корью и краснухой в государствах - членах Европейского Союза	Лючия Пасторе Челентано, ECDC
09:40-10:00	Показатели эпиднадзора за корью и краснухой и схема процесса подтверждения элиминации	Сергей Дешевой, Европейский регион ВОЗ
10.00-11.00	<i>Обсуждение</i>	
11.00-11:30	<i>Перерыв на кофе</i>	

Сессия 4: Эпиднадзор за краснухой и СВК**Председатель: Ребекка Мартин**

11:30-11:45	Краснуха в Европейском регионе	Марк Мускат
11:45-12:05	Разработка региональных рекомендаций по эпиднадзору за СВК	Нино Хетсуриани, CDC, США
12:05-12:25	Пример национального эпиднадзора за краснухой или создание эпиднадзора за краснухой/СВК	Изабель Парен, Institut de Veille Sanitaire, France
12:25-12:45	Пример национального эпиднадзора за краснухой или создание эпиднадзора за краснухой/СВК	Кевин Браун, Агентство по охране здоровья, Соединенное Королевство
12:45-13:15	<i>Обсуждение</i>	
13:15-14:30	<i>Перерыв на обед</i>	
<i>Обеденная сессия</i> 14:15-14:30	Национальная компьютеризированная база данных по эпиднадзору – пример MRSМ	Ара Тадевосян, Консультант, Европейский регион ВОЗ
14:30-15:30	Панельное обсуждение : <i>основные выводы совещания</i> - путь вперед Ведущий дискуссию: <i>Ребекка Мартин</i> · Эпиднадзор за корью · Эпиднадзор за краснухой · Эпиднадзор за СВК · Эпиднадзор за вспышками	
15:30-16:00	<i>Заккрытие совещания</i>	

ПРИЛОЖЕНИЕ 2 – СПИСОК УЧАСТНИКОВ

Albania

Mr Artan Simaku
Specialist in Epidemiology
Institute of Public Health
Aleksander Moisiu 80
Tirana
Albania

Office +355 42363553
Office +355 42374756
Fax +355 42370058
E-mail artsimaku@yahoo.com

Armenia

Dr Edgar Petrosyan
Doctor of virology
Virology laboratory
Centre for Disease Control and Prevention
Ministry of Health
37, D.Malian str.
Yerevan 0096
Armenia

Office +374 106 25 950
Fax +374 106 21 396
E-mail edgarpo@yahoo.com

Dr Gayane Sahakyan
NIP Manager, Senior Specialist
State Hygiene and Anti-Epidemic
Inspectorate
Ministry of Health
10, G.Hovsepyan Street, Nork
Yerevan 0047
Armenia

Office +374 650 305
Fax +374 651 660
E-mail gayane63@yahoo.com;
epid@ph.am;
g_sahakyan@moh.am

Azerbaijan

Dr Nazifa Mursalova
National Coordinator for surveillance of
rotavirus infections
Head of the department of vaccine-
preventable diseases
Republican Center of Hygiene and
Epidemiology
Baku
Azerbaijan

Office +994 4213048
E-mail naza-70@mail.ru

Dr Nazim Shugayev
Head of Laboratory
Laboratory of Immunology
Republican Anti-plague Station
3161 Zardabi str.
370012 Baku
Azerbaijan

Office +994 12 4303197
E-mail nazim.shugayev@rambler.ru;
qismetaz@rambler.ru

Belgium

Dr Martine Sabbe
Epidemiology
Scientific Institute of Public Health
Rue Juliette Wytzmanstraat 14
1050 Brussels
Belgium

Fax +32 2 642 54 10
Direct Dial +32 2 642 57 47
E-mail Martine.Sabbe@iph.fgov.be

Bosnia and Herzegovina

Dr Janja Bojanic
Head
Department of Epidemiology
Public Health Institute of the Republic
of Srpska
Jovana Ducica 1
78000 Banja Luka
Bosnia and Herzegovina

Office +387 51 232 420
Office +387 51 230 270
Fax +387 51 215 751
E-mail bojanicb@blic.net

Dr Pava Dimitrijevic
Head
Microbiology Laboratory
National Public Health Institute of the
Republic of Srpska
Jovana Ducica 1
78000 Banja Luka
Bosnia and Herzegovina

Fax +387 51 216 510
Office +387 51 232 420
E-mail pdimitrijevic@yahoo.com

Dr Goran Pavic
Director
Public Health Institute of Posavina
Canton
3. Ulica 3
76270 Orasje
Bosnia and Herzegovina

Office +387 31711905
Fax +387 31711906
E-mail gorpavic@gmail.com

Belarus

Dr Elena O. Samoilovich
Head of Laboratory
Laboratory of Immunoprophylaxis
Republican Research and Practical Center
for Epidemiology and Microbiology
23, Filimonova
220114 Minsk
Belarus

Fax/Phone +375 172638565
Direct Dial +375 172 677 097
Office +375 172677097
E-mail esamoilovich@gmail.com

Dr Veranika P. Shymanovich
Head
Department of Immunoprophylaxis
Republican Centre for Hygiene,
Epidemiology and Public Health
50, Kazintsa str.,

Office +375 172 785929
Office +375 17 3212258
Fax +375 17 321 2261
E-mail veranikash@yahoo.com
imun@rcheph.by

Minsk 220099
Belarus

Bulgaria

Dr Lili Marinova
Research Fellow
National Center for Infectious
and Parasitic Diseases
26 Yanko Sakazov Blvd.
B-1504 Sofia
Bulgaria

Office +359 2 944 6999 220
Fax +359 2 846 55 17
Home +359 2 946 1552
E-mail Lmarinova@ncipd.org

Estonia

Dr Natalia Kerbo
Head of the Department of Communicable
Diseases Surveillance and Control
Health Board
Paldiski road 81,
10617 Tallinn
Estonia

Tel.: +372 694 3520
E-mail Natalia.kerbo@terviseamet.ee

Finland

Dr Irja Davidkin
Senior Researcher
Viral Infections Unit
National Institute for Health and
Welfare (THL)
PL30 - Mannerheimintie 166
00271 Helsinki
Finland

Office +358 206108366
E-mail irja.davidkin@thl.fi

France

Dr Isabelle Parent du Chatelet
Institut de Veille Sanitaire
12, rue du Val d'Osne
94415 Saint Maurice Cedex
France

Office +33 1 41 79 68 03
Fax +33 1 41 79 68 72
E-mail i.parent@invs.sante.fr

Georgia

Dr Nazibrola Chitadze
Chief of Measles Group
National Center for Disease Control and
Public Health NCDC
9 M. Asatiani Street
0177 Tbilisi
Georgia

Fax +995 32 311485
Office +995 32 241205
E-mail nazi@ncdc.ge;
chitadzen@yahoo.com; nazi@hotmail.ru

Dr Rusudan Chlikadze
Head Specialist
VPD Department
National Centre for Disease Control
and Public Health
Asatiani str, 9
Tbilisi 380077
Georgia

Fax +995 32 433059
Office +995 32 39 89 27
E-mail rchlikadze@yahoo.com;
epidsurv@ncdc.ge

Germany

Dr Gabriele Ahlemeyer
Landesinstitut für den öffentlichen
Gesundheitsdienst NRW Standort Münster
Von-Stauffenbergstrasse 36
48151 Munster
Germany

Office +49 251 7793 216
Fax +49 251 7793 220
E-mail gabriele.ahlemeyer@loegd.nrw.de

Mr Franz J. Bindert
Deputy Director General
Federal Ministry of Health
D-53108 Bonn
Germany

Office +49 228 941 1270
Fax +49 228 941 4932
E-mail bindert@bmgs.bund.de

Dr Annette Mankertz
Head of Laboratory
NRC Measles, Mumps, Rubella
Robert Koch Institute
Nordufer 20
13353 Berlin
Germany

Fax +49 30 4547 2598
Fax +49 30 4547 2328
Office +49 30 4547 2516
E-mail mankertza@rki.de

Dr. Britta Reckendrees
Preventive and medical activities in health
education
Federal Centre for Health Education (BZgA)
Ostmerheimer Straße 220
51109 Cologne
Germany

Office 0221/8992-486
Email britta.reckendrees@bzga.de

Dr Sabine Reiter
Deputy Head
Preventive Immunization Division
Department for Infectious Disease
Epidemiology
Robert Koch Institute
DGZ-Ring 1
D-13086 Berlin
Germany

Office +375 172 785929
Office +375 17 3212258
Fax +375 17 321 2261
E-mail veranikash@yahoo.com
imun@rcheph.by

Dr Zekiye Toksoy
Office of Public Health, Infection Prevention
and Hygiene (this part I have guessed)
Bavarian State Ministry of the Environment
and Public Health Rosenkavalierplatz 2
81925 Munich
Germany

Tel: 089 / 9214 - 3420
Fax: 089 / 9214 - 2485
E-mail: Zekiye.Toksoy@stmug.bayern.de

Hungary

Dr Zsuzsanna Molnar
Senior Epidemiologist
Department of Epidemiology
National Public Health and Medical
Officer Service
National Centre for Epidemiology
Gyali ut. 2-7
1097 Budapest
Hungary

Fax +36 1 215 1792
Office +36 1 476 1395
E-mail molnar.zsuzsanna@oek.antsz.hu

Italy

Dr Antonietta Filia
Infectious Diseases Epidemiology Uni
Istituto Superiore di Sanità
Viale Regina Elena 299
00161
Rome
Italy

Email antonietta.filia@iss.it

Dr Stefania Iannazzo
Directorate General for Prevention
Ministry of Health
Via Giorgio Ribotta, 5
I-00144 Rome
Italy

Office +39 06 59943836
Fax +39 06 59943096
E-mail s.iannazzo@sanita.it

Kazakhstan

Dr Gaukhar Nusupbayeva
Acting Head of Laboratory
National Reference Laboratory for
Control of Viral Infections
Research-Practical Center of Sanitary-
Epidemiological Expertize and Monitoring
Ayezova Str. 84
480006 Almaty
Kazakhstan
Dr Saltanat Tursunbekova
Chief Expert
Epidemiological Surveillance Unit
Committee of State Sanitary Epidemiolo-
gical Surveillance - Ministry of Health

Office +7 7272 3754533
Fax +7 72723756155
E-mail gnusupbaeva@mail.ru;
nrlvir@nets.kz;
inter-rses-kz@itte.kz

Office +7 87171 74-32-52
E-mail s.tursunbekova@mz.gov.kz

Orinbor Street 8,
010000 Astana
Kazakhstan

Kyrgyzstan

Dr Kaliya Kasymbekova
Head of Centre of Molecular-Genetic and
Microbiological Investigations
Department of State Sanitary
Epidemiological Surveillance
Ministry of Health
Frunze Str. 535
720033 Bishkek
Kyrgyzstan

Fax +996 312 323214
Office +996 312 323212
E-mail Kasymbekova@list.ru;
kasymbekovakaliya@yahoo.com

Dr Olga Safonova
Deputy Head
Republican Centre for Immunoprophylaxis
Ministry of Health
Frunze street 535
720033 Bishkek
Kyrgyzstan

Fax/Phone +996 312 32 31 27
Office +996 312 32 30 11
E-mail olgarci@elcat.kg,
immunokgz@bk.ru

Lithuania

Dr Rasa Znaidauskiene
Public Health Specialist
Centre for Communicable Diseases and
AIDS Nugaletoju str.14D
10105 – Vilnius
Lithuania

Phone +370 523 001 24
Fax +370 527 679 68
Email r.znaidauskiene@ulac.lt

Latvia

Dr Tatjana Kolupajeva
Head
Viral Infections Molecular Biology Div.
Lab of State agency 'Infectology
Center of Latvia'
Linezera Str. 3
LV-1006 Riga
Latvia

Office +371 6701 4775
Fax +371 67014568
E-mail lic.tatjana@lic.gov.lv

Republic of Moldova

Dr Stela Gheorghita
Deputy Director
Department of General Epidemiology
National Center of Public Health
67 A, Gh. Asachi str.
Chisinau
Republic of Moldova

Mobile +373 694 77 550
Office +373 22 574 503
E-mail gheorghitastela@mail.ru
gheorghitastela@rambler.ru
sgheorghita@cnspl.md

Dr Mihail Magdei
Deputy Minister of Health
Chief Sanitary Doctor
Ministry of Health of the
Republic of Moldova
2, Vasile Alecsandri Str
MD-2009 Chisinau
Republic of Moldova

Office +373 22 26 88 74
Fax +373 22 26 88 38
E-mail erdmh@mednet.md

The former Yugoslav Republic of Macedonia

Dr Jovanka Kostovska
Head
Sector for Preventive Health Care
Ministry of Health
50 Divizija St., No.6
1000 Skopje
The former Yugoslav Republic of
Macedonia

Fax +389 23 3113014
Office +389 3112500 ext123
E-mail jovanka_ance@yahoo.com

Dr Suzana Manevska
Head
Department for Communicable Diseases
Sector for Preventive Health Care
Ministry of Health
Street '50 Divizija' No. 6
1000 Skopje
The former Yugoslav Republic of
Macedonia

Office +38923112500 ext123
E-mail suzanamanevska@yahoo.co.uk

Poland

Dr Iwona Paradowska Stankiewicz
Head of Epidemiology Vaccine Preventive
Unit
Epidemiology
National Institute of Public Health- National
Institute of Hygiene
24 Chocimska
00-791 Warszawa
Poland

Office phone: +48 22 54 21 386
Fax: + 48 22 54 21 327
Email istankiewicz@pzh.gov.pl

Portugal

Dr Maria da Graça de Freitas
Deputy Director-General of Health
Directorate General of Health
Ministry of Health
Directorate General of Health
Alameda D. Afonso Henriques 45
1049-005 Lisbon
Portugal

Office +351 21 843 0709
Office +351 21 843 0606
Fax +351 21 843 0655
E-mail gracafreitas@dgs.pt

Romania

Dr Aurora Stanescu
Senior Epidemiologist
Technical coordinator of EPI
National Institute of Public Health -
National Centre for Communicable
Diseases Prevention and Control
Str. Dr Leonte 1-3
Sector 5, Bucharest
Romania

Office +40 21 317 97 02
Fax +40 21 318 36 34
E-mail aurora.stanescu@insp.gov.ro

Russian Federation

Dr Albina A. Melnikova
Deputy Head
Division of Epidemiologic Surveillance,
Federal Service for Surveillance on
Consumer Rights Protection and Human
Well-being (Rospotrebnadzor)
Vadkovskiy per., house 18, bldg. 5
Moscow 127994
Russian Federation

Office +7 499 973 27 80
Fax +7 499 973 15 63
E-mail melnikova_AA@gsen.ru
depart@gsen.ru

Dr Nina Tikhonova
Head of WHO Measles / Rubella RRL
Gabrichevsky G.N. Research Institute of
Epidemiology and Microbiology
Admiral Makarov street 10
125212 Moscow
Russian Federation

Direct Dial +7 495 459 21 49
Office +7 495 452 18 16
Office +7 495 459 28 26
Fax +7 495 452 18 09
Fax +7 495 452 18 30
E-mail tikhmail@mail.ru;
virmail@yandex.ru;

Spain

Dr Aurora Limia
Head of Service
DG of Public Health
Ministry of Health and Social Policy
Paseo del Prado 18-20
28071 Madrid
Spain

Office +34 91 596 2059
Fax +34 91 596 4581
E-mail alimia@msps.es

Serbia

Dr Slavica Rakic Adrovic
Senior Associate
Refferal laboratory for measles and rubella
Institute of Virology, Vaccines and Sera
Vojvode Stepe 458
11000 Belgrade
Serbia

Office phone: 381112492896
Email: slavica.rakic.adrovic@gmail.com

Dr Goranka Loncarevic
Head, Department for Prevention

Office +381 11 2684566 -132
E-mail afp@batut.org.rs

and Control of Communicable Diseases
Institute of Public Health of Serbia
Dr Subotica Street 5
11000 Belgrade
Serbia

Slovakia

Dr Jan Mikas
Dept. of STI Prevention and coordinating
Centre for HIV/AIDS
Public Health Authority of the Slovak
Republic
Trnavska 52
826 45 Bratislava
Slovakia

Office +421 49284330
E-mail jan.mikas@uvzsr.sk

Slovenia

Dr Marta Grgic-Vitek
Epidemiologist
Laboratory of Virology
National Institute of Public Health
Trubarjeva 2
1000 Ljubljana
Slovenia

Office +386 1 2441 476
Fax +386 1 2441471
E-mail marta.vitek@ivz-rs.si

Switzerland

Dr Jean-Luc Richard
Scientific Collaborator
Epidemiology and Infectious
Diseases Division
Swiss Federal Office of Public Health
Schwarztorstrasse 96
CH-3003 Berne
Switzerland

Office +41 31 323 87 06
Fax +41 31 323 87 95
Direct Dial +41 31 323 87 47
E-mail jean-luc.richard@bag.admin.ch

Tajikistan

Dr Saida Bobonazarova
Specialist
Republican Immunization Centre
Ministry of Health of Tajikistan
8, Chapaev str
Dushanbe 734025
Tajikistan

Office +7 992 372 21 1073
E-mail r.anisa@mail.ru

Dr Saidbeg Sattorov
Director
National Research Institute for
Preventive Medicine
Ministry of Health of Tajikistan

Office +7 992 372 21 5306
E-mail r.anisa@mail.ru

5 Chapaev str
734025 Dushanbe
Tajikistan

Turkmenistan

Dr Guldjemile Bazarova
Head
Epidemic Surveillance and Epidemiology
Department
Experimental Industrial Centre
State Sanitary Epidemiologic Service
2026 Str., building 70
744012, Ashgabat
Turkmenistan

Office +993 12 51-06-09

Dr Ogulnabat Geldiyeva
Head
Reference Laboratory
The Experimental Industrial Centre of
State Sanitary Epid. Service
Ministry of Health of Turkmenistan
2026, bld 70
Ashgabat
Turkmenistan

Office +993 65 25 28 40

Ukraine

Dr Olga Gubar
Chief officer
Department of Public Health, Sanitary
and Epidemiological Welfare of
Population
Division of Health Services Quality
Control, Regulatory Policy and Sanitary
and Epid.Welfare
Ukraine

Office +380 44 253 0713
Fax +380 44 253 5203
E-mail gubar@moz.gov.ua,
gubarolga@gmail.com

Dr Oleksandr Zaika
Officer, Division of Immunoprohylaxis
Department of Sanitary and
Epidemiological Surveillance
Ministry of Health of Ukraine
7, M.Hrushevskogo Street
Kyiv, 01021
Ukraine

Office +380 44 253 8305
E-mail zaika@moz.gov.ua

United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland

Dr Kevin Brown
Head, Immunisation and Diagnosis Unit
Virus Reference Department
Centre for Infections

Fax +44 208 200 1569
Office +44 208 327 6023
E-mail kevin.brown@hpa.org.uk

Health Protection Agency
61 Colindale Avenue
London NW9 5EQ
United Kingdom of Great Britain and
Northern Ireland

Uzbekistan

Dr Dilorom Tursunova
EPI Manager
Ministry of Health
Navoi Str. 12
700011 Tashkent
Uzbekistan

Office +998 71 1574586
Office +998 71 2394721
E-mail mz-epid@mail.ru;
immprof@gmail.com

Dr Bakhrom Almatov
Chief doctor
Tashkent Regional Center for State
Sanitary and Epidemiological Surveillanc
Tashkent
Uzbekistan

Office +993 286 11 01
Fax +993 286 14 48
E-mail toshoblgsenm@ru

Представители партнерской организации

Robert Koch Institute

Dr Ole Wichmann
Head, Immunization Unit
Department for Infectious Disease
Epidemiology
Robert Koch-Institut
DGZ-Ring 1
13086 Berlin
Germany

Fax +49-30 18 754 3514
Office +49 30 18 754 3468
E-mail WichmannO@rki.de

Dr Dorothea Matysiak-Klose
Immunization Unit
Department for Infectious Disease
Epidemiology
Robert Koch-Institute
Berlin DGZ-Ring 1
13086 Berlin
Germany

Office +49 3018 754 3414
E-mail Matysiak-KloseD@rki.de

CDC

Dr Nino Khetsuriani
Team Lead, European Region
Disease Eradication and Elimination Branch
Global Immunization Division
Centers for Disease Control and Prevention
1600 Clifton Rd. MS-E05

Phone +1 404 639 4671
Fax +1 404 639 8573
E-mail nck7@cdc.gov

Atlanta, GA 30333

Dr Ikechukwu Ogbuanu
Epidemic Intelligence Service (EIS) Officer
Strengthening Immunization Systems Branch
Global Immunization Division,
NCIRD, OID
Centers for Disease Control and Prevention
1600 Clifton Rd, MS-E05
Atlanta, GA 30333

Phone +1-404-639-8757
Fax +1-404-639-8573
E-mail ige2@cdc.gov

ECDC

Dr Marta Busana
Disease expert
Vaccine preventable diseases
European Centre for Disease Prevention
and Control
Tomtebodavägen 11a
SE-171 83 Solna
Sweden

Office +46 8 58 60 1468
Email marta.busana@ecdc.europa.eu

Dr Lucia Pastore Celentano
Senior Expert
Vaccine Preventable Diseases
Surveillance & Response Support Unit
European Centre for Disease Prevention
and Control
Tomtebodavägen 11a
SE-171 83 Solna
Sweden

Office +46 858601413
Fax +46 8 58 601296
E-mail
lucia.pastore.celentano@ecdc.europa.eu

Mr Tarik Derrough
Expert Vaccine Preventable Diseases
Surveillance and Response Unit
European Centre for Disease Prevention
and Control
Tomtebodavägen 11a
SE-171 83 Solna
Sweden

Office +46 858 60 1423
Fax + 46 858 60 1001
Email Tarik.Derrough@ecdc.europa.eu

Консультанты

Dr Judith Hübschen
Researcher
Laboratory of Immunology
20A Rue Auguste Lumiere, L-1950
Luxembourg

Phone +352 490604-241
Fax +352 490686
E-mail judith.huebschen@crp-sante.lu

Prof Claude P. Muller
Institute of Immunology
WHO Collaborating Centre for Measles

Fax +352 490686
Direct Dial +352 490604221
Office +352 490604220

Laboratoire National de Santé
20A rue Auguste Lumière
L-1950 Luxembourg
Luxembourg

E-mail Claude.Muller@crp-sante.lu

Dr Ara M. Tadevosyan
Consultant
20/14 Gai Street
0056 Yerevan
Armenia

Office +374 10 528336
E-mail cdc@arminco.com

Составитель отчета

Dr Mark Muscat

E-mail markmuscat1@gmail.com

Всемирная организация здравоохранения

Штаб-квартира

Dr Robert Perry
FWC/IVB/EPI/ADC/Measles
World Health Organization
20 Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland

Phone +41 (0)22 791 3389
Fax +41 (0)22 791 4210
Email perryr@who.int

Европейское региональное бюро

Dr Chinara Aidyalieva
Medical Officer
WHO Country Office
Russian Federation

Phone +7 495 7872108
E-mail c.aidyalieva@whorussia.org

Dr Sergei Deshevoi
Medical Officer
Measles Elimination
Communicable Diseases

Phone +45 3917 1216
Fax +45 3917 1818
E-mail SED@euro.who.int

Mr Ajay Goel
Technical Officer
Surveillance Analysis and Data Management
Communicable Diseases

Phone +45 3917 1216
Fax +45 3917 1818
E-mail AJG@euro.who.int

Dr Shahin Huseynov
Technical Officer
WHO Country Office
Tashkent, Uzbekistan

Phone +998 71 2815172
Fax +998 71 361 51 78
E-mail SHH@euro.who.int

Dr Dragan Jankovic
Technical Officer
Measles/Rubella Special Projects
Communicable Diseases

Phone +45 3917 1216
Fax +45 3917 1818
E-mail DJA@euro.who.int

Dr Rebecca Martin
Programme Manager a.i.
Communicable Diseases

Phone +45 3917 1216
Fax +45 3917 1818
E-mail RMA@euro.who.int

Dr Mick Mulders
Scientist, Coordinator
Measles/Rubella Laboratory Network
Communicable Diseases

Phone +45 3917 1460
Fax +45 3917 1818
E-mail MMU@euro.who.int

Технический персонал

Ms Michelle Frederiksen
Secretary
Communicable Diseases

Phone +45 3917 1469
Fax +45 3917 1818
E-mail MLF@euro.who.int

Ms Wendy Margaret Williams
Programme Assistant
WHO Country Office
Bonn, Germany

Phone +49 228 8150415
E-mail wew@ecephonn.euro.who.int

Переводчики

Ms Elena Gornaya
Interpreter/Translator, Freelance
Dubininskaya Str. 20, Apt. 115
115054 Moscow
Russian Federation

Phone +7 495 959 6446
E-mail gornaya@orc.ru

Mr Georgy G. Pignastyy
Freelance Translator/interpreter
152 Leninsky Prosp. Bldg. 1, Apt. 41
119571 Moscow
Russian Federation

Fax/Phone +7 495 935 33 04
E-mail ggp@gcnet.ru
gpignastyy@yahoo.com

Рекомендуемая литература

- World Health Organization. Surveillance guidelines for measles, rubella and congenital rubella syndrome in the WHO European region. World Health Organization 2010.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/79020/E93035.pdf
- World Health Organization. Eliminating measles and rubella and preventing congenital rubella infection, WHO European region strategic plan 2005–2010.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/79028/E87772.pdf. (accessed Dec 10, 2011).
- World Health Organization. Monitoring progress towards measles elimination. *Wkly Epidemiol Rec.* 2010 Dec 3;85(49):490–4.
- World Health Organization. Measles – Mortality Reduction and Regional Elimination. Strategic Plan 2001-2005. World Health Organization 2001.
<http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF01/www573.pdf> (accessed June 23, 2011).
- World Health Organization. Regional Committee for Europe. Sixtieth session. 2010. Renewed commitment to elimination of measles and rubella and prevention of congenital rubella syndrome by 2015 and Sustained support for polio-free status in the WHO European Region.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/122236/RC60_eRes12.pdf (accessed Feb 10, 2011).
- Commission decision of 19 March 2002 laying down case definitions for reporting communicable diseases to the Community network under Decision No 2119/98/EC of the European Parliament and of the Council (2002/253/EC). *Official Journal of the European Communities* 2002:L 86/44.
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2002:086:0044:0062:EN:PDF>
- Papania MJ and Orenstein WA. Defining and assessing measles Elimination goals. *J Infect Dis* 2004; 189(suppl 1):S23–6.
- Orenstein WA, Papania MJ, Wharton ME. Measles elimination in the United States. *J Infect Dis* 2004; 189(suppl 1):S1–3.
- Martin R, Wassilak S, Emiroglu N et al. What Will It Take to Achieve Measles Elimination in the World Health Organization European Region: Progress From 2003–2009 and Essential Accelerated Actions. *J Infect Dis* 2011; 204(suppl 1):S325–34. doi:10.1093/infdis/jir137.
- EUVAC.NET. Measles surveillance annual report 2010.
http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/measles_report_2010_euvacnet.pdf. (accessed Dec 19, 2011).
- Marinova L, Muscat M, Mihneva Z, Kojouharova M. An update on an ongoing measles outbreak in Bulgaria, April–November 2009. *Euro Surveill* 2009; 14(50):pii=19442.
<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19442>.
- Six C, Blanes de Canecaude J, Duponchel JL, et al. Spotlight on measles 2010: Measles outbreak in the Provence-Alpes-Côte d’Azur region, France, January to November 2010 - substantial underreporting of cases. *Euro Surveill* 2010; 15(50):pii=19754. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19754>.
- Mankertz A, Mihneva Z, Gold H, Spread of measles virus D4-Hamburg, Europe, 2008-2011. *Emerg Infect Dis.* 2011;17(8):1396-401.
- Filia A, De Crescenzo M, Seyler T, Bella A, Ciofi Degli Atti ML, Nicoletti L, Magurano F, Salmaso S. Measles resurges in Italy: preliminary data from September 2007 to May 2008. *Euro Surveill* 2008; 13(29):pii=18928.
<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=18928>.
- Samoilovich EO, Yermalovich MA, Semeiko GV, Svirchevskaya EI, Rimzha MI, Titov LP. Outbreak of measles in Belarus, January-June 2006. *Euro Surveill* 2006; 11(7).
<http://www.eurosurveillance.org/ew/2006/060727.asp#3>.
- Gíria M, Rebelo-de-Andrade H, Fernandes T, Pedro S, Freitas G. Report on the measles situation in Portugal. *Euro Surveill* 2008; 13(42):pii=19010. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19010>.

- Filia A, Curtale F, Kreidl P, et al. Cluster of measles cases in the Roma/Sinti population, Italy, June-September 2006. *Euro Surveill* 2006; 11(10):E061012.2. <http://www.eurosurveillance.org/ew/2006/061012.asp#2>.
- Løvoll Ø, Vonen L, Nordbø S, et al. Outbreak of measles among Irish Travellers in Norway: an update. *Euro Surveill* 2007; 12(6):E070614.2. <http://www.eurosurveillance.org/ew/2007/070614.asp#2>.
- Lernout T, Kissling E, Hutse V, De Schrijver K, Top G. An outbreak of measles in orthodox Jewish communities in Antwerp, Belgium, 2007-2008: different reasons for accumulation of susceptibles. *Euro Surveill* 2009; 14(2):pii=19087. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19087>.
- Orlikova H, Rogalska J, Kazanowska-Zielinska E, Jankowski T, Slodzinski J, Kess B, Stefanoff P. Spotlight on measles 2010: A measles outbreak in a Roma population in Pulawy, eastern Poland, June to August 2009. *Euro Surveill* 2010; 15(17):pii=19550. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19550>.
- Schmid D, Holzmann H, Schwarz K, et al. Measles outbreak linked to a minority group in Austria, 2008. *Epidemiol Infect* 2010; 138:415–25.
- Kaic B, Gjenero-Margan I, Kurecic-Filipovic S, Muscat M. A measles outbreak in Croatia, 2008. *Euro Surveill* 2009; 14(1):pii=19083. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19083>.
- Czarkowski MP, Sitarska-Golebiowska J. Rubella in Poland in 2001. [in Polish] *Przegl Epidemiol.* 2003; 57(1):49–55.
- Rafila A, Marin M, Pistol A, et al. A large rubella outbreak, Romania - 2003. *Euro Surveill.* 2004;9(4):pii=457. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=457>
- Revello MG, Gorini G, Zavattoni M, Furione M, Gerna G. Congenital rubella infection following rubella outbreak in northern Italy, 2002: need for an effective vaccination programme. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2004; 23(10):780–783
- Finarelli AC, Pascucci MG, Borriani BM, Moschella L, Frasca G, Baldacchini F. Aggiornamento sull'epidemia di rosolia in Emilia-Romagna, periodo gennaio – dicembre 2008. Servizio Sanità Pubblica, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Regione Emilia-Romagna. [in Italian] <http://www.saluter.it/documentazione/rapporti/epidemiologia-del-morbillo-in-emilia-romagna-periodo-gennaio-dicembre-2008>. (accessed Dec 23, 2011).
- Kasper S, Allerberger F, Aberle S, et al. Rubella in Austria 2008-2009: no longer a typical childhood disease. *Pediatr Infect Dis J.* 2010; 29(5):448–452.
- Novo A, Huebschen JM, Muller CP, Tesanovic M, Bojanic J. Ongoing rubella outbreak in Bosnia and Herzegovina, March-July 2009 - preliminary report. *Euro Surveill* 2009;14(39):pii=19343. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19343>
- Croatian National Institute of Public Health. Epidemiological news 2007: March-May <http://www.hzjz.hr/epidemiology/news/index0703.htm> and <http://www.hzjz.hr/epidemiology/news/index0704.htm> and <http://www.hzjz.hr/epidemiology/news/index0705.htm>. (accessed Dec 20, 2011)
- Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Outbreak of rubella in the Madrid region, Spain, 2005. *Euro Surveill* 2005;10(27):pii=2742. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=2742>
- Torner N, Valerio L, Costa J, Parron I, Dominguez A. Rubella outbreak in young adults of Brazilian origin in a Barcelona suburb, October-December 2005. *Euro Surveill* 2006;11(8):pii=2907. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=2907>
- Lemos C, Ramirez R, Ordobas M, et al. New features of rubella in Spain: the evidence of an outbreak. *Euro Surveill* 2004;9(4):pii=463. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=463>
- Hahné S, Macey J, van Binnendijk R, et al. Rubella Outbreak in the Netherlands, 2004–2005: High Burden of Congenital Infection and Spread to Canada. *Pediatr Infect Dis J.* 2009; 28(9):795–800.

Tookey PA, Peckham CS. Surveillance of congenital rubella in Great Britain, 1971-96. *BMJ*. 1999; 318(7186):769–770.

British Paediatric Surveillance Unit, Royal College of Paediatrics and Child Health. British Paediatric Surveillance Unit Annual Report 2007-2008.
[http://bpsu.inopsu.com/publications/annual_reports/BPSU 2008 Annual Report.pdf](http://bpsu.inopsu.com/publications/annual_reports/BPSU%2008%20Annual%20Report.pdf). (accessed Dec 21, 2011).