

Эпидемиологические особенности эпидемического паротита, эпидемиологический надзор и профилактика в мире и в Российской Федерации на современном этапе

С. А. Румбешт*, А. Я. Миндлина

ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Резюме

Актуальность. Несмотря на то, что эпидемический паротит на протяжении многих лет является вакциноуправляемой инфекцией, он продолжает оставаться актуальной проблемой здравоохранения. Эпидемиологический надзор и вакцинопрофилактика в отношении эпидемического паротита осуществляется комплексно, вместе с корью и краснухой. При этом эпидемическому паротиту уделяется намного меньше внимания, чем кори и краснухе. **Цель:** оценить эпидемическую ситуацию по эпидемическому паротиту в мире и в Российской Федерации, охват вакцинацией, ревакцинацией и своевременность их проведения в России. Сравнить проявления заболеваемости эпидемическим паротитом, корью и краснухой. **Материалы и методы.** Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости эпидемическим паротитом в мире за 2012–2024 гг., в сравнении с проявлениями заболеваемости корью и краснухой, а также в Российской Федерации за 2007–2024 гг., с учетом распределения заболеваемости эпидемическим паротитом и структуры заболевших по возрастным группам населения. Проанализированы охват профилактическими прививками против эпидемического паротита за 2012–2024 гг. и своевременность проведения вакцинации за период 2021–2024 гг. в РФ. Выборка осуществлялась из базы данных Всемирной организации здравоохранения и из форм федерального статистического наблюдения (№ 2, № 6). Достоверность различий оценивалась методом доверительных интервалов. **Результаты.** Анализ показал, что проявления заболеваемости эпидемическим паротитом в мире и в РФ имели отличия от проявлений заболеваемости корью и краснухой. В частности, подъемы заболеваемости не всегда совпадали, имела особенности цикличность, и существовали различия в наиболее эпидемиологически значимых возрастных группах. Заболеваемость эпидемическим паротитом в России, хотя и на низких цифрах, имеет тенденцию к росту (среднегодовой темп прироста – 7,8 %). Наиболее высокий уровень заболеваемости наблюдался в группе детей 3–6 лет ($3,19 \pm 0,22$ на 100 тыс. соответствующей группы населения), при этом самый низкий показатель заболеваемости – в группе детей до 1 года ($0,5 \pm 0,17$ на 100 тыс. соответствующей группы населения). Следует отметить, что в группе детей до 1 года уровень заболеваемости корью – самый высокий. Вместе с тем заболеваемость эпидемическим паротитом среди детей до 1 года растет в наибольшем темпе (темп прироста – 4,6 %). Наибольший вклад в структуру заболевших внесли группы детей 7–14 лет и 3–6 лет, удельный вес от общего числа заболевших составил 20,3 % и 19,9 % соответственно. Охват профилактическими прививками в РФ снизился на фоне пандемии COVID-19 и к 2024 г. ещё не достиг допандемических значений, при этом следует отметить, что охват достигался только к 24 месяцам. Охваты ревакцинацией в 2023 г. и 2024 г. составили 71,27 % и 92,3 % соответственно. **Заключение.** Наличие тенденции к росту заболеваемости эпидемическим паротитом, высокие уровни заболеваемости детей 3–6 и 7–14 лет, а также наибольший вклад этих возрастных групп в структуру заболевших свидетельствуют об ухудшении эпидемической ситуации по этой инфекции. В определенной степени причинами ухудшения эпидемической ситуации являются несвоевременное проведение вакцинации и недостаточный охват вакцинацией. Вместе с тем отличия в проявлениях заболеваемости эпидемическим паротитом от проявлений заболеваемости корью и краснухой требуют рассмотрения вопроса об изменении подходов к осуществлению эпидемиологического надзора и профилактики эпидемического паротита.

Ключевые слова: эпидемический паротит, заболеваемость, вакцинация, охваты вакцинацией, охваты ревакцинацией
Конфликт интересов не заявлен.

Для цитирования: Румбешт С. А., Миндлина А. Я. Эпидемиологические особенности эпидемического паротита, эпидемиологический надзор и профилактика в мире и в Российской Федерации на современном этапе. Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. 2026;25(3):28-37. <https://doi.org/10.31631/2073-3046-2026-25-3-28-37>

* Для переписки: Румбешт Софья Александровна, ординатор кафедры эпидемиологии и доказательной медицины ИОЗ им. Ф. Ф. Эрисмана, ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России, 119435, Москва, ул. Б. Пироговская, д.2, стр.2. +7 (968) 455-61-50, rumbeshtsofya@yandex.ru. ©Румбешт С. А. и др.

Epidemiological features of mumps, epidemiological surveillance and prevention in the world and in the Russian Federation at the present stage

SA Rumbesht*, AY Mindlina

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

Abstract

Relevance. Despite the fact that mumps has been a vaccine-preventable infection for many years, it continues to be an urgent public health problem. Epidemiological surveillance and vaccine prophylaxis for mumps are carried out comprehensively together with measles and rubella. At the same time, mumps is given much less attention than measles and rubella. **Aim:** to assess the epidemic situation of mumps in the world and in the Russian Federation, the coverage of vaccination, revaccination and the timeliness of their implementation in Russia. To compare the incidence of mumps, measles and rubella. **Materials and methods.** A retrospective epidemiological analysis of the incidence of mumps in the world for the period 2012–2024 was carried out in comparison with the incidence of measles and rubella, as well as in the Russian Federation for the period 2007–2024, taking into account the distribution of the incidence of mumps and the structure of cases by age group. The coverage of preventive mumps vaccinations for the period 2012–2024 and the timeliness of vaccination for the period 2021–2024 in the Russian Federation are analyzed. The sample was taken from the World Health Organization database and from the federal statistical observation forms (No. 2, No. 6). The reliability of the differences was assessed using confidence intervals. **Results.** The analysis showed that the incidence of mumps in the world and in the Russian Federation differs from the incidence of measles and rubella. In particular, the incidence increases do not always coincide, there are cyclical features and there are differences in the most epidemiologically significant age groups. The incidence of mumps in Russia, although at low numbers, tends to increase (the average annual growth rate is 7.8 %). The highest incidence rate is observed in the group of children aged 3–6 years (3.19 ± 0.22 per 100 thousand of the corresponding population group), while the lowest incidence rate is in the group of children under 1 year of age (0.5 ± 0.17 per 100 thousand of the corresponding population group). It should be noted that the measles incidence rate is the highest in the group of children under 1 year of age. At the same time, the incidence of mumps among children under 1 year of age is growing at the highest rate of incidence (an increase rate of 4.6 %). The largest contribution to the structure of cases is made by groups of children aged 7–14 years and 3–6 years, the proportion of the total number of cases is 20.3 % and 19.9 %, respectively. The coverage of preventive vaccinations in the Russian Federation decreased against the background of the pandemic and by 2024 has not yet reached pre-pandemic values, while it should be noted that coverage is achieved only by 24 months. Revaccination coverage in 2023 and 2024 amounted to 71.27 % and 92.3 %, respectively. **Conclusion.** The presence of an upward trend in the incidence of mumps, high levels of morbidity in children aged 3–6 and 7–14 years, as well as the greatest contribution of these age groups to the structure of cases indicate a worsening epidemic situation for this infection. To a certain extent, the reasons for the deterioration of the epidemic situation are late vaccination and insufficient vaccination coverage. At the same time, differences in the incidence of mumps from the incidence of measles and rubella require consideration of changing approaches to epidemiological surveillance and prevention of mumps.

Keywords: mumps, incidence, vaccination, vaccination coverage, revaccination coverage

No conflict of interest to declare.

For citation: Rumbesht SA, Mindlina AY. Epidemiological features of mumps, epidemiological surveillance and prevention in the world and in the Russian Federation at the present stage. *Epidemiology and Vaccinal Prevention*. 2026;25(3):28-37 (In Russ.). <https://doi.org/10.31631/2073-3046-2026-25-3-28-37>

Введение

Эпидемический паротит более 40 лет является вакциноуправляемой инфекцией. Вакцинация против эпидемического паротита введена в Национальный календарь в 1981 г., сначала вместе с прививкой против кори, а затем и против краснухи. С 2021 г. эпидемиологический надзор осуществляется комплексно в отношении трех инфекций [1]. При этом вопросам закономерностей эпидемического процесса и профилактики эпидемического паротита уделяется значительно меньше внимания, чем кори и краснухе, о чем свидетельствует незначительное число научных исследований и публикаций в последнее время. Вместе с тем значение эпидемического паротита для здоровья

человека существенно недооценивается. С одной стороны, летальность при этой инфекции невысокая; с другой – помимо неосложнённых форм, при которых поражаются только слюнные железы (одна или несколько), нередко встречаются и осложнённые формы (менингит, менингоэнцефалит, панкреатит, орхит, эпидидимит, мастит, миокардит, артриты, нефрит).

К самым распространенным осложнениям можно отнести орхиты (по последним данным, их доля составляет 63,1 % (95 % ДИ: 49,8–76,6)) [2], которые могут приводить к мужскому бесплодию: у 25 % заболевших мальчиков, у 50 % молодых людей старше 25 лет [3]. У девушек старше 14 лет в 31 % случаев развиваются мастит, оофорит

* For correspondence: Sofya A. Rumbesht, resident of the Department of Epidemiology and Evidence-Based Medicine, Institute of Public Health, Sechenov University, 2/2, Bolshaya Pirogovskaya str., Moscow, 119435, Russia. +7 (968) 455-61-50, rumbeshtsofya@yandex.ru. ©Rumbesht SA, et al.

(5 % случаев у девушек и девочек), что может приводить к развитию женского бесплодия и ранней менопаузе. Следует отметить, что риск выкидыша при эпидемическом паротите выше, чем при заболевании краснухой [3]. Данные последствия, безусловно, могут влиять на показатели демографии в нашей стране, что позволяет выделить заболеваемость эпидемическим паротитом как социально значимую проблему.

Цель – оценить эпидемическую ситуацию по эпидемическому паротиту в мире и в Российской Федерации, охват вакцинацией, ревакцинацией и своевременности их проведения в России. Сравнить проявления заболеваемости эпидемическим паротитом, корью и краснухой.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости эпидемическим паротитом в мире за 2012–2024 гг., и в Российской Федерации за 2007–2024 гг. Выборка данных заболеваемости производилась из базы данных Всемирной организации здравоохранения – WHO Immunization Data Portal, а также из форм федерального статистического наблюдения № 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях». Проанализированы уровни заболеваемости эпидемическим паротитом и тенденция в многолетней динамике по возрастным группам с расчетом темпов прироста. Оценен вклад различных возрастных групп в возрастную структуру заболевших.

Проведен анализ охвата вакцинацией, ревакцинацией за 2012–2024 гг. и своевременности их

проведения за 2021–2024 гг. на территории Российской Федерации. Выборка данных об охвате вакцинацией, ревакцинацией и своевременности их проведения осуществлялась из формы федерального статистического наблюдения № 6 «Сведения о контингентах детей и взрослых, привитых против инфекционных заболеваний».

Оценка достоверности различий показателей заболеваемости осуществлялась с помощью метода доверительных интервалов. Относительные величины представлены в виде: показатель $\pm m$ (m – стандартная ошибка). Для расчётов и статистической обработки данных использовалась программа Microsoft Office Excel 2016.

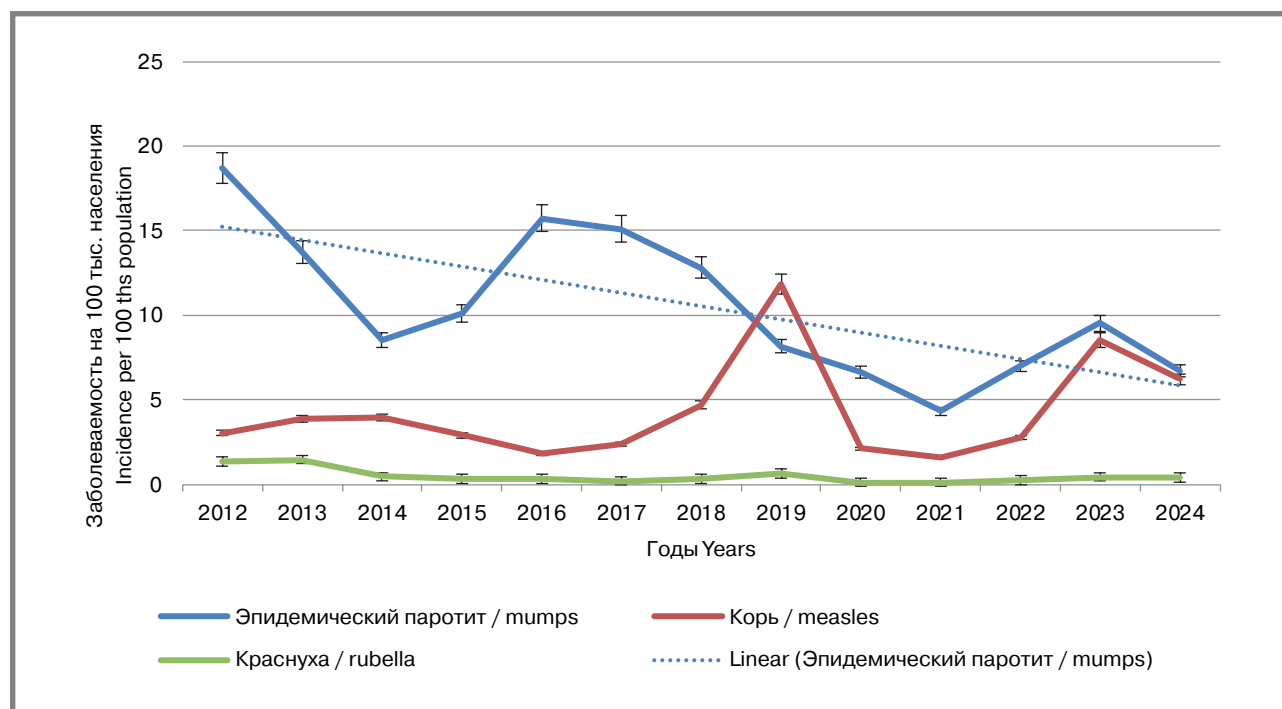
Результаты и обсуждение

Современная ситуация по эпидемическому паротиту в мире

Эпидемиологический надзор за эпидемическим паротитом осуществляется совместно с корью и краснухой. Однако для всех трёх инфекций в настоящее время характерны различные особенности (рис. 1). Наиболее выражены отличия именно для эпидемического паротита: уровни заболеваемости которого выше, по сравнению с корью и краснухой, конфигурация кривой также отличается. Анализ заболеваемости эпидемическим паротитом показал, что в мире с 2012 по 2024 гг. заболеваемость снизилась в 2,8 раза – с $18,7 \pm 0,02$ в 2012 г. до $6,72 \pm 0,01$ в 2024 г. на 100 тыс. населения и имела тенденцию к дальнейшему снижению (рис. 1), среднемноголетний показатель заболеваемости составил $10,5 \pm 0,02$ на 100 тыс. населения.

Рисунок 1. Заболеваемость эпидемическим паротитом, корью, краснухой в мире в 2012–2024 гг. (на 100 тыс. населения)

Figure 1. The incidence of mumps, measles, rubella in the world in 2012–2024 (per 100 thousand population)



Наиболее высокие уровни заболеваемости отмечались в Африканском регионе, где в настоящее время наблюдается значительная тенденция к росту (показатели заболеваемости составляют более 75 на 100 тыс. населения), что, вероятно, связано с низкими уровнями охвата вакцинацией против эпидемического паротита – только 4 страны из 47 используют для иммунизации вакцину с паротитным компонентом [4].

Значительно снизилась заболеваемость эпидемическим паротитом в Юго-Восточной Азии (Индия, Таиланд, Индонезия, Шри-Ланка и др.) после подъёмов в 2014–2018 гг. (20–40 на 100 тыс. населения); также снизилась заболеваемость в Китае (от 12 до 18 на 100 тыс. населения в 2014–2018 гг.) до уровня не более 10 на 100 тыс. населения в 2020 г. [4]. Особое внимание следует обратить на Японию, где в 1993 г. вакцинация против эпидемического паротита была исключена из национальной программы иммунизации. В результате этого в Японии в 2000–2016 гг., по оценкам авторов, ежегодно заражалось от 400 тыс. до 1,5 млн человек, а охваты вакцинацией варьировали от 23,2 % до 61,8 % [5].

Заболеваемость в странах Европы оставалась относительно низкой и составляла от 0,4 до 3,2 на 100 тыс. населения [4]. По данным Европейского центра профилактики и контроля заболеваний, в 2023 г. заболеваемость эпидемическим паротитом в регионе составила 0,7 на 100 тыс. населения [6].

В 2023 г. более 62 % случаев заболеваний, от общего числа заболевших, приходилось на Польшу (966 случаев), Испанию (553 случая) и Германию (330 случаев) [6]. В 2023 г. заболеваемость в Польше снизилась в 1,4 раза и составила 2,6 на 100 тыс. населения (3,5 в 2019 г.) – это самый высокий уровень на территории Европы [6]. Несмотря на то, что вакцинация в Польше является обязательной (первая доза в 13–15 мес., вторая – в 6 лет), охваты вакцинацией и ревакцинацией в 2019–2023 гг. в среднем составляли 92 % и 86 % соответственно [6]. На втором месте по заболеваемости находится Ирландия – 2,5 на 100 тыс. населения (снижение в 23 раза по сравнению с 2019 г. – 56,7 на 100 тыс. населения), охваты вакцинацией в 2019–2023 гг. не поднимались выше 92 % [6]. На третьем месте – Испания с уровнем заболеваемости 1,2 на 100 тыс. населения в 2023 г. (снижение в 10 раз, по сравнению с 2019 г.), хотя охваты вакцинацией первой дозой достигли уровня 96 %, охваты ревакцинацией не поднимались выше 94 % [6]. Во многих странах Европы уровни охвата вакцинацией и ревакцинацией не достигали уровня эпидемического благополучия, при этом показатели с каждым годом снижались, таким образом, увеличение прослойки неиммунных людей против эпидемического паротита и обуславливает высокую заболеваемость.

По данным Всемирной организации здравоохранения, вакцинация против эпидемического паротита

введена в 124 странах-участницах [7], что составляет лишь 63,9 % от общего числа стран [4]. В странах, которые достигли высокого уровня вакцинации, наблюдалось снижение заболеваемости паротитом, а также исчезновение осложнений, таких как энцефалит и глухота [8].

Практически во всех странах вакцинация против эпидемического паротита осуществляется двумя дозами. В настоящее время в некоторых странах, например, в США, вводятся официальные рекомендации использовать третью дозу, как средство предотвращения распространения вспышек [9], однако данный вопрос всё ещё требует дальнейшего изучения.

На территории Европейского Союза из 30 стран только в 10 вакцинация против паротита является обязательной: в Болгарии, Хорватии, Чехии, Франции, Италии, Венгрии, Латвии, Польши, Словакии, Словении. Большинство начинает вакцинацию в 12 месяцев, сроки введения второй дозы различаются, чаще всего – от 4 до 5 лет [10]. Самый короткий промежуток между введением первой и второй дозы вакцины – в Германии и Франции. В Германии предлагаемая схема – две дозы в 11 и 15 месяцев (введение первой дозы возможно с 9 месяцев), вакцинация против эпидемического паротита не является обязательной, но осуществляется за счёт обязательной вакцинации против кори комбинированной вакциной, охваты вакцинацией и ревакцинацией – 97 % и 93 % [6]. Во Франции обязательная вакцинация была введена в 2018 г. и предполагает введение двух доз – в 12 и 16–18 месяцев.

Отдельно можно выделить систему вакцинации в Лихтенштейне: хотя вакцинация против кори, краснухи и эпидемического паротита не является обязательной, в национальных рекомендациях указана следующая схема: при введении первой дозы в возрасте 6–8 месяцев для завершения иммунизации необходимо ввести 3 дозы комбинированной вакцины против кори, краснухи и паротита.

В заключение стоит отметить, что, хотя в некоторых странах третья доза применяется в период эпидемических вспышек, ещё ни в одной стране мира третья вакцинация не входит в обязательные национальные календари прививок.

Современная ситуация по эпидемическому паротиту в Российской Федерации

До введения массовой иммунизации в 1981 г. среднемноголетний показатель заболеваемости эпидемическим паротитом составлял 406 на 100 тыс. населения, после начала вакцинации заболеваемость снизилась более чем в 300 раз. В настоящее время, хотя и на низких цифрах, заболеваемость эпидемическим паротитом в РФ имеет тенденцию к росту – с $0,28 \pm 0,01$ в 2012 г. до $1,92 \pm 0,04$ в 2024 г. на 100 тыс. населения, среднегодовой темп прироста – 7,8 %. Увеличение заболеваемости наблюдалось с 2016 г. ($0,76 \pm 0,02$ на 100 тыс.

населения), в 2017 г. подъём был максимальным – $3,03 \pm 0,05$ на 100 тыс. населения, что сходно с подъёмом заболеваемости в мире в 2016–2017 гг. В 2018 г. наметилась тенденция к снижению, однако после пандемии COVID-19 показатель заболеваемости увеличился с $0,30 \pm 0,01$ в 2020 г. до $1,92 \pm 0,04$ на 100 тыс. населения в 2024 г. (рис. 2).

До начала массовой иммунизации цикличность в многолетней заболеваемости эпидемическим паротитом составляла 3–4 года, в настоящее время можно предположить, что длина эпидемического цикла увеличивается до 7–10 лет. Проявления заболеваемости эпидемическим паротитом в многолетней динамике отличаются от проявлений заболеваемости корью, при которой цикличность в настоящее время составляет 2–5 лет [11]. В 2017 г. был зафиксирован интенсивный подъём заболеваемости ($3,03 \pm 0,05$ на 100 тыс. населения). Можно предположить, что начиная с 2021 г. наблюдается очередной циклический подъём заболеваемости.

Следует отметить, что на территории Российской Федерации наблюдалась неравномерность распределения заболеваемости. Наиболее высокие уровни заболеваемости, по среднескользящим данным за 2012–2024 гг., отмечались в Северо-Кавказском федеральном округе: в Республике Дагестан (23,06 на 100 тыс. населения), Чеченской Республике (11,25 на 100 тыс. населения) и Республике Ингушетия (2,08 на 100 тыс. населения).

Анализ заболеваемости в различных возрастных группах Российской Федерации в 2007–2024 гг.

(рис. 3) показал, что самый высокий уровень заболеваемости регистрировался в группе детей 3–6 лет – $3,19 \pm 0,22$ на 100 тыс. соответствующей группы населения. Следующие группы с наиболее высокими интенсивными показателями заболеваемости – дети 15–17 лет и 1–2 года. Среднескользящие показатели заболеваемости составили $2,21 \pm 0,22$ и $2,11 \pm 0,25$ на 100 тыс. соответствующего населения. В группе детей 7–14 лет заболеваемость составила $1,85 \pm 0,12$ на 100 тыс. населения. Самый низкий показатель заболеваемости эпидемическим паротитом отмечался в группе детей до 1 года ($0,5 \pm 0,17$ на 100 тыс. соответствующей группы населения). В то же время следует отметить, что самая высокая заболеваемость корью в РФ регистрируется в группе детей до 1 года.

В возрастной структуре заболевших эпидемическим паротитом, по среднескользящим показателям в 2007–2024 гг., преобладало детское население (рис. 4), удельный вес составил 54,5 %, взрослое население – 45,5 %. Среди детей наибольший удельный вес от общего числа заболевших отмечался в группе детей 7–14 лет (20,3 %), затем следовала группа детей 3–6 лет (19,9 %), 1–2 лет (7,0 %) и 15–17 лет (6,7 %), дети до 1 года (0,6 %).

В 2017 г. наблюдался интенсивный подъём заболеваемости, заболеваемость детей превышала заболеваемость взрослых в 3,7 раза ($7,22 \pm 0,16$ и $1,98 \pm 0,04$ на 100 тыс. соответствующей группы населения). Наиболее высокие уровни

Рисунок 2. Заболеваемость эпидемическим паротитом населения РФ в 2012–2024 гг. (на 100 тыс. населения)
Figure 2. The incidence of mumps in the population of the Russian Federation in 2012–2024 (per 100 thousand population)

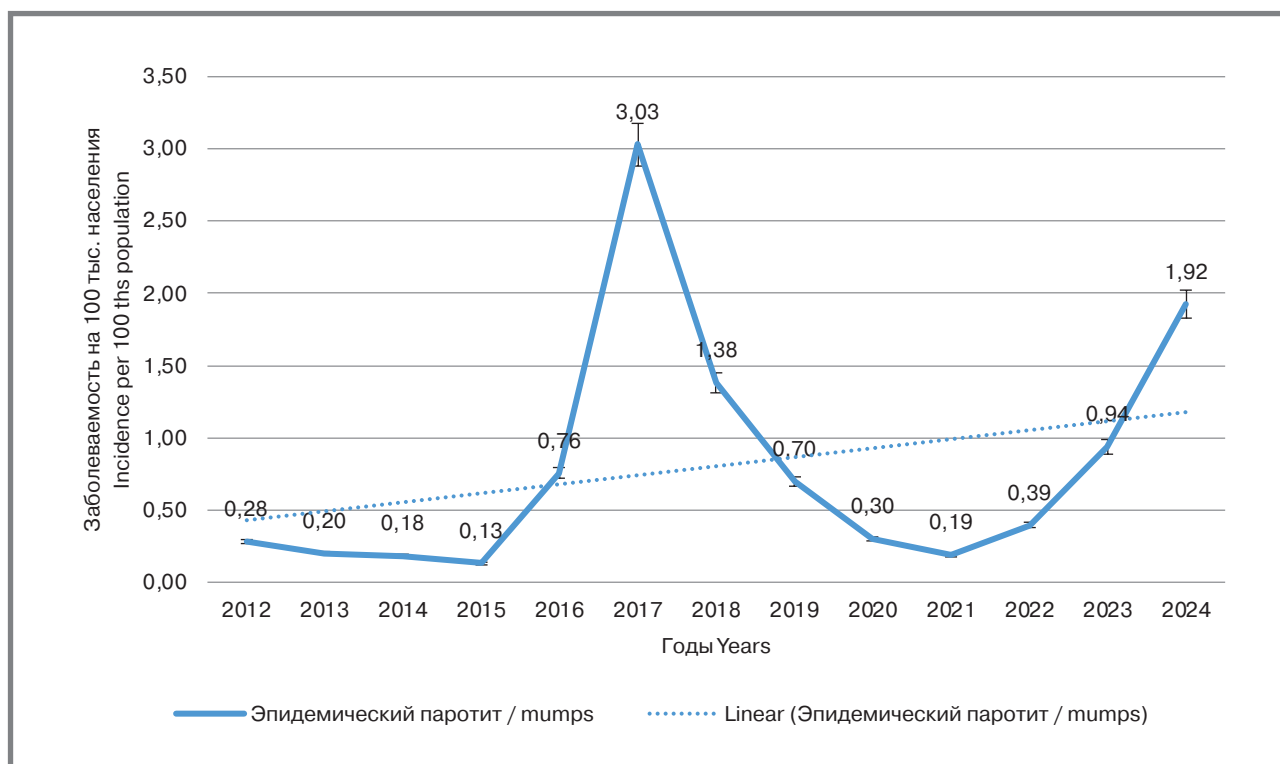


Рисунок 3. Среднемноголетние показатели заболеваемости эпидемическим паротитом отдельных возрастных групп в Российской Федерации за 2007–2024 гг. (на 100 тыс. населения)

Figure 3. Average long-term incidence rates of mumps in certain age groups in the Russian Federation for 2007–2024 (per 100 thousand population)

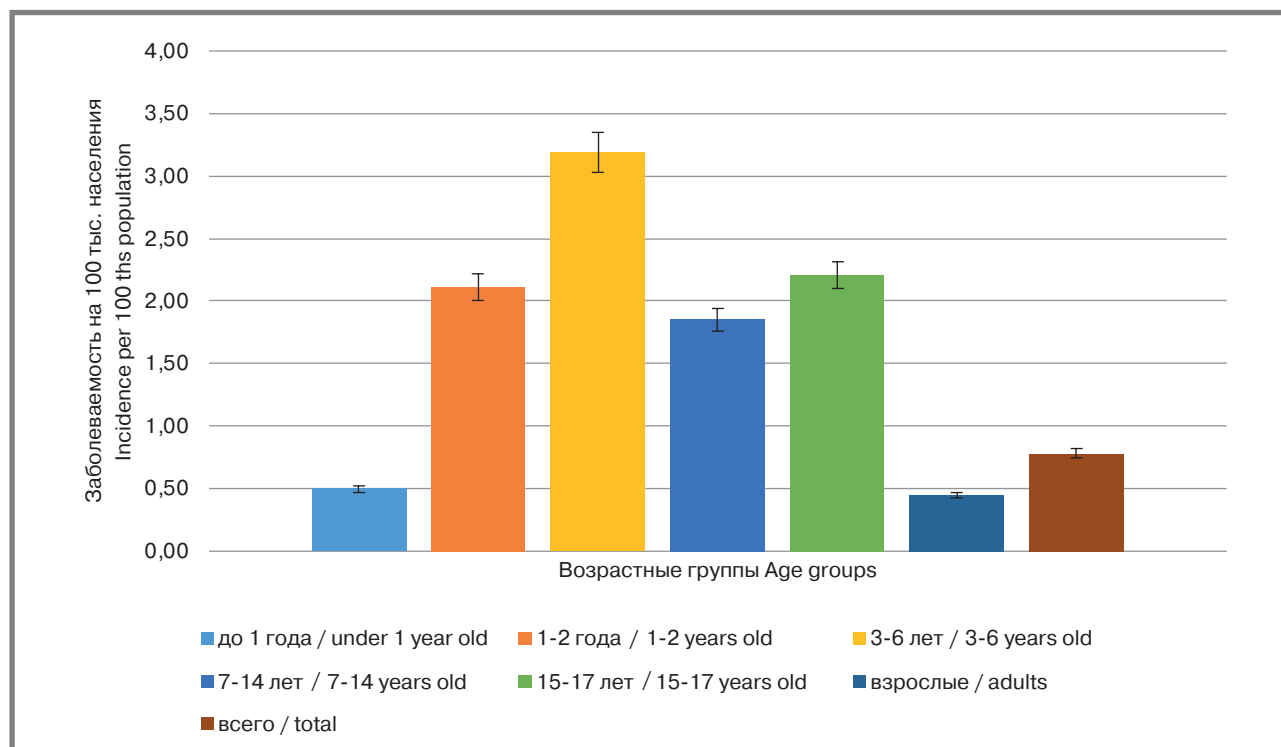
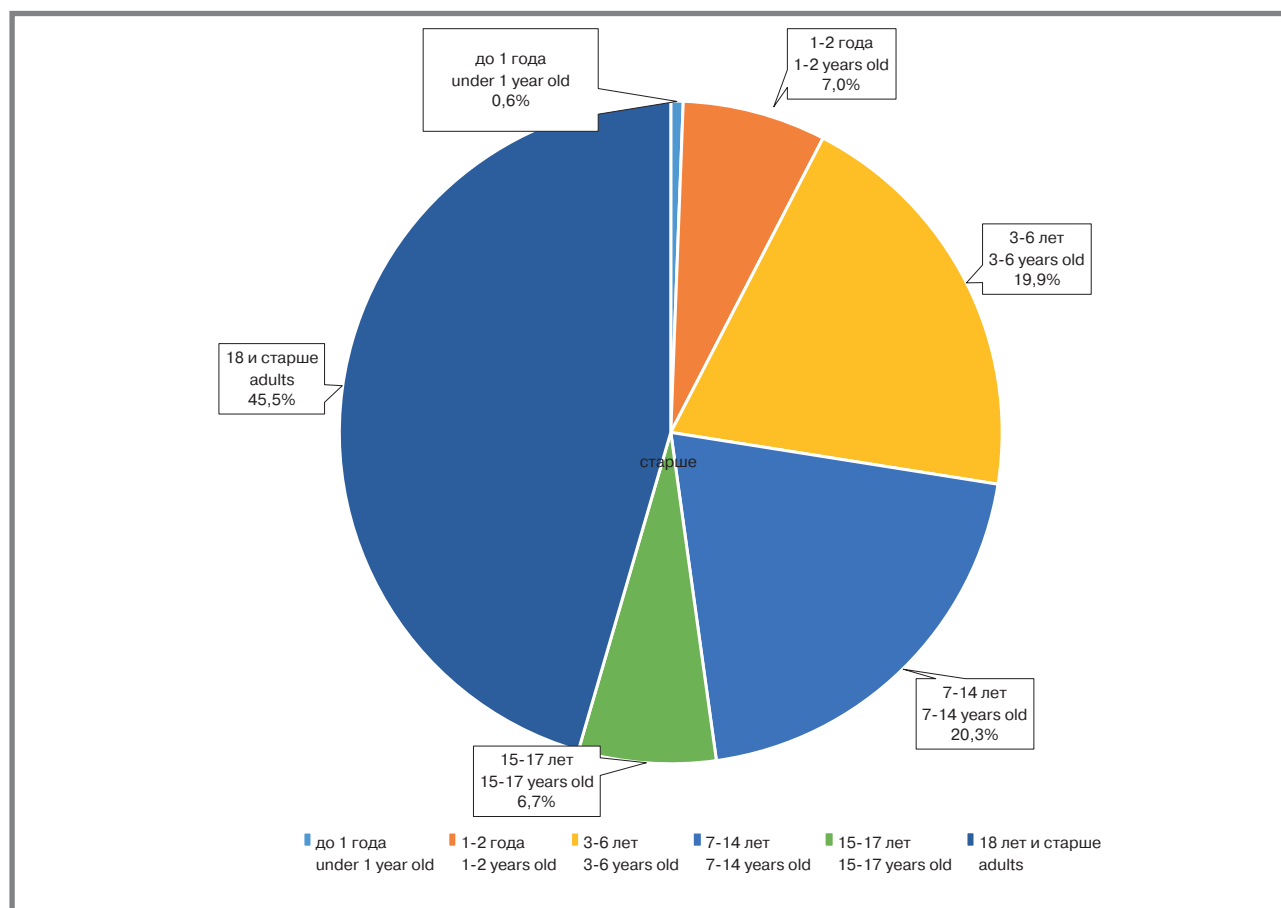


Рисунок 4. Возрастная структура заболевших эпидемическим паротитом в Российской Федерации (по среднемноголетним показателям за 2007–2024 гг., в % от общего числа заболевших)

Figure 4. Age structure of cases of mumps in the Russian Federation (based on average long-term indicators for 2007–2024, as a percentage of the total number of cases)



заболеваемости эпидемическим паротитом регистрировались среди детей 15–17 лет ($15,34 \pm 0,62$ на 100 тыс. населения); на втором месте – дети 3–6 лет ($7,89 \pm 0,33$ на 100 тыс. населения), третье место занимали дети 1–2 лет ($6,83 \pm 0,42$ на 100 тыс. населения), затем следуют группы детей 7–14 лет ($4,98 \pm 0,20$ на 100 тыс. населения) и до 1 года ($2,68 \pm 0,37$ на 100 тыс. населения). При оценке возрастной структуры заболевших в 2017 г. преобладали взрослые: удельный вес составил 52,4 % от общего числа заболевших. Среди детей наибольший вклад внесли группы 15–17 лет (29,2 % от общего числа заболевших детей), 7–14 лет (28,9 %), 3–6 лет (27,1 %), затем группы детей 1–2 лет (12,4 %) и до 1 года (2,4 %).

В следующий подъём, в 2024 г., заболеваемость детей была выше заболеваемости взрослых в 5,5 раза ($5,50 \pm 0,14$ и $0,99 \pm 0,03$ на 100 тыс. соответствующей группы населения). Среди детского населения первое место занимала группа детей 3–6 лет ($8,79 \pm 0,37$ на 100 тыс. детского населения); заболеваемость данной группы превышала заболеваемость детей 7–14 лет в 1,8 раза ($4,98 \pm 0,18$ на 100 тыс. детского населения) и, вероятно, связана с недостаточностью охвата профилактическими прививками. На третье место переместилась группа детей 15–17 лет, которая лидировала в 2017 г., заболеваемость составила $4,56 \pm 0,31$ на 100 тыс. населения, затем следовали группы детей 1–2 лет ($4,14 \pm 0,39$ на 100 тыс. населения) и до 1 года ($1,48 \pm 0,34$ на 100 тыс.

населения). При оценке возрастной структуры заболевших в 2024 г., в отличие от 2017 г., преобладали дети, удельный вес составил 58,9 % от общего числа заболевших. Среди детей наибольший вклад в структуру заболеваемости вносили группы 7–14 и 3–6 лет – удельный вес 44,8 % и 34,1 % соответственно от общего числа заболевших детей, затем следует группа 15–17 лет (13,1 %), дети 1–2 лет (6,9 %), дети до 1 года (1,1 %).

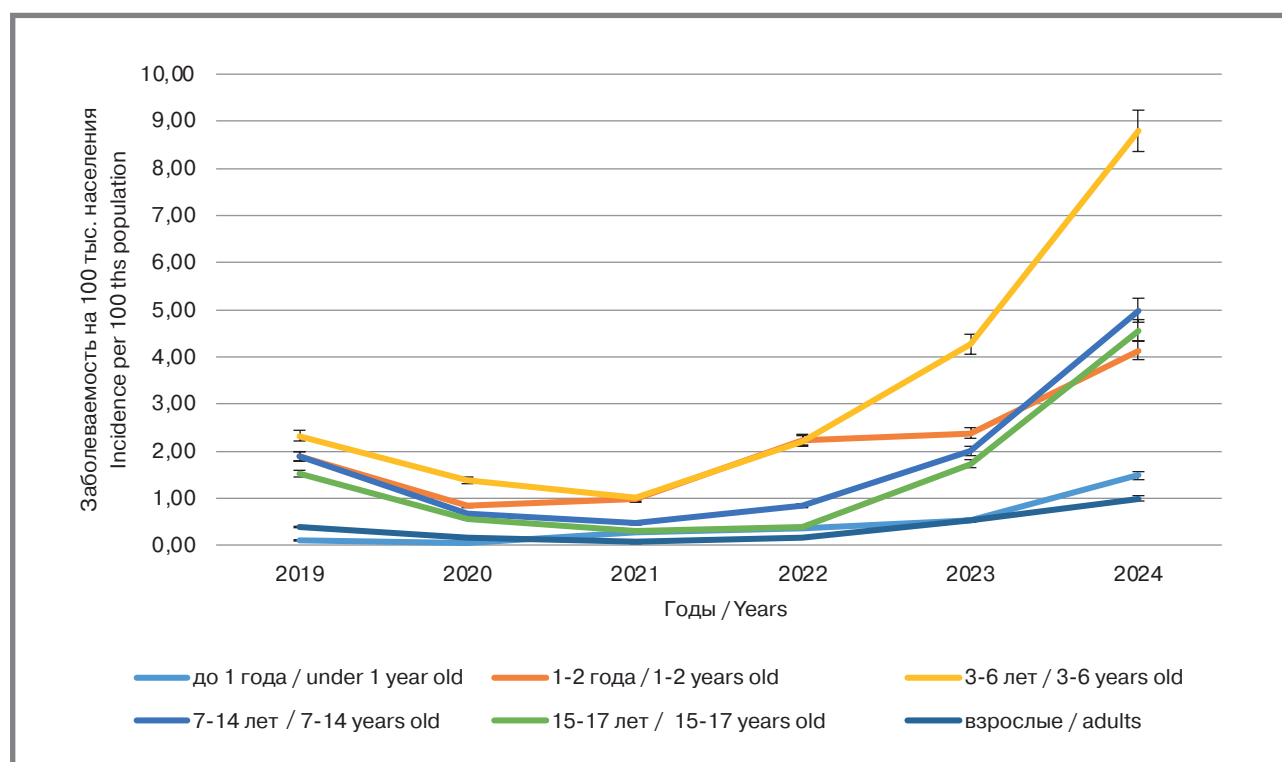
За 2007–2024 гг. наиболее выраженный рост среди возрастных групп детей при самом низком уровне заболеваемости наблюдался в группе детей до 1 года ($T = 4,6$ %). Примерно таким же темпом росла заболеваемость детей в возрасте 15–17 лет ($T = 4,4$ %), с меньшим темпом ($T = 1,3$ %) она увеличивалась в группе детей 1–2 лет. В остальных группах населения темп прироста не превышал единицу ($T = 0,2$ % в группе 3–6 лет и $T = 0,6$ % в группе 7–14 лет). С 2019 по 2024 гг. в Российской Федерации наблюдался неуклонный рост заболеваемости эпидемическим паротитом во всех возрастных группах (рис. 5), при этом в возрастных группах детей он наиболее выражен.

Охват профилактическими прививками против эпидемического паротита и своевременность вакцинации

В Российской Федерации вакцинопрофилактика против эпидемического паротита впервые начала проводиться в 1981 г. В 1998 г. на фоне подъема заболеваемости была введена ревакцинация

Рисунок 5. Заболеваемость эпидемическим паротитом населения РФ по возрастным группам в 2019–2024 гг. (на 100 тыс. населения)

Figure 5. The incidence of mumps in the population of the Russian Federation by age group in 2019–2024 (per 100 thousand population)



детей 6–7 лет. С 2001 г. по настоящее время, в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок (НКПП), вакцинация против эпидемического паротита проводится в 12 месяцев, ревакцинация – в 6 лет.

С 2012 по 2022 гг. на территории Российской Федерации в целом сохранялся рекомендуемый уровень охвата вакцинацией выше 95 %. В то же время в связи с пандемией COVID-19 отмечалось некоторое снижение уровня охвата вакцинацией, а в 2023 г. он составил всего лишь 73,41 %. В 2024 г. уровень охвата вакцинацией против эпидемического паротита детей в возрасте 1 год – 1 г. 11 мес. 29 дн. составил 95,40 %, однако показатель всё ещё не достиг значений до пандемии COVID-19 (рис. 6).

Несмотря на то, что средний показатель по Российской Федерации превышал 95 %, в 2024 г. существовали регионы, где охват вакцинацией ниже необходимого уровня для обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия: г. Севастополь (72,24 %), Республика Крым (72,77 %), Республика Марий Эл (86,25 %), Курская область

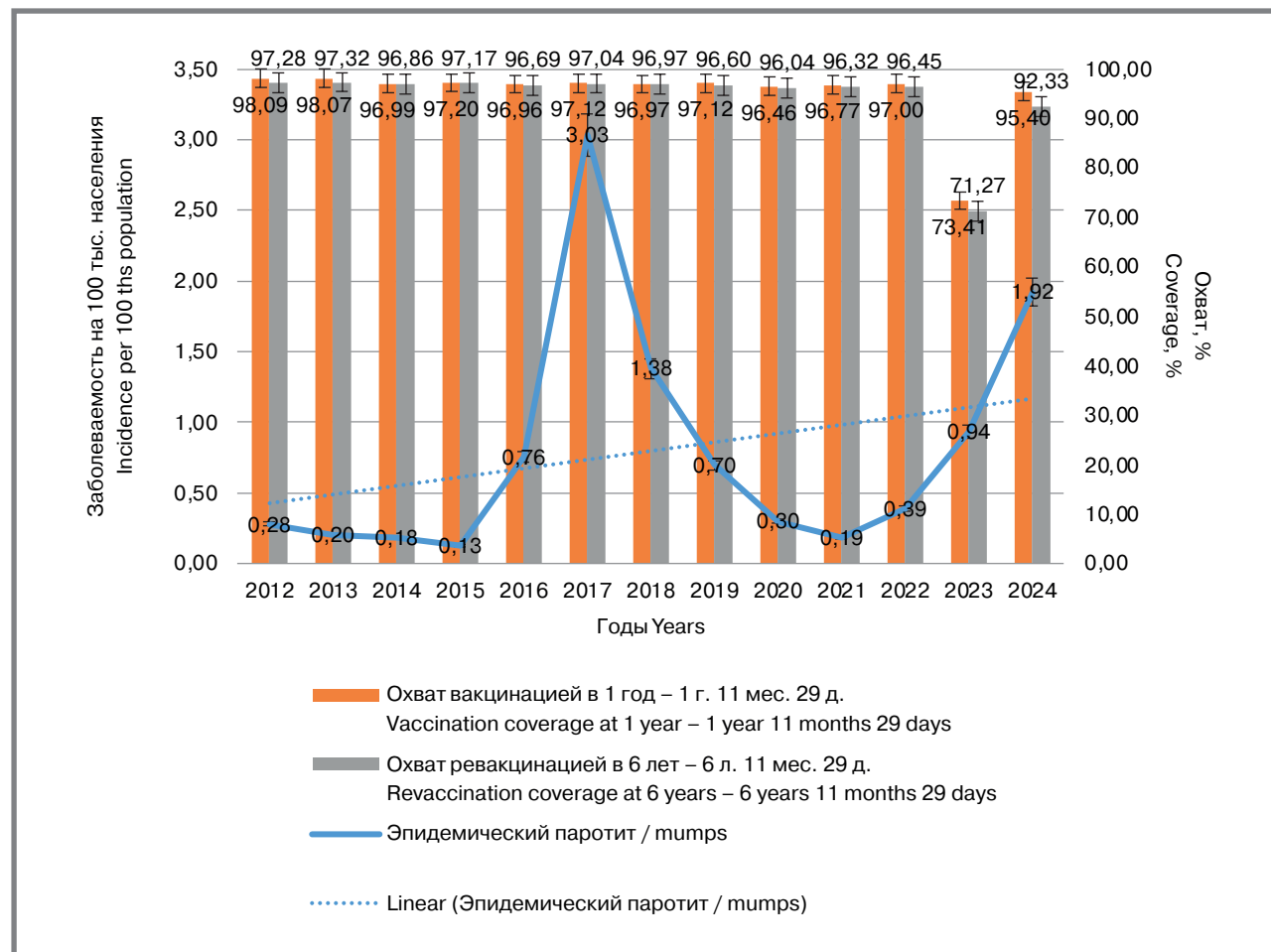
(86,55 %), Челябинская область (86,91 %), Республика Карелия (87,02 %), Саратовская область (89,78 %), Ставропольский край (89,80 %), Ненецкий автономный округ (90,63 %), Калининградская область (91,58 %), Чувашская Республика (93,88 %), Чукотский автономный округ (94,12 %), Оренбургская область (94,35 %), Кемеровская область (94,39 %), Красноярский край (94,69 %). В данных регионах существует риск распространения эпидемического паротита, в том числе высокая вероятность возникновения вспышек инфекции.

Как уже было упомянуто выше, своевременность вакцинации против эпидемического паротита по стране достигается только к 24 месяцам, учитывая, что в рамках НКПП вакцинация проводится в 12 месяцев, в 2024 г. показатель существенно не отличался от уровня 2023 г. (96,72 %) и составил 96,81 %, что ниже уровня 2021 г. (97,32 %) и 2022 г. (97,43 %).

Охват ревакцинацией против эпидемического паротита детей в возрасте 6 лет – 6 л. 11 мес. 29 дн. за 2012–2022 гг. в среднем по РФ составлял

Рисунок 6. Динамика заболеваемости эпидемическим паротитом (на 100 тыс. населения) и охваты иммунизацией в 1 год – 1 г. 11 мес. 29 д. и 6 лет – 6 л. 11 мес. 29 д. (%) против эпидемического паротита населения РФ в 2012–2024 гг.

Figure 6. Dynamics of mumps incidence (per 100 thousand population) and immunization coverage at 1 year – 1 year 11 months 29 days and 6 years – 6 years 11 months 29 days (%) against mumps in the population of the Russian Federation in 2012–2024



96,7 %. В 2023 г. охват ревакцинацией составил всего лишь 71,27 %, в 2024 г. – 92,33 %, таким образом, не был достигнут уровень эпидемиологического благополучия, что в результате приводит к увеличению заболеваемости в группе 7–14 лет. В 2024 г. регионы с наиболее низкими показателями охвата ревакцинацией: Орловская область (45,95 %), Республика Карелия (65,51 %), Челябинская область (66,32 %), Курская область (67,76 %), Оренбургская область (68,2 %).

При анализе среднемноголетней заболеваемости во всех возрастных группах, с учётом среднемноголетних охватов вакцинацией и ревакцинацией, с 2012 по 2024 гг. в некоторых регионах (Забайкальский край, Курская область, Псковская область, Республика Карелия, Республика Марий Эл, Республика Бурятия, Нижегородская область, Архангельская область, Белгородская область, Ненецкий автономный округ, Амурская область) наблюдалась очень низкая заболеваемость или даже отсутствие заболеваемости при достаточно низких охватах вакцинацией и ревакцинацией, что, вероятно, связано с отсутствием настороженности медицинских работников к эпидемическому паротиту и регистрации новых случаев. Сомнение также вызывает достоверность данных об охватах вакцинацией и ревакцинацией.

Заключение

Несмотря на низкие показатели заболеваемости эпидемическим паротитом, в настоящее время на территории Российской Федерации отмечается рост заболеваемости во всех возрастных группах, что позволяет сделать вывод об ухудшении эпидемической ситуации по эпидемическому паротиту. Усугубление эпидемической обстановки может быть связано как с нарушениями в действующей системе профилактики и эпидемиологического надзора, так и с необходимостью оптимизации данной системы.

Рост заболеваемости эпидемическим паротитом в группе детей 1–2 лет может быть связан с нарушением своевременности проведения прививок, что подтверждено проведенным анализом: как указывалось выше, охват профилактическими прививками против эпидемического паротита достигается только к 24 месяцам.

Вызывает сомнение достоверность данных об охвате профилактическими прививками: наиболее

высокие уровни заболеваемости отмечаются у детей в возрасте 3–6 лет, у которых еще должен сохраняться иммунитет.

Увеличение заболеваемости в возрастной группе 7–14 лет может свидетельствовать о проведении ревакцинации позже сроков, указанных в НКПП. Увеличение заболеваемости среди детей 15–17 лет диктует необходимость изучения вопроса о введении третьей дозы вакцины, ориентируясь на опыт зарубежных стран в отношении её применения при вспышках эпидемического паротита.

Кроме того, существует проблема с полнотой предоставления данных о заболеваемости и об охватах вакцинацией и ревакцинацией, в настоящее время достоверность этих данных в некоторых регионах РФ вызывает сомнения.

Для ответа на вопрос о причинах роста заболеваемости среди детей в возрасте 3–6, 15–17 лет и взрослых назрела необходимость проведения масштабного когортного исследования в стабильной когорте для определения длительности сохранения постпрививочного иммунитета против эпидемического паротита.

Отличия в проявлениях заболеваемости эпидемическим паротитом и корью, в частности – разная конфигурация кривых заболеваемости этих инфекций в мире, отличия во времени подъёмов заболеваемости и разные эпидемиологически значимые возрастные группы, диктуют необходимость внесения корректив в реализацию эпидемиологического надзора и вакцинопрофилактики эпидемического паротита. В первую очередь:

- 1) следует изменить сроки оценки своевременности вакцинации и ревакцинации, проводить оценку своевременности вакцинации следует не позднее 15 месяцев, ревакцинации – 6 лет 3 месяцев;
- 2) усилить контроль за полнотой и достоверностью предоставляемых данных о заболеваемости эпидемическим паротитом;
- 3) организовать научные исследования, посвященные целесообразности изменения подходов к эпидемиологическому надзору и профилактике эпидемического паротита, по сравнению с эпидемиологическим надзором за корью и краснухой.

Литература

1. Программа «Элиминация кори и краснухи, достижение sporadic заболеваемости эпидемическим паротитом в Российской Федерации» (2021–2025 гг.). – URL: https://www.rospotrebnadzor.ru/upload/iblock/bcf/programma_elyuminatsii_kori_i_krasnukhi_v_rf_2016_2020_gg.pdf (дата обращения: 10.06.2026).
2. Agrawal R., Rehman T., Sinha D., et al. Epidemiological trends and determinants of mumps outbreaks: a systematic review and meta-analysis // *Front Public Health*. 2025. Vol. 13.
3. Юминова Н.В., Контарова Е.О., Балаев Н.В. и др. Вакцинопрофилактика кори, эпидемического паротита и краснухи: задачи, проблемы и реалии. // *Эпидемиология и Вакцинопрофилактика*. 2011. Т. 4, № 59. С. 40–44.
4. Liu Q., Bi Q., Liu S., et al. Vaccination Status and Incidences of Measles, Mumps, and Rubella – Worldwide, 2014–2023 // *China CDC Wkly*. 2025. Vol. 7, N17. P. 561–567.
5. Kitano T. Close the gap for routine mumps vaccination in Japan // *Hum Vaccin Immunother*. 2021. Vol. 17, N1. P. 205–210.
6. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual Epidemiological Report 2023 – Mumps, Stockholm: ECDC; 2025.

7. World Health Organization. Immunization coverage. – URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage> (дата обращения: 10.06.2026).
8. Galazka A.M., Robertson S.E., Kraigher A. Mumps and mumps vaccine: a global review // *Bull World Health Organ.* 1999. Vol. 77, N1. P. 3–14.
9. Cardemil C.V., Dahl R.M., James L., et al. Effectiveness of a Third Dose of MMR Vaccine for Mumps Outbreak Control // *N Engl J Med.* 2017. Vol. 377, N10. P. 947–956.
10. European Centre for Disease Prevention and Control. Vaccine schedules in all countries in the EU/EEA. – URL: <https://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/> (дата обращения: 10.06.2026).
11. Нгуен М.Ч., Нгуен М.Ф., Ле М.Х. и др. Эпидемиологические проявления кори во Вьетнаме и Российской Федерации в 2000–2024 гг. // *Эпидемиология и Вакцинопрофилактика.* 2026. Т. 25, №2. С. 29–38.

References

1. The program «Eliminatsiya kori i krasnukhi. dostizheniye sporadicheskoy zabolevayemosti epidemicheskim parotitom v Rossiyskoy Federatsii» (2021–2025 gg.) Available at: https://www.rosпотреbnadzor.ru/upload/iblock/bcf/programma_elyuminatsii_kori_i_krasnukhi_v_rf_2016_2020_gg.pdf. Accessed: 10 Jun 2026. (In Russ).
2. Agrawal R, Rehman T, Sinha D, et al. Epidemiological trends and determinants of mumps outbreaks: a systematic review and meta-analysis. *Front. Public Health.* 2025;13:1711759. doi:10.3389/fpubh.2025.1711759
3. Yuminova NV, Kontarova EO, Balaev NV, et al. Measles, mumps and rubella vaccination: problems, goals, realities. *Epidemiology and Vaccinal Prevention.* 2011; 4(59):40–44 (In Russ.)
4. Liu Q, Bi Q, Liu S, et al. Vaccination Status and Incidences of Measles, Mumps, and Rubella – Worldwide, 2014–2023. *China CDC Wkly.* 2025;7(17):561–567. doi:10.46234/ccdcw2025.094
5. Kitano T. Close the gap for routine mumps vaccination in Japan. *Hum Vaccin Immunother.* 2021;17(1):205–210. doi:10.1080/21645515.2020.1765619
6. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual Epidemiological Report 2023 – Mumps, Stockholm: ECDC; 2025.
7. World Health Organization. Immunization coverage. – 2026. – URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage> (accessed: 20.07.2026).
8. Galazka AM, Robertson SE, Kraigher A. Mumps and mumps vaccine: a global review. *Bull World Health Organ.* 1999;77(1):3–14.
9. Cardemil CV, Dahl RM, James L, et al. Effectiveness of a Third Dose of MMR Vaccine for Mumps Outbreak Control. *N Engl J Med.* 2017;377(10):947–956. doi:10.1056/NEJ-Moa1703309
10. European Centre for Disease Prevention and Control. Vaccine schedules in all countries in the EU/EEA. – URL: <https://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/> (дата обращения: 10.06.2026).
11. Nguyen MT, Nguyen MP, Le MH, et al. Epidemiological Characteristics of Measles in Vietnam and the Russian Federation, 2000–2024. *Epidemiology and Vaccinal Prevention.* 2026;25(2):29–38. (In Russ.) <https://doi.org/10.31631/2073-30462026-26-2-29-38>

Об авторах

- **Софья Александровна Румбешт** – ординатор кафедры эпидемиологии и доказательной медицины ИОЗ им. Ф.Ф. Эрисмана, ФГАУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России, Москва. +7 (968) 455-61-50, rumbeshsofya@yandex.ru. ORCID: 0009-0005-9420-0939.
- **Алла Яковлевна Миндлина** – д. м. н., профессор кафедры эпидемиологии и доказательной медицины Института общественного здоровья Сеченовского Университета, Москва. +7 (916) 935-38-51, mindlina_a_ya@staff.sechenov.ru. ORCID: 0000-0001-7081-3582.

Поступила: 26.05.2026. Принята к печати: 30.06.2026.

Контент доступен под лицензией CC BY 4.0.

About the Authors

- **Sofya A. Rumbesht** – resident of the Department of Epidemiology and Evidence-Based Medicine, Institute of Public Health, Sechenov University, Moscow, Russia. +7 (968) 455-61-50, rumbeshsofya@yandex.ru. ORCID: 0009-0005-9420-0939.
- **Alla Ya. Mindlina** – Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of Epidemiology and Evidence-Based Medicine, Institute of Public Health, Sechenov University, Moscow, Russia. +7 (916) 935-38-51, mindlina_a_ya@staff.sechenov.ru. ORCID: 0000-0001-7081-3582.

Received: 26.05.2026. Accepted: 30.06.2026.

Creative Commons Attribution CC BY 4.0.