

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ ИММУНИЗАЦИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ: ВЫЗОВЫ, ВОЗМОЖНОСТИ, ПЕРСПЕКТИВЫ*

¹Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, ²Центральный НИИ эпидемиологии, Москва

A.Yu.Popova¹, E.B.Ezhlova¹, A.A.Melnikova^{1,2}, I.V.Mikheeva²

IMPLEMENTATION OF THE PROGRAM OF IMMUNIZATION IN THE RUSSIAN FEDERATION AT THE PRESENT STAGE: CHALLENGES, OPPORTUNITIES, PROSPECTS

¹ Rospotrebnadzor, ² Central Research Institute of Epidemiology, Moscow, Russia

Журн. микробиол., 2018, № 6, С. 3—10 (Zh. Mikrobiol. (Moscow), 2018, No. 6, P. 3—10)

Иммунизация признана во всем мире одной из самых успешных и эффективных мер по сохранению жизни и здоровья людей.

В России массовая плановая иммунизация населения началась с конца 50-х — начала 60-х годов: в 1957 г. введена иммунизация против дифтерии, с 1960 г. — против полиомиелита, коклюша и столбняка, с 1968 г. — против кори, с 1982 г. — против эпидемического паротита, с 1998 г. — против вирусного гепатита В и краснухи.

За более чем шесть десятилетий достигнуты реальные успехи в снижении заболеваемости рядом инфекций. Благодаря иммунизации уровень заболеваемости управляемыми вакцинопрофилактикой инфекциями (корью, дифтерией, коклюшем, эпидемическим паротитом, краснухой, гепатитом В) по сравнению с допрививочным периодом снизились в десятки, сотни и тысячи раз: дифтерией — в 5000 раз (с 50-90 до 0,01 на 100 тыс. населения), корью — в 7000 раз (с 800-1000 до 0,12 на 100 тыс. населения), краснухой — в 6000 раз (с 120 до 0,02 на 100 тыс. населения), коклюшем — в 60 раз (с 200-400 до 5,6 на 100 тыс. населения), столбняком — в 90 раз (с 0,9 до 0,01 на 100 тыс. населения), острым гепатитом В — в 32 раза (с 30 до 0,94 на 100 тыс. населения).

Сегодня Российская Федерация вместе с другими странами реализует Глобальный план в отношении вакцин. В России цели государственной политики в области иммунизации абсолютно соответствуют целям Европейского плана действий в отношении вакцин (ЕПДВ) на 2015-2020 годы: поддержание статуса страны, свободной от полиомиелита (Цель ЕПДВ 1), элиминация кори и краснухи (Цель ЕПДВ 2), контроль распространения гепатита В (Цель ЕПДВ 3), достижение региональных целевых показателей охвата вакцинацией (Цель ЕПДВ 4), принятие основанных на доказательных данных решений о внедрении новых вакцин (Цель ЕПДВ 5), обеспечение финансовой устойчивости национальных программ иммунизации (Цель ЕПДВ 6).

Одним из важных аспектов выполнения ЕПДВ представляется обеспечение в рамках эпидемиологического надзора сбора качественных (достоверных) данных об иммунизации и эпидемическом процессе и расширение их использования, в том числе для принятия эффективных управленческих решений. Необходимо также развитие научных исследований и разработка новых вакцин, скорейшее их внедрение, а также приоритетность подготовки кадровых ресурсов.

В Российской Федерации заболеваемость инфекционными болезнями, управляемыми средствами специфической профилактики, в целом, находится на низком

* Статьи данного номера являются переработанными материалами докладов XI съезда ВНОЭМП (*прим. ред.*)

Экономическая значимость некоторых инфекционных болезней в Российской Федерации в 2017 году

Нозологические формы	Ущерб, тыс. руб.
Туберкулез (впервые выявленный) активные формы	35 457 079,8
Ветряная оспа	12 669 590,0
Грипп	1 391 023,1
Вирусный гепатит А	1 021 219,7
Острый вирусный гепатит В	280 224,8
Менингококковая инфекция	271 691,4
Коклюш, паракоклюш	185 290,4
Эпидемический паротит	130 522,1
Корь	42 568,1
Туляремия	31 260,9
Лептоспироз	11 691,4
Брюшной тиф и паратифы	8 288,0
Столбняк	1 872,6
Краснуха	175,3
Дифтерия	0

уровне. Однако экономическая значимость данных нозологий, обусловленная наносимым ущербом, выраженная в стоимостных показателях, остается на достаточно высоком уровне (табл.)

По отчетным данным охват населения своевременной иммунизацией в рамках национального календаря профилактических прививок в декретированных возрастах стабильно составляют не менее 95%.

Вместе с тем, в последние годы на фоне активизации миграционных процессов отмечается рост числа лиц (детей и взрослых), не привитых вследствие отказов от иммунизации, необоснованного расширения списка медицинских противопоказаний к вакцинации, в результате чего осложнилась эпидемиологическая ситуация по некоторым инфекциям.

За последние годы в мире достигнут определенный прогресс в реализации основных целей Стратегического плана ликвидации полиомиелита и осуществления завершающего этапа в 2013—2018 гг.

Благодаря высокому уровню охвата детей профилактическими прививками против полиомиелита Россия в составе Европейского региона в 2002 году получила статус страны, свободной от полиомиелита, что ежегодно подтверждается Европейской сертификационной комиссией.

Но риск завоза вирусов полиомиелита (диких или вакцинородственных-ВРПВ) из других, в том числе эндемичных по полиомиелиту стран (в 2017 г. — Афганистан и Пакистан), остается. Кроме того, в двух странах мира (Демократической Республике Конго и Сирийской Арабской Республике) выявлена циркуляция ВРПВ типа 2, поэтому необходимо продолжение рутинной иммунизации до тех пор, пока не удастся в глобальном масштабе достигнуть цели ликвидации полиомиелита, которая поставлена ВОЗ на ближайшее десятилетие.

Внедрение с 2008 года иммунизации детей первого года жизни инактивированной вакциной против полиомиелита позволило решить проблему возникновения тяжелейшего поствакцинального осложнения — вакциноассоциированного полиомиелита (ВАПП). С 2009 года до 2017 года случаи ВАПП у реципиентов вакцины практически не регистрировались (за исключением 1 случая в 2015 году вследствие индивидуальных особенностей иммунитета ребенка).

Однако продолжают иметь место факты нарушения национального календаря профилактических прививок в части проведения первой и второй аппликации в курсе первичной иммунизации против полиомиелита живой оральной вакциной (БОПВ) вместо инактивированной (ИПВ). Такие случаи выявлены в Тверской, Курской, Курганской, Архангельской областях, Чеченской Республике, Москве и Московской области. Подобная практика является нарушением требований санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2951—11 «Профилактика полиомиелита» и может послужить причиной возникновения вакциноассоциированного полиомиелита у привитых детей.

В 2009-2016 гг. и за 9 мес. 2017 г. случаи ВАПП были зарегистрированы в 15 субъектах Российской Федерации. Всего зарегистрировано 20 случаев заболевания, из них 5 случаев ВАПП у реципиента ОПВ и 15 случаев ВАПП у детей, контактировавших с недавно привитыми ОПВ.

Все дети, у которых развился ВАПП после контакта с привитыми ОПВ детьми, не были привиты против полиомиелита по причине отказа родителей от иммунизации или из-за длительных, в т.ч. необоснованных, медотводов. Контакт в большинс-

тве случаев происходил в домашнем очаге, но также были отмечены случаи контакта в закрытых детских коллективах (Алтайский край, Самарская область) и в детском саду (Чеченская Республика).

В четырех из пяти случаев ВАПП у реципиентов ОПВ заболевание развилось после получения ранее не привитыми против полиомиелита детьми первой дозы ОПВ вместо ИПВ (2014 г. — в Республике Дагестан, 2016 г. — в Архангельской области, 2017 г. — в г. Москве и Московской области).

В одном случае ВАПП развился у ребенка из Иркутской области, получившего 4 прививку против полиомиелита ОПВ, первые три прививки были проведены ИПВ. У данного ребенка выявлены признаки иммунодефицита, в т.ч. результаты серологических исследований косвенно свидетельствовали о сниженном иммунном ответе на вакцинацию.

Благодаря принятым в последние годы дополнительным мерам по иммунизации населения против кори, в 2016 году заболеваемость этой инфекцией снизилась в 4,8 раза. Было зарегистрировано 178 случаев кори, показатель заболеваемости составил 0,12 на 100 тыс. населения. В 2017 г., по сравнению с 2016 г., заболеваемость корью выросла в 4,1 раза и составила 0,49 на 100 тыс. населения.

В некоторых субъектах Российской Федерации продолжают регистрироваться групповые очаги кори, что свидетельствует о недостатках в работе по иммунизации населения против этой инфекции. За 2017 год было сформировано 404 очага кори, из них 78,2% (316) составляли очаги с одним случаем заболевания и 21,8% (88) — очаги с распространением инфекции. Очаги с вторичным распространением наблюдались только на 9 территориях из 31, где регистрировалась заболеваемость. В 2017 году было зарегистрировано 30 очагов внутрибольничного заражения корью (в Республике Дагестан, Московской области, Ставропольском крае, Москве, Республике Крым), где пострадали 127 человек. Максимальное число заболевших в одном очаге — 15 чел. (г. Москва).

Продолжают регистрироваться локальные вспышки кори, в 2017 г. — 24 вспышки в 6 субъектах страны (г. Москва, Московская область, Республики Крым, Дагестан, Ставропольский и Хабаровский края), в которых пострадали 194 человека, из них 80,4 % составили дети.

Возникновение групповой заболеваемости корью на фоне высокого охвата прививками (95% и более) свидетельствует об имеющихся недостатках в организации иммунопрофилактики кори, в том числе о возможном недоучете не привитого населения, ошибках при планировании, недостоверности представляемых отчетных данных, что подтверждается выявлением при эпидемиологическом обследовании очагов инфекции определенной когорты лиц, не привитых и не защищенных от кори. Например, в Свердловской области даже после проведения противоэпидемической вакцинации в очагах оставалось около 20% не привитых против кори лиц, что сохраняло риск распространения инфекции. В Республике Дагестан по результатам серологических исследований в индикаторных группах детей в возрасте 9-10 лет и 16-17 лет выявлено от 12 до 20% серонегативных к вирусу кори.

Заболеваемость корью поддерживается населением, не привитым против кори, и лицами с неизвестным прививочным анамнезом, в том числе цыганским населением, членами религиозных общин и другими труднодоступными для иммунопрофилактики группами населения. Основной причиной отсутствия прививок у детей и взрослых являлись отказы от вакцинации.

В целях укрепления программы иммунизации Роспотребнадзор инициировал расширение возрастных границ для вакцинации против кори населения, относящегося к группам риска, до 55 лет, в связи с чем в приказ Министерства здравоохранения России внесены соответствующие изменения (приказ МЗ РФ от 16.06.2016 №370н).

Ежегодно в преддверии эпидемического сезона по гриппу и ОРВИ в Российской Федерации организуется вакцинация населения против гриппа.

В соответствии с Национальным календарем профилактических прививок (приказ Минздрава России от 21.03.2014 №125н) иммунизация против гриппа проводится детям с 6 месяцев, учащимся школ, образовательных организаций высше-

го и профессионального образования, взрослым, работающим по отдельным профессиям и должностям (работники медицинских и образовательных организаций, транспорта, коммунальной сферы), беременным женщинам, лицам старше 60 лет, а также лицам с хроническими заболеваниями.

Благодаря комплексным усилиям в преддверии эпидемического подъема заболеваемости гриппом и ОРВИ 2017-2018 гг. в стране против гриппа привито максимальное за последние годы количество лиц — около 62,8 млн человек (свыше 43,4% от численности населения). Наиболее успешно вакцинация против гриппа проведена в Республика Тыва, Краснодарском крае, Санкт-Петербурге, Пензенской области, Хабаровском крае и Амурской области. В целом, необходимо отметить существенную положительную динамику охвата профилактическими прививками против гриппа за последние 6 лет (с 26,4 до 43,4% численности совокупного населения).

Вместе с тем, показатели охвата иммунизацией против гриппа групп риска в Российской Федерации не достигли значений, рекомендованных ВОЗ (75%), и здесь предстоит еще поработать.

О результативности вакцинопрофилактики гриппа наглядно свидетельствует динамика заболеваемости: при увеличении охвата иммунизацией с 4,9 млн человек в 1996 г. до 55,9 млн человек в 2016 г. заболеваемость гриппом снизилась в 85,5 раза — с 5173,8 на 100 тыс. населения в 1997 г. до 60,5 в 2016 г.

Таким образом, массовая иммунизация населения против гриппа наряду с применением комплекса других профилактических и противоэпидемических мероприятий позволяет существенно снижать интенсивность эпидемического процесса гриппа и бремя его социально-экономических последствий.

Наряду с прививками, включенными в национальный календарь профилактических прививок, в субъектах Российской Федерации осуществляется иммунизация населения, прежде всего из групп риска, по эпидемическим показаниям: против сибирской язвы, чумы, желтой лихорадки, бешенства, клещевого вирусного энцефалита, туляремии, бруцеллеза, лептоспироза.

При этом следует отметить, что в последние годы объем иммунизации по эпидемическим показаниям снизился как в целом, так и по многим видам прививок.

Кроме того, в 2017 году не достигнуты плановые значения иммунизации населения против клещевого энцефалита (охват вакцинацией — 70,8%, ревакцинацией — 89,5%), туляремии (охват вакцинацией — 37%, ревакцинацией — 71,5%), бруцеллеза (охват вакцинацией — 91,9%, ревакцинацией — 87,9%), что не позволяет обеспечить надлежащую эффективность проводимых профилактических мероприятий в отношении перечисленных инфекций.

Развитие государственной программы иммунизации невозможно без совершенствования национального календаря профилактических прививок.

В настоящее время в Российской Федерации первичный вакцинальный курс прививок против полиомиелита состоит из трех аппликаций: две прививки инактивированной полиомиелитной вакциной — ИПВ (для первой и второй вакцинации) и одна — бивалентной оральной живой полиомиелитной вакциной — БОПВ, которая также используется для ревакцинации детей в возрасте 18 мес., 20 мес. и 14 лет.

Вакцина ИПВ содержит аттенуированные штаммы вируса полиомиелита всех трех типов (1, 2 и 3), вакцина БОПВ — только двух (1 и 3), в связи с чем формирование иммунитета к вирусу 2 типа при данной схеме иммунизации (2ИПВ + 1БОПВ) не будет гарантировано, так как требует проведения не менее трех аппликаций. Таким образом, с момента перехода на применение БОПВ в популяции будут накапливаться контингенты детей с отсутствием иммунитета к вирусу 2 типа, то есть не защищенных от данного вируса.

При этом в развитых странах, в т.ч. европейских, США и др. для рутинной вакцинации в рамках национальных программ иммунизации применяются только ИПВ, содержащие вирусы трех типов, в связи с чем популяционный иммунитет там постоянно поддерживается к вирусам всех трех типов.

С учетом данного опыта, целесообразно рассмотреть вопрос о введении третьей прививки ИПВ в национальный календарь. Это предложение поддержано Союзом

педиатров России и специалистами Института полиомиелита и вирусных энцефалитов им. М.П.Чумакова (письмо от 29.12.2015 №593).

Применение вакцины ИПВ для третьей аппликации в курсе первичной иммунизации против полиомиелита позволило бы поддерживать коллективный иммунитет, прежде всего среди детей первых лет жизни, наиболее восприимчивых к полиомиелиту.

Для принятия такого решения потребуется закупка дополнительно около 1,7 млн доз вакцины (стоимость одной дозы — около 300 руб.).

В настоящее время Предприятие по производству бактериальных и вирусных препаратов ИПВЭ им. М.П.Чумакова проводит разработку отечественной вакцины ИПВ. Считаю целесообразным поддержать данный проект и принять меры по ускорению его реализации. Наличие отечественной инактивированной вакцины обеспечит поддержание эпидемиологического благополучия страны, значительно снизит расходы по закупке импортных вакцинных препаратов, будет способствовать выполнению международных обязательств Российской Федерации в области выполнения программы ликвидации полиомиелита.

С 2011 года в национальный календарь профилактических прививок Российской Федерации введены прививки против гемофильной инфекции типа b, которые также включены в национальные календари большинства зарубежных стран. Для иммунизации детей в России используются как зарубежные, так и отечественная вакцина против гемофильной инфекции типа b, не уступающая по эффективности и безопасности зарубежным аналогам.

Вместе с тем, вакцинация против гемофильной инфекции типа b проводится ограниченным контингентом детей — только группам риска (400–500 тыс. ежегодно — около 24% детей первых лет жизни), тогда как в США, странах Европейского региона и многих странах СНГ прививаются все дети до 2 лет.

Согласно рекомендаций ВОЗ и Союза педиатров России, прививки против гемофильной инфекции должны получать все дети первых лет жизни. 100% охват иммунизацией детей первых лет жизни против этой инфекции является одним из индикаторов выполнения «Глобального плана действий в отношении вакцин», принятого странами на 66 Всемирной Ассамблее Здравоохранения (2013).

Расширение контингентов, получающих прививки против гемофильной инфекции, позволит снизить заболеваемость и смертность населения от пневмоний и гнойных менингитов, в этиологической структуре которых гемофильная палочка типа b занимает одно из ведущих мест. Также снизится заболеваемость отитом, синуситом, остеомиелитом. Ориентировочная потребность в моновакцинах против гемофильной инфекции составит при условии вакцинации детского населения в декретированных возрастах около 5 млн доз. В настоящее время отечественным производителем вакцины по собственной передовой технологии (Ростовский НИИМиП Роспотребнадзора) производится только около 300 тыс. доз ежегодно.

В 2014 году в национальный календарь введена прививка против пневмококковой инфекции для детей первых лет жизни, а также в календарь по эпидпоказаниям для иммунизации взрослых. В 2017 г. вакцинированы против пневмококковой инфекции более 2,32 млн человек, что на 5% больше, чем в прошлом году, из них более 1,83 млн детей. Получили ревакцинацию 1,33 и 1,3 млн человек, соответственно, что также выше показателей прошлого года на 27,5%.

Ветряная оспа остается в Российской Федерации одной из наиболее распространенных детских болезней, которой ежегодно болеют от 500 до 850 тысяч чел., из них детей — около 94%. Экономический ущерб от заболеваний ветряной оспой оценивается в 11 млрд руб. в год.

Специальные профилактические меры в отношении ветряной оспы в России до недавнего времени не применяли, а противоэпидемические мероприятия не всегда приводили к ожидаемому результату и не ограничивали распространение инфекции.

Всемирная организация здравоохранения рекомендует проводить плановую (рутинную) иммунизацию детей в странах, где ветряная оспа является значительной проблемой здравоохранения, экономики и общества в целом, где вакцина является

доступной и где достижим высокий (85-90%) охват вакцинацией, который может поддерживаться на постоянном уровне.

На сегодняшний день эффективность плановой вакцинопрофилактики ветряной оспы доказана во многих странах. Накопленный опыт позволяет говорить о способности вакцины при массовой иммунизации приводить к 80% снижению числа случаев заболевания, 96% снижению частоты госпитализации и 92% снижению смертности.

Вакцины против ветряной оспы зарегистрированы в большинстве стран мира и вошли в программы иммунизации детей в США, Канаде, Германии, ряде регионов Испании, Италии и других стран.

Вопрос о необходимости вакцинопрофилактики ветряной оспы в России неоднократно поднимался педиатрами и эпидемиологами страны. Вакцинацию против этой инфекции рекомендуют проводить двукратно детям в возрасте 12 мес. и 6 лет. Потребность в вакцине против ветряной оспы составит около 3,3 млн доз в год.

Ротавирусная инфекция является одной из основных причин возникновения диареи у детей. По некоторым оценкам ежегодно в мире ротавирусами инфицируется около 125 млн человек. В среднем 6% случаев смерти среди детей в возрасте до 5 лет обусловлены этой инфекцией. Большинство смертей от этого заболевания регистрируется в развивающихся странах. В экономически развитых странах ротавирусная инфекция является одной из основных причин госпитализации детей первых трех лет жизни и рассматривается как значительное бремя для системы здравоохранения и общества.

В Российской Федерации в последнее десятилетие отмечается четко выраженная тенденция к росту заболеваемости ротавирусной инфекцией со среднегодовым темпом прироста около 3-4%. Ежегодно в детских коллективах регистрируются вспышки, связанные с ротавирусами.

ВОЗ считает приоритетным скорейшее внедрение ротавирусных вакцин с учетом конкретной эпидемиологической и экономической ситуации в странах, прежде всего — в развивающихся. Ротавирусная вакцина внедрена в национальные календари прививок в 13 странах Европейского региона. Иммунизация проводится трехкратно детям первого года жизни.

Вакцинопрофилактика, по заключению экспертов ЦНИИЭ Роспотребнадзора, является эффективным способом снижения заболеваемости ротавирусной инфекцией. Ориентировочный срок внедрения ротавирусных вакцин в национальный календарь профилактических прививок Российской Федерации — 2020 год.

Остается актуальным вопрос о создании Национального технического консультативного органа (группы) по иммунизации (НТКГИ), рекомендованного ВОЗ для всех стран.

В настоящее время НТКГИ функционируют в большинстве промышленно развитых и в ряде развивающихся стран. НТКГИ является одновременно техническим ресурсным центром и совещательным органом. Общей целью создания функционирующего технического консультативного органа на национальном уровне является предоставление лицам, формирующим политику, и руководителям программ иммунизации необходимых рекомендаций для принятия научно обоснованных политических решений по вопросам иммунизации, включая выбор новых вакцин и технологий, внесение необходимых поправок в действующие программы иммунизации и календари прививок.

В ряде медицинских организаций, особенно в сельской местности, остаются проблемы в обеспечении безопасных условий проведения иммунизации в плане неудовлетворительного санитарно-технического состояния и оснащенности прививочных кабинетов, обеспечения надлежащего температурного режима хранения и транспортирования иммунобиологических лекарственных препаратов (далее — ИЛП).

За 9 мес. 2017 г. проверено более 11,5 тыс. медицинских организаций и медицинских кабинетов детских образовательных организаций. В ходе контрольно-надзорных мероприятий выявлены нарушения требований санитарного законодательства к оснащению прививочных кабинетов (5,3% от числа проверенных); к условиям

сбора, обеззараживания и удаления медицинских отходов (3,2%); к ведению медицинской документации (26,7 %); к осмотру и наблюдению пациентов (7,3%); в 5,6% проверенных организаций отмечено неудовлетворительное санитарно-техническое состояние прививочных кабинетов; в 3,9% — нарушение температурного режима хранения и транспортирования ИЛП.

При анализе причин возникновения поствакцинальных осложнений (далее — ПВО) установлено, что около 20% ПВО обусловлены техническими ошибками медицинского персонала при введении препарата.

Указанные факты свидетельствуют об отсутствии должной ответственности, недостаточном уровне подготовки медицинских работников по вопросам организации и проведения вакцинопрофилактики, а также об отсутствии системной разъяснительной работы с родителями, отказывающимися от профилактических прививок детям.

Целесообразно рассмотреть вопрос о возобновлении в полном объеме деятельности Национального органа контроля ИЛП.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ каждая страна, которая производит биологические препараты, должна иметь национальный орган контроля (далее — НОК), обеспечивающий надзор за качеством иммунобиологических препаратов.

В Российской Федерации до 2011 г. в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 18.12.1995 № 1241, функции НОК выполнял Государственный НИИ стандартизации и контроля медицинских биологических препаратов им. Л.А. Тарасевича.

В связи с реорганизацией системы государственного надзора за качеством ИЛП — ликвидацией ГИСК им. Л.А. Тарасевича Роспотребнадзора и образованием на его базе Научного центра экспертизы средств медицинского применения Минздрава России — НОК ликвидирован, при этом утрачен ряд важнейших функций, ранее на него возлагавшихся, в том числе: разработка проектов нормативных документов, национальных требований к качеству препаратов, государственных (национальных) стандартных образцов и национальных диагностических панелей; обеспечение производителей и научно-исследовательских организаций не только в России, но и в странах СНГ микробиологическими штаммами; участие в многоцентровых испытаниях ИЛП и в разработке международных стандартов; инспектирование производств ИЛП конкретных видов; мониторинг побочного действия вакцин и расследование осложнений, возникающих после введения ИЛП, получение от потребителей рекламаций. Прекратил работу Комитет ИЛП, функционирующий при ГИСК им. Л.А. Тарасевича, который являлся экспертным органом и рассматривал все вопросы, касающиеся качества ИЛП (протоколы и результаты испытаний, рекомендации по исключению неэффективных препаратов, окончательная экспертная оценка ИЛП перед их формальной регистрацией).

Мониторинг осложнений, возникающих после введения ИЛП, как и других лекарственных средств, возложен на Росздравнадзор. Вместе с тем, система мониторинга, созданная после реорганизации НОК, не обеспечивает возможность оперативного реагирования при возникновении неблагоприятных последствий введения ИЛП, которые могут носить массовый характер.

Отсутствие должного контроля за производством ИЛП со стороны государственных органов может негативно отразиться на качестве ИЛП и неблагоприятно сказаться на санэпидобстановке в стране.

За последние 10 лет число поствакцинальных осложнений (ПВО) существенно снизилось: если в 2006-2012 гг. число их составляло около 500-600 ежегодно, то в 2015 году зарегистрировано 202 случая, в 2016 году — 221 случай, в 2017 г. — 278 случаев, что является результатом неполной регистрации ПВО вследствие реорганизации системы их учета.

В настоящее время осуществляется подготовка обновленного варианта методических рекомендаций по осуществлению медицинскими организациями деятельности по выявлению, расследованию и профилактике побочных проявлений после иммунизации.

Объективные и достоверные данные о безопасности и эффективности вакцин и вакцинопрофилактики послужат самым действенным ответом на современную антипрививочную пропаганду, которая основана на порой непомерных преувеличениях и рассчитана на профессиональную неосведомленность. В ней игнорируется риск осложнений при заболевании непривитых. У слушателя/читателя возникает иллюзия, что если завтра запретить все прививки, то настанет новая счастливая жизнь без аллергии, аутоиммунопатологии и злокачественных опухолей. Все инфекционные заболевания, включая бешенство и туберкулез, станут легкими и самоизлечимыми. О врачах, осуществляющих вакцинацию, и о специалистах, разрабатывающих и производящих вакцины, антипрививочная пропаганда отзывается, как о преступниках.

Антипрививочному движению в России способствует смена идеологической парадигмы и информационная либерализация, доступность интернет-ресурсов пропаганды, наличие рынка псевдомедицинских услуг, главным образом, гомеопатии, попустительство рациональной медицины и недостатки профессиональной подготовки врачей, прежде всего — педиатров, в области вакцинологии и вакцинопрофилактики.

Основные направления противодействия антивакцинальной пропаганде обозначены в постановлении Главного государственного санитарного врача Российской Федерации «О дополнительных мерах по повышению эффективности вакцинопрофилактики населения» от 10.03.2017 № 34 (зарегистрировано в Минюсте России рег.№46902 31.05.2017).

Таким образом, исходя из потенциальных возможностей иммунопрофилактики, отвечая на современные вызовы и с учетом перспектив развития этой мультидисциплинарной сферы здравоохранения, целесообразно: обеспечить устойчивое финансирование целевых разработок отечественных комплексных ИЛП, а также создание новых вакцин на основе современных биотехнологий; рассмотреть вопрос об организации производства комбинированных препаратов на базах имеющихся в стране высокотехнологичных фармацевтических предприятий при условии переноса в страну полного цикла зарубежных технологий; принять меры по обеспечению эффективного функционирования «холодовой цепи» при транспортировании и хранении ИЛП; возобновить деятельность Национального органа контроля ИЛП с обеспечением регулярного инспектирования производств ИЛП и выполнением других, возложенных на него функций по контролю качества производимых ИЛП; обеспечить активную санитарно-просветительную работу с населением посредством всех форм коммуникаций с акцентом на современные информационные технологии.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018

С.Л.Плавинский¹, Н.Н.Ладная², Е.Е.Зайцева³, А.Н.Барина¹

ПОРАЖЕННОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ СРЕДИ УЯЗВИМЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ В РОССИИ — РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТЕГРИРОВАННОГО БИОПОВЕДЕНЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В 2017 Г.

¹Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова, С.-Петербург; ²Центральный НИИ эпидемиологии, Москва; ³Фонд «Открытый Институт здоровья населения», Москва

Цель. Оценка распространенности ВИЧ-инфекции среди представителей уязвимых групп населения — потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), секс-работников (СР) и мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ) в наиболее крупных городах ряда субъектов Российской Федерации с высоким и средним уровнем пораженности ВИЧ-инфекцией. *Материалы и методы.* В исследование включены 3744 представителя уязвимых групп, выборки формировались респондентами или по методике время-место. Исследование проводилось в 2017 г. в