

# Огляд епідемічного сезону грипу та гострих респіраторних інфекцій 2010–2011 рр.

О.Й. Гриневич, І.Г. Маркович

Державна наукова установа «Державний центр інноваційних біотехнологій», Київ

Огляд містить інформацію Всесвітньої організації охорони здоров'я про грип та гострі респіраторні інфекції (ГРІ) у країнах Північної півкулі з жовтня 2010 р. по квітень 2011 р. у хронологічному порядку та аналіз стану захворюваності на грип та ГРІ в Україні.

Зимовий сезон грипу в країнах помірного поясу Північної півкулі розпочався в Азії наприкінці жовтня 2010 р., місяцем пізніше — у Європі та Північній Америці, а завершився до кінця квітня 2011 р.

Найчастіше виявлялися віруси грипу у Північній Америці, де грип А(Н3N2) і грип типу В циркулювали одночасно з вірусом грипу А(Н1N1)-2009, і в Європі, де вірус грипу А(Н1N1)-2009 і дотепер є найпоширенішим з виявлених вірусів (Задорожна В.І. та співавт., 2009; Lackenby A. et al., 2011; EuroFlu; HPA National Influenza Report; PHAC FluWatch; WHO FluNet; WHO GISRS; WHO Guidelines for Pharmacological Management of Pandemic (H1N1) 2009 Influenza and other Influenza Viruses; WHO Influenza Weekly Report; WHO recommendations on influenza vaccine viruses; WHO WPRO Situation Updates).

Хоча вірус грипу А(Н1N1)-2009 вже не є домінуючим серед інших циркулюючих у багатьох регіонах світу вірусів, стосовно найсильніше постраждалих вікових груп і клінічних моделей захворювання він поводив себе переважно як і під час пандемії.

У деяких районах, де вірус грипу А(Н1N1)-2009 був домінуючим, і особливо у Сполученому Королівстві Великої Британії та Північній Ірландії (далі — Сполучене Королівство), де на відділення інтенсивної терапії підвищувалося навантаження, пов'язане зі значною кількістю хворих, які потребували штучної вентиляції легень, вплив сезону грипу був більш значущим, ніж у попередній рік.

Більше 90% вірусів, виявлених по всьому світу, були антигенно близькі до тих, які містила сезонна вакцина для профілактики грипу.

Активна передача грипу у Північній Америці вперше виявлена у тропічних і субтропічних районах Мексики із середини до кінця липня 2010 р. Активна передача в Мексиці продовжувалася до кінця 2010 р. і накладалася на початок зимового сезону в районах помірного поясу континенту в кінці листопада. Фактично сезон у Мексиці закінчився у січні 2011 р., однак у квітні в північному прикордонному штаті Чіуауа зареєстровано спалах грипу А(Н1N1)-2009, пов'язаний із декількома смертельними випадками. У Сполучених

Штатах Америки (США) активність грипу спочатку проявилась у південних штатах, пізніше — на південному заході, а потім — у північних штатах. В Канаді активна передача грипу серед населення вперше почалася у провінціях Онтаріо і Квебек, а потім — в інших західних провінціях. У помірному поясі Північної Америки передача грипу досягла піку приблизно в кінці січня — на початку лютого і повернулася до базових національних рівнів наприкінці квітня. Передача в Мексиці була практично повністю пов'язана з грипом А(Н3N2) при значно нижчому рівні вірусу грипу В, який з'явився пізніше, а також із вищезазначеним локальним спалахом грипу А(Н1N1)-2009 на кордоні США наприкінці квітня. Грип А(Н3N2) був також найпоширенішим вірусом у США та Канаді протягом зими, хоча у США було більше грипу В і грипу А(Н1N1)-2009, ніж у кожній із двох інших країн.

Максимальна частка амбулаторних відвідувань у США і Канаді, пов'язаних із грипоподібними захворюваннями (ГПЗ), у сезоні 2010–2011 рр. була нижчою, ніж у попередньому сезоні; однак смертність від пневмонії та грипу в США за сезон була на епідемічному порозі чи перевищувала його протягом 12 тиж поспіль. Показники госпіталізації пацієнтів із грипом у США були найвищими у осіб віком  $\geq 65$  років, трохи нижчими — у дітей віком 0–4 років. Аналогічно в Канаді 68% госпіталізованих дорослих і 79% померлих становили особи віком  $\geq 65$  років. Встановлено, що вірус грипу типу В непропорційно часто викликає у дітей тяжке захворювання, виявляється у 39% лабораторно підтверджених випадків смерті дітей, зареєстрованих у США, у 26% випадків госпіталізації дітей у Канаді порівняно із 26 і 12% відповідно — для решти населення згідно з амбулаторними даними.

Дані, отримані у США, свідчать, що серед дорослих, госпіталізованих з лабораторно підтвердженим грипом, найчастішими факторами ризику були серцево-судинні захворювання, астма чи хронічні легеневі захворювання і порушення метаболізму. Серед хворих дітей, госпіталізованих із лабораторно підтвердженим грипом у США, приблизно в 20% випадків найпоширенішим із зареєстрованих супут-

них станів здоров'я була астма. Загалом серед усіх хворих США, госпіталізованих із лабораторно підтвердженим грипом, 7% потребували штучної вентиляції легень з допомогою автоматичного дихального апарата, а 2% померли — дещо менше, ніж у минулому році (10 і 3% відповідно в сезоні 2009–2010 рр.) (Марієвський В.Ф., 2010; Lackenby A. et al., 2011; HPA National Influenza Report; PHAC FluWatch; WHO FluNet; WHO GISRS; WHO Guidelines for Pharmacological Management of Pandemic (H1N1) 2009 Influenza and other Influenza Viruses; WHO Influenza Weekly Report; WHO recommendations on influenza vaccine viruses; WHO WPRO Situation Updates).

Вперше стало очевидно, що в Європі розпочався сезон грипу після повідомлення про велику кількість хворих на грип, які потребують інтенсивної терапії в Англії та Шотландії на початку грудня 2010 р. Протягом 2 тиж країни Західноєвропейського континенту і Близького Сходу також почали повідомляти про ріст показників захворюваності на грип. Дещо пізніше відчутна передача розпочалася у Східній Європі. У Західній Європі пік передачі спостерігався в кінці січня — на початку лютого, у Східній Європі — на 2–3 тиж пізніше. На відміну від Північної Америки, домінуючим штамом вірусу був грип А(Н1N1)-2009, при меншому рівні грипу типу В. Грип А(Н3N2) виявляли на Близькому Сході відносно рідко. Сезон 2010–2011 рр. відзначився ростом кількості пов'язаних із грипом смертельних випадків у Сполученому Королівстві порівняно із сезоном 2009–2010 рр. Групи ризику тяжкого перебігу грипу А(Н1N1)-2009 були аналогічні таким із попереднього сезону. Потребували інтенсивної терапії чи частіше помирали, ніж це відзначається зазвичай, люди молодого і середнього віку. Так, у Сполученому Королівстві серед 539 померлих, про які є дані про вік, лише 22% були старші 64 років. У 60–70% тяжкохворих був, принаймні, один підтверджений фактор ризику тяжкого захворювання, а найпоширенішим з цих факторів було хронічне респіраторне захворювання чи астма. Пацієнти з найбільш тяжким перебігом хвороби в цьому сезоні не були щеплені проти грипу.

Сезон грипу 2010–2011 рр. у північних районах помірного поясу Азії розпочався в кінці жовтня — на початку листопада і досяг піку в кінці грудня. Практично вся передача грипу в Монголії та Північному Китаї в перші тижні сезону була зумовлена грипом А(Н3N2), а пізніше протягом літа передача грипу А(Н3N2) відбувалася переважно в Південному Китаї. Грип А(Н1N1)-2009 почав виявлятися з першого тижня 2011 р. в обох країнах і протягом декількох тижнів став найчастіше виділеним з початку сезону при значно нижчому рівні вірусу грипу А(Н3N2). В Японії стійка передача вірусу серед населення розпочалася приблизно одночасно із країнами континенту, але досягла піку в декілька тижнів пізніше — в кінці січня 2011 р. Хоча спочатку відбувалася передача вірусів грипу А(Н3N2) і А(Н1N1)-2009, до січня вірус грипу А(Н1N1)-2009 безумовно був домінуючим і залишився таким до кінця сезону. Лише невелику кількість вірусів грипу типу В виявлено у Північній Азії в сезоні 2010–2011 рр. Показники ГПЗ в сезоні 2010–2011 рр. у всіх країнах були нижчими, ніж у попередньому сезоні, але близькі до таких у попередні роки. В Монголії доля випадків госпіталізації, пов'язаної із пневмонією, і кількість зареєстрованих летальних випадків, пов'язаних із пневмонією, були меншими, ніж у сезоні 2009–2010 рр. Аналогічно цьому в Китаї зареєстровано ряд тяжких і смертельних випадків, однак у меншій кількості, ніж у попередньому сезоні (Задорожна В.І. та співав., 2009; Lackenby A. et al., 2011; HPA National Influenza Report; WHO FluNet; WHO GISRS; WHO Guidelines for Pharmacological Management of Pandemic (H1N1) 2009 Influenza and other Influenza Viruses; WHO Influenza Weekly Report; WHO recommendations on influenza vaccine viruses; WHO WPRO Situation Updates).

У тропіках цього року відбувалася інтенсивна циркуляція вірусів грипу. У центральній-Американському регіоні грип А(Н3N2) циркулював протягом червня і липня 2010 р., після чого настала хвиля грипу В меншої сили. Пізніше, протягом зими у Північній півкулі, в Бразилії, Колумбії, Парагваї, Перу й Еквадорі спостерігалася значна передача грипу А(Н3N2), яка тривала з початку листопада 2010 р. по січень 2011 р. На противагу цьому, у Венесуелі відзначено більшу кількість випадків грипу А(Н1N1)-2009, які почали з'являтися у лютому 2010 р., і число яких досягло піку в кінці березня.

У країнах Західної Африки передача грипу А(Н1N1)-2009, А(Н3N2) і грипу типу В була піковою в різний час. У Малі та Сенегалі пік передачі грипу А(Н3N2), при більш низьких рівнях грипу В грипу А(Н1N1)-2009, спостерігався в жовтні й листопаді 2010 р., після чого були менш виражені піки грипу А(Н1N1)-2009 і грипу типу В у лютому 2011 р. У Гані з травня по липень був від-

носно менш виражений пік грипу А(Н1N1)-2009, після якого до кінця року кількість виявлених вірусів грипу А(Н3N2) була незначною, а в березні 2011 р. відзначено другий пік грипу А(Н1N1)-2009. У Східній Африці, в Кенії, Уганді протягом усього року спостерігалася безперервна передача грипу, пов'язана переважно з грипом А(Н3N2) з липня до середини грудня, пізніше, у другій половині грудня, розпочалося домінування грипу А(Н1N1)-2009 і грипу типу В. На противагу цьому, в Руанді до лютого 2011 р., коли відзначена циркуляція грипу А(Н3N2), виявлено дуже мало вірусів.

В Індії пік передачі грипу А(Н1N1)-2009 зафіксовано у липні, а після вересня передача не виявлялась. У Тайланді та Бангладеш циркуляція відбувалась в той же час, але там також виявлено значний рівень коциркуляції грипу типу В із грипом А(Н1N1)-2009 пізніше, протягом сезону. У Південному Китаї домінуючим із циркулюючих влітку у Північній півкулі вірусів був вірус грипу А(Н3N2), циркуляція якого відзначалася як пікова з серпня до початку вересня, однак, пізніше, протягом зими, він був замінений грипом А(Н1N1)-2009. Однак загалом у Південній Азії була відносно незначна передача грипу протягом зимових місяців у Північній півкулі. Характерно, що Австралія повідомляла про незвичайну позасезонну передачу вірусу грипу протягом літніх місяців, переважно грипу А(Н3N2). Ця ситуація спостерігалась у більшості юрисдикцій, але найбільша кількість повідомлень отримана з північних штатів Квінсленд і Північні Території.

У всьому світі в сезоні 2010/11 р. 99% антигенно охарактеризованих вірусів грипу А(Н1N1)-2009 і 96% антигенно охарактеризованих вірусів грипу А(Н3N2) були споріднені зі штамами, які містились у сезонній вакцинні для профілактики грипу. Приблизно 91% вірусів грипу В належали до лінії Вікторія і незначна частка цих вірусів мала низький титр із перехресно реагуючими антитілами до вірусу грипу В/ Brisbane/60/2008, а решта — належали до лінії Ямагата. Ці пропорції суттєво не відрізнялися у різних регіонах.

Тестування на чутливість до противірусних препаратів виявило, що >98% із 9300 вірусів грипу А(Н1N1)-2009, протестованих Глобальною мережею з епідеміологічного нагляду за грипом Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) (ГМНГ) на чутливість до противірусних препаратів, чутливі до осельтамівіру при деяких регіональних варіаціях. Усі випадки стійкості до осельтамівіру були пов'язані із заміною H275Y у гені нейрамінідази. В Європі виявлено більше випадків стійкості до осельтамівіру, ніж у США (3 і 0,7% відповідно), однак багато зразків у Європі були відібрані для тестування у зв'язку з високою ймовірністю їх стійкості (наприклад зразки від хворих із пролонгованим лікуванням чи з незадовільним результатом лікування). Зразки, взяті у населення Європи, мають показники стійкості близько 1%. Частота виявлення випадків стійкості до осельтамівіру була стабільною протягом сезону на всіх континентах. Жоден

із протестованих вірусів не був стійким до занамівіру. Всі протестовані ГМНГ віруси грипу А(Н1N1)-2009 були стійкими до інгібіторів М2, амантадину і римантадину, у зв'язку із заміною S31N у білку М2. Грип А(Н3N2) і грип типу В були чутливими і до осельтамівіру, і до занамівіру, за винятком одного ізолята вірусу грипу А(Н3N2) зі стійкістю до осельтамівіру, виявленого у США у квітні 2011 р. (Задорожна В.І. та співав., 2009; Lackenby A. et al., 2011; HPA National Influenza Report; WHO FluNet; WHO GISRS; WHO Guidelines for Pharmacological Management of Pandemic (H1N1) 2009 Influenza and other Influenza Viruses; WHO Influenza Weekly Report; WHO recommendations on influenza vaccine viruses; WHO WPRO Situation Updates).

В Україні епідемічний сезон грипу та гострих респіраторних інфекцій (ГРІ) розпочався жовтні 2010 р. і закінчився у квітні 2011 р., за цей час на грип та ГРІ перехворіли 7 502 008 осіб (16,2% населення країни), у тому числі 63,3% дітей віком до 17 років. Серед хворих на ГРІ діти становили 63,6%, на грип — 43,07% із числа усіх зареєстрованих хворих (Гриневич О.Й., Маркович І.Г., 2010а; б; в; Марієвський В.Ф., 2010; Пономаренко А.М. та співав., 2010; WHO GIP).

У минулому епідемічному сезоні на грип та ГРІ перехворіли 7 753 635 осіб, або 16,9% всього населення країни. З числа хворих на ГРІ 53,3% становили діти віком до 17 років. Серед пацієнтів із грипом переважали дорослі особи, їх частка сягала 60,1%.

У сезоні 2010/11 р. (з жовтня 2010 по квітень 2011 р.) у 10 містах — опорних базах Центру грипу — сумарно було зареєстровано 1 785 102 випадки захворювання на грип та ГРІ, 63,3% із них — у дітей віком до 17 років. Серед дітей переважали хворі віком 1–4 років (33,8%) та 5–9 років (3,8%). Було госпіталізовано 1,4% хворих, з яких 75,4% становили діти. За даними фахівців опорних баз Центру грипу померли за епідемічний сезон 26 хворих у тому числі 1 дитина (летальність — 0,0015%).

За даними вірусологічних лабораторій 10 регіонів, на початку епідемічного сезону від хворих виділяли віруси грипу А(Н1N1)-2009-каліфорнійський, А(Н3N2), віруси грипу В, віруси парагрипу, аденовіруси та РС(респіраторно-синцитіальні)-віруси (Гриневич О.Й., Маркович І.Г., 2010а; б; в; Марієвський В.Ф., 2010; Пономаренко А.М. та співав., 2010; WHO GIP).

У попередньому сезоні 2009/10 р. у містах — опорних базах Центру грипу — зареєстровано 1 962 839 звернень за медичною допомогою з приводу грипу та ГРІ, з них 48,6% становили діти віком до 14 років. Було госпіталізовано 2,4% хворих, з них 57,03% — діти. За даними з опорних баз Центру грипу померли 172 пацієнти (0,01% захворілих), зокрема 6 дітей. Серед захворілих дітей переважали особи віком до 9 років (>60%).

Таким чином, у епідемічному сезоні 2010/11 р. в Україні на грип та ГРІ захворіли на 3,2% менше населення, ніж у попередньому сезоні. За даними 10 опорних баз Центру грипу, показники захворюва-

ності на грип та ГРІ знизилися на 9%, летальності — у більше ніж 6 разів, госпіталізації — у 1,7 раза, що свідчить про сезонний характер епідемічного процесу грипу та ГРІ, можливе зниження вірулентних властивостей циркулюючих вірусів грипу А, зокрема А(Н1N1)-2009 (Гриневич О.Й., Маркович І.Г., 2010а; б; в; WHO GIP).

Слід зазначити, що експертами ВООЗ та Міністерства охорони здоров'я України у 2009 р. спрогнозовано залучення до епідемічного процесу грипу та ГРІ близько 25% населення України за 3 сезони, зокрема у 2009/10 р. — 60 та 30% — у 2010/2011 р. Фактично у епідемічному сезоні 2009/10 р. захворіли на 850 тис. осіб більше, ніж прогнозувалось, а в сезоні 2010/2011 р. — перевищено очікувані показники на 4 млн осіб.

У 10 містах — опорних баз Центру грипу — у епідемічному сезоні 2009/10 р. прогнозувалось близько 1,5 млн хворих, а фактично захворіли 1 962 839 осіб, у сезоні 2010/11 р. захворіли 1 785 102 осіб проти 730 000 згідно з прогнозом. Очевидно, що необхідно виробити інші підходи до прогнозування можливого сценарію епідемічного процесу.

Іншим актуальним питанням залишається пташиний грип, оскільки станом на 30 квітня 2011 р. штаб-квартира ВООЗ була поінформована про 552 випадки зараження людей вірусом грипу птахів у 15 країнах у епідемічному сезоні 2009/10 р. Із них 318 випадків завершилися летально (смертність — 58%, зокрема смертність у березні — 59% усіх летальних випадків за цей період). З моменту появи вірусу в 2003 р. у ході епідеміологічного розслідування виявлено лише обмежену кількість випадків передачі вірусу від людини до людини при відсутності фактів поширення вірусу на рівні общини (FAO Avian Influenza; OIE Avian Influenza Portal). Дві країни повідомили про 3 випадки захворювання людей, у яких хвороба проявилася у квітні 2011 р.: Камбоджа (1) і Єгипет (2). Також у квітні 2011 р. Єгипет повідомив про 8 випадків захворювання, зареєстрованих у лютому і березні, які не були включені в попередні донесення. У всіх повідомленнях зазначено, що хворі контактували із птахами. Єгипет і Індонезія офіційно оголосили про ендемічність вірусу серед домашньої птиці, а інформація із Продовольчої та сільськогосподарської Організації Об'єднаних Націй (Food and Agriculture Organization of the United Nations — FAO) свідчить про те, що вірус грипу H5N1 також ендемічно циркулює серед домашньої птиці в Бангладеш (а також у Китаї, Єгипті, Індії, Індонезії та В'єтнамі). У 2011 р. Бангладеш повідомив про велику кількість спалахів на пташиних господарствах.

У Єгипті з декількох губернаторств регулярно надходить інформація про випадки зараження людей вірусом грипу птиці H5N1, що є відображенням роботи національної структури нагляду і передачі інформації, а також поширеної циркуляції вірусу серед домашньої птиці. Недавній ріст кількості випадків поки що відповідає

очікуваному сезонному патерну в країні. Незважаючи на те що загальна кількість випадків захворювання, зареєстрованих за місяцями початку хвороби, згідно з прогнозом влітку почне знижуватися, очікується, що єгиптяни, як і раніше, піддаватимуться впливу вірусу при контакті із зараженою птицею чи забрудненим оточуючим середовищем, тому окремі випадки захворювання людей виникатимуть доти, поки вірус продовжує циркулювати серед домашньої птиці. Сектор громадської системи охорони здоров'я і ветеринарний сектор Єгипту продовжують тісно співпрацювати з метою зниження пов'язаного з грипом H5N1 ризику на стику між людьми і тваринами.

В Камбоджі відзначали повідомлення про загибель домашньої птиці у провінції ПрейВенг, однак з лютого 2011 р. (тоді спалах відбувся у провінції Кандал) спалахи грипу серед домашньої птиці не реєструвалися.

Виявлена у червні 2011 року тенденція до зменшення кількості неендемічних країн, які повідомляють про грип H5N1 у домашньої чи дикої птиці, зберігається, що було передбачено на основі того, що погода стала більш теплою. Все ж таки, поки вірус циркулює серед птиці, випадки захворювання людей можуть відбутися в будь-який момент.

У пресі є повідомлення, що на ринках живої птиці в Бангладеш поширеність грипоної інфекції серед птиці становить 23,0%, що близько до показників в інших країнах. Практично всі ізоляти (94%) відносилися до непатогенного субтипу H9N2. Рівень H5N1 був дуже низьким (0,08%). Випадки зараження людей вірусом грипу H9N2 досі реєструвалися лише в Китаї (FAO Avian Influenza; OIE Avian Influenza Portal).

Таким чином, грип А(Н1N1)-2009 продовжує широко циркулювати. Однак, на протигагу патерну, який спостерігався під час пандемії, вірус на сьогодні циркулює з іншими вірусами грипу і в багатьох країнах не був домінуючим вірусом грипу А. В цьому сезоні циркуляція відбувалася протягом очікуваних сезонних часових рамок при відсутності позасезонної передачі серед населення, зареєстрованої у країнах помірного поясу Північної півкулі. Зв'язок між тяжким захворюванням і віком був подібний до того, який спостерігався раніше. Грип А(Н1N1)-2009 продовжує бути проблемою більше для людей молодого та середнього віку, в той час як грип А(Н3N2) спричиняє більш тяжке захворювання у дорослих віком старше 65 років. Грип типу В, очевидно, набагато частіше вражає маленьких дітей. З невідомих причин у декількох країнах спостерігалось більше тяжких випадків порівняно з минулим роком, наприклад у Сполученому Королівстві, однак це спостереження цілком може бути наглядним артефактом, пов'язаним з активним наглядом за тяжкими захворюваннями, який здійснюється в цій країні. Всі три циркулюючі віруси продемонстрували за останній рік незначний антигенний дрейф і були споріднені з трьома штамми, які містилися у сезонній вакцині для про-

філактики грипу. Крім того, всі протестовані віруси, за винятком незначної частки, залишились чутливими до інгібіторів нейрамінідази. Ця обставина знову підкреслила необхідність продовження вакцинації та своєчасного лікування осіб із високим ризиком розвитку тяжкого захворювання, включаючи людей похилого і молодого віку, осіб із хронічними захворюваннями, а також вагітних.

Прогнозування розвитку епідемічної ситуації щодо грипу та ГРІ має базуватися перш за все на детальному аналізі багаторічної динаміки захворюваності населення країн світу чи окремо взятої території на ці недуги. Прогноз, очевидно, доцільно робити окремо для ГРІ та грипу. Також необхідно враховувати етіологічну структуру циркулюючих вірусів грипу та ГРІ, вивчати їх властивості протягом усього епідемічного сезону в контексті зі світовими тенденціями тощо.

Актуальною залишається проблема поширення інших збудників грипу, зокрема пташиного, оскільки віруси продовжують циркулювати серед птиці, а відтак існує ризик їх поширення серед людської популяції. У світі існує нагальна потреба до проведення досліджень на стику різних наук, галузей, зокрема вивчення хвороб, спільних для людей і тварин. Відбувається взаємопроникнення прийомів, методів, результатів досліджень і технологій з однією кінцевою метою — покращання якості життя людини, збільшення його тривалості шляхом удосконалення методів діагностики, лікування, а головне — профілактики захворювань як інфекційної, так і неінфекційної етіології тощо.

## Література й електронні джерела

- Гриневич О.Й., Маркович І.Г. (2010а) Грип H1N1: уроки пандемії. Укр. мед. часопис, 5(79): 28–32 (<http://www.umj.com.ua/article/5705>; <http://www.umj.com.ua/wp-content/uploads/2010/10/H1N1.pdf>).
- Гриневич О.Й., Маркович І.Г. (2010б) Особливості грипу та ГРІ в Україні у 2009–2010 рр. Україна. Здоров'я нації, 4(16): 30–36.
- Гриневич О.Й., Маркович І.Г. (2010в) Пандемія грипу А(Н1N1): огляд подій 2009–2010 рр. Попередній прогноз на епідемічний сезон 2010–2011 рр. Семейна медицина, 4: 3–6.
- Задорожна В.І., Фролов А.Ф., Мойсева Г.В. (2009) Сучасні аспекти вакцинопрофілактики сезонного та пандемічного грипу. Сучасні інфекції, 3–4: 100–106.
- Марієвський В.Ф. (2010) Епідемічна ситуація з грипу в Україні у 2009–2010 рр. Сучасні інфекції, 1: 4–11.
- Пономаренко А.М., Колос Л.А., Кракович А.В., Рубан О.М. (2010) Організація епідеміологічного нагляду за грипом та гострими вірусними респіраторними інфекціями в м. Києві. Сучасні інфекції, 1: 12–17.
- Lackenby A., Moran Gilad J., Pebody R. et al. (2011) Continued emergence and changing epidemiology of oseltamivir-resistant influenza A(H1N1)2009 virus, United Kingdom, winter 2010/11. Euro Surveill., 16(5). pii: 19784
- CDC FluView — Centers for Disease Control and Prevention, FluView, <http://www.cdc.gov/flu/weekly>
- ECDC WISO — European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Weekly Influenza Surveillance Overview (WISO), [http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/influenza/epidemiological\\_data/](http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/influenza/epidemiological_data/)

Pages/Weekly\_Influenza\_Surveillance\_Overview.aspx

**EuroFlu** — World Health Organization/Europe influenza surveillance, <http://www.euroflu.org>

**FAO Avian Influenza** — Food and Agriculture Organization of the United Nations, Avian Influenza, <http://www.fao.org/avianflu/en/index.html>

**HPA National Influenza Report** — Health Protection Agency (UK), National Influenza Report, [http://www.hpa.org.uk/web/HPAweb&HPAwebStandard/HPAweb\\_C/1287147913271](http://www.hpa.org.uk/web/HPAweb&HPAwebStandard/HPAweb_C/1287147913271)

**OIE Avian Influenza Portal** — World Organisation for Animal Health (Office International des Epizooties/OIE), Avian Influenza Portal, <http://www.oie.int/animal-health-in-the-world/web-portal-on-avian-influenza>

**PHAC FluWatch** — Public Health Agency of Canada (PHAC), FluWatch, <http://www.phac-aspc.gc.ca/fluwatch/index-eng.php>

**WHO FluNet** — World Health Organization, FluNet, [http://www.who.int/influenza/gisrs\\_laboratory/fluNet/en](http://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/fluNet/en)

**WHO GIP** — World Health Organization, Global Influenza Programme (GIP), <http://www.who.int/csr/disease/influenza>

**WHO GISRS** — World Health Organization, Global Influenza Surveillance and Response System, [http://www.who.int/influenza/gisrs\\_laboratory/en](http://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/en)

**WHO Guidelines for Pharmacological Management of Pandemic (H1N1) 2009 Influenza and other Influenza Viruses** — World Health Organization, Global Alert and Response (GAR), [http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/h1n1\\_use\\_antivirals\\_20090820/en](http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/h1n1_use_antivirals_20090820/en)

**WHO Influenza Weekly Report** — World Health Organization, Regional Office for the Americas, Influenza Weekly Report, [http://new.paho.org/hq/index](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=3352&Itemid=2469&to=2246&lang=en)

[http://www.who.int/influenza/gisrs\\_laboratory/fluNet/en](http://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/fluNet/en)

**WHO recommendations on influenza vaccine viruses** — World Health Organization, Influenza vaccine viruses and reagents, <http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/en>

**WHO WPRO Situation Updates** — World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, Avian Influenza, Situation Updates, [http://www.wpro.who.int/health\\_topics/avian\\_influenza](http://www.wpro.who.int/health_topics/avian_influenza)

**Адреса для листування:**

Гриневич Олександр Йосипович  
03151, Київ, вул. Донецька, 30  
Державна наукова установа  
«Державний центр інноваційних біотехнологій»

**Реферативна інформація**

**ВОЗ заявила о снижении уровня заболеваемости и смертности от туберкулеза**



Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в «Глобальном докладе о борьбе с туберкулезом в 2011 г.» впервые за последние 10 лет сообщила о снижении заболеваемости туберкулезом (ТБ) и смертности от него. Однако ВОЗ также отметила, что нынешним достижениям, особенно в области борьбы с мультирезистентным ТБ, угрожает недостаточное финансирование.

В новом докладе за 2011 г. были представлены данные о том, что количество людей, заболевших ТБ в 2010 г., уменьшилось до 8,8 млн по сравнению с достигнутым в 2005 г. пиком, равным 9 млн человек. Смертность от ТБ снизилась с 1,8 млн в 2003 г. до 1,4 млн в 2010 г. Коэффициент смертности от ТБ снизился на 40% за период 1990–2010 гг. К 2015 г. все регионы, за исключением Африки, находятся на пути достижения снижения смертности на 50%.

С 1995 г. успешно пролечено 46 млн человек, а в 2009 г. 87% заболевших ТБ и получавших лечение были излечены. Однако, по оценкам, 1/3 случаев заболевания ТБ во всем мире не регистрируется и, следовательно, неизвестно, был ли установлен диагноз и проведено надлежащее лечение в этих случаях.

Бан Ки Мун (Ban Ki-moon), генеральный секретарь Организации Объединенных Наций (United Nations Secretary-General) заявил, что все меньшее количество людей умирают от ТБ и меньшее количество заболевают. Это большой прогресс, но следует помнить, что заболеваемость и смертность от ТБ все еще высокие. Он настоятельно порекомендовал оказывать серьезную и постоянную поддержку для обеспечения профилактики и лечения ТБ, особенно наиболее малообеспеченным и незащищенным слоям населения во всем мире.

Прогресс, о котором сообщается сегодня, в значительной мере достигнут в результате огромных усилий, проделанных в развитых странах.

Маргарет Чен (Margaret Chan), генеральный директор ВОЗ (WHO's Director-General), заявила, что во многих странах благодаря сильному лидерству и внутреннему финансированию при активной поддержке благотворительных фондов стали происходить положительные изменения в борьбе против ТБ. Сейчас необходимо усилить эту приверженность, активизировать глобальные усилия и обращать особое внимание на возрастающую угрозу мультирезистентного ТБ.

По оценкам, в таких странах, как Кения и Объединенная Республика Танзания, за последнее десятилетие бремя ТБ уменьшилось после достигнутого пика, связанного с эпидемией ВИЧ. Также с 1990 г. регистрируется значительное и устойчивое снижение бремени ТБ в Бразилии. А в Китае, за период 1990–

2010 гг. коэффициент смертности от ТБ снизился почти на 80% — с 216 тыс. случаев смертности в 1990 г. до 55 тыс. случаев — в 2010 г. За это же время распространенность ТБ снизилась в 2 раза — с 215 до 108 случаев заболевания на 100 тыс. человек.

Важным моментом является финансирование. Во всем мире на 2012 г. доля выделяемого на ТБ внутреннего финансирования возросла до 86%. Но большинство стран с низким уровнем дохода все еще зависят от внешнего финансирования, и в этих странах в общей сложности не хватает 1 млрд дол. США для осуществления программ по борьбе с ТБ в 2012 г.

Одной из областей с наибольшей нехваткой финансирования остается лечение мультирезистентного ТБ. Несмотря на то что количество таких пациентов в 2010 г. увеличилось до 46 тыс., это составляет лишь 16% предполагаемого числа пациентов с мультирезистентностью, нуждающихся в лечении. Из недостающего 1 млрд дол. — 200 млн дол. требуются на борьбу именно с ним.

Доктор Марио Равильоне (Dr Mario Raviglione), директор Департамента ВОЗ «Остановить туберкулез» (Director of WHO's Stop TB Department), заявил, что новый экспресс-тест на мультирезистентный ТБ кардинально меняет уровень диагностики. Всего лишь через 6 мес после того, как в декабре прошлого года этот тест был одобрен ВОЗ, он начал использоваться в 26 странах и по меньшей мере — еще 10 стран ожидают получить его к концу 2011 г.

Существует еще одна проблема, связанная с заболеваемостью ТБ, а именно распространенность среди ВИЧ-инфицированных. Вероятность развития ТБ у этих пациентов в 34 раза превышает аналогичный показатель среди людей без ВИЧ. В 2010 г. у 1,1 млн людей с ВИЧ развился ТБ — 82% из них (900 тыс.) были жителями Африки. Во всем мире 12% пациентов с ТБ еще и ВИЧ-инфицированы.

На сегодняшний день в борьбе с сочетанной эпидемией ТБ/ВИЧ достигнут прогресс: охват тестированием на ВИЧ в Африке увеличился до 59% пациентов с ТБ. В 2010 г. почти половина пациентов с ТБ с позитивными результатами тестов на ВИЧ в Африке получали антиретровирусные препараты и примерно 3/4 пациентов начали получать превентивную терапию тримоксазолом. Эти два вида терапии входят в число основных компонентов лечения при ТБ/ВИЧ.

В докладе также были представлены многообещающие разработки в области диагностических средств, лекарств и вакцин для профилактики и лечения ТБ. Есть все основания ожидать появления укороченных схем медикаментозного лечения. Ожидается, что результаты третьей фазы исследований этих лекарств будут получены в 2012–2013 гг., а результаты второй фазы исследований новых препаратов от мультирезистентного ТБ ожидаются уже к 2012 г.

*По материалам [www.who.int](http://www.who.int)*