

УДК 615.37:616.9-036.2 (575.2) (04)

АКТИВНАЯ ИММУНИЗАЦИЯ ПРОТИВ ПАРОТИТА И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

С.Г. Васикова

Рассматривается эффективность проведения иммунопрофилактики в Кыргызской Республике, представлены данные, отражающие снижение заболеваемости паротитом и необходимость проведения вакцинации.

Ключевые слова: активная иммунизация; паротит; эпидемический процесс.

Эпидемический паротит выявляется повсеместно, встречается в виде спорадических заболеваний и эпидемических вспышек. Последние часто наблюдаются в закрытых и полужакрытых коллективах (детские сады, ясли, школы, интернаты, казармы и др.).

Массовая иммунизация повлекла за собой изменения многолетней периодичности паротитной инфекции. Длительность эпидемического цикла возросла с 3–4 до 8–10 и более лет. При сохранении характерной для довакцинального периода зимне-весенней сезонности отмечается уменьшение амплитуды сезонных колебаний [1].

В Кыргызской Республике вакцинация проводится с 1956 года. Профилактические прививки являются основной мерой, радикально воздействующей на эпидемиологический процесс. Именно прививки обеспечили успех в борьбе с инфекционными болезнями. Вместе с тем это не означает, что необходимо проводить массовую иммунизацию всеми существующими вакцинами. Целесообразность вакцинации теми или иными вакцинами в той или иной стране или территории должна сопоставляться с затратами и полученными результатами [2, с. 31–34].

На сегодняшний день отсутствуют сведения о длительности поствакцинального иммунитета с позиций доказательной медицины, только одно исследование подтвердило 12-летнюю сохранность достаточного количества вируснейтрализующих антител.

Другое исследование эффективности 5 различных штаммов вакцин против паротита было сделано в связи с эпидемией паротита в Канаде и США. Ранние испытания штамма Jeryl Lynn продемонстрировали ее эффективность в 95 % случаев, но в случаях эпидемии эффективность снижалась до 62 %, но все

же она была выше эффективности другого штамма Rubini (ее эффективность была около 0 % в условиях эпидемии). Эффективность штамма Urabe была 54–87 %, но штамм вызывает асептический менингит. О других штаммах эпидемиологической информации мало. Штамм Ленинград – Загреб, который широко используется в развивающихся странах, стоимость которого значительно меньше штаммов, используемых в развитых странах, по-видимому имеет хорошие результаты, в одном исследовании была показана 95 %-ная эффективность этого штамма. С этим штаммом связано развитие асептического менингита, доброкачественное течение которого было показано недавно в Хорватии. Штамм Ленинград-3 по-видимому также эффективен, но вызывает развитие асептического менингита, течение которого менее доброкачественное [3].

Восприимчивость к эпидемическому паротиту довольно высокая. По данным О.А. Подолюка [4, с. 16–20], контактный индекс составляет 0,5 (50 %). Наибольший уровень заболеваемости отмечается у детей в возрасте от 5 до 9 лет. Дети до одного года практически не болеют паротитом. Высокая восприимчивость отмечается и среди взрослого населения (главным образом в возрасте 18–25 лет), не подвергавшегося ранее инфицированию, в частности среди военнослужащих. Мужчины заболевают несколько чаще, чем женщины.

Таким образом, в Кыргызской Республике все еще наблюдаются вспышки паротита в связи с отсутствием второй вакцинации детей в 6-летнем возрасте из-за недостатка вакцины в стране. В то же время ВОЗ рекомендует в странах, где на национальном уровне проводится вакцинация против паротита, проводить двухдозовую вакцинацию.

Имеются заключения, что с 2005 года в более чем 80 % стран из 110, где проводится вакцинация

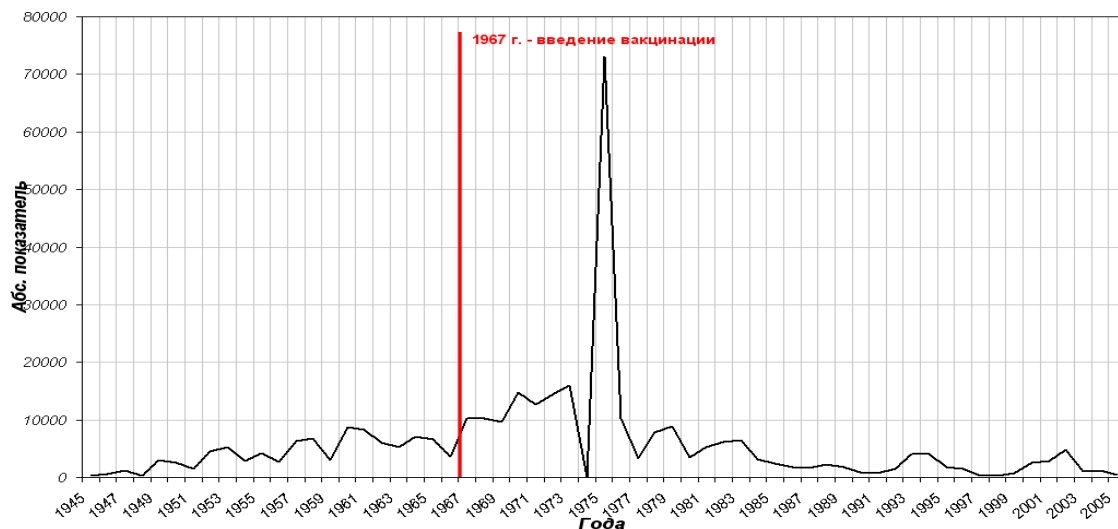


Рисунок 1 – Количество случаев паротита с 1945 по 2009 год

против паротита, имеет место двухдозовая вакцинация. При этом, первая доза обычно вводится детям 12–18 месяцев, вторая с минимальным интервалом в 1 месяц, но обычно вторую дозу дети получают перед поступлением в школу (возраст 6 лет, ВОЗ) [5–6].

Осуществляемая в Кыргызстане активная иммунизация против паротита является высокоэффективной мерой, воздействующей на эпидемический процесс [6].

Методы исследования

1. Проведен обзор имеющихся нормативных документов в области Национальной политики, стратегии иммунопрофилактики, а также Приказов, научных работ и отчетов до начала проведения исследования.

2. Литературный обзор исследований по тематике с использованием баз данных Кохрановской библиотеки, Pubmed, отчетов ВОЗ и CDC (Centers for Disease Control and Prevention), результатов исследований в КР и других странах.

3. Сбор и анализ данных и отчетов Республиканского центра иммунопрофилактики, Республиканского медико-информационного центра, Департамента государственного санитарного эпидемиологического надзора, Республиканской клинической инфекционной больницы, Национального статистического комитета.

4. Статистическая обработка материала проводилась методом вариационной статистики с помощью компьютерных программных пакетов Statlab и Microsoft Excel [6]. Графические иллюстрации построены при помощи компьютерных программных пакетов Microsoft Excel.

Результаты исследования. В довакцинальную эру уровень заболеваемости эпидемическим паротитом в разных странах колебался в очень широких пределах. Исследования, проведенные в 1960–1969 гг., показали, что в США уровень заболеваемости составлял от 80 до 180 случаев на 100 000 населения, в Финляндии – от 156,4 до 435,7, странах Восточной Европы (Польша, Чехословакия, Болгария, Румыния) – от 108,5 до 604,6 на 100 000 населения. При этом исследователи сделали вывод, что истинная заболеваемость в разных странах существенно не различается, а несоответствие статистических данных объясняется неполнотой регистрации больных.

В Великобритании и США, в 2005–2006 годах зарегистрированы крупные вспышки заболеваний эпидемическим паротитом, когда были зарегистрированы крупные вспышки заболеваний эпидемическим паротитом. В структуре больных преобладали взрослые в возрасте 18–24 лет, большинство из которых ранее были привиты одной дозой противопаротитной вакцины. Возможно плановая однодозовая вакцинация против эпидемического паротита не привела к прекращению циркуляции вируса в популяции, но и недостаточная эффективность вакцинальных мероприятий может быть связана с качеством вакцин (условия изготовления, соблюдение “холодовой цепи”) и с особенностями первичного иммунного ответа на прививку.

В Кыргызстане ежегодно регистрируются случаи заболеваний, вызванных данной инфекцией.

На рисунке 1 показаны данные по эпидпаротиту во время вспышек. Число заболевших во вре-

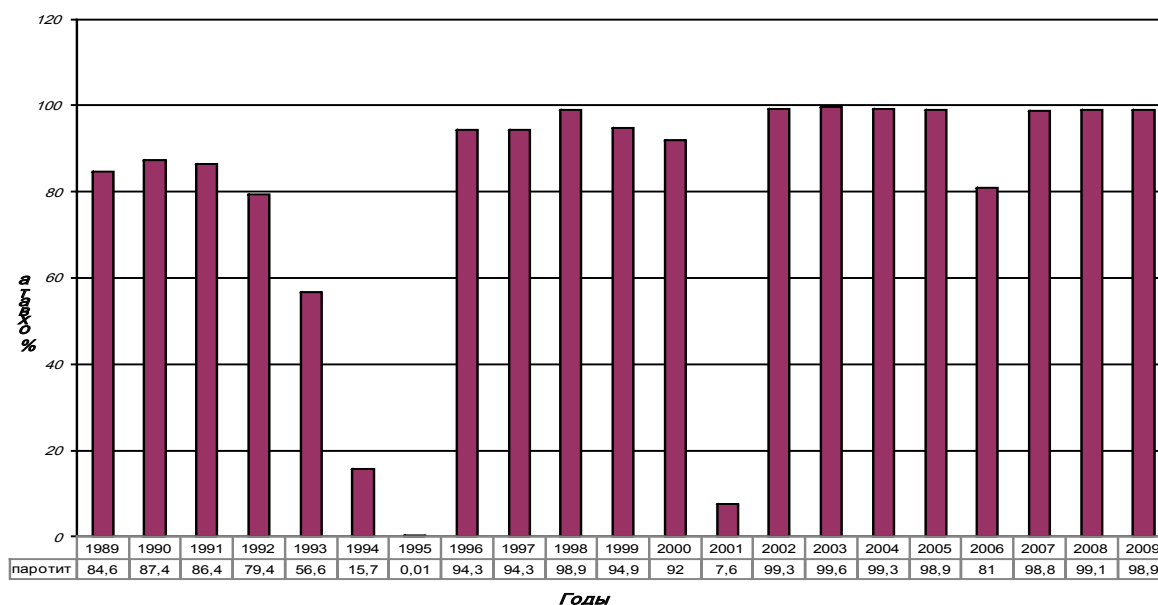


Рисунок 2 – Охват вакцинацией против паротита в КР с 1989 по 2009 г. (%).

мя вспышек достигало до 10 тысяч (1970–1971 гг.) и в 1978 г. регистрируется вспышка: 73 тысяч случаев (РЦИ).

В Кыргызской Республике вакцинация против паротита была начата в 1967 г. Охват вакцинацией колебался значительно: в 1995 г. снизился до почти нулевого значения 0,1 %, в 1998 г. составил 98,9 %.

Следует отметить, что с момента введения вакцины КПК в 2002 г. охват вакцинацией против эпидпаротита сохраняется на высоком уровне до 98–99 % (рисунок 2).

Выводы и рекомендации. 1. Все сказанное выше свидетельствует о необходимости проведения постоянного эпидемиологического надзора за инфекциями, управляемыми средствами специфической профилактики, включая оценку качества вакцинации населения и его иммунного статуса. Только постоянный эпидемиологический контроль за заболеваемостью, качеством и полнотой вакцинации может обеспечить в будущем благополучие в отношении “управляемых инфекций”. 2. Высокий процент охвата прививкой КПК позволил снизить частоту случаев эпидпаротита в КР.

Литература

1. *Андерсон Р.* Инфекционные болезни человека – динамика и контроль / Р. Андерсон, Р. Мэй. М.: Изд-во Научный мир, 2004. 458 с.
2. *Шаханина И.Л.* Методические подходы к оценке экономической эффективности вакцинопрофилактики в условиях Российской Федерации / И.Л. Шаханина // Экономическая основа вакцинации: современные представления. 2000. № 1. (7). С. 31–34.
3. *Подолук О.А.* Эпидемический паротит: “детская болезнь” – взрослые проблемы // Сучасні інфекції. 2009. № 3–4.
4. *Абдикеримов С.Т.* Активная иммунизация и ее влияние на эпидемиологический процесс при “управляемых инфекциях” / С.Т. Абдикеримов, Р.О. Хамзамулин, Э.А. Согомоян // Окружающая среда и здоровье человека: сб. 1995. № 4. С. 16–20.
5. Статистический ежегодник Кыргызской Республики 1993 (часть 1). Бишкек, 1993. 237с.
6. *Боровиков В.П.* Statistica®. Статистический анализ и обработка данных в среде Windows® / В.П. Боровиков, И.П. Боровиков. М., 1998. 592 с.