

ՀՏԴ 616.915/.916.1-036.22-084(479.25)

Կարմրուկի, կարմրախտի տարածվածությունը և իմունական խարգելումը Հայաստանում

Հ.Ս. Հովհաննիսյան, Ն.Ս. Մելքոնյան

*Երևանի Մ.Հերացու անվ. պետական բժշկական համալսարանի
համաճարակաբանության ամբիոն
0025, Երևան, Կորյունի փ., 2*

Բանալի բառեր. կարմրուկ, կարմրախտ, հիվանդացություն, իմունա-
կան խարգելում, պատվաստումներում ընդգրկվա-
ծություն, վարակի վերացում

Զնայած անվտանգ և արդյունավետ պատվաստումների իրականացմանը՝ կարմրուկը դեռևս համարվում է աշխարհում մանկական մահացության հիմնական պատճառներից մեկը [16]: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) կողմից նպատակ էր դրվել մինչև 2015թ. աշխարհում նվազեցնել կարմրուկի հիվանդացությունը մինչև 5 դեպք՝ 1 մլն բնակչի թվով [12], իսկ մահացությունը իջեցնել 2000թ.-ի համեմատ 95%-ով [14]: Սակայն 2015թ. աշխարհում արձանագրվել է կարմրուկով հիմադության 254 928 դեպք (36 դեպք՝ 1 մլն. բնակչի թվով) և կարմրուկից մահվան 134 200 դեպք, այսինքն՝ 2000թ.-ի համեմատ մահացությունը նվազել է 79%-ով [12]:

Կարմրախտը վտանգավոր է պտղի վրա ունեցած բացասական ազդեցության առումով: Հղիության վաղ ժամկետներում կարմրախտով վարակման 90% դեպքերում վարակը կարող է փոխանցվել պտղին և առաջացնել մահ, կամ բնածին կարմրախտային համախտանիշ (ԲԿՀ) [8, 10]: Աշխարհում 2014թ. արձանագրվել է կարմրախտի 33 068 և ԲԿՀ-ի 141 դեպքեր, 2000թ.-ի համեմատ դեպքերը նվազել են համապատասխանաբար՝ 95 և 10%-ով [11]:

1998թ. ԱՀԿ-ը նպատակադրվեց աշխարհում վերացնել կարմրուկը [13], իսկ 2004թ. առաջարկվեց նաև կարմրախտի վերացումը նույնպես ներառել այս ռազմավարության մեջ, որին հետևեց Եվրոպական տարածաշրջանը [2, 15]: Հայաստանի Հանրապետությունում 2002թ.-ին ընդունվեց կարմրուկի վերացման քաղաքականությունը: Եվրոպական տարածաշրջանային ծրագրին համապատասխան՝

կազմվեց ՀՀ-ում կարմրուկի վերացման, խոզուկի և կարմրախտի վերահսկման և բնածին կարմրախտային համախտանիշի (ԲԿՀ) կանխարգելման ազգային ծրագիրը՝ 2002-2009թթ.-ի համար: Այս նպատակով ՀՀ պատվաստումների ազգային օրացույցում 2002թ.-ի օգոստոսին ներդրվեց կարմրուկի, կարմրախտի, խոզուկի (ԿԿԽ) համակցված պատվաստանյութը 2 դեղաչափով, առաջին դեղաչափը (ԿԿԽ1)՝ 12 ամսականում, երկրորդ դեղաչափը (ԿԿԽ2)՝ 6 տարեկանում [1]: Այնուհետև 2007թ. ՀՀ-ում հաստատվեց «Կարմրուկի և կարմրախտի տեղական դեպքերի վերացման, խոզուկի վերահսկման և ԲԿՀ-ի կանխարգելման ազգային ծրագիրը»՝ 2007-2010 թվականների համար [3]: Վերջինիս շրջանակներում 2007թ.-ին Հայաստանի ողջ տարածքում 6-27 տարեկանների շրջանում իրականացվեցին կարմրուկի և կարմրախտի դեմ լրացուցիչ զանգվածային պատվաստումները՝ շուրջ 96% ընդգրկվածությամբ, որի արդյունքները շոշափելի են ներկայումս [3, 4]: 2010թ.-ին հաստատվեց 2010-2015 թվականների իմունականիսարգելման ազգային ծրագիրը, որի հիմնական ռազմավարական ուղղություններից էր՝ կարմրուկի, կարմրախտի և ԲԿՀ-ի տեղական դեպքերի էլիմինացման ապահովումը [5]:

ՀՀ-ում 2016-2020թթ.-ի իմունականիսարգելման ազգային ծրագրով նպատակ է դրվել 2018թ. կարմրուկի և կարմրախտի տեղական փոխանցման վերացման հավաստագրման գործընթացի մեկնարկի, իսկ 2020թ. հավաստագրի առկայության համար: ՀՀ-ում կարմրուկի և կարմրախտի առումով համաճարակային իրավիճակը բարենպաստ է, պատվաստումներում բարձր ընդգրկվածության ապահովման շնորհիվ կարմրուկի և կարմրախտի տեղական փոխանցման դեպքեր չեն արձանագրվում: Սակայն 2013-2015 թվականներին գրանցվել են կարմրուկի բերովի դեպքեր՝ պայմանավորված չպատվաստված բնակչության տեղաշարժերով և տարիների ընթացքում պատվաստումներից հրաժարված բնակչության կուտակումով [6]:

Հետազոտության նպատակն է գնահատել ՀՀ-ում կարմրուկի և կարմրախտի տարածվածությունը և իմունականիսարգելումը:

Նյութը և մեթոդները

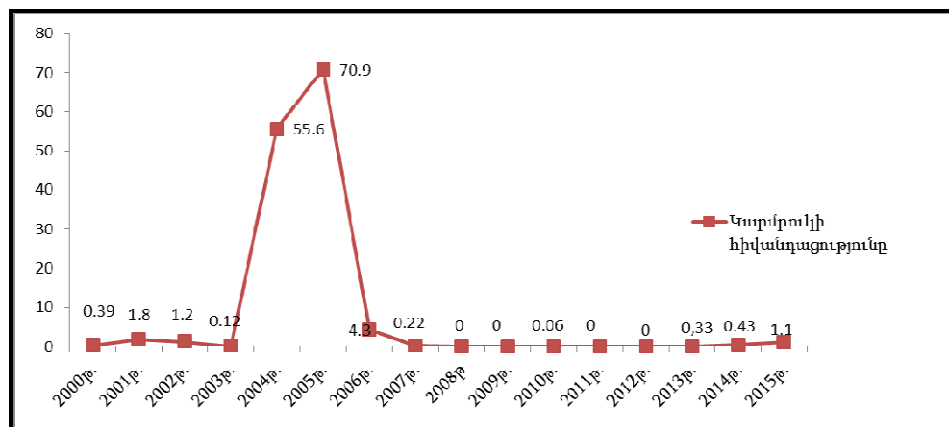
Հետազոտության համար որպես նյութ օգտագործվել է «ՀՀ ԱՆ Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման ազգային կենտրոն» ՊՈԱԿ-ի տեղեկատվական բազան, վարչական վիճակագրական հաշվետվություններ՝ Ձև Պ-4 («Կառավարելի վարակիչ հիվանդությունների վերաբերյալ» հաշվետվություն), Ձև Պ-1 («Մանկական քանակակազմի, հետպատվաստումային անբարեհաջող դեպքերի, կան-

խարգելիչ պատվաստումների, պատահական ծակոցների, բժշկական հակացուցումների և պատվաստումներից հրաժարվողների վերաբերյալ» հաշվետվություն), ՀՀ ԱՆ «Առողջապահության ազգային ինստիտուտ» ՓԲԸ-ի վիճակագրական տարեգրքերը: Օգտագործվել են ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայության ժողովրդագրական տվյալները: Հետազոտությունն ընդգրկել է 2000-2015թթ. ժամանակահատվածը: Հետազոտության համար կիրառվել է ռետրոսպեկտիվ համաճարակաբանական հետազոտության և վիճակագրական մեթոդները: Տվյալների հաշվարկները կատարվել են Microsoft Office Excel համակարգչային ծրագրի միջոցով:

Արդյունքները և դրանց քննարկումը

Կարմրուկի և կարմրախտի վերացման փուլում համաճարակաբանական հսկողության որակի գնահատման համար ԱՀԿ-ի կողմից մշակվել են զգայորոշիչներ, որոնցից առանցքային են համարվում պատվաստումներում ընդգրկվածությունը և հիվանդացությունը: Կարմրուկի, կարմրախտի հիվանդացությունը համարվում է հիմնական էլիմինացիայի ցուցանիշը: Նպատակային ցուցանիշ է համարվում <1 կարմրուկի, կամ կարմրախտի դեպք՝ 1մլն. բնակչի թվով (բացառությամբ բերովի դեպքերը) [9, 16]:

Ստորև պատկերվում է 2000-2015թթ. ժամանակահատվածում ՀՀ-ում կարմրուկի հիվանդացության շարժնթացը (նկ. 1):

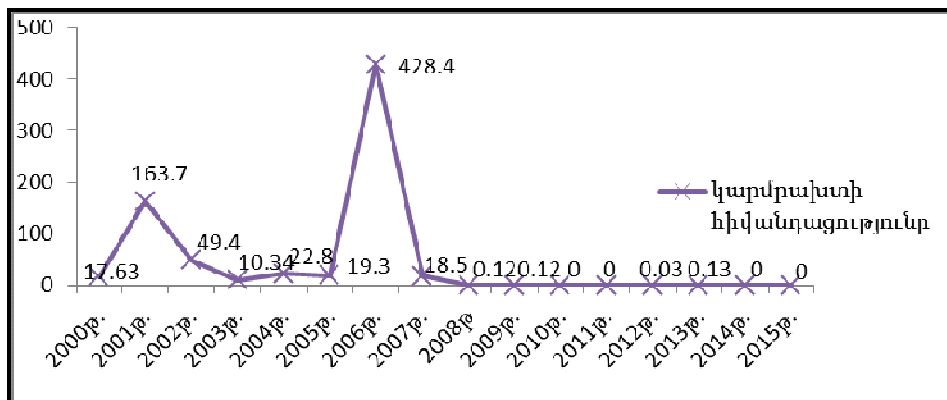


Նկ. 1. Կարմրուկի հիվանդացության շարժնթացը Հայաստանում 2000-2015թթ. ժամանակահատվածում (100 000 բնակչի հաշվով)

ՀՀ-ում 2000թ.-ից մինչև 2004թ. կարմրուկի համաճարակաբանական իրավիճակը եղել է համեմատաբար հանգիստ: 2004թ. և 2005թ.

արձանագրվել են բռնկումներ, որտեղ հիմնականում ներգրավված են եղել 6-27 տարեկան ազգաբնակչության խումբը [7]: Նշված համաճարակաբանական իրավիճակից ելնելով՝ 2007թ. ՀՀ-ում այս տարիքային խմբում իրականացվեց կարմրուկի և կարմրախտի դեմ լրացուցիչ զանգվածային իմունիզացիայի միջոցառում: 2007թ.-ից հետո կարմրուկի և կարմրախտի համաճարակաբանական իրավիճակը եղել է հանգիստ:

Նկար 1-ից երևում է, որ 2000թ., 2001թ., 2002թ., 2003թ. կարմրուկի ինտենսիվ ցուցանիշները եղել են համապատասխանաբար՝ 0.39 (15 դեպք), 1.8 (69 դեպք), 1.2 (40 դեպք), 0.12 (4 դեպք): 2004թ. և 2005թ. նկատվում է հիվանդացության կտրուկ աճ և ինտենսիվ ցուցանիշները կազմել են համապատասխանաբար՝ 55.6 (1783 դեպք) և 70.9 (2281 դեպք): 2006թ. հիվանդացությունը նվազել է՝ 4.3 (137 դեպք), 2007թ.՝ 0.22 (7 դեպք): 2007թ.-ից հետո ՀՀ-ում կարմրուկի տեղական դեպքեր չեն արձանագրվել: 2010թ. արձանագրվել է 2 կարմրուկի դեպք, ինտենսիվ ցուցանիշը կազմել է 0.06, 2013թ., 2014թ., 2015թ.՝ համապատասխանաբար՝ 10 (ինտենսիվ ցուցանիշը՝ 0.33), 13 (ինտենսիվ ցուցանիշը՝ 0.43), 33 (ինտենսիվ ցուցանիշը՝ 1.1) դեպքեր: Սկսած 2010 թ.-ից արձանագրված կարմրուկի դեպքերը դասակարգվել են որպես բերովի դեպքեր, կամ բերովի դեպքի հետ կապված դեպքեր:

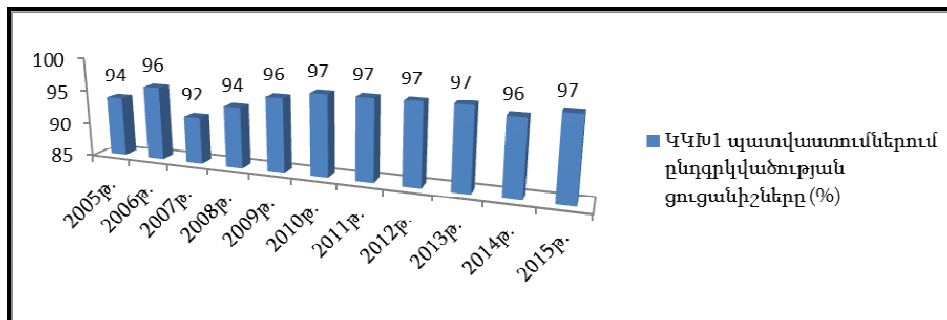


Նկ. 2. Կարմրախտի հիվանդացության շարժընթացը Հայաստանում 2000-2015թթ. ժամանակահատվածում (100 000 բնակչի հաշվով)

Ինչպես երևում է նկար 2-ում պատկերվածից՝ ՀՀ-ում կարմրախտի համաճարակաբանական իրավիճակը 2000-2007թթ. եղել է լարված, այդ ժամանակահատվածում առավել հատկանշվում են 2001թ., երբ ինտենսիվ ցուցանիշը կազմել է 163,7 (5936 դեպք), 2002թ.՝ 49,4 (1586 դեպք), 2006թ.՝ 428,4 (13800 դեպք): 2007թ. արձանագրված դեպքերի

ինտենսիվ ցուցանիշը սկսել է նվազել մինչև 18,5 (598 դեպք): 2007թ.-ից հետո կարմրախտի համաճարակաբանական իրավիճակը եղել է հանգիստ, 2008թ., 2009թ., 2012թ., 2013թ. արձանագրվել են համապատասխանաբար՝ 4 (ինտենսիվ ցուցանիշը՝ 0,12), 4 (ինտենսիվ ցուցանիշը՝ 0,12), 1 (ինտենսիվ ցուցանիշը՝ 0,03), 4 (ինտենսիվ ցուցանիշը՝ 0,13) դեպքեր: Սկսած 2008թ.-ից ՀՀ-ում արձանագրված կարմրախտի դեպքերը եղել են բերովի, կամ բերովի դեպքի հետ կապված:

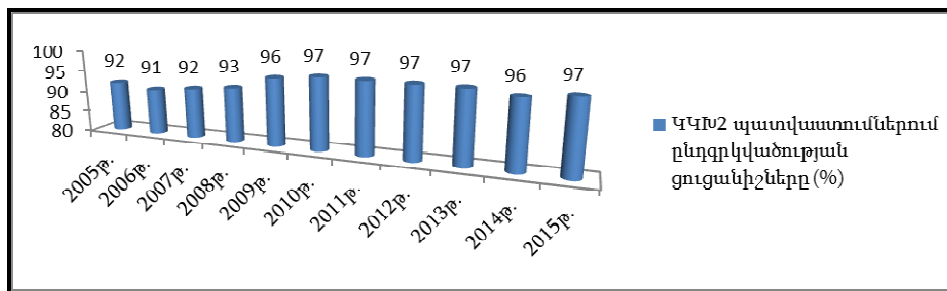
Համաճարակաբանական հսկողության որակի գնահատման մյուս կարևոր ցուցանիշը պատվաստումներում ընդգրկվածությունն է: Կոլեկտիվ անընկալության նպատակային ցուցանիշ է համարվում համապատասխան տարիքային խմբերի ընդգրկվածությունը կարմրուկի և կարմրախտի պատվաստումների 1-ին և 2-րդ դեղաչափերում հասցնել և պահպանել 95% և ավել բոլոր վարչական միավորներում և ազգային մակարդակում [9, 18]: ՀՀ-ում մինչև 2 տարեկան երեխաների կարմրուկի և կարմրախտի պատվաստումների 1-ին դեղաչափում ընդգրկվածության ցուցանիշները 2005-2015թթ. ժամանակահատվածում տատանվել են 92-97% սահմաններում (նկ. 3):



Նկ. 3. Մինչև 2 տարեկան երեխաների ԿԿԽ1 պատվաստումներում ընդգրկվածության ցուցանիշների շարժընթացը Հայաստանում 2005-2015թթ. ժամանակահատվածում՝ արտահայտված տոկոսներով

Նկար 3-ից երևում է, որ մինչև 2 տարեկան երեխաների ընդգրկվածությունը ԿԿԽ պատվաստումների առաջին դեղաչափում 95%-ից ցածր է եղել 2005թ. և 2007թ., մյուս տարիներին այն բարձր է եղել նպատակային ցուցանիշից՝ 96% և 97%:

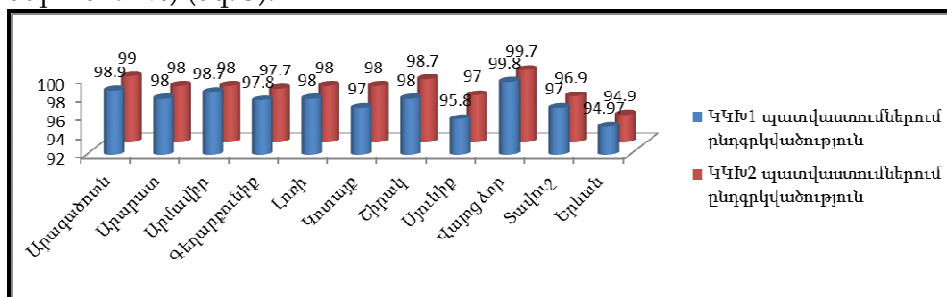
Մինչև 7 տարեկան երեխաների ԿԿԽ պատվաստումների 2-րդ դեղաչափում ընդգրկվածության ցուցանիշները 2005-2015թթ. ժամանակահատվածում տատանվել է 92-97% սահմաններում (նկ. 4):



Նկ. 4. Մինչև 7 տարեկան երեխաների ԿԿԽ2 պատվաստումներում ընդգրկվածության ցուցանիշների շարժընթացը Հայաստանում 2005-2015թթ. ժամանակահատվածում՝ արտահայտված տոկոսներով

Նկար 4-ում պատկերվածից երևում է, որ մինչև 7 տարեկան երեխաների ԿԿԽ պատվաստումների 2-րդ դեղաչափում ընդգրկվածության ցուցանիշները ցածր են եղել 95%-ից 2005-2008թթ. ընթացքում: Սկսած 2009 թ.-ից այն բարձր է եղել նպատակային ցուցանիշից՝ 96% և 97%:

ՀՀ բոլոր մարզերում 2015թ.-ին ապահովվում է ԿԿԽ1 և ԿԿԽ2 պատվաստումներում ընդգրկվածության նպատակային ցուցանիշը, բացի Երևանից, որտեղ ԿԿԽ1 և ԿԿԽ2 պատվաստումներում ընդգրկվածությունը կազմել է 94,9%: Դիտվում են մարզերի առանձին շրջաններ, որտեղ նույնպես չի ապահովվում բավարար ընդգրկվածությունը, Երևանի Կենտրոն և Նորք-Մարաշ վարչական շրջանում (ԿԿԽ1 պատվաստումներում՝ 90,6%, ԿԿԽ2 պատվաստումներում՝ 89,5%), Մալաթիա-Սեբաստիա, Դավիթաշեն և Աջափնյակ վարչական շրջաններում (ԿԿԽ1 պատվաստումներում՝ 94,4%, ԿԿԽ2 պատվաստումներում՝ 93%), Սևանում (ԿԿԽ1 պատվաստումներում՝ 92,9%, ԿԿԽ2 պատվաստումներում՝ 93,5%), Գորիսում (ԿԿԽ1 պատվաստումներում՝ 94%), Մեղրիում (ԿԿԽ1 պատվաստումներում՝ 94%, ԿԿԽ2 պատվաստումներում՝ 94,8%), Դիլիջանում (ԿԿԽ1 պատվաստումներում՝ 92%) (նկ. 5):



Նկ. 5. ՀՀ-ում 2015թ. ընթացքում ԿԿԽ1 և ԿԿԽ2 պատվաստումներում ընդգրկվածության ցուցանիշները՝ ըստ մարզերի և Երևան քաղաքի (արտահայտված տոկոսներով)

-
12. CDC, MMWR, Progress Toward Regional Measles Elimination-Worldwide, 2000-2015, Weekly/November 11, 2016, 65(44);1228-1233.
 13. HEALTH 21: the health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1999 (European Health for All Series, No. 6; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf).
 14. WHO, Global measles and rubella strategic plan: 2012-2020. Geneva, 2012, p.6.
 15. WHO, Regional Committee for Europe resolution EUR/RC55/R7 on strengthening national immunization systems through measles and rubella elimination and prevention of congenital rubella infection in WHO's European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/88086/RC55_eres07.pdf).
 16. WHO Regional Office for Europe, Surveillance Guidelines for Measles, Rubella and Congenital Rubella Syndrome in the WHO European Region, Update, December 2012, p.8-9.

Կատարված հետազոտությունից երևում է, որ Հայաստանում համաճարակաբանական հսկողությունը 2005-2015թթ. ժամանակահատվածում բավականին բարելավվել է, հատկապես կարմրուկի և կարմրախտի հիվանդացության առումով: Սկսած 2008թ.-ից ՀՀ-ում կարմրուկի և կարմրախտի տեղական դեպքեր չեն արձանագրվել, որին նպաստել են 2007թ. կարմրուկի և կարմրախտի դեմ արդյունավետ իրականացրած լրացուցիչ պատվաստումները: Համապատասխան տարիքային խմբերի ԿԿԽ1 և ԿԿԽ2 պատվաստումներում հանրապետական ընդգրկվածության ցուցանիշները, սկսած 2009թ.-ից, հասցվել և պահպանվել են 96%-97%, (նպատակային ցուցանիշը՝ 95% և բարձր), սակայն դեռևս որոշ մարզերում և Երևան քաղաքում կան առանձին շրջաններ, որտեղ պատվաստումներում ընդգրկվածությունը ցածր է նպատակային ցուցանիշից: Վերջինս կարող է տարիների ընթացքում ստեղծել ընկալ բնակչության կուտակում և նպաստել կարմրուկի ու կարմրախտի տեղական դեպքերի առաջացմանը և տարածմանը:

Поступила 08.06.17

Распространенность и иммунопрофилактика кори, краснухи в Армении

А.С.Оганесян, Н.С.Мелконян

Цель данного исследования заключается в оценке заболеваемости и иммунопрофилактики кори и краснухи в Армении.

Результаты исследования показали, что в Армении эпидемиологический надзор за корью и краснухой значительно улучшился в период с 2005 по 2015 годы. В Армении в 2007 году была эффективно проведена кампания дополнительной массовой иммунизации против кори и краснухи, что привело к прерыванию эндемичной передачи. В Армении, начиная с 2008 года, местных случаев кори и краснухи не было зарегистрировано. С 2009 года показатели охвата вакцинацией ККП1 (корь, краснуха, паротит) и ККП2 целевых групп населения на национальном уровне увеличились до 96-97% (целевой показатель $\geq 95\%$). Однако имеются некоторые субнациональные территории, в которых уровень охвата вакцинацией ККП1 и ККП2 ниже целевого показателя, что в дальнейшем может привести к увеличению числа восприимчивых людей и способствовать появлению и распространению местных случаев кори и краснухи.

The immunoprophylaxis and prevalence of measles, rubella in Armenia

H. S. Hovhannisyan, N.S.Melkonyan

The objective of this research has been the evaluation of immunoprophylaxis and morbidity of measles, rubella in Armenia.

The results of this research have shown a significant improvement of the epidemiological surveillance and the morbidity in particular for measles and rubella in Armenia during 2005-2015. Supplementary immunization activities of measles and rubella were conducted effectively in Armenia in 2007, contributing to the interruption of endemic transmission. Since 2008 no endemic cases of measles and rubella have been recorded in Armenia. Coverage with MMR1 and MMR2 vaccinations of appropriate target groups of population has nationwide increased, remaining 96-97% since 2009 (target indicator $\geq 95\%$). However, there are some regions where the level of MMR1 and MMR2 vaccinations coverage is lower than the target indicator, that can result in the increase of the number of susceptible people and lead to onset and spread of endemic cases of measles and rubella.

Գրականություն

1. Հայաստանում կարմրուկի վերացման, խոզուկի և կարմրախտի վերահսկման և բնածին կարմրախտային համախտանիշի վերաբերյալ ազգային ծրագիր (2002-2009թթ.): Երևան, 2002:
2. ՀՀ ԱՆ ազգային ուղեցույց «Կարմրուկի, կարմրախտի և ԲԿՀ-ի համաճարակաբանական հսկողություն», Երևան, 2008:
3. ՀՀ ԱՆ ուղեցույց «Կարմրուկի, կարմրախտի և բնածին կարմրախտային համախտանիշի համաճարակաբանական հսկողություն»: Երևան, 2010:
4. ՀՀ ԱՆ 06.08.2007թ. N 1259-Ա հրաման «ՀՀ-ում կարմրուկի և կարմրախտի լրացուցիչ պատվաստումների կամպանիայի նախապատրաստման և իրականացման մասին»:
5. ՀՀ կառավարության որոշում 14 հունվարի 2010թ., N 46-Ն:
6. ՀՀ կառավարության 2016թ. մարտի 17-ի նիստի N 10 արձանագրային որոշում «2016-2020 թվականների Բմունականխարգելման ազգային ծրագիր»:
7. ВОЗ, Европейское региональное бюро, Совещание по контролю и профилактике вспышек кори в странах Кавказа, 10-11 июля 2013 года, Тбилиси, Грузия.
8. ВОЗ, Европейское региональное бюро, Ежедневный эпидемиологический бюллетень, No 29, 2011, 86, 301-316.
9. ВОЗ, Европейское региональное бюро, Элиминация кори и краснухи. Основы процесса верификации в Европейском регионе ВОЗ. 2014.
10. ВОЗ, Краснуха в Европейском регионе ВОЗ, Информационный бюллетень, Апрель 2015.
11. CDC, MMWR, Global Progress Toward Rubella and Congenital Rubella Syndrome Control and Elimination — 2000–2014, Weekly/September 25, 2015 / 64(37);1052-1055.

-
12. CDC, MMWR, Progress Toward Regional Measles Elimination-Worldwide, 2000-2015, Weekly/November 11, 2016, 65(44);1228-1233.
 13. HEALTH 21: the health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1999 (European Health for All Series, No. 6; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf).
 14. WHO, Global measles and rubella strategic plan: 2012-2020. Geneva, 2012, p.6.
 15. WHO, Regional Committee for Europe resolution EUR/RC55/R7 on strengthening national immunization systems through measles and rubella elimination and prevention of congenital rubella infection in WHO's European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/88086/RC55_eres07.pdf)
 16. WHO Regional Office for Europe, Surveillance Guidelines for Measles, Rubella and Congenital Rubella Syndrome in the WHO European Region, Update, December 2012, p.8-9.