



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

ТИЖНЕВИЙ ЗВІТ ПРО РИЗИКИ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

**21 ТИЖДЕНЬ 2019 РОКУ
(20 ТРАВНЯ – 26 ТРАВНЯ)**

КЛЮЧОВІ РИЗИКИ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

- **Триваючий підйом захворюваності на кір:** з початку року, за оперативними даними, захворіло 50749 осіб, з початку підйому з 2017 року – 106891.
- **Залишається стабільно-високою кількість спалахів гострих кишкових інфекцій та вірусного гепатиту А:** в закладах освіти зареєстровано 4 спалахи (захворіло 20 осіб, з них 15 дітей) та у побуті - 1 спалах (захворіло 7 осіб, з них 4 дитини).
- **Залишається високою вірогідність укусів змій:** за минулий тиждень через укуси змій за медичною допомогою звернулося 4 людей – мешканців Києва, Київської, Донецької та Запорізької областей, серед них 1 дитина. З початку року кількість постраждалих від укусів змій становить 27, в тому числі 4 дітей.

АКТИВНІ СПАЛАХИ

В Україні епідемічна ситуація щодо захворюваності на кір залишається неблагополучною. За даними оперативної інформації, показники захворюваності на кір за звітний тиждень у порівнянні з попереднім тижнем зменшились на 23,3%.

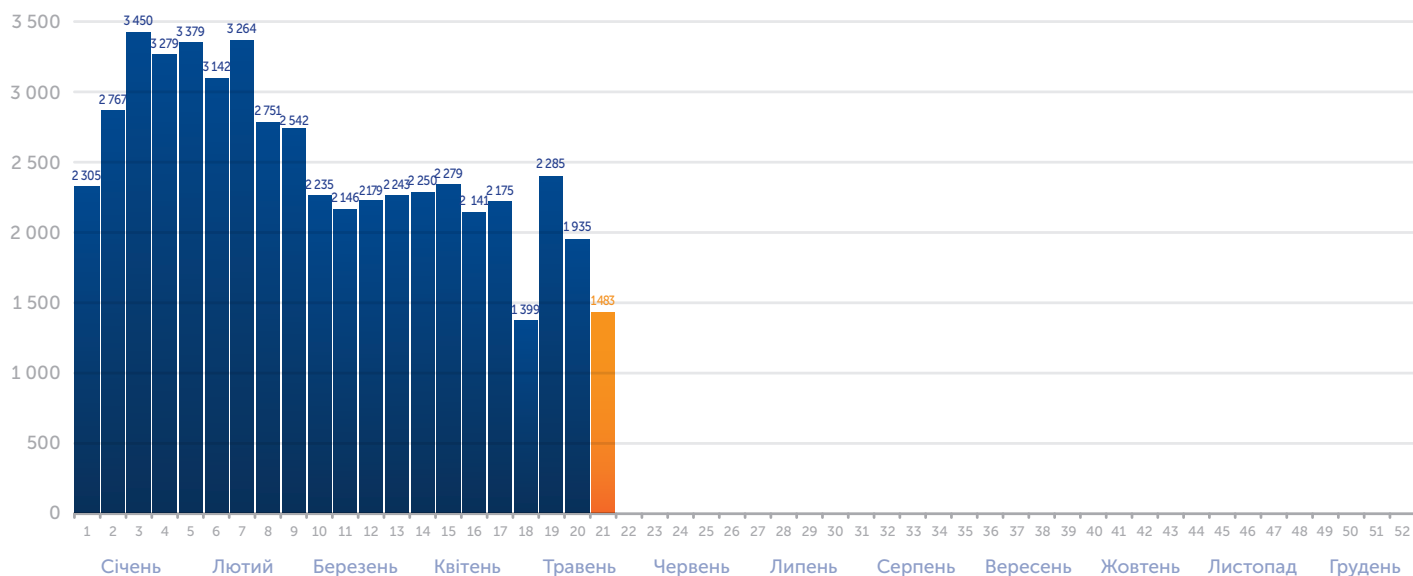
Найвищі показники захворюваності на кір другий тиждень поспіль спостерігалися у Харківській області.

Захворюваність на кір за звітний тиждень

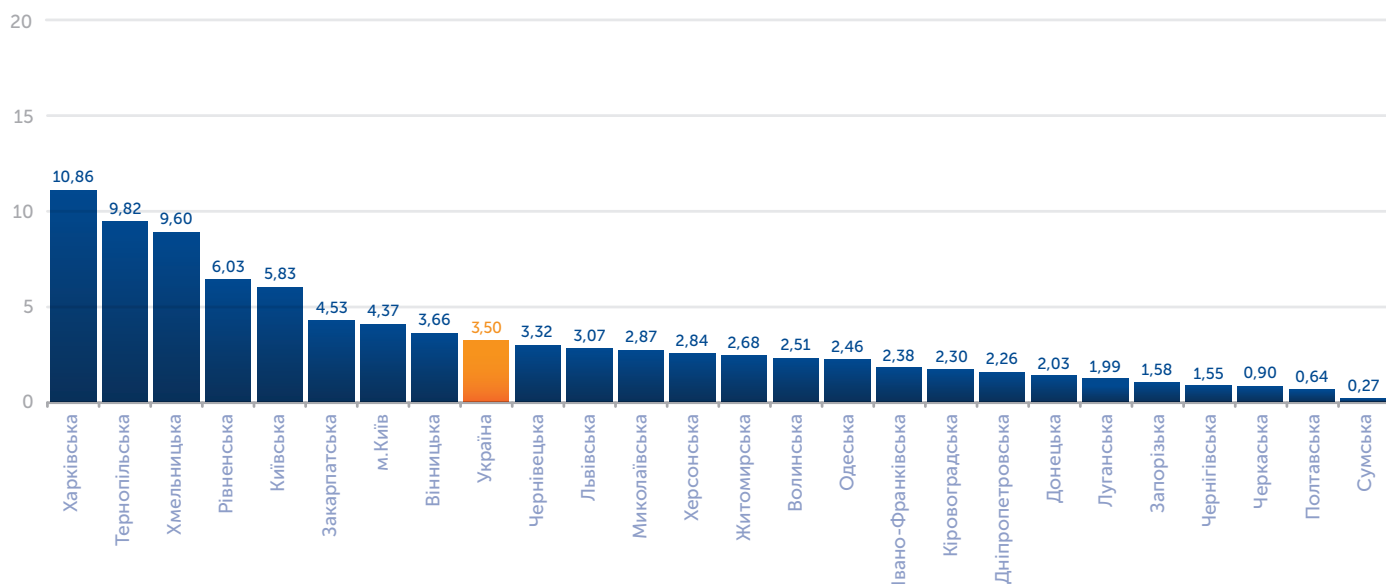
	За звітний тиждень	З початку 2019 року
Захворіло на кір усього	1483	50749
зокрема дітей	807	26844
Лабораторно підтверджено	154	4385
Госпіталізованих	953	31515
зокрема дітей	502	14884
Летальних	0	17

За звітний тиждень високі показники захворюваності на 100 тисяч населення на кір у Харківській – 10,8; Тернопільській – 9,8; Хмельницькій – 9,6; Рівненській – 6,0; Київській – 5,8; Закарпатській – 4,5 областях та м. Києві – 4,3 (по Україні – 3,5).

Кількість захворілих на кір осіб з початку 2019 р.*



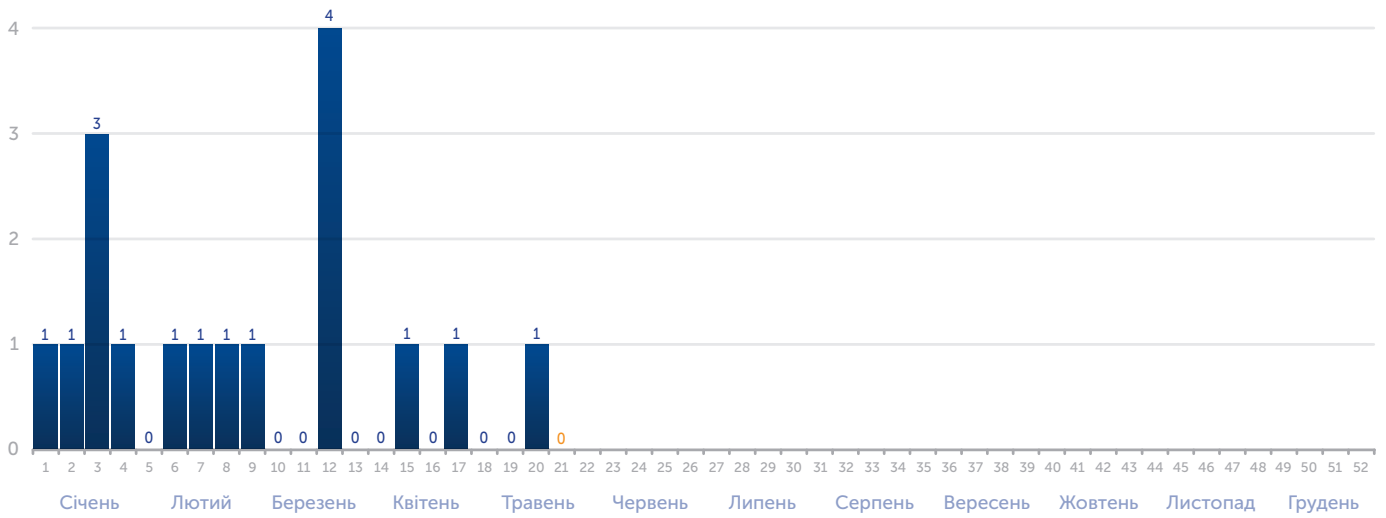
Кількість захворілих на кір за звітний тиждень**



* Абсолютне число.

** Інтенсивний показник на 100 000 населення.

Кількість летальних випадків внаслідок кору з початку 2019 р.



СТАТИСТИКА СПАЛАХІВ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ ЗА ЗВІТНИЙ ТИЖДЕНЬ

За звітний тиждень було, окрім спалахів кору, зареєстровано 2 спалахи вірусного гепатиту А (далі-ВГ А) та 3 спалахи гострої кишкової інфекції (далі-ГКІ).

Інфекційна хвороба	Кількість спалахів	Область/ місто	Кількість постраждалих	Ймовірна причина
ВГ А	1	Одеська область, Татарбунарський район, с. Рибальське, Навчально-виховний комплекс	4 хворих	Не дотримання правил особистої гігієни
		Одеська область, Захарівський район, с. Павлівка, Навчально-виховний комплекс	4 хворих	Не встановлено контроль за дотриманням правил особистої гігієни дітьми закладу; питний режим в закладі не організований
ГКІ	3	Херсонська область, м. Берислав, «Бериславський медичний коледж Херсонської обласної ради»	5 хворих	Вживання харчових продуктів виготовлених з порушенням технології приготування, умов та термінів зберігання.
		Львівська область, Жовківський район, с. Любеля, у побуті	7 хворих	З'ясовується
		Вінницька область, Могилів-Подільський район, сmt. Вендичани, Дитячий навчальний заклад	7 хворих	З'ясовується

ІНШІ СИТУАЦІЇ

За звітний тиждень було зареєстровано:

- 2 випадки ботулізму, внаслідок яких постраждало 2 особи, протиботулінічна сироватка введена всім постраждалим. Випадки ботулізму були зареєстровані в наступних регіонах:
 - Запорізька область - 1 випадок (1 хворий);
 - Івано-Франківська область - 1 випадок (1 хворий).
- 1 випадок отруєння дикорослими грибами у Черкаській області, внаслідок якого постраждала 1 особа.

Про випадок підозри на гарячку Денге

Мешканка м. Ірпінь, Київської області звернулася по медичну допомогу через загальне нездужання, слабкість, сухість у роті, підвищення температури до 38,00С.

18.05.19р. фахівцями клініки «Добробут» було встановлено діагноз «Геморагічна гарячка? Агранулоцитоз», а 22.05.2019р. хвора була госпіталізована в Олександрівську КЛ м. Києва, з підозрою на лихоманка Денге.

Для лабораторного підтвердження діагнозу у пацієнтки було відібрано кров для дослідження та доставлена у вірусологічну референс лабораторію ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України».

Згідно даних епідеміологічного анамнезу, хвора протягом 08 – 15 травня 2019 року відпочивала на Мальдівських островах, відмічала укуси комарів, що ймовірно посприяли інфікуванню вірусом гарячки денге.

СИГНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ

За результатами моніторингу інтернет повідомлень та отриманих позачергових повідомлень було проведено **6 заходів реагування та оцінювання ризиків** (консультаційні заходи, підготовка інформаційних матеріалів, відповіді щодо запитів на публічну інформацію) зокрема щодо:

- результатів епідеміологічного розслідування двох завізних випадків підозри захворювання на гарячку денге у м. Київ та Київській області (лабораторні дослідження тривають);
- ботулізму у Запорізькій, Івано-Франківській областях;
- отруєння дикорослими грибами у Черкаській області;
- отруєння чадним газом у Львівській (постраждало 2 особи).

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

Щодо виділення дикого поліовірусу типу 1 (WPV1) у Ісламській Республіці Іран.

09 травня 2019 року ВООЗ було повідомлено про виділення дикого поліовірусу 1 типу (WPV1) в пробі стічних вод (зібраній 20 квітня) у провінції Систан-Белуджистан Ісламської Республіки Іран. Вірус було виявлено лише в зразку навколишнього середовища, випадків гострих в'ялих паралічів зафіксовано не було.

Контрольне дослідження стічних вод через 2 тижні (зразки відібрані 04 травня) дало від'ємний результат.

Провінція, де в пробі стічних вод було виявлено дикий поліовірус, межує з Белуджистаном, Пакистаном, південною частиною Афганістану, а генетичне секвенування підтвердило, що ізольований вірус циркулює і в м. Карачі, Пакистан. Ця інформація ще більше підкреслює ризик міжнародного поширення WPV1 із Пакистану та Афганістану.

Останній лабораторно підтверджений випадок дикого вірусу поліомієліту був зареєстрований в 1997 році. З 1998 по 2000 роки реєструвалися випадки, які були завезені із Пакистану/Афганістану. З 2001 року в Ісламській Республіці Іран не було зафіксовано жодного випадку поліомієліту. З 1984 року в країні рутинна імунізація проти поліомієліту була обов'язковою. З 1994 по 1998 роки були проведені додаткові національні дні імунізації проти поліомієліту серед населення на територіях високого ризику. З 1999 року додаткові національні дні імунізації на територіях високого ризику проводяться щорічно.

Оцінка ВООЗ: ВООЗ оцінює ризик міжнародного поширення штаму WPV1 із Ісламської Республіки Іран як низький. Ця подія має обмежені наслідки для громадського здоров'я, завдяки високому рівню охоплення імунізацією населення Ісламської Республіки Іран (99%) та якісному епіднагляду за захворюванням.

ВООЗ оцінює, як високий, ризик міжнародного поширення штаму WPV1 із Пакистану/Афганістану.

Рекомендації ВООЗ: Важливо, щоб країни, мандрівники яких подорожують до районів з активним поширенням вірусу поліомієліту, посилили епіднагляд за ГВП, щоб своєчасно виявити новий імпорт вірусу та сприяти швидкому реагуванню. Всі країни повинні підтримувати високий рівень охоплення рутинною імунізацією проти поліомієліту для мінімізації наслідків нових випадків виявлення вірусів.

ВООЗ рекомендує, щоб мандрівники з країн, вільних від поліомієліту, мали завершену вікову вакцинацію проти поліомієліту відповідно до національного календаря імунізації. Особи, що довгостроково відвідували інфіковані поліомієлітом райони повинні отримати додаткову дозу ОПВ або ІПВ протягом від 4-х тижнів до 12 місяців подорожі.

Відповідно до рекомендацій Комітету з надзвичайних ситуацій ВООЗ, скликаного відповідно до ММСП (2005), зусилля, спрямовані на обмеження між-

народного поширення поліовірусу, мають тривати, оскільки це залишається надзвичайною ситуацією у сфері громадського здоров'я, що має міжнародне значення (PHEIC). Країни, які постраждали від поширення поліовірусу, підпадають під Тимчасові рекомендації. Повна заява Комітету з надзвичайних ситуацій доступна на веб-сайті ВООЗ (<https://www.who.int/ru>)

2

Щодо випадків смерті від чуми у Монголії.

01 травня 2019 року було зареєстровано два підтвержених випадки смерті від септичної форма чуми у регіоні Баян-Улгій Монголії, що межує з Китаєм та Росією. Пара із Казахстану померла від чуми після вживання сирого м'яса і внутрішніх органів бабака. Діагноз встановлено ретроспективно, первинний діагноз – хімічне отруєння. Померлі були працівниками пункту пропуску через кордон Цагааннуур між Росією та Монголією.

Ще три ймовірних випадки смерті від чуми були зареєстровані серед контактних осіб: батько одного із постраждалих та два пацієнта, що отримували лікування в відділенні інтенсивної терапії, до якого було госпіталізовано другого померлого. Детальна інформація про причини смерті останніх трьох захворівших в даний час недоступна. 05 травня 2019 року ці три випадки смерті не були підтверджені.

У зв'язку з підозрою на септичну форму чуми у регіоні Баян-Улгій було оголошено карантин протягом шести днів (01-06 травня 2019). Всього виявлено 124 близьких контактів, яким було призначено антибіотики, 39 із них - медичні працівники, які під час карантину перебували у лікарні. Для інших 1247 контактних осіб було обмежено рух. Протягом карантину нових випадків чуми зареєстровано не було.

01-02 травня було закрито прикордонний пункт пропуску Цагааннуур-Ташанта між Росією та Монголією, робота якого була відновлена 03 травня. Враховуючи інформацію про три додаткові випадки смерті ймовірно від чуми, 28 чоловік, включаючи 7 немонгольських громадян (4 корейця, 1 казах, 1 швейцарець, 1 швед), які перетнули кордон з Монголії в Росію, були ізольовані в якості превентивного заходу.

02 травня 2019 року одинадцять пасажирів та дві бортпровідниці, що прибули в Улан-Батор на літаку авіакомпанії «Hunnu Air» із Баян-Улгій, були ізольовані в Національному центрі інфекційних захворювань. Після отримання негативних результатів лабораторних досліджень карантин було знято.

Оцінка ВООЗ: Залежно від шляху проникнення інфекції розрізняються дві основні форми чуми: бубонна і легенева. Всі форми чуми піддаються лікуванню, якщо виявляються досить рано.

Бубонна чума є найбільш поширеною формою чуми і виникає в результаті укусу інфікованої блохи. Збудник чуми бактерія *Yersinia pestis* проникає в організм людини в місці укусу і рухається по лімфатичній системі до найближчого лімфатичного вузла, де починає розмножуватися. Люди можуть заразитися при обробці та підготовці туш диких тварин. Передача бубонної чуми від людини до людини відбувається рідко. У разі подальшого розвитку бубонної чуми інфекція може поширитися в легені (легенева) або в кров (септична).

Легенева чума - найбільш вірулентна форма цього захворювання. Інкубаційний період може бути надзвичайно коротким і становити 24 години. Будь хво-

рий на легеневу чуму людина може передавати інфекцію оточуючим повітряно-крапельним шляхом. Без ранньої діагностики та лікування легенева чума закінчується летальним результатом. Однак в разі своєчасного виявлення та проведення терапії (протягом 24 годин після появи симптомів) значна частка пацієнтів виліковується від захворювання.

Випадки бубонної чуми періодично фіксуються у Монголії.

Виходячи з поточної інформації, ВООЗ вважає, що існує низький ризик реєстрації нових випадків серед людей, пов'язаних з цією подією.

ВООЗ продовжує стежити за епідеміологічною ситуацією та проводити оцінку ризиків.

Рекомендації ВООЗ:

Бубонна чума є найбільш поширеною формою захворювання, однак вона не може легко передаватися від людини до людини. У деяких пацієнтів бубонна чума переходить в легеневу форму в результаті поширення інфекції в легені. Легенева чума може передаватися від хворого оточуючим людям при кашлі. Легенева форма за відсутності лікування завжди призводить до смерті.

У разі раптової появи таких симптомів, як підвищення температури тіла, озноб, болючість і запалення лімфатичних вузлів або задишка з кашлем і / або відходження мокротиння з кров'ю, слід негайно звернутися до медичного закладу для обстеження. (Особам, які вчинили поїздки в райони, де виявлені випадки чуми, слід повідомляти обслуговуючих їх працівників охорони здоров'я про факт відвідування таких місць.) Не слід займатися самолікуванням, в тому числі з використанням антибіотиків, якщо відповідний діагноз не поставлений працівником охорони здоров'я.

Працівники охорони здоров'я оцінюють стан пацієнта на підставі симптомів. Для підтвердження діагнозу потрібно лабораторне дослідження зразка крові, мокротиння (рідини, що виділяється з легких при кашлі) або гною з бубон.

Чуму можна лікувати антибіотиками, і при ранньому початку терапії нерідко настає одужання. У районах, де відбувається спалах чуми, при появі симптомів слід звертатися в медичні центри для обстеження і лікування. Тривалість лікування становить від 10 до 14 днів або до 2 днів після зниження температури. Тривалість постконтактної профілактики для попередження чуми становить 7 днів.

Хворі на легеневу форму чуми підлягають ізоляції, і їм повинно надаватися лікування навченими медичними працівниками, які користуються засобами захисту. Забезпечення масками пацієнтів з легеневою формою може зменшити поширення чуми.

Щоб запобігти інфікуванню легеневою чумою, не треба наближатися до людей, що кашляють, та проводити менше часу в місцях масового скупчення людей. Щоб не заразитися бубонної чумою, не слід торкатися мертвих тварин, потрібно користуватися репелентами для відлякування комах при знаходженні в ендемічних по чумі районах.

Спостереження за контактними особами: виявлення та моніторинг тісних контактів пацієнтів з легеневою чумою та призначення хіміопротекції протягом 7 днів.

Поховання слід проводити із забезпеченням заходів біологічної безпеки.

Відповідно до Міжнародних медико-санітарних правил (2005 р.) держави по-

винні базувати своє рішення щодо застосування додаткових медико-санітарних заходів: карантин, ізоляція мандрівників або заходи для міжнародних перевезень, на наукових принципах, оцінці ризику для громадського здоров'я та відповідно рекомендаціям ВООЗ. Про впровадження заходів держави повинні повідомити ВООЗ протягом 48 годин.

3

Щодо циркуляції вірусу денге у Французькій Гвіані.

16 травня 2019 року Регіональне агентство охорони здоров'я Французької Гвіани повідомило Регіональне бюро ВОЗ про підтвердження автохтонного випадку серотипу 2 (DENV 2). Захворювання почалося 02 травня 2019 року, хворий за межі країни не виїжджав, але був сусідом людини, яка подорожувала по Південній Америці, включаючи Аргентину, та переохворіла у квітні 2019 року. Були виявлені ще два випадки підозри на захворювання, подорож за межі країни не здійснювалась; лабораторне підтвердження триває. У 2019 році у Французькій Гвіані було зареєстровано 2 завезених підтверджених випадки денге.

У 2012-2013 роках було зареєстровано 17 640 ймовірних та підтверджених випадків, у тому числі 6 смертей. Це була остання епідемія денге, під час якої відбувалась спільна циркуляція 4 серотипів (DENV 1, DENV 2, DENV 3 та DENV 4). У 2014 році було виявлено 1180 випадків DENV 1, DENV 2 та DENV 4.

DENV 2 було вперше виявлено у Французькій Гвіані у 2005 році. DENV 2 залишався переважним серотипом до 2008 року. У 2009 році в Французькій Гвіані відбулася епідемія DENV 1 з DENV 4. У 2010 році DENV 2 було виділено, хоча переважними серотипами були DENV 1 та DENV 4. У 2013 році спостерігалось переважання DENV 2. У 2014-2016 рр. знову спільна циркуляція DENV 2, DENV 1 та DENV 4.

Оцінка ВООЗ: Останній автохтонний випадок денге було зареєстровано у 2016 році. Виявлення DENV 2 в 2019 році може вказувати на наявність циркуляції денге та можливості реєстрації більш важких вторинних випадків гарячки денге. Наявність компетентного вектора та, враховуючи, що Французька Гвіана є туристичним напрямком, не можна виключати ризик поширення.

Рекомендації ВООЗ:

Враховуючи збільшення кількості випадків гарячки денге в країнах і територіях регіону Американського континенту, ПАОЗ / ВООЗ закликає держави-члени 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> та 22 лютого 2019 р. PAHO / ВООЗ «Епідеміологічне оновлення з денге»: <https://bit.ly/2VUSX1C>.

Не існує специфічного лікування денге; однак, своєчасний підхід, виявлення випадків, спостереження за будь-якими попереджувальними ознаками важкої денге і ведення випадків є ключовими елементами допомоги для запобігання смертності пацієнтів від денге. Затримка у зверненні за медичною допомогою часто пов'язана з причиною смерті.

Крім того, повинна бути підвищена активність ІМ для усунення потенційних місць розмноження, зменшення популяцій векторів та мінімізації інфікування. Необхідно впроваджувати векторні заходи контролю у домогосподарствах, місцях роботи, школах та медичних закладах.

Основні особисті засоби захисту: використання захисного одягу, що мінімізує укуси комарів та репеленти, які можуть бути нанесені на відкриту шкіру або одяг; використання репелентів повинно бути в суворій відповідності з інструкціями з маркування. Віконні та дверні екрани, а також москітні сітки (просочені інсектицидами) можуть бути корисні для зменшення контакту комар-людина в закритих приміщеннях протягом дня та ночі.

ІНФОРМАЦІЯ ЗА ДАНИМИ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ СИСТЕМИ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО НАГЛЯДУ (TESSY)

1

Оновлення інформації щодо спалаху захворювання на вірус Ебола в Республіці Конго.

Із початку спалаху 11 травня 2018 року станом на 23 травня 2019 року було зареєстровано 1888 випадків захворювання на гарячку Ебола (1800 підтверджених, 88 ймовірних), у тому числі 1254 смерті (1166 підтверджених та 88 ймовірних випадків). Випадки захворювання на вірус Ебола зафіксовані у провінціях Північне Ківу та Ітурі. Цей спалах - другий за величиною в світовій історії.

Кількість інфікованих медичних працівників становить 105 (5,6% від усіх підтверджених/ймовірних випадків), у тому числі 35 померли. Захворювання та смерть серед медичних працівників свідчать про високий ризик внутрішньолікарняної передачі інфекції.

23 травня ВООЗ опублікувала «Новини про спалах хвороби Ебола», в яких повідомило про збільшення прямих загроз командам реагування, внаслідок чого медичні працівники відмовляються вдягати засоби індивідуального захисту або виконувати екстрені заходи IPC через страх насильства проти них або закладів охорони здоров'я, де вони працюють. ВООЗ тимчасово припиняє діяльність з реагування в деяких районах з високим ризиком через недавню ескалацію інцидентів безпеки.

Оцінка ECDC: Впровадження заходів реагування залишається складним через тривалу гуманітарну кризу, нестабільну ситуацію з безпекою, внаслідок збройного конфлікту та недовіри населення до груп реагування. Спалах продовжується в районах з важливим транскордонним потоком населення з Руандою, Південним Суданом і Угандою. Значна частка випадків виявляється серед осіб, які раніше не були ідентифіковані, як контактні, підкреслюючи необхідність підтримки посиленого епіднагляду та виявлення шляхів передачі.

Ризик поширення в ЄС через інфікованих мандрівників зараз дуже низький. Проте його можна усунути лише шляхом зупинки передачі на місцевому рівні.

За оцінкою ВООЗ, ризик поширення на глобальному рівні є низьким, але залишається дуже високим на національному та регіональному рівнях.

Хвороба, спричинена вірусом Ебола, — гостре інфекційне захворювання із вираженим геморагічним синдромом у тяжкій формі, що часто має летальні наслідки.

Вірус передається людям від диких тварин (мавп, кажанів, антилоп тощо) і поширюється серед людей - від людини до людини.

Поширення гарячки Ебола від людини до людини відбувається через пошкоджені шкірні покриви або слизову оболонку з кров'ю, виділеннями чи іншими

рідинами організму інфікованих людей, а також через контакт із поверхнями і матеріалами (наприклад, постільними речами, одягом), що забруднені такими рідинами.

Частіше за інших на ризикують інфікуватися медичні працівники, члени сім'ї та оточення хворого, люди, які безпосередньо контактують із тілами під час поховальних ритуалів.

2

Оновлення інформації щодо захворювання на гарячку денге на острові Реюньон (заморський регіон Франції).

За даними регіональних органів влади станом на 21 травня 2019 р., на Реюньоні виявлено понад 12 187 підтверджених та 31 500 ймовірних випадків гарячки денге з початку 2019 року, з яких 357 постраждалих були госпіталізовані та четверо із них померли. Захворюваність збільшилася на 2 987 випадків за останні два тижні. Реюньон повідомляв про 3067 випадки за аналогічний період у 2018 р. Циркулює серотип DENV-2, але дев'ятнадцять автохтонних випадків серотипували як DENV-1.

Оцінка ECDC: Різке зростання випадків гарячки Денге спостерігають на Реюньоні з початку 2019 р., яке ймовірно триватиме найближчими тижнями. Спільна циркуляція DENV-1 разом з DENV-2 може збільшити інтенсивність спалаху, оскільки населення немає імунітету до серотипу DENV-1.

Ризик подальшого поширення гарячки денге у Європі може бути пов'язаний із завезенням вірусу інфікованими мандрівниками до сприйнятливих регіонів із визначеними та активними переносниками (наприклад, *Aedes albopictus* у материковій Європі, переважно навколо Середземного моря, і *Aedes aegypti* на острові Мадейра). Умови навколишнього середовища у Європі наразі поліпшуються для зростання популяції комарів, але вони все ще несприятливі для розмноження, тому ймовірність стійкого автохтонного передавання вірусу Денге в континентальній Європі внаслідок завезення мандрівниками дуже низька.

ECDC щотижня відстежує цей спалах і публікує оперативну оцінку ризику поширення гарячки денге.

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

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