

ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ • МІКРОБІОЛОГІЯ • ВІРУСОЛОГІЯ
ПАРАЗИТОЛОГІЯ • ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

Заснований у 1922 році
Поновлений у 2007 році

№ 1 (34)/2019

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Видається щоквартально

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ №13720–2694 ПР від 05.03.2008 р.

ЗМІСТ

АКТУАЛЬНА ТЕМА

Задорожна В.І.
СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА РОЛЬ ЕНТЕРОВІРУСІВ В ЕТІОЛОГІЇ
ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ІНФЕКЦІЙ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ ТА
ВЛАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ).....3

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Щербінська А.М., Люльчук М.Г.
ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ/СНІД В УКРАЇНІ: ДОСВІД ТРИДЦЯТИ РОКІВ
БОРОТЬБИ.....13

Сергеева Т.А., Круглов Ю.В., Глушкевич Т.Г., Коршенко В.А.
ЕВОЛЮЦІЯ ЕПІДЕМІЧНОГО ПРОЦЕСУ ШИГЕЛЬОЗІВ В УКРАЇНІ.
.....21

Кирік Д.Л., Поліщук Н.М., Алексеева Ю.В.
МІКРОБІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА І МЕТОДИ
ВИЗНАЧЕННЯ БЕТА-ЛАКТАМАЗ У ЗБУДНИКІВ ГНІЙНО-
ЗАПАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ РОДИНИ ENTEROBACTERALES.30

Волкова Т.В., Ковальчук Т.Н., Бабаєв Б.С., Касьмова Т.Р.
СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕПАТИТОВ В НАЦИОНАЛЬНОЙ
РЕФЕРЕНСНОЙ ЛАБОРАТОРИИ Г. ДУШАНБЕ.38

Т.В. Волкова, Т.Н. Ковальчук, Б.С. Бабаєв, Т.Р. Касьмова
СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА КОКЛЮШНОЙ ИРФЕКЦИИ В
Г. ДУШАНБЕ41

CONTENTS

CURRENT TOPIC

ZADOROZHNA V.I.
MODERN VIEW ON THE ROLE OF ENTEROVIRUSES IN THE
ETIOLOGY OF ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS (literature
review and own research)3

ORIGINAL RESEARCH

SHCHERBINSKA A.M., LYULCHUK M.G.
HIV / AIDS IN UKRAINE: EXPERIENCE OF THIRTY YEARS OF
STRUGGLE13

SERGEeva T.A., KRUGLOV Yu.V., GLUSHKEVICH T. G., KORHENKO V.A.
EVOLUTION OF THE EPIDEMIC PROCESS OF SHIGELOSIS IN
UKRAINE.21

KIRIK D.L., POLISHCHUK N.M., ALEKSEEVA Yu.V.
MICROBIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND
METHODS OF DETERMINATION OF BETA-LACTAMAS
IN PATIENTS OF PURULENT-INFLAMMATORY
INFECTIONS OF THE FAMILY ENTEROBACTERAL
ES.....30

VOLKOVA T. V., KOVALCHUK T. N., BABAIEV B. S., KASYMOVA T. R.
SPECIFIC DIAGNOSTICS OF HEPATITIS IN THE NATIONAL
REFERENCE LABORATORY IN DUSHANBE.....38

T.V. VOLKOVA, T.N. KOVALCHUK, B.S. BABAIEV, T.R. KASYMOVA
MODERN DIAGNOSIS OF WHOOPING COUGH IN DUSHANBE..41

has been developed, and a modern system of HIV surveillance has been implemented, treatment and support of patients.

Key words: HIV/AIDS, epidemic process, antiretroviral therapy, HIV Drug Resistance

УДК: 616.935 : 616 – 036.2; 575.852 + 477

Т.А. Сергєєва¹, Ю.В. Круглов¹, Т.Г. Глушкевич², В.А. Коршенко³

ЕВОЛЮЦІЯ ЕПІДЕМІЧНОГО ПРОЦЕСУ ШИГЕЛЬОЗІВ В УКРАЇНІ

¹ ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України»

² Центр громадського здоров'я МОЗ України

³ Навчально-науковий медичний інститут УМСА, м. Полтава

В роботі представлені результати вивчення багаторічної динаміки захворюваності на шигельози в Україні, етіологічної структури захворюваності, захворюваність міського та сільського населення, сезонність шигельозів Зонне та Флекснера у різні періоди часу, проведено ранжирування регіонів України по захворюваності на шигельози.

Ключові слова: епідемічний процес, шигельози Зонне та Флекснера, сезонність, етіологічна структура, територіальні особливості.

Соціальні зміни, які спостерігалися в Україні протягом останніх пів століття, суттєво вплинули на епідемічний процес шигельозів [1]. Період до кінця 70-х років характеризувався високою захворюваністю, летальністю та інтенсивним поширенням хронічних форм цих захворювань. Наприкінці ХХ сторіччя захворюваність на шигельози значно знизилася, не реєструються хронічні форми цих захворювань, зменшилася летальність [1]. Втім, на тлі підвищення соціального рівня життя і санітарної культури населення, кількість спалахів не зменшується. Як і раніше, у них втягуються близько 2-3% осіб з числа всіх захворілих на шигельози. Головною мішенню збудників, як правило, стають діти, частка яких становить близько 70% усіх хворих на шигельози. Тому велике значення має вивчення механізмів, що підтримують епідемічний процес шигельозів у сучасних умовах [2].

Одночасно зі зниженням захворюваності на шигельози відбулися зміни в етіологіч-

ній структурі їх збудників: найбільш вірулентні шигели Григор'єва-Шига, Штутцер-Шмітца практично зникли з епідеміологічного горизонту (у статистичних формах по інфекційної захворюваності ці нозології взагалі відсутні), а шигели Зонне і Флекснера залишилися основними видами збудників, які виділяються сьогодні.

Матеріали та методи. Проаналізовано Звіти про окремі інфекційні та паразитарні захворювання (ф. №1, №2) за 1999 - 2019 рр. За для статистичної обробки даних використовували загально прийняті методи розрахунку коефіцієнтів кореляції, тенденції та темпів приросту.

Результати та обговорення. Захворюваність на шигельози в Україні за 1999 – 2009 рр. коливалась в межах від 66,56 (1999 р.) до 6,11 (2009 р.) на 100 тис. населення і мала тенденцію до зниження. Середній показник захворюваності дорівнював 23,41 на 100 тис. населення. Захворюваність на шигельоз за останні 9 років (2010 – 2018 рр.) коливалась в межах від 6,13 (2012 р) до 2,00 (2018р.) на 100 тис. населення. Середній показник склав 20,06 на 100 тис. населення (рис. 1).

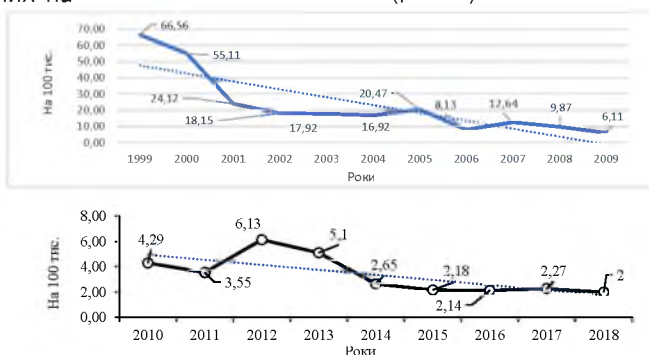


Рисунок 1. Динаміка захворюваності на шигельоз в Україні у 1999 – 2009 рр. та 2010 – 2018 рр.

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Динаміка захворюваності на шигельоз Зонне та Флекснера надана на рисунках 2, 3. Відмічаються більш виражені тенденції до зниження захворювано-

сті на шигельоз Зонне (92,00% у 1999 – 2009 рр. та 53,06% у 2010 – 2018 рр.). Відповідні показники при шигельозі Флекснера склали 81,76% та 30,47%.

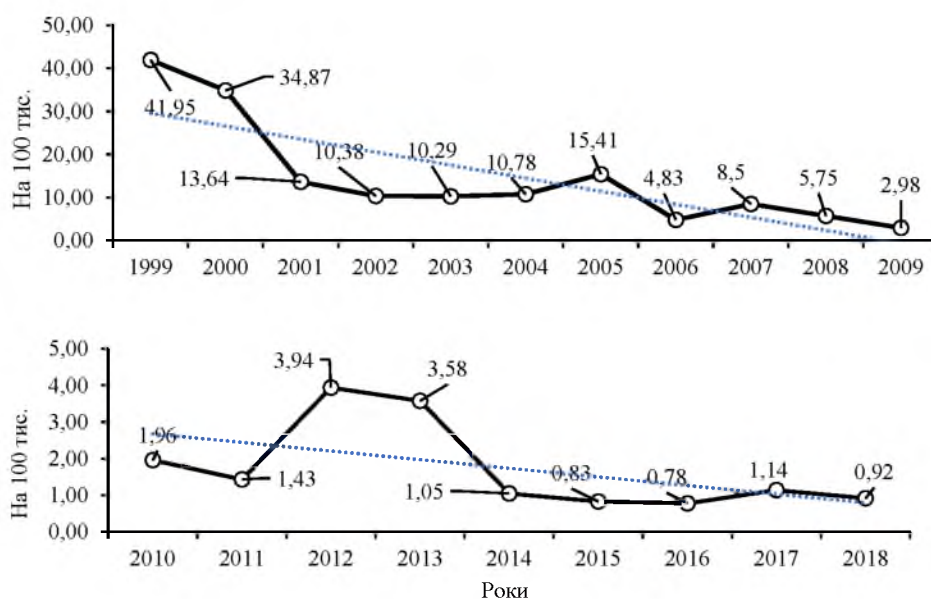


Рисунок 2. Динаміка захворюваності на шигельоз Зонне в Україні у 1999 – 2009 рр. та 2010 – 2018 рр.

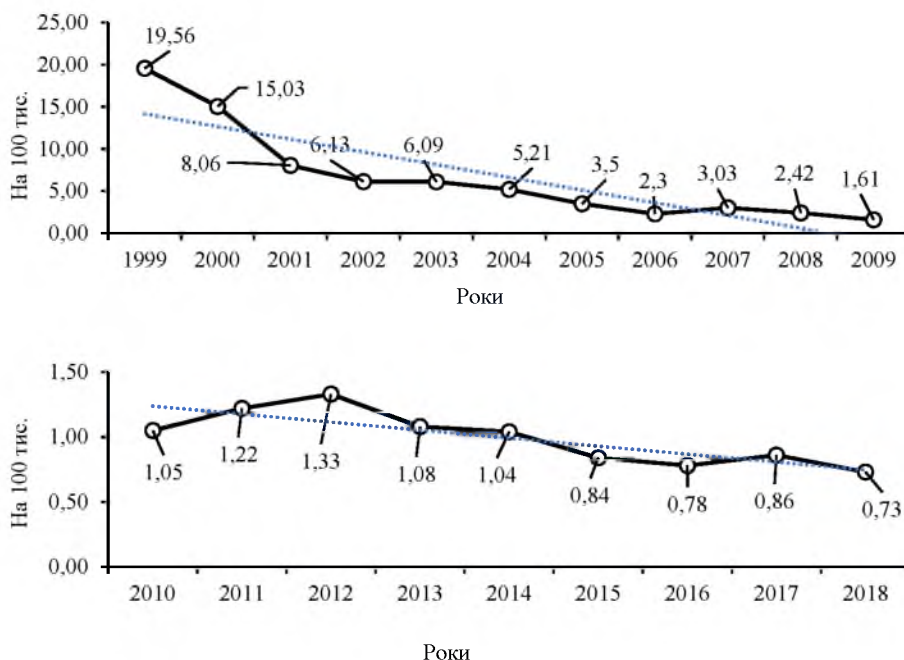


Рисунок 3. Динаміка захворюваності на шигельоз Флекснера в Україні у 1999 – 2009 рр. та 2010 – 2018 рр.

На думку ряду авторів, якщо рівень захворюваності на дизентерію є своєрідним показником гігієнічного потенціалу тієї чи іншої території, то ще більш точним показником його служить етіологічна структура дизентерії, а також терміни, темпи і характер змін, що відбуваються. Чіткі відмінності в

біологічних властивостях шигел різних видів (стійкість у зовнішньому середовищі, вірулентність, стійкість до дії антибактеріальних препаратів), а також деякі епідеміологічні особливості різних шигельозів, послужили підставою для розробки так званої «теорії відповідності» [3]. Відповідно до

цієї теорії, кожному шигельозу відповідає свій основний шлях передачі збудника інфекції. Так, для найбільш вірулентних і найменш стійких у зовнішньому середовищі шигел Григор'єва - Шига основним шляхом передачі є побутовий, для шигел Флекснера (менш вірулентних і більш стійких) – водний, а для шигел Зонне (найменш вірулентних і більш стійких) – харчовий шлях передачі. Інші шляхи передачі стосовно кожного шигельозу відіграють роль додаткових (вторинних) і не можуть забезпечити постійну циркуляцію збудника. Заходи профілактики, спрямовані на додаткові шляхи передачі, нездатні впливати на рівень захворюваності тим чи іншим шигельозом [4, 5].

На деяких територіях відбувся віраж етіологічної структури шигельозів у бік збільшення питомої ваги шигельозу Флекснера, який неможливо було пов'язати з активізацією водного фактору. Це дозволило А.М. Зарицькому та співавторам висунути свою гіпотезу щодо причин зміни етіологічної структури шигельозів [6, 7]. Відповідно до цієї гіпотези, відмінності в епідеміології шигельозів Зонне і Флекснера не постійні, а хвилеподібно змінюються. На якомусь етапі епідемічного процесу виникають малопатогенні штами шигел Флекс-

нера, які володіють селективною перевагою в збереженні виду. Багаторазові пасажі останніх викликають зміни їх вірулентності, що призводить до інтенсифікації епідемічного процесу за рахунок ефективного зараження із водним і побутовим факторами. З відновленням вірулентності шигел Флекснера випадки захворювання стають важчими, виявляються більш швидко, що підвищує ефективність протиепідемічних заходів і, в кінцевому підсумку, призводить до зниження захворюваності на дизентерію даного виду.

Етіологічна структура шигельозів в двохтисячних роках ХХІ століття, на відміну від шістдесятих і сімдесятих років минулого століття, не схильна до значних змін (рис. 4). Так, частка шигельозу Флекснера в 1999 – 2009 рр. коливалася в межах від 17,1% (2005 р.) до 33,9% (2003 р.), а в 2010 – 2018 рр. – у межах від 21,7% (2013 р.) до 39,3% (2014 р.). Середні показники частки шигельозу Флекснера за вищевказані періоди часу склали 28,2% і 31,7% відповідно. Якщо прийняти основні положення «теорії відповідності», то частота реалізації харчового і водного фактору передачі шигельозів в Україні знижується, але їх співвідношення залишається відносно стабільним.

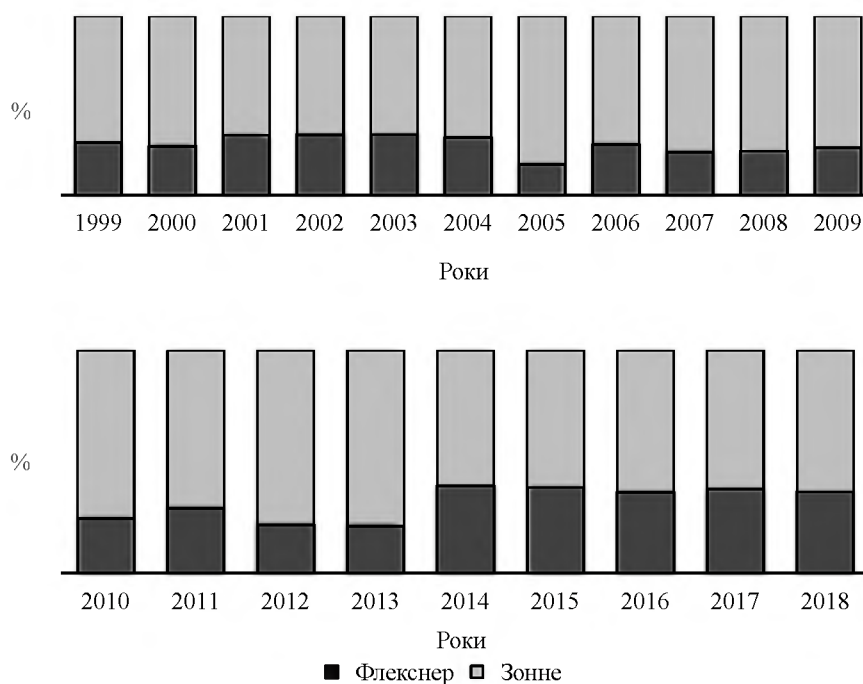


Рисунок 4. Динаміка змін етіологічної структури шигельозів в Україні за окремі періоди часу

Динаміка показників захворюваності на шигельози міського і сільського населення представлена на рисунку 5. За перший аналізований період часу показники захворюваності міського населення перебували в межах від 83,23 (1999 р.) до

11,42 (2008 р.) на 100 тис. населення; сільського населення – від 32,27 (1999 р.) до 2,25 (2005 р.) на 100 тис населення. Співвідношення середніх показників захворюваності місто / село склало 29,23/11,92 або 2,58.

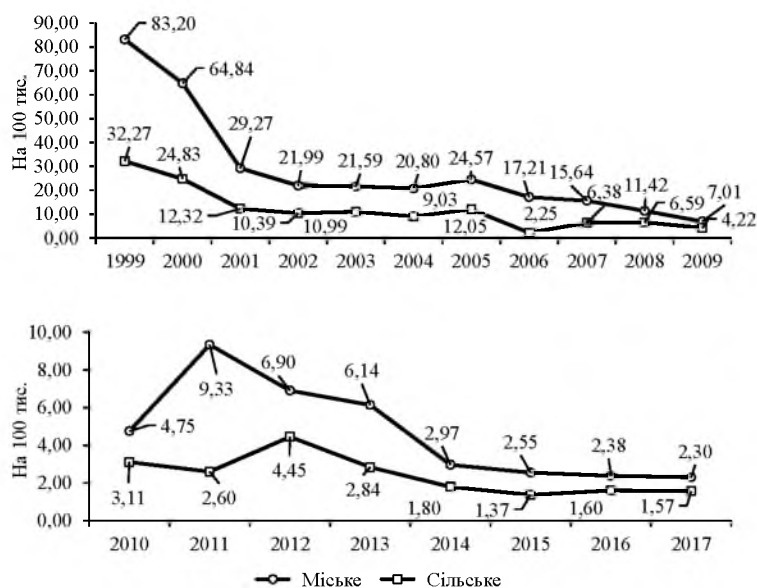


Рисунок 5. Динаміка захворюваності на шигельози міського та сільського населення за окремі періоди спостереження

За період 2010 – 2017 рр. середній показник захворюваності на шигельози міського населення дорівнював 4,00 на 100000 населення (максимум – 9,33 у 2011 р., мінімум – 2,30 у 2017 р.), сільського населення – 2,41 на 100 тис. населення (максимум – 4,45 в 2012 р., мінімум – 1,37 в 2015р.). Співвід-

ношення середніх показників захворюваності місто / село склало 1,65.

Тобто, слід констатувати, що співвідношення захворюваності на шигельози міського та сільського населення зменшується, причому в більшій мірі за рахунок шигельозу Зонне (рис.6).

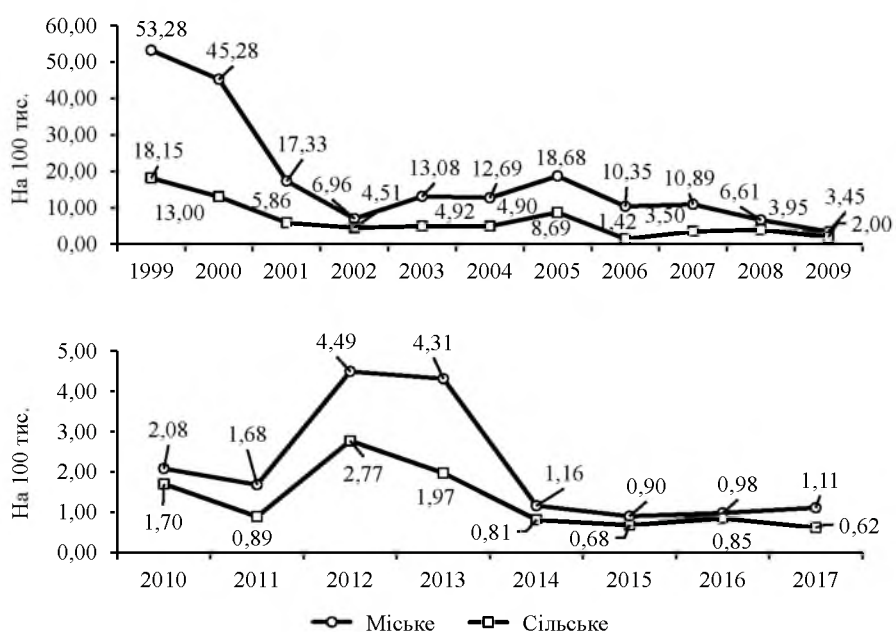


Рисунок 6. Динаміка захворюваності на шигельоз Зонне міського та сільського населення

Динаміка показників захворюваності на шигельоз Зонне міського і сільського населення представлена на рисунку 7. Співвідношення середніх показників захворюваності місто / село склало 29,23/11,92 або 2,58 за період 1999 – 2009 рр. та 2,09/1,29 або 1,62 за 2010 – 2017 рр.

За період 2010 – 2017 рр. середній показник захворюваності на шигельоз Флекснера міського населення дорівнював 7,90 на 100 тис., сільсько-го населення – 4,31. Співвідношення середніх по-

казників захворюваності місто/село склало 1,83. Аналогічний показник 2010 – 2017 рр. дорівнював 1,30/0,80 або 1,62.

Результати вивчення захворюваності на шигельоз Флекснера міського і сільського населення, на наш погляд, суперечать основним положенням «теорії відповідності», оскільки якість питної води з джерел централізованого водопостачання априорі краще, ніж при місцевому водопостачанні.

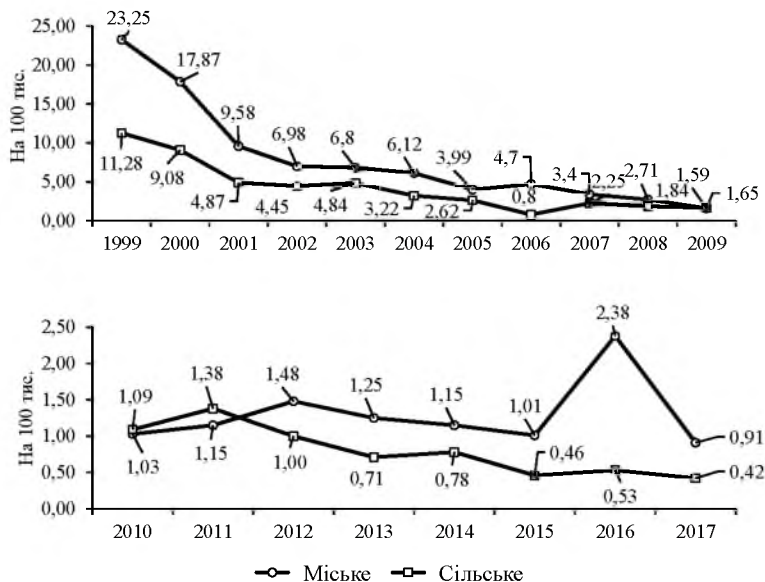


Рисунок 7. Динаміка захворюваності на шигельоз Флекснера міського та сільського населення

Сезонність шигельозів за 1999 – 2009 рр. (усереднена) представлена на рисунку 8. Коефіцієнт сезонності – 59,4%. Протягом 2010 – 2018 рр. (рис. 9) коефіцієнт сезонного підйому склав 60,7%, але до періоду сезонного підйому додався липень. Той факт, що сезонність сумарних шигельозів

практично не змінилася пояснюється особливостями розрахунку цього показника – збільшення кількості місяців сезонного підйому з одного боку може призвести до збільшення коефіцієнта сезонності і одночасно до його згладжування, що і сталося в даному конкретному випадку.

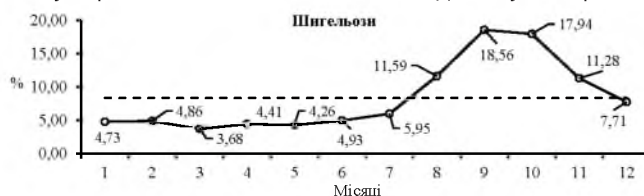


Рисунок 8. Сезонність шигельозів за 1999 – 2009 рр.

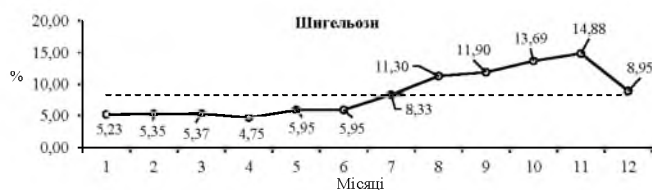


Рисунок 9. Сезонність шигельозів за 2010 – 2018 рр.

Згідно з середньорічними показниками захворюваності на дизентерію в період 1999 – 2009 рр., всі регіони України були розподілені на групи. Як свідчать дані, наведені в таблиці 1, до першої групи регіонів віднесено області з середньорічними показниками захворюваності до 15 на 100 тис. нас. (ранг 1 – 8): Тернопільська, Чернівецька, Закарпатська, Львівська, Полтавська, Волинська, Кіровоградська, Івано-Франківська), до другої – з середньорічними показниками захворюваності в межах від 15 до 25 на 100 тис. нас. (ранг 9 – 17): Херсонська, Черкаська, Київська, Рівненська, Вінницька, Хмельницька, Дніпропетровська, Житомирська, Луганська; до третьої – від 25 на 100 тис. населення (м. Київ, Сумська, Одеська, Чернігівська, Миколаївська, Донецька, Автономна республіка Крим, Запорізька, Запорізька, Харківська, м. Севастополь, ранг 18 – 27 відповідно).

За цими критеріями, в 2010 – 2018 рр. до першої групи регіонів відносились: Тернопільська, Луганська, Херсонська, Автономна республіка Крим, Донецька м. Севастополь, Львівська, Івано-Франківська області (ранг 1– 8); до другої – Полтавська, Закарпатська, , Київська, Київська, Кіровоградська, Вінницька, Чернівецька, Сумська, Волинська, Дніпропетровська обл. (Ранг 9 – 17). Необхідно врахувати, що переміщення АР Крим, Донецької, Луганської областей та м. Севастополь з 2 і 3 групи (1999 – 2009 року) в 1 групу є наслідком відомих подій 2014 р. а саме анексією частини території України.

Решта регіонів відносилось до третьої групи (ранг 18 – 27) Рівненська, Житомирська, Миколаївська, Чернігівська Запорізька, м. Київ, Одеська, Хмельницька, Черкаська, Харківська обл. Слід зазначити, що за це період часу в деяких регіонах за рік не було зареєстровано жодного випадку захворювання на дизентерію (Тернопільська обл. – 2013 р Луганська і Чернігівська обл. – 2015 р. Херсонська і Чернівецька обл. – 2016 р. Кіровоградська, Луганська, Тернопільська та Херсонська обл. – 2017 р. Луганська та Херсонська

обл. – 2018р.). В інших областях в ряді випадків реєструється від 1 до 10 хворих шигельоз в рік (наприклад, в 2018 р. в Волинській, Запорізькій, Кіровоградській, Полтавській, Сумській, Тернопільській, Херсонській, Черкаській і Чернігівській областях). Не виключено, що ми знаходимося на початку процесу перетворення захворюваності шигельозів в спорадичну (одичну).

Завершуючи аналіз перебігу епідемічного процесу шигельозів в Україні, вважаємо за доцільне порівняти наведені дані з епідеміологічними характеристиками шигельозів у країнах – членах ЄС / ЄП в сучасних умовах. За останніми офіційними даними ECDC (2016 р.), шигельоз є відносно рідкісним захворюванням для Європейських країн, але залишається актуальними і викликає занепокоєння у деяких з них [8]. Так, у 2016 р. 29 країн ЄС / ЄП повідомили про 5631 підтверджений випадків шигельозу, і показник на 100 тис. населення становив 1,5 – найнижчий показник за 2012 – 2016 рр.. Як бачимо, показники захворюваності в Україні в цілому та окремих регіонах перевищують аналогічні щодо захворюваності на шигельоз у середньому по країнах ЄС / ЄП. Разом з цим, 62,7% від усіх зареєстрованих в Європі підтверджених випадків шигельозу припадає на чотири країни: Німеччину, Францію, Нідерланди та Великобританію (і лише на Великобританію припадає 32,9% підтверджених випадків). Найвищі рівні захворюваності, як і в минулі роки, реєструвались в Болгарії (4,1 на 100 тис. населення), далі – Данія (3,7), Бельгія (3,1) та Франція й Великобританія (по 2,8 випадки на 100 тис. населення).

У віковому розподілі у 2016 р. найвищий показник захворюваності на шигельоз спостерігався у дітей до п'яти років (3,8 на 100000 населення). Серед дітей віком від 0 до 4 років найвищі показники захворюваності на шигельоз були в Болгарії та Словаччині (40,1 та 25,8 на 100 тис. населення відповідно). За статтю переважали чоловіки у віці 25-44 років (2,3 на 100000 населення), а загальне співвідношення захворілих на шигельоз чоловіків

Регіони	Показники захворюваності (на 100 тис. населення)							
	1999 – 2009 рр.		2010 – 2018 рр.					
	Все населення	ранг	Все населення	ранг	Дорослі	ранг	Діти до 17	ранг
АР Крим	18,58	19	11,97	4	8,85	4	26,86	8
Вінницька	13,87	10	17,25	13	16,14	20	22,20	4
Волинська	13,78	9	18,73	16	14,25	15	33,87	16
Дніпропетровська	18,65	20	19,96	17	15,35	19	42,24	20
Донецька	16,65	16	12,61	5	9,67	6	28,58	12
Житомирська	15,68	13	20,45	19	17,58	22	32,34	14
Закарпатська	8,96	2	15,50	10	12,47	10	25,39	6
Запорізька	23,92	24	22,69	22	14,64	17	63,67	26
Івано-Франківська	16,01	14	14,42	8	12,19	8	22,98	5
Київська	14,98	12	16,70	11	13,59	12	30,42	13
Кіровоградська	17,57	17	17,16	12	13,97	14	27,56	10
Луганська	16,18	15	9,01	2	6,86	3	21,35	3
Львівська	11,33	5	13,92	7	10,72	7	27,21	9
Миколаївська	22,48	22	20,61	20	14,65	18	47,83	22
Одеська	26,45	26	25,22	24	17,71	23	57,93	25
Полтавська	10,98	4	15,03	9	12,39	9	28,46	11
Рівненська	13,51	8	20,39	18	14,28	16	40,00	19
Сумська	12,62	7	17,66	15	13,87	13	36,78	18
Тернопільська	5,68	1	5,36	1	3,46	1	13,34	1
Харківська	38,17	27	51,61	27	17,57	21	238,71	27
Херсонська	10,08	3	9,02	3	6,40	2	20,52	2
Хмельницька	14,21	11	25,62	25	20,33	26	48,96	23
Черкаська	17,77	18	27,10	26	22,16	27	51,88	24
Чернівецька	11,80	6	17,34	14	12,62	11	26,05	7
Чернігівська	22,13	21	20,93	21	17,93	24	36,76	17
м. Київ	23,15	23	24,07	23	18,82	25	44,50	21
м. Севастополь	25,27	25	13,25	6	9,56	5	32,69	15
Україна	18,61		17,96		13,50		46,74	

і жінок склало 1,2:1 у цілому та 1,5:1 у віковій групі 25-44 роки [8]. На жаль, за браком даних аналогічний аналіз по регіонам України здійснити не уявлялось можливим.

Як і в Україні, в країнах ЄС / ЄП шигельоз характеризувався певною сезонністю з піками захворюваності в кінці літа / на початку осені. Разом з цим, останніми роками ця закономірність починає дещо нівелюватися, і за період 2012 – 2016 рр. в річній кількості зареєстрованих випадків шигельозу не виявлено чіткої сезонної тенденції [8].

Певним чином, зазначене пов'язане із зміною шляхів і факторів передачі збудника. За даними ECDC, з 60,8% підтверджених випадків, для яких була доступною інформація щодо подорожей в інші країни (для 20 країн ЄС / ЄП), більшість (53,9%) були пов'язані з закордонними поїздками, переважно до країн, що не входять до ЄС / ЄП, в яких шигельоз є ендемічним, і, переважно, з поїздками в Індію та Марокко [9, 10]. Для довідки: шигельоз є ендемічним у більшості країн, що розвиваються, і збудник інфекції визначений другим провідним інфекційним агентом щодо смертності від діареї у світі в 2016 році [11]. Кілька спалахів шигельозу в останні роки були спричинені харчовими продуктами (свіжі овочі або трави), що ввозяться з-за меж ЄС / ЄП [12]. Наголошується також на активізації передачі шигельозу серед чоловіків, які мають статеві стосунки з чоловіками (ЧСЧ), і частка таких заражень збільшилася в кілька разів Європейських країнах в останні роки. Чомусь, передачу збудника шигельозу серед ЧСЧ відносять до статевої передачі, і це було найбільш характерним для кількох європейських країн, осо-

бливо Великої Британії [13]. Активізація передачі збудника шигельозу серед ЧСЧ, розглядається, зокрема, як одне з можливих пояснень надмірної кількості випадків захворювання серед чоловіків у вікових групах 24-44- та 45-64 років. Кофактором передачі могла слугувати імунокомпрометація багатьох захворілих ЧСЧ через інші інфекції, наприклад, викликану ВІЛ [14]. У цьому аспекті викликає занепокоєння факт поширення мультирезистентності штамів *S. Flexneri* серотипу 3а, що описане серед популяції ЧСЧ у всьому світі, через високу стійкість до азитроміцину [13, 14].

Аналізуючи шляхи і фактори, а також групи ризику щодо інфікування *S. Flexneri* в країнах ЄС / ЄП, фахівці ECDC також звертають увагу на той факт, що впродовж останніх років фіксуються випадки шигельозу серед мігрантів, біженців та шукачів притулку [15].

ВИСНОВКИ

1. Захворюваність на шигельози має чітку тенденцію до зниження. У ряді областей захворюваність носить спорадичний (одичний) характер, а в деяких випадках в цих регіонах за рік не реєструється жодного випадку захворювання.
2. Етіологічна структура шигельозів змінюється у бік збільшення питомої ваги захворюваності на шигельоз Флекснера.
3. Зафіксована зміна співвідношення захворюваності міського/сільського населення в бік збільшення частки сільського. Ці зміни характерні як для дизентерії Зонне, так і Флекснера.
4. Сезонний підйом захворюваності на шигельоз зменшується. При шигельозі Флекснера сезонного підйому захворюваності практично немає.

ЛІТЕРАТУРА

1. Галушко Н.А. Особливості епідемічного процесу шигельозів в сучасних умовах і біологічні властивості їх збудників. Автореферат на здобуття вченого ступеня канд.мед.наук, Київ – 2007.

2. Шатило В.А. Биологические и социально-экономические факторы эволюции эпидемического

процесса дизентерии (шигелёзов). Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора мед. наук. Киев, 1990.

3. Покровский В.И. Условия и факторы, детерминирующие этиологическую структуру дизентерии и её изменения / В.И. Покровский, Ю.П. Солодов-

ников // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. – 1978. – №2. – С. 101-106.

4. Солодовников Ю.П. Основные закономерности эпидемиологии дизентерии в современных условиях / Ю.П. Солодовников // Актуальные вопросы эпидемиологии инфекционных болезней. – М., 1975. – Часть 1. – С. 8-12.

5. Солодовников Ю.П. Этиологическая структура шигеллёзов в СССР в последние годы / Ю.П. Солодовников // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. – 1989. – №2. – С. 50-54.

6. Зарицкий А.М. Гипотеза о причинах изменения этиологической структуры дизентерии / А.М. Зарицкий, Ж.И. Верещагина // Эпидемиология и профилактика кишечных инфекций: Тез. докл. конф. – Таллин, 1978. – С. 41-43.

7. Мельник М.Н., Зарицкий А.М. Современные проблемы эпидемиологии сальмонеллёзов и дизентерии / М.Н. Мельник, А.М. Зарицкий // Тез. докл. X Украинского республиканского съезда микробиол., эпидемиол. и паразитологов. – Киев, 1980. – С.10-13.

8. European Centre for Disease Prevention and Control. Shigellosis. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2016. Stockholm: ECDC; 2018 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER_for_2016-shigellosis.pdf.

9. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance atlas of infectious diseases [Электронный ресурс]. Stockholm: ECDC; 2017. – Режим доступа: <http://atlas.ecdc.europa.eu>.

10. Morbidity and mortality due to shigella and enterotoxigenic Escherichia coli diarrhoea: the Global

Burden of Disease Study 1990–2016 [Текст] / Khalil .I.A., Troeger C., Blacker B.[et al.] // Lancet Infect. Dis. – 2018. – Vol. 18 (11). – P. 1229 – 1240.

11. A Shigella sonnei outbreak traced to imported basil – the importance of good typing tools and produce traceability systems, Norway, 2011 [Электронный ресурс] / Guzman-Herrador B.R., Nilsen E., Cudjoe K.S. [et al.] // Euro Surveill. 2013 Dec 5;18(49). – Режим доступа: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20650>.

12. Genomic epidemiology of Shigella in the United Kingdom shows transmission of pathogen sublineages and determinants of antimicrobial resistance [Электронный ресурс] / Baker K.S., Dallman T.J., Field N.[et al.] // Sci Rep. 2018 May 9;8(1):7389. – Режим доступа: <https://www.nature.com/articles/s41598-018-25764-3>.

13. Intercontinental dissemination of azithromycin-resistant shigellosis through sexual transmission: a cross-sectional study [Текст] / Baker K.S., Dallman T.J., Ashton P.M. [et al.] // Lancet Infect. Dis. – 2015. – Vol. 15 (8). – P. 913 – 921.

14. World Health Organization. Global antimicrobial resistance surveillance system (GLASS) report: early implementation 2016-2017. Geneva: World Health Organization; 2018 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/glass/resources/publications/early-implementation-report>.

15. Shigellosis in refugees, Austria, July to November 2015 [Электронный ресурс] / Lederer I., Taus K., Allerberger F. [et al.] // Euro Surveill. 2015 Dec;20(48):30081. – Режим доступа: <http://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.FS.2015.20.48.30081>.

ЭВОЛЮЦИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ШИГЕЛЛЕЗОВ В УКРАИНЕ

Т.А. Сергеева¹, Ю.В. Круглов¹, Т.Г. Глушкевич², В.А. Коршенко³

¹ГУ «Институт эпидемиологии и инфекционных болезней им. Л.В. Громашевского НАМН Украины»

²Центр общественного здоровья МЗ Украины

³Учебно-научный медицинский институт УМСА, г. Полтава

В работе представлены результаты изучения многолетней динамики заболеваемости шигеллезами в Украине, этиологическую структуру заболеваемости, заболеваемость городского и сельского населения, сезонность шигеллезом Зонне и Флекснера в разные периоды времени, проведено ранжирование регионов Украины по заболеваемости шигеллезами.

Ключевые слова: эпидемический процесс, шигеллезы Зонне и Флекснера, сезонность, этиологическая структура, территориальные особенности.