

**ПРОЯВИ ЕПІДЕМІЧНОГО ПРОЦЕСУ КАШЛЮКУ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ
ЙОГО ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКИ В УКРАЇНІ**

О.М. Семенюк, І.П. Колеснікова, В.М. Козел

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Резюме. *Ретроспективний епідеміологічний аналіз захворюваності на кашлюк у багаторічній динаміці дозволив виявити загальні тенденції змін епідемічного процесу кашлюку в Україні у різні періоди проведення вакцинопрофілактики. Наявність в Україні рівня захворюваності на кашлюк, який перевищує спорадичний рівень, збереження проявів циклічності у багаторічній динаміці захворюваності вимагають покращення усіх складових епідеміологічного нагляду за кашлюком, особливо специфічної профілактики, яка за час свого проведення показала найкращі результати для контролю даної інфекції.*

Ключові слова: *кашлюк, ретроспективний епідеміологічний аналіз, циклічність, профілактика, епідеміологічний нагляд.*

Вступ. На сучасному етапі розвитку медичної науки та суспільства кашлюк продовжує залишатися глобальною проблемою охорони здоров'я. Епідеміологічні, соціальні та економічні аспекти захворюваності на кашлюк є актуальними і для України.

Кашлюк відноситься до інфекцій, які мають певні епідеміологічні особливості (насамперед, легкість реалізації повітряно-краплинного механізму передачі збудника інфекції, висока сприйнятливість неімунного населення (індекс сприйнятливості складає 0,7-0,9) та порівняно утруднена рання діагностика захворювання) з яких впливає нездатність профілактичних і протиепідемічних заходів, спрямованих на джерело збудника інфекції та на механізм передачі збудника інфекції ефективно контролювати епідемічний процес при даній нозологічній формі. Тому специфічна профілактика, спрямована на створення несприйнятливості у населення за допомогою активної імунізації традиційно вважається найбільш ефективним засобом боротьби з кашлюковою інфекцією.

Відповідно до рішення Програми "Здоров'я – 21: Політика досягнення здоров'я для всіх у Європейському регіоні ВООЗ – 21 задача на 21-е сторіччя", яка була ухвалена у 1998 році сесією Європейського Регіонального комітету ВООЗ однією з задач для країн-учасників було досягнення до 2010 р. або раніше рівня захворюваності на кашлюк, який складає менше, ніж 1 випадок на 100 тисяч населення [1]. Остаточні дані про інцидентність кашлюку за 2009 рік у країнах Європейського регіону ще відсутні, але оцінюючи проміжні результати можна впевнено казати, що задача щодо цієї інфекції реалізована не була,

захворюваність перевищує цільову, крім того вона у дійсності у більшості країн є значно вищою за представлену у офіційних звітах через неповне виявлення випадків захворювання [2, 3].

Протягом 2008-2009 рр. у практиці охорони здоров'я України спостерігається негативна тенденція до погіршення якості проведення планових щеплень населенню, пов'язана головним чином з появою антивакцинальних настроїв у суспільстві після повідомлень у засобах масової інформації про випадки побічної дії імунобіологічних препаратів, які нібито спостерігалися після виконання профілактичних щеплень громадянам України.

Тому на нашу думку є доцільним проведення ретроспективного епідеміологічного аналізу захворюваності на кашлюк в Україні (окремо вивчити прояви епідемічного процесу в довакцинальний період і протягом різних етапів, коли проводилися щеплення для профілактики кашлюку) для отримання додаткової інформації про ступінь впливу специфічної профілактики на епідемічний процес кашлюку, що є необхідною умовою для визначення місця специфічної імунопрофілактики в епідеміологічному нагляді за цією інфекцією.

Мета роботи: проаналізувати прояви епідемічного процесу кашлюку в багаторічній динаміці за 1945-2008 рр. в Україні для виявлення загальних тенденцій змін захворюваності на кашлюк в різні періоди проведення специфічної профілактики на території України і визначення ролі вакцинації для контролю кашлюкової інфекції.

Матеріали та методи дослідження. Виконаний ретроспективний аналіз багаторічної динаміки захворюваності сукупного населення на кашлюк в Українській РСР та Україні за 1945-2008 рр. Протягом даного відрізка часу з урахуванням змін стратегії профілактики кашлюку виділено три періоди: довакцинальний період (1945-1960 рр.), період впровадження масової вакцинопрофілактики кашлюку (1961-1974 рр.), період багаторічного проведення планової загальної імунізації (1975-2008 рр.).

При проведенні ретроспективного епідеміологічного аналізу використовувалися дані статистичних звітів обласних СЕС, СЕС АР Крим, м.м. Києва та Севастополя "Звіт про окремі інфекційні захворювання" (форма-2 річна) чи їх попередні аналоги, що надходили до МОЗ України та його структур-попередників з 1945 по 2008 роки.

Аналіз циклічності в багаторічній динаміці проводився за допомогою методу автокореляції з використанням ковзаючих середніх на основі попереднього визначення тенденції захворюваності шляхом вирівнювання кривої фактичної захворюваності методом найменших квадратів по прямій.

При проведенні статистичного аналізу результатів досліджень використовувалася комп'ютерна програма Microsoft Office Excel 2003.

Результати дослідження та їх обговорення. Перший період за який вивчалися прояви епідемічного процесу кашлюку - довакцинальний період (1945-1963 рр.). Ці роки є показовими для встановлення загальних закономірностей епідемічного процесу кашлюку за умови відсутності специфічної профілактики або проведення останньої у обмеженому обсязі, оскільки в цей час на території сучасної України (тоді Української РСР) після війни поступово відновилося повноцінне функціонування системи охорони здоров'я, в тому числі санітарно-епідеміологічної служби, що забезпечувало більш достовірні статистичні дані про захворюваність, порівняно з більш ранніми роками, широко використовувалася бактеріологічна діагностика для підтвердження діагнозу. Основою профілактичних і протиепідемічних заходів на той час були заходи в осередках кашлюку [4], рівень імплементації яких був вищий за той, який спостерігався у подальші періоди. Використовувалася ізоляція хворих, їх лікування, вперше з'явилася можливість етіотропного лікування, основою якого наприкінці 1940-х років були аміноглікозиди, а з введенням у клінічну практику в 1953 році еритроміцину, макроліди стали основою специфічної терапії. У окремих випадках застосовувалися дезінфекційні заходи. По відношенню до контактних осіб застосовувалися роз'єднувальні заходи, бактеріологічне обстеження на *Bordetella pertussis*, у ряді випадків використовували хіміопротекцію за допомогою застосування антибактеріальних засобів і/або пасивну імунотекцію з використанням донорського імуноглобуліну. Незважаючи на вищезазначені протиепідемічні заходи інцидентність кашлюку у 1945-1960 рр. сягала дуже високих значень (рис. 1), рівень первинної захворюваності у більшість років знаходився у межах 100-300 випадків на 100 тис. населення. Варто відмітити, що незважаючи на покращення соціальних умов і рівня медичної допомоги у цей період спостерігалася виражена тенденція до зростання захворюваності, що ймовірно була пов'язана як з появою великої кількості дітей, більшість з яких відвідувала дитячі колективи, так і з покращенням показників виявлення випадків кашлюку.

Навіть на графіку багаторічної динаміки захворюваності у цей період можна побачити ознаки наявності циклічності. Після застосування автокореляції з використанням ковзаючих середніх на основі попереднього визначення теоретичних показників захворюваності відповідно до тенденції захворюваності за даний період чітко видно виражену циклічність (рис. 2) з тривалістю циклів 3-4 роки. Враховуючи наявність у той час у більшості дорослого населення та дітей старших вікових груп постінфекційного протикашлюкового імунітету, який має достатні захисні властивості, то така циклічність свідчить про зв'язок періодів зростання захворюваності з накопиченням нових сприйнятливих осіб (дітей перших років життя, які ще не встигли зустрітися зі збудником в умовах його інтенсивної циркуляції), що свідчить про практично повну відсутність впливу використовуваних заходів на епідемічний процес кашлюку.

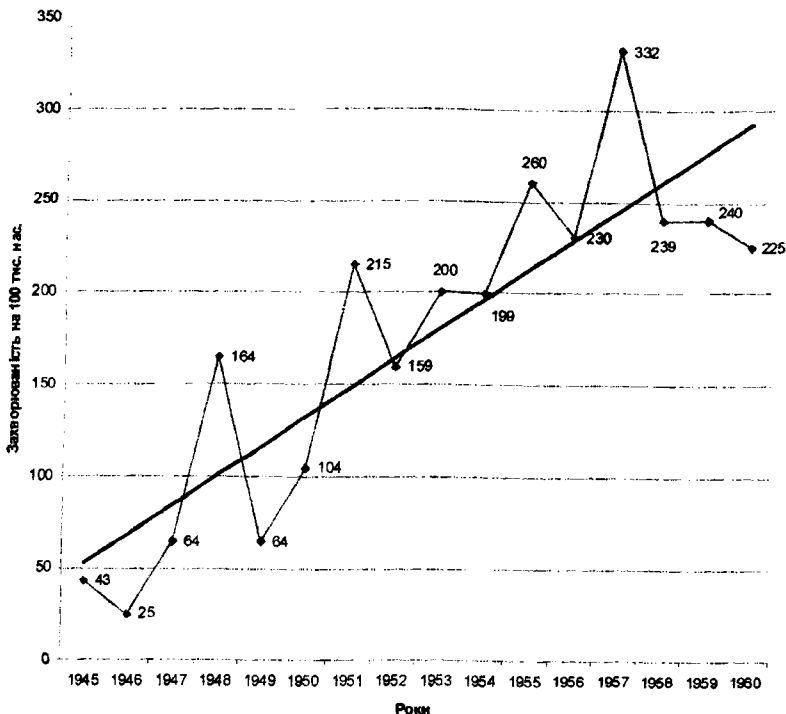


Рис. 1 Багаторічна динаміка захворюваності на кашлюк на території України у довакцинальний період та лінія епідемічної тенденції (1945-1960 рр.).

Наступний період, який можна виділити з позицій вивчення особливостей епідемічного процесу кашлюку у зв'язку з імунопрофілактикою – відрізок часу протягом якого впроваджувалася обов'язкова планова вакцинація дитячого населення на території усієї України і наприкінці якого практично усе дитяче населення було щеплене проти кашлюку (1961-1974 рр.).

Щеплення проти кашлюку почали проводити на території сучасної України з 1958 р., спочатку для обмежених груп дитячого населення у містах Київ та Харків. Щеплення проводили нативними препаратами, що містили вбиті кашлюкові мікроби в розчиненому вигляді. Для цієї мети використовували кашлюкову моновакцину, а також асоційовані препарати (кашлюково-дифтерійна вакцина (КД), кашлюково-дифтерійно-правцева вакцина (КДП)). Ці препарати були порівняно реактогенними, оскільки мали для отримання достатньої імуногенності більший вміст антигенів, порівняно

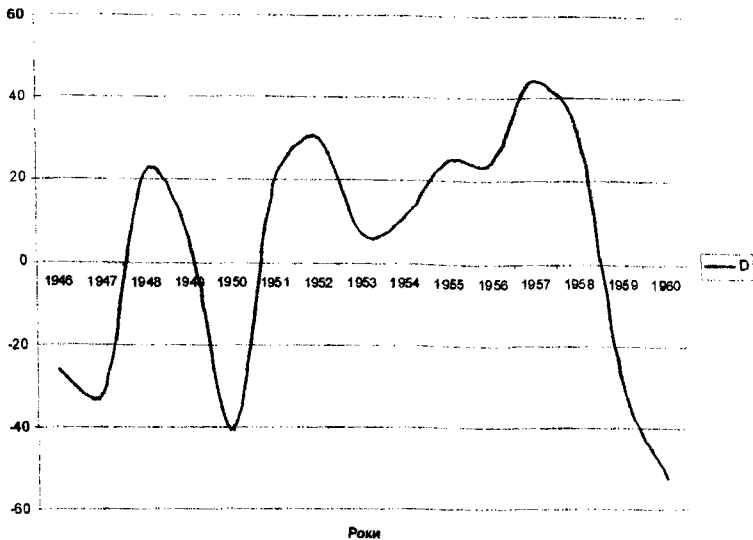


Рис. 2 Циклічність епідемічного процесу кашлюку на території України у довакцинальний період (1945-1960 рр.).

з сучасними вакцинними препаратами. Незважаючи на ці недоліки, з початку 1960-х рр. використання асоційованих нативних препаратів дозволило значно збільшити рівень дітей охоплених первинною вакцинацією по усій території сучасної України, що почало позитивно впливати на епідемічний процес кашлюку. З 1963 р. у широку практику була введена адсорбована кашлюководифтерійно-правцева вакцина, яка являє собою гомогенну суспензію убитих кашлюкових мікробів I фази, очищених і концентрованих дифтерійного та правцевого анатоксинів, адсорбованих на сполуках алюмінію. Використання сполук алюмінію, як ад'ювантів дозволило зменшити кількість антигенів у вакцинній дозі, що позитивно вплинуло на профіль безпеки вакцини. [5]. Було запроваджено загальну планову імунізацію дітей з 3-дозовим первинним вакцинальним комплексом, який починали з 5-місячного віку, та ревакцинаціями, кількість і терміни проведення яких неодноразово змінювалися (у деякі роки використовували ревакцинації до 7-річного віку).

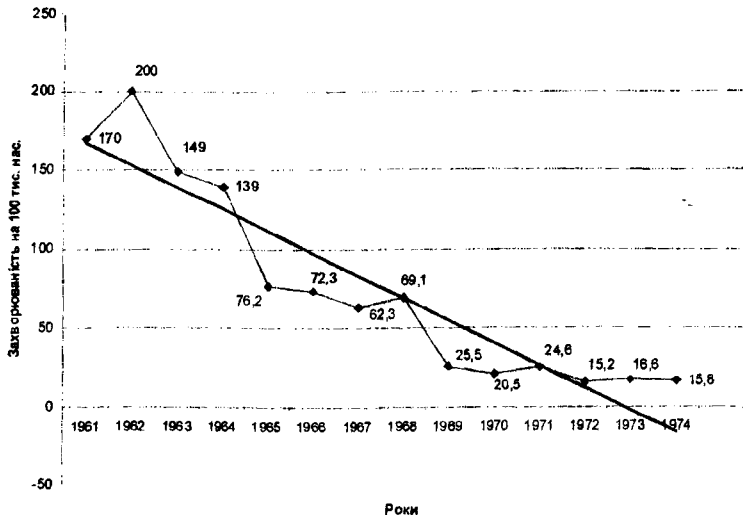


Рис. 3 Багаторічна динаміка захворюваності на кашлюк на території України та лінія епідемічної тенденції у період впровадження планової вакцинопрофілактики (1961-1974 рр.).

Більшість дорослих осіб на той час мали постінфекційний імунітет після перенесеного у дитинстві кашлюку. Питома частка дітей, які отримали щеплення проти кашлюку швидко зростала, що забезпечило відповідні зміни епідеміології кашлюку (рис. 3).

У зазначений період спостерігалася виражена динаміка до зниження захворюваності на кашлюк на території сучасної України і з 1969 року показник інцидентності жодного року не перевищував 30 випадків на 100 тис. нас., що є найкращою ілюстрацією ролі вакцинопрофілактики кашлюку для контролю цієї небезпечної хвороби.

Підтвердженням позитивного впливу активної специфічної профілактики кашлюку є і зміни циклічності у багаторічній динаміці (рис. 4).

Спостерігається зменшення вираженості циклічності та значне подовження відрізка часу між циклічними підйомами захворюваності, що є класичною ознакою поліпшення епідемічної ситуації щодо інфекційного захворювання, особливо з групи дитячих інфекцій дихальних шляхів.

Третій період (1975-2008 рр.) являє собою відрізок часу, протягом якого проводилася планова активна специфічна профілактика кашлюку дітям першого року життя з ревакцинаціями у дошкільному віці на фоні наявності популяційного імунітету, набутого індивідами внаслідок щеплень або

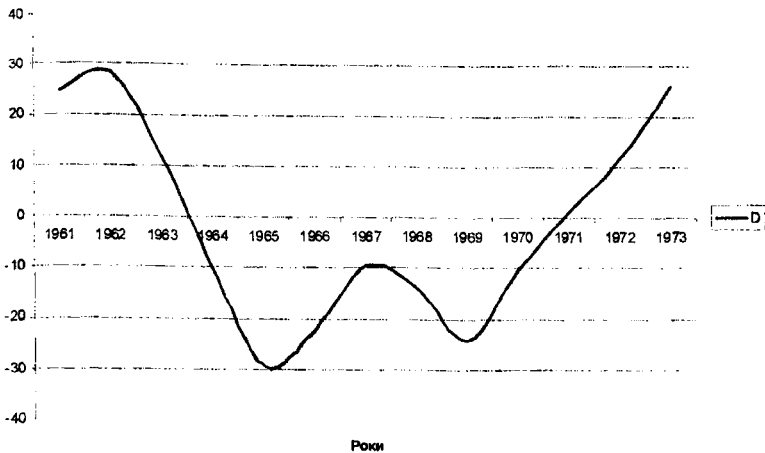


Рис. 4 Циклічність епідемічного процесу кашлюку на території України у період впровадження планової вакцинопрофілактики (1961-1974 рр.)

захворювань. Тактика вакцинопрофілактики неодноразово змінювалася, зі зменшенням віку, коли починається первинна вакцинація та зменшенням кількості планових ревакцинацій (на сьогодні дітям, які отримали вакцинацію АКДП-вакциною, регламентована лише 1 ревакцинація у віці 18 міс.), захворюваність характеризувалася показниками, що є значно благополучнішими, порівняно з попередніми періодами (рис. 5), але не знизилася до рівня, котрий на території Європейського регіону позиціонується як рівень спорадичної захворюваності (менше 1 випадку на 100 тис. населення на рік).

Первинна захворюваність на кашлюк на території України, коли вона входила до складу Радянського Союзу, у вакцинальний період була дещо вищою ніж захворюваність за часів новітньої історії України (з 1991 р.), що радше за все може бути пов'язане зі зменшенням загальної частки дітей за рахунок зниження народжуваності, зменшенням питомої ваги дітей, які відвідують дитячі дошкільні установи, де ймовірність інфікування традиційно є вищою, а також з більш ефективним активним виявленням хворих за часів існування Радянського Союзу та більш широким використанням бактеріологічних обстежень.

При визначенні циклічності у багаторічній динаміці захворюваності на кашлюк в Україні за 1992-2008 рр. (рис. 6) цікавим є присутність чіткої циклічності з тривалістю циклів 3-6 років, навіть за сучасних умов проведення

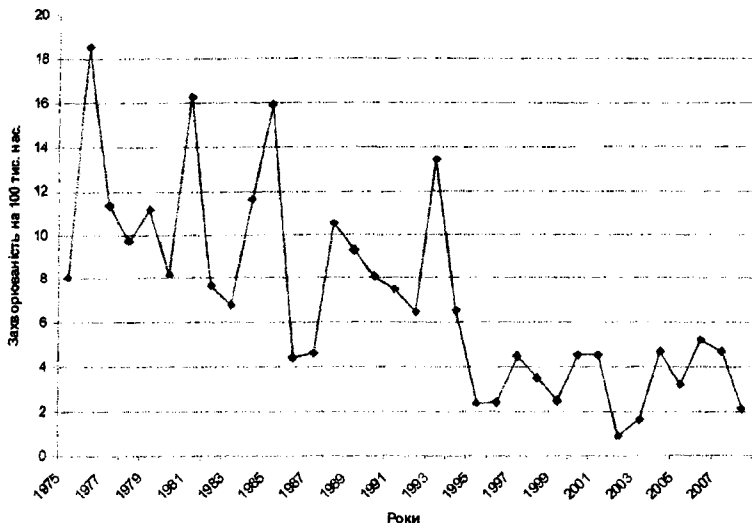


Рис. 5. Багаторічна динаміка захворюваності на кашлюк на території України у період багаторічного проведення вакцинопрофілактики (1975-2008 рр.)

вакцинопрофілактики, що свідчить про неповністю реалізовані можливості контролю за кашлюком.

У цьому світлі перспективними напрямками удосконалення вакцинопрофілактики кашлюку є більш широке застосування у практиці охорони здоров'я вакцин з безклітинним кашлюковим компонентом, що мають кращий профіль безпеки, порівняно з вакцинами, котрі містять цілюноклітинний кашлюковий компонент, не поступаючи останнім у клінічній та епідеміологічній ефективності. Використання ацелюлярних вакцин дозволяє зменшити відсоток дітей з протипоказаннями до щеплень проти кашлюку та позитивно вирішити питання введення бустерної імунізації, яка дозволяє запобігти втраті з віком поствакцинального протикашлюкового імунітету та обмеження циркуляції збудника кашлюку за рахунок високого рівня колективного імунітету.

Перспективним є також удосконалення серологічного моніторингу за рівнем захищеності проти кашлюку населення, регламентоване відповідними офіційними документами [6], але яке, на жаль, проводиться недосконало.

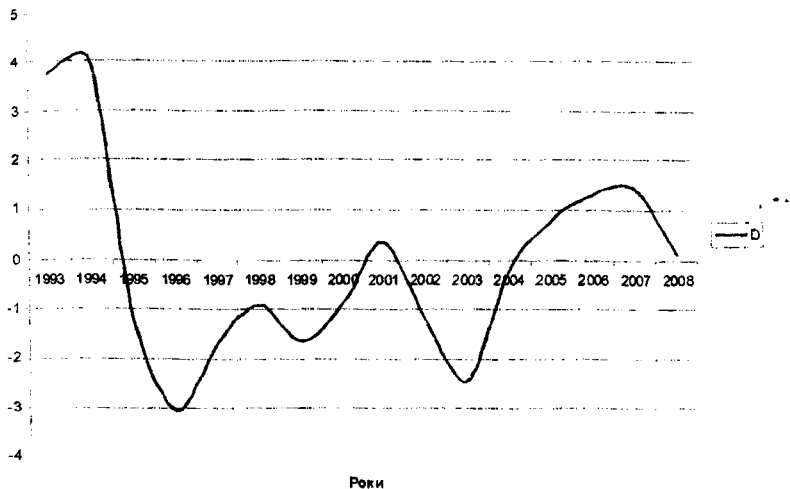


Рис. 6. Циклічність епідемічного процесу кашлюку на території України у період багаторічного проведення вакцинопрофілактики (1992-2008 рр.).

Висновки

1. Аналіз проявів епідемічного процесу кашлюку в багаторічній динаміці за 1945-2008 рр. в Україні дозволив виявити загальні тенденції змін захворюваності на кашлюк в різні періоди проведення специфічної профілактики.

2. Ретроспективний епідеміологічний аналіз захворюваності на кашлюк свідчить про найбільше значення для контролю за цією інфекцією активної специфічної профілактики, оскільки заходи, спрямовані на джерело збудника інфекції (ізоляція, лікування, активне виявлення джерел інфекції серед контактних осіб), механізм передачі збудника інфекції (санітарно-гігієнічні заходи, дезінфекційні заходи) чи контактних осіб (режимно-обмежувальні заходи, хіміопрфілактика, пасивна імунопрфілактика) не є здатними забезпечити стан епідемічного благополуччя без проведення загальної планової вакцинопрфілактики.

3. Перевищення спорадичного рівня захворюваності на кашлюк в Україні, наявність циклічності у багаторічній динаміці захворюваності вимагають покращення епідеміологічного нагляду, особливо тактики вакцинопрфілактики, перспективними напрямками досягнення цієї мети є більш широке і зважене використання вакцин з безклітинним кашлюковим

компонентом, можливість впровадження додаткової ревакцинації та посилення контролю за ефективністю вакцинопрофілактики.

Література

1. Здоровье-21: Политика достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ // 21 задача на 21-е столетие: Европейский Региональный Комитет ВОЗ, сорок восьмая сессия, Копенгаген, 14-18 сентября 1998 г. – Копенгаген: ВОЗ, 1998. – 231 с.
2. Guiso N. Bordetella pertussis and pertussis vaccines // *Clinical Infectious Diseases* 2009;49:1565–1569.
3. Carlsson RM, Trollfors B. Control of pertussis – lessons learnt from a 10-year surveillance programme in Sweden. // *Vaccine*. 2009 Sep 25;27(42):5709-18.
4. Ивашенцов Г.А. Курс острых инфекционных болезней. М.: Медгиз, 1948 – 456 с.
5. Захарова М.С. Проблемы эпидемиологии и иммунологии коклюша и паракоклюша в СССР. М.: 1969, С. 8-22.
6. Наказ МОЗ України)” від 04.07.06 р. № 441 “Про затвердження методичних вказівок “Організація і проведення імунологічного моніторингу за інфекціями, які контролюються засобами специфічної профілактики (дифтерія, правець, кашлюк та кір.

УДК 616.916.1-0.22.1. (477.52/6)

АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА КРАСНУХУ ТА СТАНУ ПРОТИКРАСНУШНОГО ІМУНІТЕТУ

Т.В. Петрусевич, О.В. Зубленко*, А.В. Александрін***

**Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця*

***Український Центр профілактики та боротьби зі СНІДом*

Резюме. В статті наведені дані захворюваності на краснуху в Україні, проаналізований стан протикраснушного імунітету в Східному регіоні України.

Ключові слова: краснуха, захворюваність, синдром вродженої краснухи, вакцинопрофілактика, протикраснушний імунітет.

Вступ. Краснуха зустрічається в світі повсюдно, у дорослих краснуха перебігає важче, ніж у дітей, частіше розвиваються ускладнення. Найчастіше - поліартрит, що триває 1-2 тижні. Енцефаліт виникає рідше (1:5000), проте летальність в цьому випадку складає 20-40%. Краснуха входить до групи TORCH-інфекцій (Toxoplasma, Rubella, Cytomegalovirus, Herpes), що

вважаються потенційно небезпечними для розвитку дитини. На ранніх етапах вагітності це захворювання може викликати загибель плоду або синдром вродженої краснухи (СВК). Для СВК характерні множинні ураження розвитку, особливо мозку, серця, органів зору і слуху.

Відома пандемія краснухи в період 1962-1965 рр, починаючи з Європи розповсюдилась в Сполучених Штатах Америки [1-5]. В ці роки в Сполучених Штатах Америки, згідно з оцінками фахівців, було зафіксовано 12,5 млн. випадків краснухи. Це призвело до 11000 викиднів або терапевтичних абортів і 20000 випадків СВК. З них загинули 2100 новонароджених, 12000 були глухими, 3580 – сліпими і 1800 були розумово відсталими [6].

Найбільш ефективним засобом боротьби з краснухою в усьому світі визнана імунопрофілактика. ВООЗ відносить краснуху до інфекцій, які можуть бути еліміновані за допомогою специфічної профілактики. Реалізація Програми елімінації краснухи в Україні пов'язана з питанням вакцинопрофілактики.

Ефективний контроль за будь-якою інфекцією, в тому числі й за краснухою, можливий на підґрунті системи епідеміологічного нагляду. Існуюча схема епідеміологічного нагляду за краснухою в Україні малоефективна й має рутинний характер. Після впровадження широкомасштабної вакцинації проти краснухи слід поводити облік рівня охоплення щепленнями за віковими групами та територіями. Визначення рівня охоплення щепленнями немовлят і дітей молодшого віку можна здійснювати на основі існуючих систем, проте слід зробити додаткові зусилля для того, щоб проводити оцінку рівня охоплення серед дорослих груп населення. Це дозволить проводити моніторинг ефективності виконання планової загальної імунопрофілактики населення за певний період часу та слугуватиме підставою для проведення подальших заходів.

Матеріали та методи дослідження. Нами було проаналізовано захворюваність на краснуху в Україні за матеріалами офіційної статистики, що надходить до МОЗ України (форма № 2). З метою вивчення стану протикраснушного імунітету було досліджено сироватки крові від 397 осіб віком від 18 місяців до 29 років, з яких 200 осіб з Донецької області та 197 осіб з Луганської області. Всього досліджено сироваток крові серед дітей 0-2 років – 99 осіб, серед дітей 3-6 років – 94 особи, серед дітей 7-14 років – 111 осіб, та серед вікової групи 15-29 років – 93 особи. Всі діти та дорослі в анамнезі не хворіли на краснуху та мали різні дані анамнезу щеплень. Планову вакцинацію проводили вакцинами “Приорікс” і “Тримовакс”.

Рівень специфічних антитіл у крові обстежених визначався методом ІФА за допомогою тест-системи ВекоРубелла – IgG-стрип (виробництво Росія). Характеристика стану імунітету проти збудника краснушної інфекції

оцінювалась за такими критеріями: показник рівня специфічних антитіл менше 10 IU/ml свідчив про відсутність імунітету, від 10 до 15 IU/ml – низький рівень протикраснушного імунітету; від 15 до 50 IU/ml – середній рівень протикраснушного імунітету; вміст протикраснушних антитіл в концентрації 50 IU/ml і вище характеризувався як високий [7, 8]. Отримані результати були статистично оброблені відповідно до загальноприйнятих методик.

Результати дослідження та їх обговорення. В Україні в сучасних умовах краснуха зберігає епідеміологічне та соціальне значення, що обумовлено не тільки високим рівнем захворюваності й розповсюдження, а також розвитком вродженої краснухи.

Останній епідемічний підйом краснухи в Україні було зареєстровано в 2002 р., коли захворіло 162000 осіб (337,69 на 100 тис. населення). Це був найвищий підйом захворюваності з 1991 р.. Відзначаються зміни захворюваності на краснуху серед вікових груп: питома вага осіб віком більше 14 років серед хворих на краснуху в 2006 р. складала 46%.

В 2007 р. захворюваність на краснуху знизилась в 1,9 рази, порівняно з 2005 р. (показник захворюваності на 100 тис. населення 12,42 проти 23,95). В 2008 р. відмічається подальше зниження захворюваності на краснуху до показника 7,52 на 100 тис. населення, що в 1,7 рази нижче за показника захворюваності 2007 р. При цьому підсилилась тенденція зміщення захворюваності в бік дорослого населення старше 15 років, частка якого складає близько 20 %. Така тенденція обумовлена підтриманням високого охоплення (96-99 %) одною та двома дозами краснушкої вакцини дитячого населення. Але відомості про охоплення профілактичними щепленнями це є свідченням імунологічної захищеності вакцинованих осіб, тому в умовах проведення планової вакцинопрофілактики надзвичайно важливим є дослідження напруженості популяційного протикраснушного імунітету.

При вивченні стану протикраснушного імунітету в Східному регіоні встановлено, що 85,6 % обстежених мали високий рівень захисту (більше 50 IU/ml) та у 4,5 % імунітет проти краснухи був відсутній (менше 10 IU/ml). У 9,06 % обстежених осіб зареєстрований середній рівень протикраснушного імунітету (15-50 IU/ml) та у 0,75 % – низький рівень імунітету (10-15 IU/ml). Результати дослідження представлені в таблиці 1.

Найвищі показники захищеності серед дітей вікової групи 1-2 роки. Питома вага дітей з високим титром антитіл склала серед них 93,9 % та лише у 1,01 % імунітет був відсутній. Серед дітей 3-6 років протикраснушний імунітет був відсутній у 3,2 %, а серед дітей 7-14 років – у 2,7 %. Враховуючи те, що масова вакцинопрофілактика краснухи в Україні почалась в 2000-2001 рр., частина дорослого населення не мають щеплення проти краснухи. У віковій групі 15-29 років особи жіночої статті склали 80%. За результатами нашого

Рівень протикраснушних антитіл у Східному регіоні України

Вікові групи	IU/ml		до 10 IU/ml	10-15 IU/ml	15-50 IU/ml	більше 50 IU/ml
	абс.	всього				
1-2 роки	абс.	99	1	–	5	93
	%±m		1,01±1,0%	–	5,05±2,2%	93,9±2,4%
3-6 років	абс.	94	3	2	13	76
	%±m		3,2±1,8%	2,12±1,4%	13,8±3,5%	80,8±4,06%
7-14 років	абс.	111	3	–	10	98
	%±m		2,7±1,5%	–	9,0±2,7%	88,2±3,1%
15-29 років	абс.	93	11	1	8	73
	%±m		11,8±3,3%	1,07±1,0%	8,6±2,9%	78,5±4,2%
всього	абс.	397	18	3	36	340
	%±m		4,5±1,0%	0,75±0,4%	9,06±1,4%	85,6±1,7%

дослідження встановлено, що саме серед вікової групи 15-29 років найбільша кількість осіб у яких відсутній протикраснушний імунітет – 11,8 % та 78,5 % мали високий титр антитіл.

Висновки

Таким чином, встановили, що 85,6 % обстежених мали високий рівень захисту (більше 50 IU/ml) проти краснухи в Східному регіоні; найбільший рівень імунітету проти краснухи виявлено серед дітей 1-2 років, а найбільша кількість неімунних осіб зареєстрована у віковій групі старше 15 років.

Сприйнятливість або наявність імунітету у нещеплених та щеплених осіб можна визначити тільки за допомогою серологічних досліджень. Рекомендується проводити регулярний серологічний скринінг на наявність антитіл проти краснухи у молодих жінок, цей захід є чутливим інструментом моніторингу ступеня ризику виникнення СВК серед населення.

Література

1. "Глава 11 - краснуха". Прививки Справочник 2006. Министерство здравоохранения, Веллингтон, Новая Зеландия. Апрель 2006 года. ISBN 0-478-29926-5.
2. <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/4617/File/2006-11rubella.pdf>. Источник 2007-07-03.
3. Плоткин С. А. "Ликвидация краснухи". Вакцина 19 (25-26): 3311-9, 2001.
4. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0264410X01000731>.
5. Kuper L.Z. Врожденная краснуха в Соединенных Штатах. 1975, Симпозиум по инфекций плода и новорожденного. Нью-Йорк, р. 1

6. В. О. Hanshaw, J.A. Dudgeon и W.C. Marshalla. Вирусные болезни плода и новорожденного, Филадельфия, 1985

7. Nardone A, Miller E. Serological surveillance of rubella in Europe: European Sero-Epidemiology. Euro Surveill. - 2004. - Apr.-9(4). P. 5-7.

8. Маричев І.Л., Процап О.І., Чудна Л.М. Імуногенність вакцин, їх оцінка //Інфекційні хвороби. – 2003. – №2. С. 15-18

9. CDC. Контроль и предотвращение краснухи: оценка и управление подозреваемых вспышек, краснухой у беременных женщин, а также эпиднадзор за синдромом врожденной краснухи MMWR. 2001, 50 (No. RR-12):1-23.

УДК 613.6.01

АНАЛІЗ ЯКОСТІ ПРОФЕСІЙНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ВІДБОРУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ, ЩО ФОРМУЮТЬ РІВЕНЬ ЗДОРОВ'Я ЮНАКІВ, ПРИЗВАНИХ ДО ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ В НАВЧАЛЬНИЙ ЦЕНТР "ДЕСНА"

В.В. Косарчук, А.Д. Захараш

Центральна військово-лікарська комісія ДПС України

Резюме. В статті автор на підставі наукового дослідження результатів професійно-психологічного відбору військовослужбовців та медико-соціальних факторів ризику, що формують рівень здоров'я юнаків призваних до Збройних Сил України, вивчає якість проведення цього відбору та показує основні фактори ризику, що формують рівень здоров'я призовників.

Ключові слова: *призовники, медико-соціальні фактори, рівень здоров'я.*

Вступ. Сьогодні, коли різко зросло практичне значення соціальної інформації і підвищилась роль суспільної думки як соціального інституту в політичних процесах, емпірична соціологія в значній своїй частині функціонує як виробництво. Суттєвий вибух громадського інтересу до соціології, що характерно в період економічних негараздів у різних країнах, потребує великої кількості емпіричних досліджень та опитувань громадської думки.

Передбачається, що проведення опитування допризовної і призовної молоді, військовозобов'язаних (резервістів), військовослужбовців строкової і контрактної служби та офіцерів усіх рангів, вивчення їх думки надасть змогу ліквідувати існуючу в суспільстві напруженість, що виникає у зв'язку з неоднаковим ставленням різних верств населення до виконання загального