

Эпидемиологическая ситуация по эпидемическому паротиту в Российской Федерации в 1995–2016 гг.

И. В. Михеева (irina_mikheeva@mail.ru)

ФБУН «ЦНИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора

Резюме

Проведен ретроспективный анализ заболеваемости эпидемическим паротитом в России в 1995–2016 г. Показано, что рост заболеваемости этой инфекцией в 2016 году был обусловлен недостаточным охватом вакцинацией и ревакцинацией против эпидемического паротита в прошлом, недостаточным качеством иммунизации (вакцинальными неудачами), снижением поствакцинального иммунитета у некоторых привитых лиц вследствие отсутствия естественного «бустер-эффекта» на фоне спорадической заболеваемости в течение ряда лет, несвоевременным и не в полном объеме проведением противоэпидемических и профилактических мероприятий в очагах инфекции, а также завозом возбудителя из регионов, неблагоприятных по эпидемическому паротиту. Сформулированы рекомендации по проведению мероприятий по улучшению эпидемиологической ситуации.

Ключевые слова: эпидемический паротит, вакцинопрофилактика эпидемического паротита, противоэпидемические мероприятия в очагах эпидемического паротита

The Epidemiological Situation of Mumps in the Russian Federation in 1995 –2016

I. V. Mikheeva

Federal State Institution of Science «Central Research Institute of Epidemiology» Federal Service for Surveillance on Consumer Rights Protection and Human Wellbeing Moscow

Abstract

The retrospective analysis of incidence of epidemic parotitis in Russia in 1995–2016 is carried out. It is shown that growth of this infection incidence in 2016 was caused by the poor vaccination and revaccination coverage in the past, as well as the poor immunization quality (vaccination failures) and the decrease in post-vaccination immunity at some vaccinated persons due to absence of natural «booster effect» in the condition of sporadic incidence for a number of years, untimely and not in full holding the response and preventive actions in foci of the infection, and also delivery of the epidemic parotitis virus from epidemic area. Recommendations are formulated to hold actions for improvement of the epidemiological situation.

Key words: epidemic parotitis, vaccinal prevention of epidemic parotitis, anti-epidemic actions in the foci of epidemic parotitis

Введение

После многолетнего эпидемиологического благополучия по эпидемическому паротиту в Российской Федерации в 2016 г. заболеваемость этой инфекцией многократно возросла. При этом, согласно официальным данным, уровень охвата вакцинацией и ревакцинацией детского населения в рамках Национального календаря профилактических прививок оставался стабильно высоким. В этой связи возникла необходимость изучения причин осложнения эпидемиологической ситуации и разработки рекомендаций по ее улучшению, что и явилось целью настоящего исследования.

Материалы и методы

Проведено ретроспективное описательное исследование. Были изучены: данные о заболеваемости эпидемическим паротитом в Российской Федерации по ф. № 2 федерального статистического наблюдения за 1995–2016 гг., за 2 мес. 2017 г. и о профилактических прививках против эпидемического паротита по ф. № 5, № 6 федерального статистического наблюдения за 1995–2016 гг., а также аналитические сводки по отдельным

субъектам Российской Федерации. Эпидемиологическому анализу были подвергнуты динамика, цикличность, возрастная структура заболеваемости, пораженность организованных коллективов, заболеваемость привитых и не привитых лиц, а также итоги серологического мониторинга в отдельных регионах страны. При обсуждении результатов эпидемиологического анализа и разработке рекомендаций использованы опубликованные материалы исследований, проведенных авторами ранее [1–5].

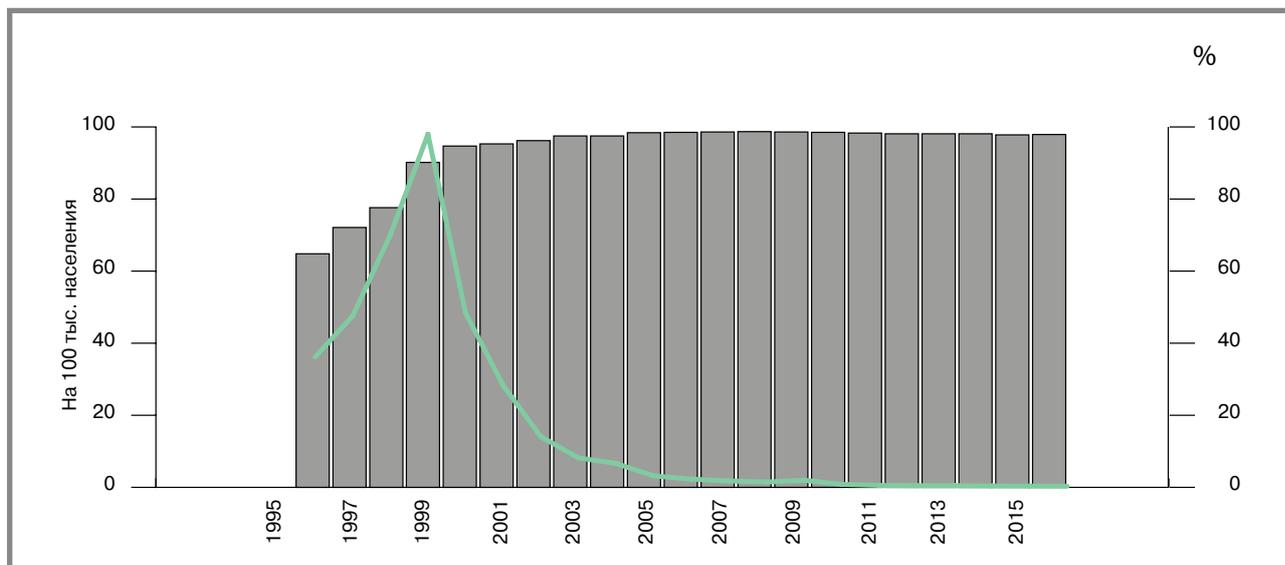
Результаты и обсуждение

В течение 21-летнего периода (с 1995 по 2015 гг.) удельный вес эпидемического паротита в структуре инфекционной заболеваемости уменьшился почти в 1000 раз – с 0,4% (1998 г.) до 0,0005% (2015 г.). В 2015 г. показатель заболеваемости достиг минимального за все годы регистрации уровня – 0,13 на 100 тыс. населения.

В динамике заболеваемости эпидемическим паротитом прослеживается выраженная тенденция снижения (рис. 1): максимальный показатель отмечен в 1998 г. – 97,8, минимальный – в 2015 г. – 0,13 на 100 тыс. населения.

Рисунок 1.

Динамика заболеваемости эпидемическим паротитом и охвата своевременной вакцинацией против этой инфекции в Российской Федерации в 1995–2015 гг.



Предпоследний периодический подъем заболеваемости эпидемическим паротитом был отмечен в 1998 г. после предшествовавшего десятилетнего межэпидемического периода.

На фоне снижения заболеваемости в 1998 г. (около 20 лет назад) была проведена массовая иммунизация против эпидемического паротита ранее не привитых детей в возрасте с 12 месяцев до 15 лет, учащихся средних специальных учебных заведений, студентов 1–2 курсов высших учебных заведений, не привитых и не болевших этой инфекцией, а также ревакцинация детей в возрасте от 7 до 15 лет, привитых однократно и не болевших этой инфекцией. С 1998 г. в рамках Национального календаря профилактических прививок проводится двукратная иммунизация против эпидемического паротита (приказ Министерства здравоохранения РФ от 18.12.97 № 375). Таким образом, перечисленные когорты населения, начиная с 1997 года рождения, должны были быть вакцинированы двукратно, а рожденные с 1991 по 1997 год – ревакцинированы в плановом порядке.

Однако в начале исследуемого периода охват своевременной вакцинацией против эпидемического паротита составлял лишь 64,8% (см. рис. 1). Поэтому когорты с 1991 по 2005 год рождения в действительности могли получить только одну дозу вакцины против паротита в рамках Календаря профилактических прививок. Учитывая, что однократная прививка против паротита вызывает сероконверсию у 80–95% вакцинированных, к 2016–2017 г. среди молодых взрослых могли накопиться не иммунные к вирусу эпидемического паротита лица, что создало условия для возникновения семейных очагов и вспышек паротитовирусной инфекции в коллективах взрослой молодежи, в частности, в вузах.

Только к 2005 г. показатель охвата своевременной вакцинацией детей достиг 95% уровня, необходимого для обеспечения эффективности иммунизации. Начиная с 2002 г., охват своевременной вакцинацией ежегодно превышал 97,5%, чему способствовало также внедрение в практику здравоохранения комбинированной вакцины против кори и эпидемического паротита.

В результате нарушилась многолетняя цикличность эпидемического процесса паротитовирусной инфекции, связанная с накоплением восприимчивых лиц. В течение десятилетия (2005–2015 гг.) на фоне низких показателей заболеваемости практически отсутствовали периодические эпидемические подъемы (см. рис. 1). С 2008 г. заболеваемость эпидемическим паротитом не превышала 1 на 100 тыс. населения.

Сохранялась зимне–весенняя сезонность: до 85% всех случаев заболеваний регистрировали в январе–мае.

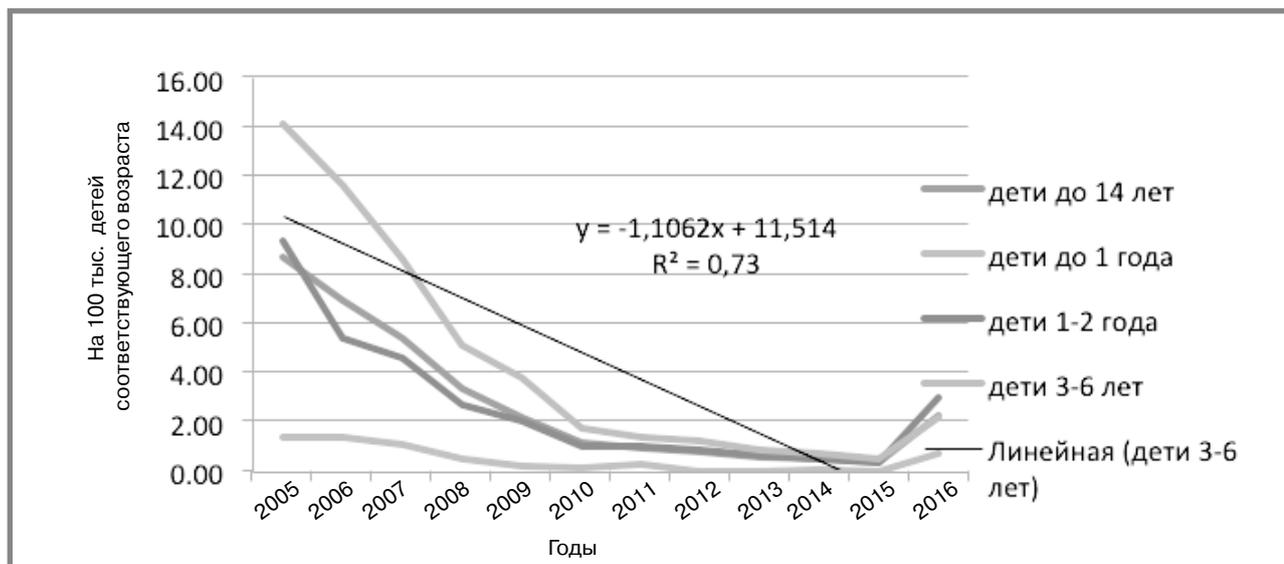
В результате проведения массовой и плановой вакцинопрофилактики эпидемического паротита изменилась возрастная структура заболевших. В период эпидемического подъема заболеваемости паротитной инфекцией в 1997–1998 г.г. дети 3–6 лет в эпидемическом процессе участвовали мало (рост заболеваемости – в 1,7 раза), а заболеваемость среди школьников возросла в 14 раз.

Если в 1999 г. удельный вес лиц старше 14 лет среди заболевших эпидемическим паротитом составлял в среднем 25%, то в 2009 г. он увеличился до 61,4%. В 2015 г. удельный вес лиц 18 лет и старше среди заболевших составил 52,1%, что подтверждает гипотезу о накоплении неиммунных среди взрослых, изложенную выше.

На фоне стабильно высокого уровня охвата своевременной вакцинацией против эпидемического

Рисунок 2.

Динамика заболеваемости эпидемическим паротитом детей разного возраста в Российской Федерации в 2005–2016 гг.



паротита снижение заболеваемости наблюдалось во всех возрастных группах детей (рис. 2).

При анализе эпидемиологической ситуации в Москве были отмечены различия в заболеваемости детей, посещающих и не посещающих детские дошкольные учреждения. Установлено почти полное отсутствие в 2009 заболеваемости эпидемическим паротитом в яслях и младших группах детских садов. Указанное отличие можно объяснить более высоким охватом прививками детей в организованных коллективах, а также частыми контактами с источниками паротитовирусной инфекции восприимчивых детей в дошкольных учреждениях.

Практический интерес представлял сравнительный анализ пораженности эпидемическим паротитом организованных коллективов. Уровень пораженности отдельных коллективов в значительной мере определяется распространенностью инфекции среди различных возрастных групп населения. Так, в 1995–1999 гг. в Москве пораженность эпидемическим школ-интернатов и школ достигала 32,8–52,1%, а к 2009 году она сократилась до 0–2,0%.

Снижение заболеваемости эпидемическим паротитом за изученный период характеризовалось значительным уменьшением очаговости: если в 1998–1999 гг. в школах Москвы регистрировались очаги с множественной заболеваемостью этой инфекцией (в среднем 22–29 случаев в каждом очаге), то в 2009 г. в очагах эпидемического паротита было по 2–3 случая заболевания.

Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о том, что с 2008 г. заболеваемость эпидемическим паротитом в Российской Федерации достигла целевого показателя, определенно ВОЗ для Европейского региона – 1 на 100 тыс.

населения, и не превышала его, т. е. к 2016 г. она стабилизировалась на спорадическом уровне.

В 2016 г. заболеваемость эпидемическим паротитом возросла в 5,85 раза по сравнению с 2015 г. и составила 0,76 на 100 тыс. населения (рис. 3). Всего было зарегистрировано 1106 случаев эпидемического паротита, в т. ч. 629 – у детей до 17 лет включительно.

В масштабах страны с учетом цикличности эпидемического процесса паротитовирусной инфекции 2016 г. можно считать первым годом очередного многолетнего эпидемического подъема заболеваемости после длительного межэпидемического периода.

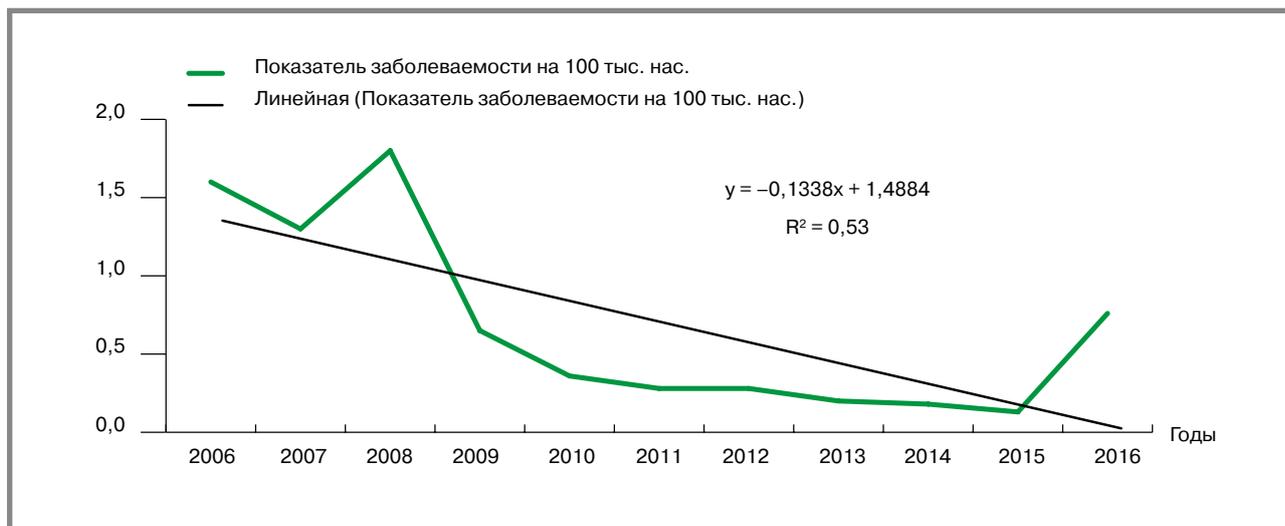
Обращает на себя внимание значительный удельный вес среди заболевших эпидемическим паротитом детей школьного возраста – 55,5%, и взрослых – 43,1%.

Заболеваемость детей в 2016 г. возросла по сравнению с 2015 г. в 6,87 раза и составила 2,19 на 100 тыс. детей до 17 лет (2014 г. – 0,45 и 2015 г. – 0,32). Рост заболеваемости наблюдался во всех возрастных группах детей (см. рис. 2).

При более детальном анализе установлено, что заболеваемость по территории страны распределялась неравномерно. Более чем в половине субъектов Российской Федерации (48 из 85) случаев эпидемического паротита зарегистрировано не было. Показатель заболеваемости, превышающий среднероссийский, отмечен в 7 субъектах Российской Федерации, в т. ч. в Чеченской Республике (46,16 на 100 тыс. населения), Республике Ингушетия (11,32 на 100 тыс. населения), Республике Дагестан (4,93 на 100 тыс. населения), Ставропольском крае (1,79 на 100 тыс. населения), Астраханской области (1,57 на 100 тыс. населения), Республике Адыгея (1,55 на 100 тыс. населения),

Рисунок 3.

Динамика заболеваемости эпидемическим паротитом в Российской Федерации в 2006–2016 гг. (на 100 тыс.)



Ивановской области (1,35 на 100 тыс. населения) (табл.1). В связи с этим возрастная структура заболевших в стране в целом фактически отражает особенности ситуации в регионе Северного Кавказа.

На основании результатов проведенного анализа эпидемиологических данных Управлений Роспотребнадзора 6 из 7 перечисленных выше субъектов федерации можно сформулировать следующие причины осложнения ситуации по эпидемическому паротиту в 2016 г.:

1. Повышенная заболеваемость эпидемическим паротитом в большой степени обусловлена допущенными в прошлом и настоящем погрешностями в охвате вакцинацией и ревакцинацией против этой инфекции.

Абсолютное большинство (80,8%) случаев эпидемического паротита в 2016 г. было зарегистрировано в Северо-Кавказском Федеральном округе, 57,7% – в Чеченской Республике

(638 случаев). Показатель заболеваемости эпидемическим паротитом в Чеченской Республике в 61 раз превысил среднероссийский. Наибольшее число случаев заболевания эпидемическим паротитом зарегистрировано в Чеченской Республике, Республике Ингушетия и Республике Дагестан. Причем в структуре заболевших в Чеченской Республике, Республике Ингушетия и в Ивановской области преобладали дети до 17 лет включительно, а в Республике Дагестан (как и в Астраханской области) больше половины заболевших составили взрослые – 54,7 и 56,25% соответственно. В Республике Дагестан 33,1% заболевших были в возрасте 20–29 лет, 25,5% – подростки 15–17 лет, 20,9% – дети 7–14 лет. В Ставропольском крае на подростков 15–17 лет и взрослых пришлось 66% заболевших, на детей 7–14 лет – 28%.

Однако сравнительный анализ показателей заболеваемости детей в возрасте до 6 лет включительно позволил выявить также недостатки первичной иммунизации детей в последние годы

Таблица 1.

Заболеваемость эпидемическим паротитом различных возрастных групп населения в 2016 г. в семи субъектах Российской Федерации

Наименование территории	Заболеваемость на 100 тыс. населения					
	совокупное население	0–17 лет	из них в возрасте:			
			0–14 лет	до 1 года	1–2 года	3–6 лет
Чеченская Республика	46,16	76,55	82,13	28,13	125,96	82,86
Республика Ингушетия	11,32	21,01	24,01	21,85	42,38	15,35
Республика Дагестан	4,93	7,57	5,92	1,81	2,75	4,46
Ставропольский край	1,79	6,53	3,52	2,76	1,41	0,75
Астраханская область	1,57	3,21	2,63	0,00	6,67	5,38
Республика Адыгея (Адыгея)	1,55	7,49	7,53	0,00	0,00	0,00
Ивановская область	1,35	6,69	7,74	0,00	4,33	4,58

Таблица 2.

Результаты серомониторинга состояния иммунитета к вирусу эпидемического паротита в 2016 г. в семи субъектах Российской Федерации

Территория	Удельный вес (%) серопозитивных в возрастных группах						Все обследованные
	3–4 года	9–10 лет	16–17 лет	20–29 лет	30–35 лет	40–49 лет	
Ставропольский край	71,3	78,9	63,8	72,0	70,0	60,0	69,0
Саратовская область	94,0	100,0	87,0	84,2	79,7	78,0	87,3
Астраханская область	68,0	65,0	55,0	н/д	н/д	н/д	63,7
Республика Дагестан	72,0	60,0	59,7	62,1	88,0	н/д	64,7
Чеченская Республика	95,0	100,0	85,0	88,0	100,0	77,0	91,3
Ивановская область	80,0	90,0	70,3	н/д	н/д	н/д	79,4
Республика Ингушетия	95,1	97,1	94,3	95,8	96,5	94,9	95,7

в Чеченской Республике и Республике Ингушетия, вследствие которых заболеваемость детей в возрасте 1–2 года составила 125,96 и 42,38 на 100 тыс. населения данного возраста соответственно (см. табл. 1).

Согласно данным федерального статистического наблюдения рекомендуемый уровень охвата своевременной вакцинацией против эпидемического паротита (95,0%) достигнут во всех субъектах Российской Федерации, за исключением Ненецкого автономного округа (90,66%) и Чеченской Республики (94,44%). Ревакцинацию против эпидемического паротита в 6 лет получили 96,7% детей (в 2015 г. – 97,2%).

В то же время, в Чеченской Республике 30% (по официальным данным) из числа заболевших эпидемическим паротитом детей не были привиты (в справке не указано однократно или двукратно); в Республике Дагестан доля непривитых среди заболевших составила 46,6%, в Астраханской области – 50%, в Республике Ингушетия – 47%. Эти факты доказывают существенную роль непривитых в развитии эпидемического процесса паротитно-вирусной инфекции.

Регистрация заболеваний эпидемическим паротитом у лиц, привитых против этой инфекции, свидетельствует о еще одной причине осложнения эпидемиологической ситуации:

2. Заболеваемость эпидемическим паротитом привитых лиц обусловлена недостаточным качеством иммунизации (вакцинальными неудачами).

По данным проведенных нами ранее исследований, отсутствие у привитых антител к возбудителю эпидемического паротита может быть обусловлено:

- нарушением режима «холодовой цепи»: перегрев живой паротитной вакцины может привести к снижению антигенной нагрузки серий вакцины, в которых содержание вируса в приви-

вочной дозе ненамного превышает минимально допустимое;

- одновременной вакцинацией моновакцинами против кори и эпидемического паротита без учета соотношения вводимых вакцинных вирусов, поскольку вакцинный вирус кори может подавлять иммунный ответ на вирус паротита;
- нарушение техники вакцинации – проведение инъекции до высыхания антисептика, которым было обработано место инъекции, что может привести к снижению вирусной нагрузки в дозе вакцины;
- недостоверными сведениями о прививках (приписками).

О неодинаковом качестве вакцинопрофилактики свидетельствуют результаты серомониторинга состояния иммунитета к вирусу эпидемического паротита в 2016 г. в 7 субъектах федерации (табл. 2).

Обращает на себя внимание, что в Саратовской области, где случаи эпидемического паротита в течение 2015–2016 гг. не регистрировались, иммунная прослойка к возбудителю этой инфекции значительно выше, чем в Ставропольском крае, где имели место 50 случаев заболевания и на величину иммунной прослойки могли оказать влияние контакты с источниками возбудителя инфекции (так называемый «бустер-эффект»).

3. Отсутствие естественного «бустер-эффекта» вследствие спорадической заболеваемости в течение нескольких лет могло обусловить у некоторых привитых лиц снижение поствакцинального иммунитета до уровня ниже защитного.

Данная гипотеза основана на факте заболевания двукратно привитых лиц, на что указывают специалисты Роспотребнадзора всех семи регионов, из которых поступили материалы для анализа. Однако эта гипотеза нуждается в подтверждении

и она противоречит результатам серологического мониторинга (см. табл. 2).

4. Распространение эпидемического паротита в регионах обусловлено тем, что противоэпидемические и профилактические мероприятия проводились несвоевременно и не в полном объеме.

В частности:

- вследствие отсутствия в субъекте федерации запаса вакцины в очагах эпидпаротита проводилась иммунизация только ранее не привитых и не болевших, а также выявленных по результатам серологического обследования не иммунных лиц, а привитых однократно не ревакцинировали (Ставропольский край, Астраханская область); охват иммунизацией в очагах был неполным – в Чеченской Республике из выявленных 1119 непривитых вакцинировали 985 (88%);
- в течение ряда лет данные серомониторинга показывали высокий процент серонегативных лиц среди отдельных возрастных групп детей и взрослых, однако никаких корректирующих мер не предпринималось (например, в Астраханской области, Ставропольском крае, Республике Дагестан);
- в очагах эпидемического паротита для вакцинации контактных лиц использовали только моновакцину против эпидемического паротита, и при ее отсутствии не применяли имеющуюся в наличии паротитно-коревую вакцину, поскольку она была поставлена для проведения прививок в рамках Национального календаря профилактических прививок (Республика Дагестан);
- вследствие дефицита паротитной вакцины вместо экстренной вакцинации контактных в очагах проводили серологическое обследование и откладывали иммунизацию до получения результатов (Ставропольский край, Республика Дагестан).

5. Распространение эпидемического паротита в регионах обусловлено завозом возбудителя из-за рубежа или из других субъектов федерации.

Так, в 2016 г. в Республике Адыгее зарегистрированы завозные случаи инфекции из Чеченской Республики, Республики Дагестан, в 2017 г. – групповые случаи заболевания среди студентов из Ирака и Туркменистана. В Ставропольском крае причинами возникновения очагов стали завозные случаи из Республики Дагестан, в Ивановской области – завозные случаи из Республики Ингушетия.

В январе–феврале 2017 г. продолжалось ухудшение эпидемиологической ситуации по эпидемическому паротиту

В частности:

- в Республике Дагестан зарегистрировано 247 случаев эпидемического паротита, в том числе у 99 детей до 17 лет (40%);

- в Ставропольском крае зарегистрировано 29 случаев эпидемического паротита, показатель заболеваемости 1,04 на 100 тыс. населения, в том числе в январе – 12, феврале – 17;
- в Республике Адыгее зарегистрировано 19 случаев эпидемического паротита, показатель заболеваемости 4,2 на 100 тыс. населения;
- в Астраханской области зарегистрировано 2 случая эпидемического паротита среди студентов Астраханского медицинского университета;
- в Республике Ингушетия зарегистрировано 2 случая эпидемического паротита у детей до 17 лет;
- в Саратовской области зарегистрировано 12 случаев заболевания эпидемическим паротитом с показателем заболеваемости 0,5 на 100 тыс. населения, в том числе завозных 5 случаев: 2 – из Чеченской Республики и 3 – из Республики Дагестана.

Рекомендации:

- 1.** Для предотвращения дальнейшего роста заболеваемости эпидемическим паротитом в регионах, где в прошлом отмечали недостаточный охват прививками против этой инфекции детского населения, следует провести подчищающую иммунизацию детей школьного возраста, а также студентов первых курсов учреждений профессионального образования, не имеющих в анамнезе вакцинации и/или ревакцинации против эпидемического паротита.
- 2.** В регионах с низким уровнем заболеваемости эпидемическим паротитом, где по данным серомониторинга доля серонегативных к вирусу эпидемического паротита лиц в возрасте старше 6 лет в течение ряда лет превышает 20%, рекомендуется провести массовую ревакцинацию детей школьного возраста предпочтительно паротитно-коревой вакциной.
- 3.** Необходимо в полном объеме проводить вакцинацию в очагах инфекции, как это определено СП 3.1.2952-11 «Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита».
- 4.** Учитывая одинаковые по возрастному составу группы риска в отношении заболевания корью и эпидемическим паротитом, вакцинацию по эпидемическим показаниям возможно (а в ряде территорий – необходимо) проводить паротитно-коревой вакциной. Согласно инструкции по применению препарата «Вакцина паротитно-коревая культуральная живая, лиофилизат для приготовления раствора для подкожного введения», данная вакцина может применяться для профилактики кори и эпидемического паротита: первичной – у детей в возрасте 12 мес. и 6 лет, не болевших корью и эпидемическим паротитом, и экстренной – у детей с 12 мес. и взрослых, имевших контакт с больным корью или эпидемическим паротитом, не болевших этими инфекциями

и не привитых против них (не позднее 72 ч после контакта с больным, при отсутствии противопоказаний). Верхняя граница возраста лиц, которых можно прививать дивакциной, в инструкции не определена.

5. Исходя из возрастной структуры заболеваемости эпидемическим паротитом, верхняя граница возраста контактных лиц, нуждающихся в экстренной иммунизации, составляет не менее 35 лет.

6. Организовать контроль температуры в системе «холодовой цепи» в соответствии с СП 3.3.2.3332-16 «Условия транспортирования и хранения иммунобиологических лекарственных препаратов».

7. В целях исключения технических ошибок и вакцинальных неудач следует организовывать обучение медицинских сестер прививочных кабинетов и прививочных бригад.

Литература

1. Михеева И. В., Лисукова Т. Е., Чекалина К. И. Эпидемический паротит: руководство для врачей В. И. Покровский, ред. Москва: ООО «Медицинское информационное агентство»; 2009.
2. Михеева И. В., Лыткина И. Н., Филатов Н. Н. Унифицированная система управления эпидемическими процессами кори, эпидемического паротита и краснухи: Материалы II Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням. Москва; 2010: 207.
3. Болотовский В. М., Михеева И. В., Лыткина И. Н., Шаханова И. Л. Корь, краснуха, эпидемический паротит: единая система управления эпидемическими процессами. Москва: Боргес; 2004.
4. Лыткина И. Н., Михеева И. В. Унификация системы управления эпидемическим процессом кори, эпидемического паротита и краснухи: Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. 2011; 1 (56): 8–14.
5. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2016 году: Государственный доклад. Москва: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека; 2017.

References

1. Mikheeva I. V., Lisukova T. E., Chekalina K. I. Epidemic parotitis: the guidelines for doctors. Ed.: Pokrovsky V. I. Moscow: Medical news agency; 2009 (in Russian).
2. Mikheeva I. V., Lytkina I. N., Filatov N. N. The unified control system of epidemic processes of measles, epidemic parotitis and rubella. In: Second Annual All-Russian Congress on Infectious Diseases. Moscow; 2010: 207 (in Russian).
3. Bolotovskiy V. M., Mikheeva I. V., Lytkina I. N., Shakhanova I. L. Measles, rubella, epidemic parotitis: uniform control system of epidemic processes. Moscow: Borges; 2004 (in Russian).
4. Lytkina I. N., Mikheeva I. V. Unification of a control system of epidemic process of measles, epidemic parotitis and rubella: Epidemiologia i Vaccinoprofilactica [Epidemiology and Vaccine Prevention]. 2011; 1 (56): 8–14 (in Russian).
5. About a condition of sanitary and epidemiologic wellbeing of the population in the Russian Federation in 2016: State report. Moscow: Federal Service on Consumer Rights Protection and Human Well-Being Surveillance; 2017 (in Russian).

ИНФОРМАЦИЯ РОСПОТРЕБНАДЗОРА

О ситуации по кори в европейских странах и Российской Федерации в 2017 году

Пресс релиз от 07.12.2017

Ситуация по кори в странах европейского региона в текущем году остается неблагоприятной. По данным Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения, высокая заболеваемость корью (вплоть до летальных исходов – более 30) регистрируется: в Румынии (более 4,8 тыс. случаев), Италии (4,9 тыс. случаев), Украине (1,9 тыс. случаев), Германии (более 950 случаев), Таджикистане (685 случаев), Франции (433 случаев), Бельгии (368 случаев). Вспышки кори также зарегистрированы в Австрии, Болгарии, Боснии, Чехии, Греции, Польше, Португалии и др. Министерство здравоохранения и социального обеспечения Великобритании сообщает о росте заболеваемости корью в стране, связанной с эпидемическим подъемом заболеваемости корью в Европе. На начало декабря 2017 г. зарегистрировано 36 случаев кори в трех городах (Ливерпуль, Лидс, Бирмингем), отмечается отсутствие вакцинации у заболевших. В ходе эпидемиологического расследования установлено, что все пострадавшие посещали Румынию и Италию, где в настоящее время отмечается эпидемический подъем заболеваемости корью.

В Российской Федерации в текущем году регистрируется низкая заболеваемость корью при нали-

чи завозных случаев инфекции из неблагоприятных по этой инфекции стран. Заболевания регистрируются среди не привитого против кори населения.

За 10 мес. 2017 г. в целом по стране зарегистрировано 367 случаев кори, показатель заболеваемости составил 0,25 на 100 тыс. населения. В 56 субъектах Российской Федерации случаи кори в текущем году не регистрировались, в 26 – отмечены единичные случаи кори без распространения. Большинство случаев кори среди не привитых взрослых и детей, в том числе групповые очаги в медицинских учреждениях были отмечены в Москве, Московской области и Республике Дагестан. В результате принятых противоэпидемических и профилактических мероприятий очаги кори ликвидированы.

Принимая во внимание высокую контагиозность коревой инфекции, значительный риск возникновения осложнений после перенесенного заболевания, Роспотребнадзор рекомендует всем не привитым против кори лицам сделать прививку против этой инфекции и учитывать ситуацию по кори в Европейском регионе при планировании поездок.

<http://www.rospotrebnadzor.ru/>