



ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ  
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

## Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης

### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΛΑΡΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

1 Ιανουαρίου – 30 Ιουνίου 2019

(ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ)

#### Σημαντικά Σημεία

Επιδημία ιλαράς εκδηλώθηκε στη χώρα μας από τον Μάιο 2017. Για τα έτη 2017 και 2018, στην Ελλάδα έχουν καταγραφεί 968 και 2.291 κρούσματα ιλαράς αντίστοιχα, με μεγαλύτερη συχνότητα στη Ν. Ελλάδα. Αφορούσαν κυρίως μικρά παιδιά από κοινότητες Ρομά, καθώς και άτομα 25-44 ετών από το γενικό πληθυσμό που ήταν επίνοσα στην ιλαρά, μεταξύ των οποίων και επαγγελματίες υγείας που ήταν ανεμβολίαστοι ή ατελώς εμβολιασμένοι. Από την 1η Ιανουαρίου 2019 έως και την 30η Ιουνίου 2019, έχουν καταγραφεί 28 κρούσματα ιλαράς. Αφορούσαν παιδιά από κοινότητες Ρομά Αλβανικής καταγωγής, καθώς και ενήλικα άτομα αλλοδαπής εθνικότητας ή με πρόσφατο ταξίδι σε ενδημικές χώρες.

Συνολικά, στη χώρα μας έχουν καταγραφεί τέσσερις (4) θάνατοι (2 θάνατοι το 2017 και 2 θάνατοι το 2018).

**Η επιδημιολογική επιτήρηση της νόσου, και η έγκαιρη εφαρμογή προληπτικών μέτρων (εμβολιασμός) αποτελούν τα πλέον ενδεδειγμένα μέτρα για τον έλεγχο της νόσου. Στο πλαίσιο αυτό, κρίνεται αναγκαία αφενός η εγρήγορση των επαγγελματιών υγείας και αφετέρου η εντατικοποίηση των εμβολιασμών και η συνεχιζόμενη εγρήγορση των τοπικών και εθνικών αρχών.**

Η ιλαρά είναι ιογενής λοίμωξη που οφείλεται στον ιό της ιλαράς. Πρόκειται για RNA ιό που ανήκει στην ομάδα των παραμυξοϊών του γένους Morbillivirus. Διακρίνονται 3 στάδια της νόσου: το πρόδρομο (καταρροϊκό), το εξανθηματικό και το στάδιο της αποδρομής [1,2,3,4,5,6,7,8].

Ο χρόνος επώασης είναι 7-21 ημέρες (συνήθως 10-12 ημέρες από την έκθεση έως το πρόδρομο στάδιο και 14 ημέρες από την έκθεση έως την εμφάνιση του εξανθήματος) [1,6].

Η ιλαρά μεταδίδεται από άτομο σε άτομο αερογενώς, με σταγονίδια και με άμεση επαφή με ρινικές ή φαρυγγικές εκκρίσεις ασθενών. Σπανιότερα, μεταδίδεται μέσω αντικειμένων προσφάτως μολυνθέντων με ρινοφαρυγγικές εκκρίσεις. Ο ιός της ιλαράς μπορεί να παραμείνει σε μολυσμένες επιφάνειες και στον περιβάλλοντα χώρο (σε σταγονίδια) >2 ώρες μετά την αποχώρηση του ασθενούς.

Η ιλαρά παρουσιάζει πολύ υψηλή μεταδοτικότητα με ποσοστό δευτερογενούς προσβολής έως 90% μεταξύ επίνοσων ατόμων (π.χ. ατόμων που δεν έχουν ανοσοποιηθεί) [1,2,4]. Η μετάδοση γίνεται 4 ημέρες πριν την έκθεση του εξανθήματος έως 4 ημέρες μετά.

Τα κρούσματα ιλαράς εμφανίζονται συνήθως στο τέλος του χειμώνα και τις αρχές της άνοιξης και η νόσος είναι πιο σοβαρή σε βρέφη και ενήλικες κυρίως λόγω επιπλοκών [1,2,3,6].

### Επιδημιολογική επιτήρηση ιλαράς στη χώρα μας

Η ετήσια έκθεση επιδημιολογικής επιτήρησης ιλαράς στη χώρα μας έχει σκοπό τη συνοπτική παρουσίαση των κρουσμάτων που δηλώνονται με λοίμωξη από τον ιό της ιλαράς για το 1<sup>ο</sup> εξάμηνο του έτους 2019 (1 Ιανουαρίου έως 30 Ιουνίου 2019).

Τα δεδομένα επιδημιολογικής επιτήρησης προέρχονται από τις δηλώσεις που αποστέλλουν οι θεράποντες ιατροί στον ΕΟΔΥ μέσω του Συστήματος Υποχρεωτικής Δήλωσης Νοσημάτων (ΣΥΔΝ), καθώς και από την καθημερινή επικοινωνία με το Εθνικό Εργαστήριο Αναφοράς Ιλαράς Ερυθράς – Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur και άλλα μικροβιολογικά εργαστήρια της χώρας.

Το Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης του ΕΟΔΥ πραγματοποιεί συστηματική διερεύνηση των κρουσμάτων, εντός 24 ωρών από τη δήλωσή τους, μέσω επικοινωνίας με τους θεράποντες ιατρούς, ώστε να προσδιορισθεί ο πιθανός τόπος έκθεσης, τα χαρακτηριστικά της νόσου, οι επιπλοκές και οι παράγοντες κινδύνου.

Κατά τα έτη 2014-2015 δηλώθηκε 1 κρούσμα ιλαράς ανά έτος στη χώρα μας, το έτος 2016 δεν δηλώθηκε κανένα κρούσμα ιλαράς ενώ το 2017 καταγράφηκαν 968 κρούσματα ιλαράς. Από την 1η Ιανουαρίου 2018 έως την 30η Δεκεμβρίου 2018 (εβδ. 52/2018) δηλώθηκαν από όλη την Ελλάδα συνολικά δύο χιλιάδες διακόσια ενενήντα ένα (2.291) κρούσματα ιλαράς (21,33 κρούσματα ανά 100.000 πληθυσμού).

Από 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 2019 έως την 30<sup>η</sup> Ιουνίου 2019 (εβδ. 26/2019) έχουν δηλωθεί είκοσι οκτώ (28) κρούσματα ιλαράς στο Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης του ΕΟΔΥ (0,26 κρούσματα ανά 100.000 πληθυσμού). Στην επιδημική καμπύλη (Γράφημα 1) απεικονίζονται τα δηλωθέντα κρούσματα ιλαράς ανά εβδομάδα έναρξης συμπτωμάτων και πληθυσμιακή ομάδα.

Από το σύνολο των κρουσμάτων τα 3 κρούσματα αφορούσαν σε εργαζόμενους σε χώρους παροχής υγείας.

### Πληθυσμιακές ομάδες

Η εθνικότητα ήταν γνωστή στο σύνολο των δηλωθέντων κρουσμάτων ιλαράς. Από τα 28 δηλωθέντα κρούσματα (Γράφημα 2):

- 12 κρούσματα (42,85%) ήταν ελληνικής υπηκοότητας, από τα οποία:
  - ο 2 (7,14%) ήταν Έλληνες Ρομά, και
  - ο 10 (35,71%) ανήκαν στον γενικό πληθυσμό.
- 16 κρούσματα (57,15%) ήταν αλλοδαπής υπηκοότητας (9 κρούσματα ήταν Ρομά αλβανικής υπηκοότητας).

## Κατανομή κατά ηλικία και φύλο

Από τα 28 δηλωθέντα κρούσματα ιλαράς, τα 11 κρούσματα (39,3%) αφορούσαν σε παιδιά ηλικίας 0-14 ετών, με τον μεγαλύτερο αριθμό των κρουσμάτων (n=5, 17,9%) στην ηλικιακή ομάδα 10-14 ετών, ακολουθούμενη από την ηλικιακή ομάδα 5-9 ετών (n=3, 10,7%) ενώ μόνο ένα κρούσμα (7,1%) ήταν βρέφος ηλικίας μικρότερης του ενός έτους.

Η πλειοψηφία των κρουσμάτων Ρομά αλβανικής υπηκοότητας ήταν παιδιά ηλικίας 0-14 ετών (88,9%, 8/9 κρούσματα) και κυρίως παιδιά ηλικίας 10-14 ετών (55,6%, 5/9 κρούσματα). Όλα τα κρούσματα του γενικού πληθυσμού ελληνικής υπηκοότητας ήταν ενήλικες ηλικίας >25 ετών (n=10) (Γράφημα 3).

## Γεωγραφική κατανομή

Το νόσημα παρουσίασε την υψηλότερη ετήσια δηλούμενη επίπτωση στην Περιφέρεια της Ηπείρου (2,7/100.000 πληθυσμού), ενώ η περιοχή με τη δεύτερη μεγαλύτερη ετήσια δηλούμενη επίπτωση ήταν η Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας (0,7/100.000 πληθυσμού). Στις υπόλοιπες Περιφέρειες η επίπτωση κυμάνθηκε από 0,17 έως 0,49 κρούσματα ανά 100.000 πληθυσμού.

## Εργαστηριακά δεδομένα / Κατάταξη των κρουσμάτων

Από τα 28 κρούσματα:

- Τα 15 κρούσματα (53,6%) είναι εργαστηριακά επιβεβαιωμένα (με ορολογικό έλεγχο ή/και PCR φαρυγγικού επιχρίσματος).
- Τα 11 κρούσματα (39,3%) είναι πιθανά (δηλαδή κρούσματα με συμβατή κλινική εικόνα και επιδημιολογική σύνδεση με επιβεβαιωμένο κρούσμα).
- Τα 2 κρούσματα (7,1%) είναι ενδεχόμενα (δηλαδή κρούσματα μόνο με συμβατή κλινική εικόνα).

Σε 2 από τα επιβεβαιωμένα κρούσματα ιλαράς έχει απομονωθεί - από το Εθνικό Εργαστήριο Αναφοράς Ιλαράς-Ερυθράς (Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur) - ιός ιλαράς γονοτύπου B3.

## Εμβολιαστική κατάσταση

Από τα 28 δηλωθέντα κρούσματα ιλαράς για το 1<sup>ο</sup> εξάμηνο του 2019, η εμβολιαστική κατάσταση ήταν γνωστή για τα 24 κρούσματα (85,7%). Από αυτά, τα 18 (64,3%) ήταν ανεμβολίαστα, ενώ τα υπόλοιπα 6 (21,4%) είχαν ιστορικό ατελούς εμβολιασμού έναντι της ιλαράς.

## Παράγοντες κινδύνου - Θνητότητα

Από τα 28 δηλωθέντα κρούσματα, τα 18 κρούσματα (64,3%) νοσηλεύτηκαν.

Από τα 28 κρούσματα, τα 8 κρούσματα (28,6%) παρουσίασαν επιπλοκές (κυρίως πνευμονία, ωτίτιδα, βρογχίτιδα, κερατίτιδα, ηπατική διαταραχή, κ.α.).

Το 1<sup>ο</sup> εξάμηνο του 2019 δεν καταγράφηκε κανένας θάνατος. Για όλα τα κρούσματα η έκβαση ήταν ίαση.

## Συμπεράσματα

Στην Ευρώπη είναι σε εξέλιξη επιδημία Ιλαράς όπου έχουν καταγραφεί περισσότερα από 14.000 κρούσματα κατά το έτος 2018 σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες (Αυστρία, Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ισπανία, Μάλτα, Βουλγαρία, Ουκρανία, Τσεχία, Δανία, Ουγγαρία, Πορτογαλία, Σουηδία, Ιταλία, Ρουμανία) και 35 θάνατοι [13]. Από 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου έως και 30 Απριλίου 2019 έχουν καταγραφεί περισσότερα από 4.300 κρούσματα σε χώρες της ΕΕ (κυρίως Βέλγιο, Βουλγαρία, Ιταλία, Γαλλία, Τσεχία, Λιθουανία και Πολωνία) [14].

Στη χώρα μας, από 1 Ιανουαρίου 2019 έως και 30 Ιουνίου 2019, έχουν καταγραφεί 28 κρούσματα Ιλαράς. Αφορούσαν παιδιά από κοινότητες Ρομά Αλβανικής καταγωγής, καθώς και ενήλικα άτομα αλλοδαπής εθνικότητας ή με πρόσφατο ταξίδι σε ενδημικές χώρες.

Η επιδημιολογική επιτήρηση της νόσου, και η έγκαιρη εφαρμογή προληπτικών μέτρων (εμβολιασμός) αποτελούν τα πλέον ενδεδειγμένα μέτρα για τον έλεγχο της νόσου. Στο πλαίσιο αυτό, κρίνεται αναγκαία αφενός η εγρήγορση των επαγγελματιών υγείας και αφετέρου η εντατικοποίηση των εμβολιασμών και η συνεχιζόμενη εγρήγορση των τοπικών και εθνικών αρχών.

## Στρατηγικές πρόληψης και ελέγχου

### Α) Προληπτικά μέτρα

Κεντρικό σημείο της στρατηγικής πρόληψης της Ιλαράς είναι ο εμβολιασμός. Το εμβόλιο που κυκλοφορεί περιέχει ζώντα εξασθενημένο ιό Ιλαράς που έχει καλλιεργηθεί σε κύτταρα εμβρύου όρνιθας. Το εμβόλιο συνιστάται να γίνεται υποδόρια σε δυο δόσεις σε ηλικία 12-15 μηνών και 24-47 μηνών και σε κάθε περίπτωση είναι καλύτερο να δίνεται με τη μορφή τριδύναμου (Ιλαράς-ερυθράς-παρωτίτιδας) ή τετραδύναμου εμβολίου (Ιλαράς-ερυθράς-παρωτίτιδας-ανεμευλογιάς). Στη χώρα μας κυκλοφορούν εμβόλια που περιέχουν τα στελέχη Edmonston (M-M-R VAX PRO) και Schwartz (PRIORIX και PRIORIX-TETRA).

Στην Ελλάδα, το εμβόλιο Ιλαράς άρχισε να κυκλοφορεί στο εμπόριο στις αρχές της δεκαετίας του '70, εντάχθηκε στο Εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών το 1981 [15] και το 1989 εντάχθηκε ως τριπλό εμβόλιο Ιλαράς-ερυθράς-παρωτίτιδας (MMR) [16]. Το 1991 καθιερώθηκε η 2η δόση του MMR σε ηλικία 11-12 ετών και από το 1999 αυτή γίνεται σε ηλικία 4-6 ετών [17].

Ενόψει της επιδημικής έξαρσης ιλαράς, στις 21/9/2017, η Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών (ΑΔΑ: Ω893465ΦΥΟ-8ΘΝ) είχε αποφασίσει και συνέστησε :

α/ τον άμεσο εμβολιασμό με το εμβόλιο ιλαράς-ερυθράς-παρωτίτιδας (εμβόλιο MMR) των παιδιών, των εφήβων και των ενηλίκων που δεν έχουν εμβολιαστεί με τις απαραίτητες δόσεις. Σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών, παιδιά, έφηβοι και ενήλικες που έχουν γεννηθεί μετά το 1970 και δεν έχουν ιστορικό νόσου πρέπει να είναι εμβολιασμένοι με 2 δόσεις εμβολίου για την ιλαρά (με τη μορφή μονοδύναμου εμβολίου ιλαράς ή μικτού εμβολίου MMR).

β/ τη διενέργεια της 1ης δόσης του εμβολίου MMR στην ηλικία των 12 μηνών και τη διενέργεια της 2ης δόσης τρεις (3) μήνες μετά την 1η δόση ή – εφόσον έχει παρέλθει το διάστημα αυτό– το ταχύτερο δυνατόν. Σε περιπτώσεις υψηλού κινδύνου, η 2η δόση μπορεί να γίνει με μεσοδιάστημα τουλάχιστον 4 εβδομάδων από την 1η. Οι συστάσεις αυτές ισχύουν για όσο διάστημα η επιδημική έξαρση ιλαράς είναι σε εξέλιξη και μέχρι να εκδοθεί νεότερη απόφαση της Επιτροπής.» [18]

Στις 25/6/2019, η Γενική Δ/νση Δημόσιας Υγείας & Ποιότητας Ζωής ανάρτησε το «**Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων 2019**» (ΑΔΑ: 6ΧΘ2465ΦΥΟ-Κ0Μ), όπου η Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών συστήνει :

« - Τη διενέργεια δύο (2) δόσεων του εμβολίου σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα. Η 1<sup>η</sup> δόση σε ηλικία 12-15 μηνών. Η 2<sup>η</sup> δόση συστήνεται σε ηλικία 24-47 μηνών, μπορεί όμως να χορηγηθεί και νωρίτερα, αρκεί να έχουν περάσει 4 εβδομάδες μετά την πρώτη. Και οι δύο δόσεις πρέπει να χορηγούνται μετά το 12<sup>ο</sup> μήνα ζωής.

- Παιδιά και έφηβοι που δεν έχουν εμβολιαστεί με 2<sup>η</sup> δόση πρέπει να αναπληρώσουν το ταχύτερο δυνατό.

- Συνιστάται μία (1) δόση του εμβολίου MMR σε βρέφη ηλικίας 6 έως 11 μηνών πριν την αναχώρησή τους για χώρες που ενδημούν η ιλαρά, παρωτίτιδα και ερυθρά. Επίσης, σε περιόδους επιδημίας μπορεί να γίνεται εμβολιασμός με MME από την ηλικία των 6 μηνών. Στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να επανεμβολιάζονται με 2 δόσεις MMR μετά την ηλικία των 12 μηνών σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα.» [19]

Το εμβόλιο εξασφαλίζει μακρόχρονη ανοσία και έχει βρεθεί ότι σε παιδιά που εμβολιάστηκαν σε ηλικία 15 μηνών αυτή ανέρχεται σε ποσοστό 98% ενώ αν εμβολιάστηκαν σε ηλικία 12 μηνών το ποσοστό είναι 95% [1,4]. Περίπου 2%-5% των παιδιών που εμβολιάζονται με την πρώτη δόση του εμβολίου παρουσιάζουν αποτυχία στην πρωτογενή αντισωματική απάντηση [1,7, 20]. Τα περισσότερα από τα παιδιά που δεν ανέπτυξαν αντισώματα μετά την πρώτη δόση, ανταποκρίνονται με τη δεύτερη δόση, ώστε 99% των εμβολιασθέντων με δυο δόσεις παιδιών παρουσιάζουν αντισωματική απάντηση ενδεικτική ανοσίας στην ιλαρά [21]. Στις αναπτυσσόμενες χώρες στις οποίες η ιλαρά αποτελεί σημαντική αιτία βρεφικής θνησιμότητας, ο ΠΟΥ συνιστά να γίνεται το εμβόλιο Edmonston-Zagreb με αυξημένη περιεκτικότητα σε εξασθενημένους ιούς, σε βρέφη ηλικίας 6 μηνών λόγω της αποτελεσματικότητάς του ήδη από τον 6ο μήνα της ζωής.

Σε περίπτωση επιδημικής έξαρσης της ιλαράς ο εμβολιασμός μπορεί να γίνεται και σε ηλικία μικρότερη των 12 μηνών αλλά τότε χρειάζεται επανεμβολιασμός με το MMR σε μεγαλύτερη ηλικία [3].

Η χορήγηση του εμβολίου με ζώντες εξασθενημένους ιούς αντενδείκνυται στις παρακάτω περιπτώσεις [3]:

- Σε ασθενείς με ανοσοκαταστολή. Η HIV λοίμωξη δεν αποτελεί απόλυτη αντένδειξη [4,6,8].
- Σε επίνουσες γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας θα πρέπει να δίνονται σαφείς οδηγίες να αποφύγουν την εγκυμοσύνη για τουλάχιστον ένα μήνα μετά τον εμβολιασμό τους με εμβόλιο MMR για τον θεωρητικό κίνδυνο πρόκλησης βλάβης στο έμβρυο [6].
- Σε άτομα που παρουσίασαν αντίδραση υπερευαισθησίας σε προηγούμενη δόση του εμβολίου, στη ζελατίνη ή στη νεομυκίνη. Η αλλεργία στο αυγό δεν αποτελεί αντένδειξη.
- Το εμβόλιο θα πρέπει να χορηγείται τουλάχιστον 14 ημέρες πριν τη χορήγηση γ-σφαιρίνης ή μετάγγισης αίματος ή 3 μήνες μετά [1,6].

B) Έλεγχος κρουσμάτων, φορέων, στενού περιβάλλοντος

- Δήλωση του κρούσματος στις αρμόδιες υγειονομικές αρχές
- Απομόνωση των ασθενών δεν εφαρμόζεται σε ευρεία βάση στην κοινότητα. Παιδιά με ιλαρά απομακρύνονται από το σχολείο για 4-5 ημέρες από την εμφάνιση του εξανθήματος. Αν υπάρχουν παιδιά του στενού περιβάλλοντος των κρουσμάτων με πρόδρομα καταρροϊκά φαινόμενα πρέπει να γίνει περιορισμός της επικοινωνίας με ευπαθή άτομα ιδίως βρέφη και εγκυμονούσες [3,4].
- Καραντίνα πρακτικά δεν εφαρμόζεται [3]
- Ταυτόχρονη απολύμανση δεν εφαρμόζεται [3]
- Εμβολιασμός των στενών επαφών αν γίνει εντός 72 ωρών από την έκθεση στον ιό προσφέρει ικανοποιητική προστασία [3,5,7].
- Παθητική ανοσοποίηση με ανοσοσφαιρίνη (IVIG) εφαρμόζεται μέσα στις πρώτες 6 ημέρες από την έκθεση στον ιό σε ευπαθή (βρέφη κάτω του έτους, έγκυες γυναίκες) ή ανοσοκατασταλμένα άτομα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενούς που έχουν αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών ή σε άτομα που ο εμβολιασμός αντενδείκνυται. Δόση 0,25 ml/kg βάρους σώματος (ανοσοκατασταλμένα 0,5 ml/kg βάρους σώματος) με μέγιστη δόση τα 15 ml ενδομυκικά. Το εμβόλιο με ζώντες εξασθενημένους ιούς θα πρέπει να χορηγηθεί σε όλα τα παραπάνω άτομα που έλαβαν ανοσοσφαιρίνη, μετά από 5-6 μήνες, εκτός όσων ο εμβολιασμός αντενδείκνυται [1,3,7].
- Διερεύνηση των επαφών και της πηγής μόλυνσης: Θα πρέπει να γίνει έλεγχος για εντοπισμό της πηγής μόλυνσης και αναζήτηση άλλων πιθανών κρουσμάτων στο ευρύτερο περιβάλλον του ασθενούς. Οι στενές επαφές από το οικογενειακό, εργασιακό, σχολικό, κοινωνικό περιβάλλον, ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, θα πρέπει να διερευνώνται σε όλη την περίοδο μεταδοτικότητας της νόσου [3]
- Ειδική θεραπεία ασθενών δεν εφαρμόζεται. Σε αναπτυσσόμενες χώρες και ιδίως σε παιδιά με υποθρεψία, συνιστάται η χορήγηση βιταμίνης A για πρόληψη επιπλοκών (τύφλωση) και μείωση της θνητότητας [3,22].
- Σε περίπτωση επιδημίας, εμβολιασμός θα πρέπει να χορηγείται σε όλα τα επίνουσα άτομα που βρίσκονται στο περιβάλλον της επιδημίας. Αν η επιδημία αφορά παιδιά προσχολικής ηλικίας,

με ευρεία μετάδοση στην κοινότητα θα πρέπει να εξετάζεται η χορήγηση δεύτερης δόσης εμβολίου ιλαράς σε παιδιά ηλικίας 1-4 ετών που έχουν εμβολιαστεί με μια δόση εμβολίου. Αν στην επιδημία εμπλέκονται βρέφη μικρότερα του ενός έτους με αυξημένο κίνδυνο έκθεσης, το εμβόλιο θα πρέπει να χορηγείται σε βρέφη ηλικίας 6-11 μηνών. [23].

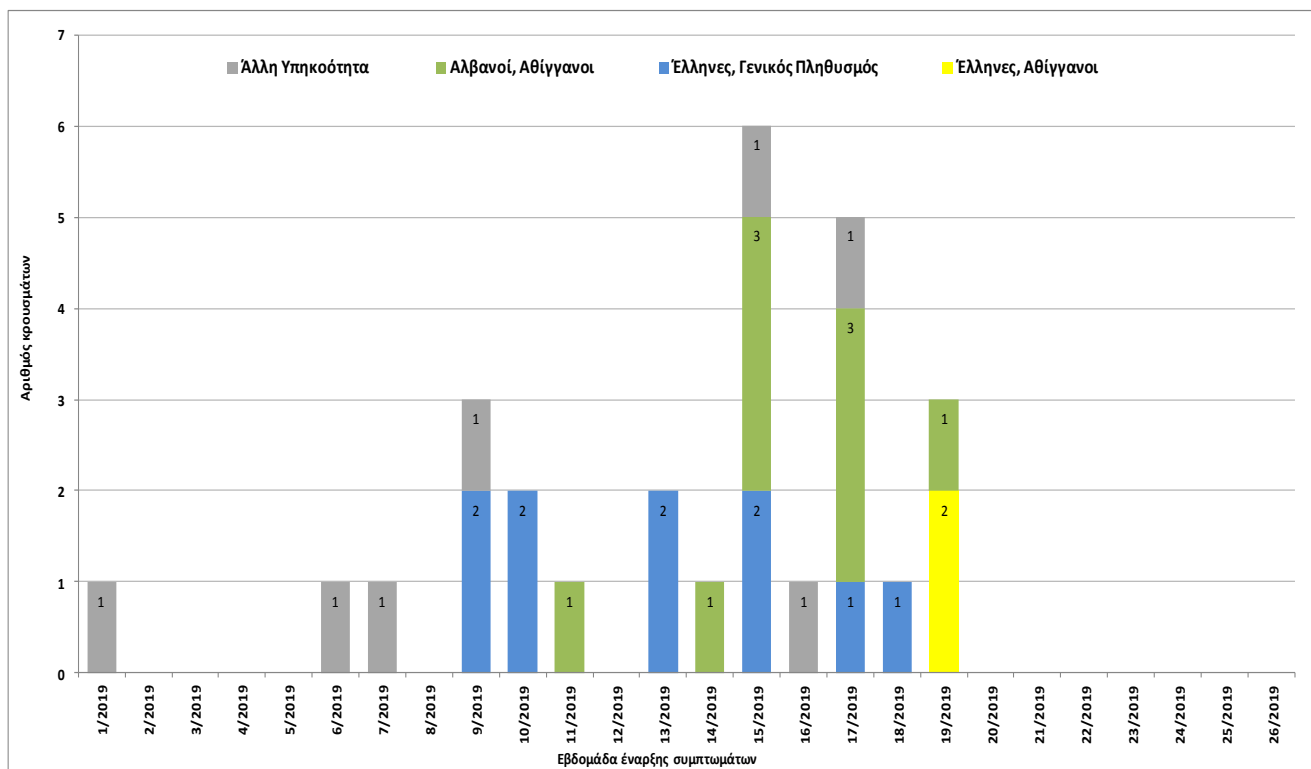
## Βιβλιογραφία

1. CDC. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases (The Pink Book). Atkinson W, Wolfe S, Hamborsky J, eds. 12th ed. Washington DC: Public Health Foundation, 2011.
2. Mason WH. Measles. In: Kliegman RM Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF eds. Nelson textbook of pediatrics. 18th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier. 2007; pp: 1331-1337.
3. American Public Health Association. Control of communicable diseases manual, 19th edition. Heymann DL ed. 2008; pp: 403-408.
4. Royal College of Paediatrics and Child Health. Manual of childhood infections, 3rd edition. Sharland M ed. Oxford University Press 2011; pp:624-27.
5. Cherry JD. Measles virus. In: Feigin RD, Cherry JD, Demmler-Harrison GJ, Kaplan SL eds. Textbook of Pediatric Infectious Diseases, 6th edition. Saunders Elsevier. 2009; pp:2427-2451.
6. Συριοπούλου Β. Ιλαρά. Στο: Γιαμαρέλλου Ε συντ. Λοιμώξεις και αντιμικροβιακή χημειοθεραπεία. Εκδ. Π. Χ. Πασχαλίδη. 2009; σελ:1211-17.
7. CDC. Measles, mumps, and rubella vaccine use and strategies for elimination of measles, rubella, and congenital rubella syndrome and control of mumps: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 1998;47(No. RR-8):1-57.
8. WHO. Measles vaccine: WHO position paper. Wkly Epidemiol Rec 2009;84:349-60.
9. Global measles and rubella strategic plan 2012-2020, WHO
10. <http://eiu.euro.who.int/profiles/blogs/eiu-2015-innovation-in-immunization-how-can-europe-free-itself-fr>
11. Georgakopoulou T, Grylli C, Kalamara E, Katerelos P, Spala G, Panagiotopoulos T. Current measles outbreak in Greece. Euro Surveill. 2006;11(8):pii=2906. Available from: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=2906>
12. Pervanidou D, Horefti E, Patrinos S, Lytras T, Triantafyllou E, Mentis A, Bonovas S. Spotlight on measles 2010: Ongoing measles outbreak in Greece, January-July 2010. Euro Surveill. 2010 ;15(30):pii=19629. Available from: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19629>

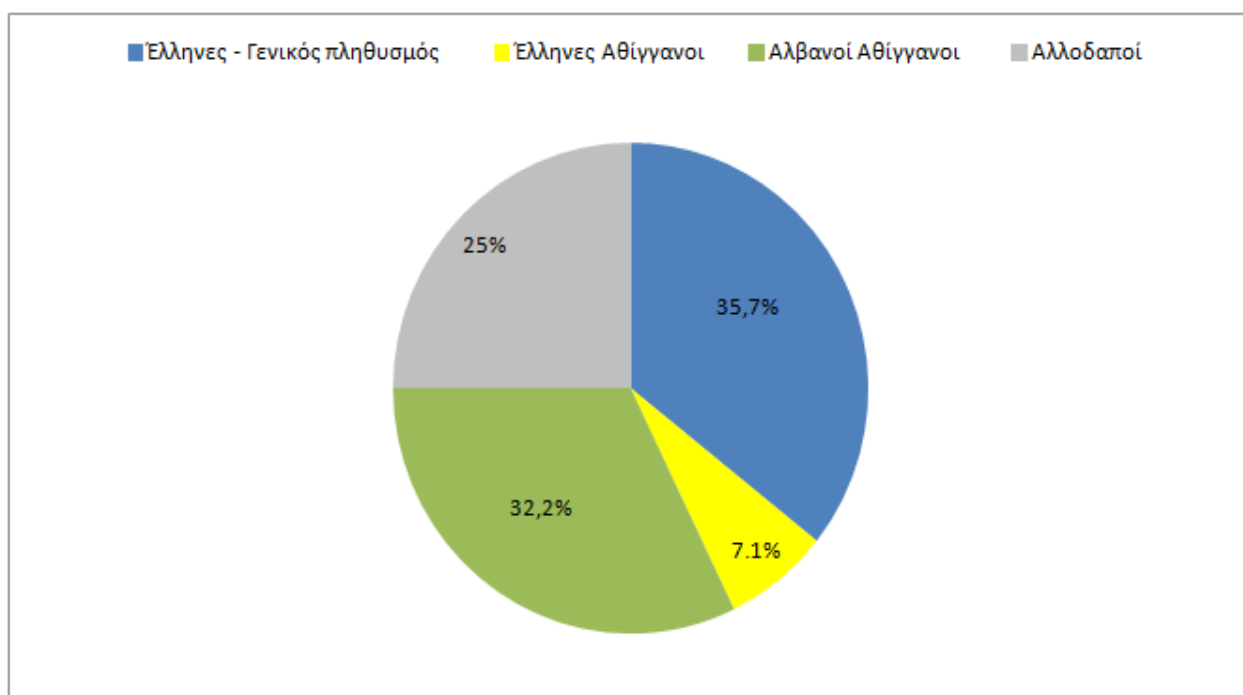
13. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance report. Monthly measles and rubella monitoring report. Period covered 1 January 2018 to 31 December 2018. Stockholm: ECDC; February 2019. <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/monthly-measles-and-rubella-monitoring-report-february-2019>
14. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance report. Monthly measles and rubella monitoring report – June 2019. Stockholm: ECDC; February 2019. <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/monthly-measles-and-rubella-monitoring-report-june-2019>
15. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Γενική Δ/νση Δημόσιας Υγείας, Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής, Εγκύκλιος Οικ Α1/8732/7-10-81.
16. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Γενική Δ/νση Δημόσιας Υγείας, Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής, Εγκύκλιος Α1/Οικ 76/Εγκ 2/11-1-1989.
17. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Γενική Δ/νση Δημόσιας Υγείας, Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής, Εγκύκλιος Α.Π. Β1/Οικ.2138/29-4-1999 (Ανοσοποίηση κατά της ιλαράς-ερυθράς-παρωτίτιδας).
18. Υπουργείο Υγείας, Γενική Δ/νση Δημόσιας Υγείας & Υπηρεσιών Υγείας, Δ/νση Δημόσιας Υγείας, Επιδημική Έξαρση Ιλαράς – Εμβολιασμός, Α.Π. Γ1α/Γ.Π.οικ.71220/21-9-2017 (ΑΔΑ:Ω893465ΦΥΟ-8ΘΝ)
19. Υπουργείο Υγείας, Γενική Δ/νση Δημόσιας Υγείας & Υπηρεσιών Υγείας, Δ/νση Δημόσιας Υγείας, Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων 2019, Α.Π. Δ1α/Γ.Π.οικ.48177/25-6-2019 (ΑΔΑ:6ΧΘ2465ΦΥΟ-ΚΟΜ)
20. CDC. General Recommendations on Immunization. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) and the American Academy of Family Physicians (AAFP). MMWR 2002; 51(RR02):1-36.
21. Watson JC, Pearson JA, Markowitz LE, Baughman AL, Erdman DD, Bellini WJ, Baron RC, Fleming DW.. Evaluation of measles revaccination among school entry-aged children. Pediatrics 1996;97:613–8.
22. Huiming Y, Chaomin W, Meng M. Vitamin A for treating measles in children. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005, (4):CD001479.
23. AAP Committee on Infectious Diseases. Measles. In: Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW eds.Red Book, Early Release chapters of 30th ed., 2015.



**Γράφημα 1.** Επιδημική καμπύλη - Δηλωθέντα κρούσματα ιλαράς ανά εβδομάδα έναρξης συμπτωμάτων και πληθυσμιακή ομάδα, Ελλάδα, 2019 (n=28)



**Γράφημα 2.** Κατανομή κρουσμάτων ιλαράς ανά πληθυσμιακή ομάδα, Ελλάδα, 2019



**Γράφημα 3.** Δηλωθέντα κρούσματα ιλαράς ανά ηλικιακή ομάδα και εθνικότητα/πληθυσμιακή ομάδα, Ελλάδα, 1 Ιανουαρίου – 30 Ιουνίου 2019

