

COVID-19

Цифри і факти

32 769 щеплень проведено за минулий тиждень
(на 8 % більше ніж попереднього тижня)

15 439 378 осіб в Україні отримали дві дози
вакцини від початку кампанії

10–16.02.2023

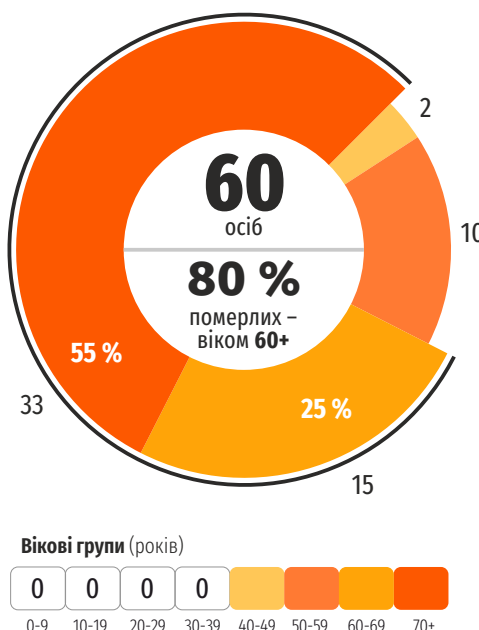
10–16.02.2023

на 19.02.2023

■ Статистика захворюваності

- ▲ **+39,0 %** підтверджених випадків, усього (5 283 → 7 344)
- ▲ **+19,3 %** підтверджених випадків серед дітей (663 → 791)
- ▲ **+36,4 %** померлих, усього (44 → 60)
- **0** жодна дитина не померла
- ▲ **+11,5 %** госпіталізовано (2 666 → 2 973)

■ Кількість померлих у вікових групах



■ Показники вакцинації

- 16 277 635** українців отримали хоча б одну дозу вакцини з початку вакцинальної кампанії
- 3 097 356** осіб в Україні отримали першу бустерну дозу
- 246 059** осіб в Україні отримали другу бустерну дозу
- 37 054** особи отримали додаткову дозу вакцини

Джерело: ЦГЗ МОЗ України

■ Заяви професійних товариств та груп експертів з вакцинації

Американська асоціація нефрології – щодо пріоритетності вакцинації проти COVID-19 осіб, які перебувають на діалізі

Американська асоціація нефрології (ASN) підтримує пріоритетність вакцинації проти COVID-19 осіб, які перебувають на діалізі, та наголошує:

- 1) персонал діалізного закладу має бути включений до інших медичних працівників як пріоритетні реципієнти вакцини;
- 2) амбулаторні пацієнти, які перебувають на діалізі, мають бути вакциновані наступними після мешканців закладів довгострокового догляду, що відображає їхню обмежену здатність до дотримання фізичної дистанції, підвищену вразливість до інфекції та негативні наслідки в разі інфікування.

Ця позиція узгоджується із заявою Асоціації нефрологів Великобританії, опублікованою 4 грудня 2020 року, вказуючи на те, що вакцинація має найвищий пріоритет для пацієнтів, які лікуються за допомогою діалізу.

З огляду на те, що фізичне дистанціювання неможливе для пацієнтів, які перебувають на діалізі, така пріоритетність дає користь не лише цим пацієнтам, але й людям, які часто з ними контактують, зокрема й перевізників та членів сімей, які транспортують пацієнтів до та з діалітичних установ, а також великому переліку медичних працівників, які обслуговують цих пацієнтів в амбулаторних і стаціонарних умовах.

Детально: [kidneynews.org](https://www.kidneynews.org)

Більше про COVID-19 у осіб з патологією нирок, вакцинацію проти COVID-19 від Американського нефрологічного товариства – за посиланням: asn-online.org

Контакт-центр
МОЗ України

0 800 60 20 19

Занотуйте собі цей номер для звернень
щодо COVID-19 – симптоми, схеми вакцинації,
пункти щеплення, COVID-сертифікати

■ Новини науки

1. Дослідження: природний імунітет від COVID-19 забезпечує високий захист від важких захворювань у майбутньому. Але...

У дослідженні, нещодавно опублікованому в журналі *The Lancet*, було проаналізовано 65 досліджень ролі набутого імунітету до COVID-19, що розвинувся в результаті інфікування. Виявлено, що середня ефективність захисту становить близько 88 % у запобіганні госпіталізації та смерті для всіх варіантів коронавірусу через 10 місяців після інфікування. Дослідження не вивчало ефективність щодо субваріанту «Омікрону» ХВВ.1.5, який наразі домінує у США.

Набутий через хворобу імунітет мав істотно меншу ефективність від симптоматичної інфекції, що зумовлена субваріантом «Омікрону» ВА.1, через 10 місяців – приблизно 36 % ефективності.

Разом із тим, дослідники наголосили, що дані не повинні використовуватися як аргумент проти вакцинації, яка, за їх словами, є найкращим способом отримати захист від COVID-19.

«Вакцинація – найбезпечніший спосіб набутти імунітет, тоді як отримання природного імунітету необхідно порівнювати з ризиком важкої хвороби та смерті, пов'язаної з первинною інфекцією», – зауважив провідний автор Стівен Лім з Університету Вашингтона.

Автори припустили, що ці дані можуть бути використані для рекомендацій щодо того, коли людям слід робити щеплення після перенесеного COVID-19.

Джерело: [usnews.com](https://www.usnews.com)

2. Докази очевидні: інфекція COVID-19 небезпечна для серця

Дослідження продемонстрували, що **люди, які перехворіли на COVID-19, мають більший ризик розвитку ряду серцево-судинних патологічних станів** порівняно з тими, хто не хворів на COVID-19.

Недавній аналіз (newsroom.heart.org), проведений Американською кардіологічною асоціацією, показав, що кількість смертей, пов'язаних із захворюваннями серця, значно зросла протягом 2020 року – першого року пандемії. Кількість американців, які померли від серцево-судинних захворювань, зросла із 874 613 смертей у 2019 році до 928 741 у 2020 році, перевищивши попередній максимум у 910 000, зафіксований у 2003 році.

Можливо, більш помітним було те, що скоригована за віком кількість смертей, що враховує зміни кількості літніх людей у популяції з року в рік, зросла у 2020 році вперше за десятиліття.

«COVID-19 має і прямий, і непрямий вплив на стан серцево-судинної системи», – заявила Мішель Альберт, президент-волонтер Американської кардіологічної асоціації.

– «Як ми дізналися, вірус впливає на згортання і запалення. Ми також знаємо, що багато людей, у яких виникли нові або були наявні захворювання серця та симптоми інсульту, неохоче зверталися по медичну допомогу, особливо в перші дні пандемії».

3. Інтервал між уведенням доз у первинній серії вакцинації може значно вплинути на імуногенність та ефективність вакцини проти COVID-19.

У дослідженні порівнювали три інтервали дозування для первинної серії вакцинації мРНК BNT162b2 вакцини проти COVID-19 щодо гуморальної імунної відповіді та стійкості рівнів антитіл проти оригінального і бета-варіантів SARS-CoV-2 протягом 9 місяців після імунізації.

Медичні працівники, які були учасниками дослідження, отримали 2 дози вакцини BNT162b2 в межах первинного курсу щеплень. Інтервал між уведенням двох доз становив в одній групі 35 днів, у другій – 35–42 дні, у третій – понад 42 дні. Оцінювали індуковані вакциною рівні антитіл через 3 тижні, 3 місяці та 6–9 місяців після введення другої дози.

Це перше комплексне дослідження для порівняння трьох різних інтервалів між уведенням доз первинної вакцинації мРНК BNT162b2 вакцини проти COVID-19 поза клінічними дослідженнями. Ці результати свідчать про те, що **відтермінування введення другої дози понад 42 дні може посилити та подовжити гуморальну відповідь проти оригінальних і бета-варіантів SARS-CoV-2 до 9 місяців після вакцинації.**

Джерело: doi.org/10.1371

4. Три дози мРНК-вакцин проти COVID-19 у пацієнтів, які перебувають на гемодіалізі, в період домінування варіанта «Омікрон» ефективно знижують ризик тяжких наслідків, пов'язаних із SARS-CoV-2, порівняно із двома дозами.

В Канаді проведено ретроспективне когортне дослідження в період з 1 грудня 2021 року по 28 лютого 2022 року серед пацієнтів, які перебувають на гемодіалізі. Ефективність оцінювалася після отримання двох або трьох доз мРНК-вакцини проти COVID-19. Ефективність визначалася щодо позитивного результату RT-PCR SARS-CoV-2, тяжкого перебігу COVID-19, який визначався як випадок госпіталізації або смерті.

До дослідження було залучено 8 457 осіб, які отримували гемодіаліз. На початку дослідження 2 334 особи (28 %) отримали три дози, а до кінця періоду дослідження кількість цих осіб зросла до 7 468 (88 %). Скориговані коефіцієнти ризику (aHR) для інфекції SARS-CoV-2 (aHR 0,58; 95 % ДІ 0,50–0,67) і важких наслідків (госпіталізація або смерть) (aHR 0,40; 95 % ДІ 0,28–0,56) були нижчими після отримання трьох доз порівняно з отриманими двома дозами мРНК-вакцини. Попередньо перенесена інфекція, незалежно від статусу вакцинації, була пов'язана зі зниженням ризику повторного інфікування з aHR 0,44 (95 % ДІ 0,27–0,73).

Висновок: вакцинація трьома дозами мРНК-вакцини проти COVID-19 була пов'язана зі зниженням розвитку SARS-CoV-2 та тяжких наслідків інфекції.

Джерело: doi.org/10.2215



«Гарячі» запитання

Якщо на момент введення другої дози вакцини проти COVID-19 дитині виповнилося 12 років, то для завершення первинної вакцинації слід вводити ту саму вакцину для дітей до 12 років, чи вже для старшого віку?

Завжди діє правило: водити треба ту вакцину, показання до використання якої відповідає віку дитини. Навіть якщо першу дозу вакцини дитина отримала до досягнення 12 років спеціальною для цього віку вакциною, то з досягненням 12 років для другої дози вводиться та вакцина, що призначена для щеплення дітей віком понад 12 років. Перша введена за віком доза зараховується до первинного курсу вакцинації.

Чи належать особи, які перебувають на програмному гемодіалізі, до груп пріоритетної вакцинації проти COVID-19? За якою схемою їх вакцинувати?

Так, належать. Люди з тяжкою патологією нирок є імунокомпрометованими та перебувають у групі ризику

тяжкого перебігу COVID-19, виникнення ускладнень і високої ймовірності госпіталізації. Саме тому вони потребують вакцинації у пріоритетному порядку. Окрім того, зважаючи на їх імунокомпрометований статус, вони потребують введення додаткової дози вакцини в курсі первинної вакцинації, а також належать до пріоритетних груп на отримання першої та другої бустерних доз. Нагадаємо, що таким особам додаткова доза вводиться через один місяць після другої дози, перша бустерна – через 3 місяці після додаткової, а друга бустерна – через 4 місяці після першої бустерної дози.

Відповідає консультант з експертної підтримки вакцинації проти COVID-19 спільного зі Світовим банком проєкту МОЗ України, голова Національної технічної групи експертів з питань імунопрофілактики **Федір ЛАПІЙ**



■ Світова практика

BOO3

Всесвітня організація охорони здоров'я заперечує відмову від розслідування походження COVID-19

Представниця BOO3 рішуче заперечила, що BOO3 припинила розслідування походження вірусу, який спричинив пандемію COVID-19

Коментар доктора **Марії ван Керкхове**, технічного керівника щодо COVID-19, став відповіддю на опублікований у Nature звіт, у якому йдеться, що агентство «тихо відклало» свої плани щодо продовження дослідження походження SARS-CoV-2. **Звіт спільної з Китаєм міжнародної місії в Ухані**, який охоплює першу фазу розслідування, був опублікований у березні 2021 року. Але критики зазначили, що він не містив ключових даних про пацієнтів із перших днів спалаху в Ухані. У звіті також зазначено, що «дуже мало ймовірно», що вірус міг вийти з місцевої дослідницької лабораторії в Китаї без достатніх даних або доказів для такого висновку.

Згодом BOO3 розробила плани щодо подальших досліджень на місці влітку 2021 року, включаючи подальшу оцінку стихійних ринків Уханя, теорію «втечі вірусу» з лабораторії та більш ретельний аналіз ранніх моделей передачі на основі зразків крові пацієнтів. Але Китай категорично відхилив ці плани і не бажав оприлюднювати дані пацієнтів або дозволяти групам дослідників відвідувати країну.

Китай продовжує відмовляти BOO3 у проханнях оприлюднити більше даних або відкрити свої кордони для наукових груп для подальших досліджень на місці – цей факт також визнала Керкхове.

Протягом останнього року BOO3 неодноразово закликала Китай співпрацювати в подальших дослідженнях походження SARS-CoV-2. Минулого місяця генеральний директор BOO3 доктор **Тедрос Аданом Гебреїсус** також звернувся до Пекіна з проханням поділитися додатковими даними про рівень смертності та варіанти SARS-CoV-2, які поширюються в Китаї, оскільки країну охопила нова хвиля COVID-19 після скасування суперечливих заходів політики «нульового поширення COVID-19».

Доктор Тедрос додав, що залишається вкрай важливим зрозуміти походження пандемії з наукових і моральних причин: *«Мільйони людей втратили життя і багато постраждали. Весь світ став заручником вірусу. Морально дуже важливо знати, через що ми втратили наших близьких. Сім тижнів тому я надіслав листа високопосадовцю Китаю з проханням про співпрацю, тому що нам потрібна співпраця, прозорість і інформація, яку ми просимо, щоб знати, як це почалося»*, – заявив він.

Джерело: healthpolicy-watch.news

