



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

ТИЖНЕВИЙ ЗВІТ ПРО РИЗИКИ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

**09 ТИЖДЕНЬ 2019 РОКУ
(25 ЛЮТОГО – 03 БЕРЕЗНЯ)**

АКТИВНІ СПАЛАХИ

В Україні епідемічна ситуація щодо захворюваності на кір залишається неблагополучною. Проте, за оперативними даними, показники захворюваності на кір за звітний тиждень порівняно з попереднім знизилась на 8,2% (2 524 випадки).

Захворюваність на кір за звітний тиждень

	За звітний тиждень	З початку 2019 року
Захворіло на кір усього	2 542	26 544
у тому числі дітей	1 312	14 747
Лабораторно підтверджено	248	1 954
Госпіталізованих	1 536	15 839
у тому числі дітей	700	7 777
Летальних	1	10

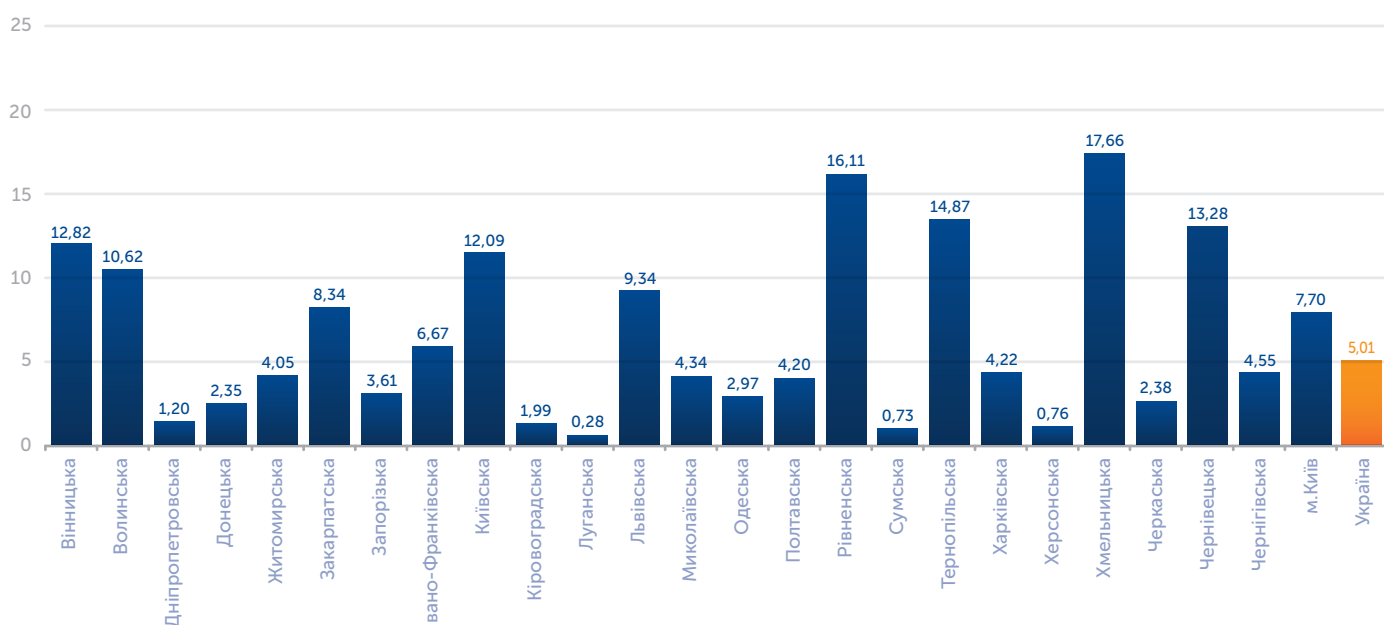
За звітний тиждень найвищі показники захворюваності на 100 000 населення на кір зареєстровано у Хмельницькій (17,6); Рівненській (16,1); Тернопільській (14,8); Вінницькій (12,8); Чернівецькій (13,3); Київській (12,1); Волинській (10,6); Львівській (9,3) областях; загалом по Україні — 6,0.

Зареєстровано летальний випадок від ускладнень кору у Хмельницькій області: новонароджена дитина, на кір хворіла мама, діагноз «кір, вкрай важкий перебіг, двобічна пневмонія, ДН-3, ДВЗ-синдром, набряк легень, легенева кровотеча, набряк головного мозку».

Рис. 6. Кількість захворілих на кір осіб з початку 2019 р.*



Кількість захворілих на кір за звітний тиждень поточного року**



* Абсолютне число

** Інтенсивний показник на 100 000 населення

Рис. 7. Кількість летальних випадків внаслідок кору з початку 2019 р.



СТАТИСТИКА СПАЛАХІВ ІНФЕКЦІЙНИХ НЕДУГ ЗА ЗВІТНИЙ ТИЖДЕНЬ

За звітний тиждень, окрім спалахів кору, зареєстровано два спалахи гострої кишкової інфекції (ГКІ), спалах ротавірусного ентериту і спалах вірусного гепатиту А (ВГА).

Інфекційна хвороба	Кількість спалахів	Область/ місто	Кількість постраждалих	Ймовірна причина
ГКІ	2	Житомирська область, м. Житомир, Загальноосвітня школа № 28	11 хворих	Порушення санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режимів у закладі
		Одеська область, м. Чорноморськ, Дитячий дошкільний заклад № 5	8 хворих	Порушення санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режимів у закладі
Ротавірусний ентерит	1	Донецька область м. Вугледар, Дошкільний навчальний заклад комбінованого типу № 1	3 хворих	З'ясовується
ВГА	1	Тернопільська область, Заліщицький район, с. Торське, в побуті	6 хворих	Тісне спілкування у побуті, недотримання правил особистої гігієни

СТАТИСТИКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ГРИП ТА ГРВІ ЗА ЗВІТНИЙ ТИЖДЕНЬ

- Протягом звітного тижня на грип та ГРВІ захворіли 178 567 людей, 65,9% з яких — діти віком до 17 років.
- Порівняно з минулим тижнем, рівень захворюваності серед дорослих і дітей віком до 17 років зменшився на 5,3% і 1,1% відповідно; загалом інтенсивний показник захворюваності склав 463,9 на 100 000 населення, що на 10,6% менше епідемічного порога по Україні.
- Епідемічні пороги перевищено у двох областях: Чернівецькій (на 8,7%) та Хмельницькій (на 0,8%).
- У країні низька інтенсивність епідемічної активності грипу і ГРВІ та регіональне географічне поширення.
- За звітний тиждень зареєстровано чотири летальні випадки внаслідок грипу, зокрема одна дитина віком до двох років, що підтверджено методом ПЛР. Із початку епідемічного сезону грип забрав життя 45 українців, зокрема семи дітей віком до 17 років. Жоден померлий не був вакцинований проти грипу.
- За результатами лабораторного обстеження методом ПЛР 123 зразків матеріалів у 31,7% отримано позитивні на грип результати, у циркуляції абсолютно домінують віруси грипу типу А.
- Упродовж звітного тижня проти грипу вакциновано 79 людей, а з початку епідемічного сезону — 161 458.

ІНШІ СИТУАЦІЇ

За звітний тиждень зареєстровано шість випадків харчового отруєння.

- **Чотири випадки ботулізму, внаслідок яких захворіло четверо людей:**
 - у Вінницькій області — один випадок (один хворий);
 - у Житомирській області — один випадок (один хворий);
 - у Черкаській області — один випадок (один хворий);
 - у м. Київ — один випадок (один хворий).Протиботулінічну сироватку введено усім хворим.
- **Два випадки отруєння дикорослими грибами, внаслідок яких захворіло двоє людей:**
 - у Харківській області — один випадок (один хворий);
 - у Донецькій області — один випадок (один хворий).

СИГНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ

Одне позачергове повідомлення щодо завезеного випадку **малярії** у громадянина України, який перебував у Республіці Екваторіальна Гвінея. негайно розпочато специфічне та симптоматичне лікування, епідеміологічне розслідування триває.

За результатами моніторингу інтернет-повідомлень та отриманих позачергових повідомлень реалізовано **26 заходів реагування та оцінювання ризиків**, зокрема, щодо результатів епідеміологічного розслідування випадків ботулізму у м. Київ, Житомирській, Вінницькій, Черкаській, Хмельницькій областях, отруєння дикорослими грибами у Черкаській, Полтавській, Харківській областях, надання позачергового повідомлення щодо геморагічної гарячки з нирковим синдромом у одного захворілого в м. Київ за результатами досліджень вірусологічної референс-лабораторії ДУ «ЦГЗ МОЗ України», отруєння хімічною речовиною — перцевим газом: у ЗОШ № 12 м. Конотоп Сумської області (шести школярам надано необхідну медичну допомогу без госпіталізації); у ЗОШ № 4 та гімназії № 5 м. Надвірна Івано-Франківської області (11 школярам надано необхідну медичну допомогу у лікарні, п'ять із них госпіталізовано), розгляду інтернет-повідомлень щодо отруєння чадним газом у Волинській (постраждала родина: 70-річна жінка та її дорослі діти 20 і 25 років), Полтавській (постраждало три особи: 70-річна жінка та літнє подружжя), Херсонській (постраждали 38-річна мати та її 8-річний син), Закарпатській (постраждали 26-річна жінка та її 5-річний син), Львівській (постраждало вісім осіб: діти — 2008 та 2010 р. н., двоє чоловіків — 27 і 23 років, родина — двоє дорослих осіб та діти 2008 та 2013 р. н.) областях — консультаційні заходи, підготовка інформаційних матеріалів, відповіді на запити публічної інформації.

ПОВІДОМЛЕННЯ ММСП

Отримано три повідомлення з інформаційного сайту ВООЗ щодо подій для національних координаторів з питань ММСП (WHO Event Information Site for IHR National Focal Points).

1

Оновлення інформації щодо захворювання на гарячку денге в Американському регіоні станом на 22 лютого 2019 р.

Між епідеміологічними тижнями EW1 і EW52 2018 р. було зареєстровано 560 586 випадків гарячки денге (рівень захворюваності — 57,3 випадків на 100 000 населення), зокрема 336 смертей. Із загальної кількості випадків лабораторно підтверджено 209 192 (37,3%), а 3 535 (0,63%) класифіковано як важку гарячку денге.

Захворювання, спричинене вірусом денге, є системним і динамічним, інфекція може не зумовлювати симптомів або мати широкий спектр клінічних проявів, від легких до важких форм, які можуть призвести до смерті, якщо пацієнт не отримує своєчасного і належного лікування. Хоча прояви захворювання є важкими, їхнє лікування є відносно простим, недорогим і дуже ефективним для збереження життя, якщо надається своєчасно і адекватно. Рання діагностика має вирішальне значення для запобігання прогресуванню важких форм захворювання. Серед збудників геморагічних гарячок, таких як денге, Чікунгунья і Зіка, арбовірус денге має найвищу летальність, особливо під час гострої фази захворювання. Тому, коли первісна клінічна картина свідчить про гарячку денге, Чікунгунья або Зіка, щодо пацієнтів (особливо дітей) слід керуватися правилами, як для випадку гарячки денге, і здійснювати щоденний моніторинг (або принаймні кожні 48 годин) для виявлення ознак важкого перебігу цього захворювання, особливо під час критичної фази. Клінічний супровід і лікування пацієнтів з підозрою на гарячку денге слід починати без очікування лабораторного підтвердження. Початковий клінічний діагноз достатній для своєчасної та адекватної медичної допомоги. Для діагностики та етіологічного підтвердження інфекції денге можна застосовувати вірусологічні дослідження (виділення вірусу, виявлення генетичного матеріалу, виявлення білка NS1 або імуногістохімію) чи серологічні тести для виявлення антитіл IgM.

21 листопада 2018 р. ПАОЗ/ВООЗ попередили представників держав-членів щодо збільшення кількості випадків гарячки денге в країнах Американського континенту, а також рекомендували скоординовані дії як у секторі охорони здоров'я, так і за його межами, зокрема пріоритетні заходи щодо запобігання поширенню гарячки денге і смертності від цього захворювання. ПАОЗ/ВООЗ також рекомендує дотримуватися ключових рекомендацій щодо готовності та реагування на спалахи, управління випадками, лабораторії та інтегрованого векторного менеджменту, опублікованих 21 листопада 2018 р. в «Епідеміологічному звіті з денге»: <https://bit.ly/2BNdbxo>.

Пацієнти, інфіковані вірусом денге, є резервуаром інфекції для інших людей як удома, так і в суспільстві. Медико-санітарні заходи щодо мінімізації інфікування комарами є критичними для запобігання поширенню вірусу/хвороби. Основні запобіжні заходи під час подорожі до районів ризику передбачають забезпечення приміщень протимоскітними сітками, просоченими інсектицидами або без них, захисний одяг, що мінімізує укуси комарів, використання репелентів, що містять

DEET, IR3535 або ікаридин, з нанесенням на відкриту шкіру або одяг. Ці особисті заходи профілактики також ефективні для запобігання передаванню вірусу здоровим людям.

2

19 грудня 2018 р. Міністерство охорони здоров'я та соціального розвитку Аргентини опублікувало епідеміологічне попередження щодо збільшення кількості випадків хантавірусної інфекції з легенеvim синдромом (HPS) у місті Епуйєн (провінція Чубут). Провінція Чубут розташована в Патагонії на півдні Аргентини та має населення близько 2 000 людей.

Між епідеміологічним тижнем (EW) 44 2018 р. та EW6 2019 р. було зареєстровано 34 лабораторно підтверджених випадки, зокрема 11 летальних, в Епуйєні (епіцентр) та найближчих містах Ель-Майтен, Тревелін провінції Чубут, в Ель-Больсоні провінції Ріо-Негро і один випадок у провінції Палена, Чилі. Випадки захворювання розпочалися у листопаді 2018 р. в осіб, що відвідували спільну вечірку, а 20–27 листопада 2018 р. занедужали ще п'ять осіб, які також були присутні на вечірці. У період з 7 грудня 2018 р. до 9 лютого 2019 р. ще у 28 осіб проявилися симптоми захворювання, всі з яких були епідеміологічно пов'язані з раніше підтвердженими випадками. Один із підтверджених випадків було зареєстровано у чилійського медичного працівника, який проживає в провінції Палена, Чилі, захворів 2 січня 2019 р. і мав історію подорожей до Чубуту, Аргентина, на один день у середині листопада 2018 р.

Також із 30 грудня 2018 р. до 10 лютого 2019 р. в провінції Чубут і Ель-Больсоні (провінція Ріо-Негро) було виявлено 157 безсимптомних контактів, щодо яких застосовували стратегію вибіркової дихальної ізоляції. Станом на 25 лютого 23 особи перебувають під спостереженням із закінченням періоду ізоляції 2–22 березня. Із 5 лютого не було зареєстровано нових випадків, і наразі немає госпіталізованих пацієнтів, пов'язаних із цим спалахом.

В Аргентині було виділено чотири ендемічні регіони: Північ (Сальта, Жужуй), Центр (Буенос-Айрес, Санта-Фе, Ентре-Ріос), Північний схід (Місьйонес) і Південь (Неукен, Ріо-Негро, Чубут). У період 2013–2018 р. щороку реєстрували в середньому 100 підтверджених випадків, причому найбільшу кількість — у провінціях Буенос-Айрес, Сальта і Жужуй. У період із 2013 до 2018 р. в Аргентині було зареєстровано 111 підтверджених смертей від хантавірусної інфекції, рівень смертності становив 18,6%, хоча цей показник був близький до 40% для деяких провінцій південного регіону країни.

У Чилі підтверджений випадок у провінції Палена є першим підтвердженим випадком HPS у регіоні Лос-Лагос 2019 р. У 2018 р. було вісім випадків захворювання, зокрема два летальні.

За результатами лабораторних досліджень вірусний генотип спалаху підтверджено як вірус Анд Південної лінії і виявлено 99,9% генетичний збіг для всіх послідовностей проаналізованих випадків із підтвердженням передавання від людини до людини. Можливим шляхом передавання була інфекційна слина або дихальні аерозолі під час тісного контакту між людьми.

HPS є зоонозним вірусним респіраторним захворюванням, яке характеризується симптомами лихоманки, міалгії та шлунково-кишкових розладів, раптовим початком респіраторного дистресу та гіпотензії. Симптоми HPS зазвичай виникають

протягом 2–4 тижнів після початкового впливу вірусу, проте можуть з'являтися вже через один і навіть вісім тижнів після експозиції. Рівень летальності може досягати 35–50%. Інфікування відбувається насамперед шляхом вдихання аерозолів або після контакту з послідом або слиною інфікованих гризунів. Випадки людської хантавірусної інфекції зазвичай трапляються в сільській місцевості (ліси, поля, ферми тощо), де можуть бути знайдені інфіковані вірусом гризуни.

Резервуаром для хантавірусів є гризуни-хом'яки, переважно вид *Sigmodontinae*. Передавання від гризунів є найпоширенішим шляхом хантавірусної інфекції. Передавання від людини до людини є незвичною подією, хоча раніше такий факт був задокументований в Ель-Большоні, Аргентина (1996) і ця форма поширення була підтверджена під час нинішнього спалаху. Крім того, цей спалах не мав тенденції до самообмеження і вимагав суворих вибіркових заходів дихальної ізоляції з метою припинення передавання.

ВООЗ продовжує спостерігати за епідеміологічною ситуацією та переглядати оцінку ризиків на основі останньої доступної інформації. ВООЗ рекомендує державам-членам продовжувати зусилля з виявлення, розслідування, звітування та ведення випадків з метою профілактики та контролю інфекцій, спричинених хантавірусом. Епідеміологічний нагляд за хантавірусною інфекцією має бути частиною комплексної національної системи нагляду і включати клінічні, лабораторні та екологічні компоненти. Потенціал передавання від людини до людини слід розглядати в районах, де вірус Анд є ендемічним. З огляду на тип передавання у такому випадку (з вірусом Анд) запобіжні заходи захисту від крапель дихального аерозолу слід застосовувати додатково, разом зі стандартними заходами захисту.

Рекомендовано впровадження інтегрованого управління охороною навколишнього середовища з метою зменшення кількості гризунів. Особливу увагу слід приділяти мандрівникам, які повертаються із постраждалих районів. Рання ідентифікація та своєчасна медична допомога покращують клінічний результат. Щоби посилити настороженість стосовно НПС, клініцисти повинні використовувати комбінацію з таких трьох факторів: епідеміологічний анамнез, прояви лихоманки і міалгії, тромбоцитопенія. Противірусний засіб рибавірин не схвалено для лікування або профілактики хантавірусної інфекції з легеневим синдромом.

Просвітницькі кампанії з питань охорони здоров'я мають бути спрямовані на підвищення виявлення і своєчасне лікування хвороби та запобігання її виникненню через зменшення ризику впливу на людей. Профілактичні заходи мають охоплювати небезпеки, пов'язані з професійним та екологічним туризмом. Для більшості звичайних видів туристичної діяльності ризик впливу гризунів на мандрівників незначний або взагалі відсутній. Проте люди, які беруть участь у заходах на свіжому повітрі, як-от кемпінг чи піший туризм, повинні вживати заходів для зменшення можливого впливу потенційно інфікованих матеріалів.

3

Щодо 20-го засідання Комітету з надзвичайних ситуацій ВООЗ із Міжнародних медичних правил (2005), скликаного генеральним директором ВООЗ 19 лютого 2019 р. стосовно міжнародного поширення поліовірусу.

Комітет розглянув дані щодо циркуляції дикого поліовірусу (WPV1) і дериватів вакцинних поліовірусів (сVDPV). Такі держави-учасниці ММСП презентували оновлену інформацію стосовно теперішньої ситуації та виконання Тимчасових реко-

мендацій ВООЗ із часу останнього засідання Комітету 27 листопада 2018 р.: Афганістан, Індонезія, Мозамбик, Нігер, Нігерія, Пакистан і Папуа Нова Гвінея (PNG).

У світі є три ендемічні країни, та лише Афганістан і Пакистан продовжують повідомляти про дикий поліовірус. Комітет відзначив постійний високий рівень співпраці та координації між Афганістаном і Пакистаном, особливо щодо охоплення мобільного населення з групи високого ризику, яке часто перетинає міжнародний кордон. Комітет зауважив, що минуло більше чотирьох років після того, як вірус поширився за межами цих двох епідеміологічно пов'язаних країн.

Однак Комітет був дуже стурбований зростанням кількості випадків WPV1 у глобальному масштабі 2018 р., причому в цих двох країнах було більше випадків, ніж 2017 р. Ця тенденція, очевидно, триває у 2019 р.: повідомлено вже про шість випадків порівняно з двома за той самий період 2018 р. Ба більше — міжнародне поширення між двома країнами відновилося після попереднього 10-місячного періоду відсутності.

Наразі вісім країн у чотирьох регіонах ВООЗ реагують на спалахи сVDPV, і це безпрецедентна кількість спалахів за останні роки.

Новий спалах сVDPV1 в Індонезії є прикладом прогалин в імунитеті населення у багатьох частинах світу, які вважаються вільними від поліомієліту. Очевидно, що протягом кількох років було пропущено передавання цього вірусу, хоча поки немає доказів того, що це відбулося за межами провінції Папуа. Тим не менш, необхідно терміново поліпшити епіднагляд в Індонезії загалом, а не лише у провінціях Папуа і Західне Папуа.

Новий спалах сVDPV2 у Мозамбіку є вельми тривожним, оскільки може бути пов'язаний з недостатнім контролем за невикористаними флаконами mOPV2 під час попередньої події у 2017 р. Комітет зауважив, що випадок захворювання стався близько до кордону з Малаві, спричинивши занепокоєння у зв'язку з можливістю міжнародного поширення.

Спалахи сVDPV2 у Нігерії свідчать про вразливість до поліовірусної інфекції у багатьох районах країни, при цьому вірус поширюється на райони, які раніше не розглядалися як регіони з високим ризиком поліомієліту, наприклад, Квара. Незважаючи на те, що з 2014 р. з Нігерії не було міжнародного розповсюдження WPV1, недавні випадки імпорту сVDPV2 до Нігеру бентежать, адже в минулому сVDPV рідко поширювався через кордони. Комітет був стурбований відсутністю прогресу в боротьбі із цим спалахом і близькістю недавнього випадку до Республіки Бенін. Комітет відзначив затримки між розслідуванням справи та кінцевими лабораторними результатами та запропонував здійснити аналіз, щоб зрозуміти причини цього. Неодноразові ввезення з Нігерії до Нігеру свідчать про те, що попри чималі зусилля для реагування на ризики необхідно зробити значно більше для запобігання майбутньому міжнародному поширенню між Нігерією та Нігером. Прогалини в епідемнагляді в сусідніх вразливих країнах басейну озера Чад спричиняють занепокоєння щодо пропущеного передавання в цих країнах.

Спалах сVDPV2 в Сомалі та Кенії є ще одним рідкісним прикладом міжнародного поширення сVDPV через кордони. Відсутність передавання в останні місяці в Сомалі та Кенії була схвалена, однак великі недоступні райони Сомалі є значним обмеженням на шляху до переривання поширення, що посилюється великими переміщеннями населення, котре виходить із зон конфлікту або мігрує через еко-

номічні чи безпекові фактори. Сусідні із Сомалі країни, такі як Південний Судан, Ефіопія та Джибуті, мають сфери слабкого епідеміологічного нагляду, і це створює ризик того, що міжнародне поширення може залишитися непоміченим.

Хоча є ознаки того, що передавання вірусу може сповільнитися в ДР Конго, значна тривалість спалаху, наявні конфлікти, незахищеність та переміщення населення всередині країни та за її межі становлять значний ризик розповсюдження.

Комітет відзначив, що у всіх інфікованих країнах рутинна імунізація була слабкою і охоплення залишається дуже низьким у багатьох районах цих країн. Недоступність є основним ризиком для переривання поширення у Нігерії, Нігері, Сомалі та Афганістані.

Тимчасові рекомендації стосуються:

Держав, інфікованих WPV1, cVDPV1 або cVDPV3, із потенційним ризиком міжнародного поширення

• **WPV1:**

- Афганістан (останнє виявлення 26 січня 2019 р.)
- Пакистан (останнє виявлення 28 січня 2019 р.)
- Нігерія (останнє виявлення 27 вересня 2016 р.)

• **cVDPV1:**

- Папуа Нова Гвінея (останнє виявлення 7 листопада 2018 р.)
- Індонезія (останнє виявлення 25 січня 2019 р.)

• **cVDPV3:**

- Сомалі (останнє виявлення 7 вересня 2018 р.)

Держав, інфікованих cVDPV2, з потенційним ризиком міжнародного поширення

- ДР Конго (останнє виявлення 7 жовтня 2018 р.)
- Кенія (останнє виявлення 21 березня 2018 р.)
- Мозамбик (останнє виявлення 17 грудня 2018 р.)
- Нігер (останнє виявлення 5 грудня 2018 р.)
- Нігерія (останнє виявлення 15 січня 2019 р.)
- Сомалі (останнє виявлення 11 жовтня 2018 р.)

Держав, більше не інфікованих WPV1 або cVDPV, але які залишаються вразливими до повторного зараження WPV або cVDPV

• **WPV1:**

- Камерун (останній випадок 9 липня 2014 р.)
- Центральноафриканська Республіка (останній випадок 8 грудня 2011 р.)
- Чад (останній випадок 14 червня 2012 р.)

• **cVDPV**

- Сирія (останній випадок 21 вересня 2017 р.)

Комітет зазначив, що світ перебуває у критичній точці щодо ліквідації поліомієліту. Неспроможність підвищити імунітет населення через посилення рутинної імунізації та неможливість запобігти спалаху через застосування високоякісних кампаній додаткової імунізації в районах з високим ризиком може поставити під загрозу або серйозно затримати ліквідацію поліомієліту. Нинішня ситуація вимагає зусиль і використання всіх наявних інструментів для досягнення мети в цих найбільш складних країнах. Відзначивши поширення поліовірусів у кількох районах, близьких до міжнародних кордонів, Комітет рішуче закликає до

посилення епідемонгляду, оцінювання імунітету населення та готовності до спалахів в усіх сусідніх країнах, особливо у Беніні, Малаві, Ефіопії, Південному Судані, Джибуті, країнах басейну озера Чад і Центральноафриканській Республіці. Країни, що використовують mOPV2, повинні дуже уважно ставитися до обліку всіх флаконів вакцини, щоб уникнути несанкціонованого та неналежного використання поза межами глобально узгодженої кампанії з додаткової імунізації.

На основі нинішньої ситуації щодо WPV1 та cVDPV, а також звітів, наданих Афганістаном, Індонезією, Мозамбіком, Нігерією, Нігером, Пакистаном і Папуа Новою Гвінеєю, генеральний директор ВООЗ прийняв оцінку Комітету і зазначив, що ситуація, пов'язана з поліовірусом, залишається надзвичайною подією у сфері громадського здоров'я, що має міжнародне значення (PHEIC), і подовжив Тимчасові рекомендації, передбачені ММСП, для зменшення ризику міжнародного поширення поліовірусу на три місяці, з 28 лютого 2019 р.

ІНФОРМАЦІЯ ЗА ДАНИМИ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ СИСТЕМИ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО НАГЛЯДУ (TESSY)

1

Оновлення даних з антимікробної резистентності у зоонозних та індикаторних бактерій, поданих 28 країнами-членами ЄС та проаналізованих EFSA та ECDC.

Дані, опубліковані на цьому тижні Європейським центром профілактики та контролю захворювань (ECDC) та Європейським органом з безпеки харчових продуктів (EFSA), свідчать про те, що антимікробні засоби для лікування зоонозних захворювань, які можуть передаватися між тваринами і людьми, наприклад кампілобактеріоз і сальмонельоз, стають менш ефективними.

Згідно з доповіддю, що належить до даних 2017 р., стійкість до фторхінолонів (таких як ципрофлоксацин) настільки висока у бактерії *Campylobacter* в деяких країнах, що ці антимікробні засоби більше не працюють для лікування важких випадків кампілобактеріозу. Більшість країн повідомила, що *Salmonella* у людей стає дедалі стійкішою до фторхінолонів. Мультирезистентність (резистентність до трьох чи більше антимікробних препаратів) висока у *Salmonella*, виявлених у людей (28,3%) і тварин, особливо у *S. Typhimurium*. У *Campylobacter* було виявлено високий та надзвичайно високий процент бактерій, стійких до ципрофлоксацину і тетрациклінів. Проте комбінована стійкість до критично важливих антимікробних препаратів була дуже низькою та/або низькою в *Salmonella* і *Campylobacter* від людей і тварин, а також в індикаторі *E. coli* від тварин.

Спільний звіт, у якому подано дані, зібрані з 28 країн — членів ЄС від людей, свиней і телят віком до одного року, підтверджує зростання резистентності до антибіотиків, вже виявлених у попередні роки.

2

Оновлення інформації щодо захворювання на холеру.

Зі часу останнього оновлення 18 січня 2019 р. у світі з'явилися нові випадки холери, і такі країни, як Кенія та Замбія, повідомляють про нові спалахи цього захворювання.

Країни, які повідомляють про більшість нових випадків з часу попереднього оновлення: Ємен — 54 530 випадків (49 смертельних), Демократична Республіка Конго — 3 451 (86), а також Кенія — 843 (3).

Крім того, ВООЗ закрила заходи щодо спалахів холери у Анголі та Нігерії протягом цього періоду.

Джерело: **European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)**

Щодо подальшого розповсюдження, перекладу або копії змісту звертайтеся за адресою: info@phc.org.ua