

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД «УКРАЇНСЬКА ПРОТИЧУМНА СТАНЦІЯ»**

**Інформаційне повідомлення**

**АНАЛІЗ**

**ЕПІДЕМІЧНОЇ СИТУАЦІЇ З ДЕЯКИХ ІНФЕКЦІЙНИХ  
ЗАХВОРЮВАНЬ, ЩО МОЖУТЬ МАТИ МІЖНАРОДНЕ  
ЗНАЧЕННЯ. МІЖНАРОДНІ ТРАНСПОРТНІ ЗВ'ЯЗКИ  
МОРСЬКИХ ПОРТІВ КРИМСЬКОГО БАСЕЙНУ,  
АЕРОПОРТУ «СІМФЕРОПОЛЬ» З КРАЇНАМИ  
НЕБЛАГОПОЛУЧНИМИ З ОСОБЛИВО  
НЕБЕЗПЕЧНИХ ІНФЕКЦІЙНИХ  
ЗАХВОРЮВАНЬ у 2009 р.**

**Сімферополь – 2010**

## Розповсюдження інфекційних захворювань, що мають міжнародне значення у світі

### Чума

Згідно Міжнародних медико-санітарних правил 2005 р. чума відноситься до захворювань, які з найбільшою вірогідністю можуть стати причиною подій міжнародного значення. Ендемічними по чумі залишаються регіони практично всіх континентів, окрім Австралії і Антарктиди. З 1998 по 2008 р. в 11 країнах світу було зареєстровано більш ніж 23000 випадків чуми, включаючи 2116 смертельних (летальність 9 %). Більше 95 % цих випадків спостерігалися в ендемічних вогнищах чуми в Африці (головним чином в трьох країнах: Мадагаскар, Демократична республіка Конго і Танзанія). У ряді країн Азії (Казахстан, Китай, Монголія і В'єтнам), Африки (Танзанія і Мадагаскар) і Західної півкулі (США, Перу) випадки інфікування людей реєструються практично щорічно.

У 2009 р. за неповними даними спалахи чуми були зареєстровані в Лівії і Китаї.

*Лівія.* Служба охорони здоров'я Лівії 14 червня 2009 р. повідомила про підозру на чуму в Середземноморському прибережному місті Тобрук (125 км. від границі з Єгиптом). Подальше епідеміологічне розслідування міжнародної команди ВООЗ виявило близько 20 випадків чуми, в т.ч. один смертельний. Перший випадок був ідентифікований у дитини з легеневою формою чуми, який згодом помер. У Лівії випадки чуми не спостерігалися протягом останніх 25 років. У 1984 р. було зареєстровано 8 епізодів бубонної форми чуми без смертельних випадків. Останні летальні випадки спостерігалися під час спалаху в 1977 р. (захворіло 11 чоловік, з них шестеро померло). Останні спалахи чуми в сусідніх країнах були зареєстровані в липні 2008 р., Алжир (4 випадки бубонною формою чуми, включаючи три смертельних), в Єгипті в 1946-1947 рр. (211 випадків, 39 смертельних), в Тунісі в 1944-1945 рр. (34 випадки, 27 смертельних).

*Китай.* Міністерство охорони здоров'я Китаю 1 серпня 2009 р. повідомило про спалах легеневої чуми в місті Цзикетан (населення 10 тис. чоловік, провінція Цинхай), яке розташоване в Тибетському природному вогнищі чуми, що є основною причиною захворювання чуми в Китаї. Згідно даним епідеміологічного розслідування, первинним джерелом інфекції був дикий бабак, який знаходився у



контакті з собакою першого хворого. В результаті спалаху 12 чоловік захворіло, троє з них померло (летальність 25 %). Висока летальність пояснюється, ймовірно, несвоєчасно початим лікуванням. Місто було оточене, введений карантин, крім того проведені дератизаційні та дезінсекційні заходи. Місцеві

органи охорони здоров'я ізолювали 332 особи, що знаходилися в тісному контакті з хворими. Спалах був ліквідований і подальшого розповсюдження захворювання не відбулося.

*Епідеміологічні особливості чуми останніми роками:*

- зростання активності природних вогнищ чуми (щорічна реєстрація випадків зараження людей);

- прояв чуми як «re-emerging» інфекції – спалахи захворювання після 30-50 річного затишшя (Індія (1994 р., 2002 р.), Індонезія (1997 р.), Алжир (2003 р.), Лівія (2009 р.);

- циркуляція штамів чуми із стійкістю до тетрацикліну і множинній антибіотикорезистентністю (Мадагаскар).

## Холера

Холера залишається інфекцією що завдає величезної шкоди суспільному здоров'ю і що приводить до значних економічних збитків. За минулі декілька сторіч в результаті інтенсифікації процесів міжнародної торгівлі, перевезень і міграції холера розповсюдилася з регіонів, що вважаються традиційними ендемічних вогнищами (Індія, Бангладеш), по всьому світу з утворенням вторинних вогнищ в країнах Африки, Південної Америки.

*Африка* залишається найбільш епідемічно значущим по холері континентом.

У Зімбабве зареєстрована сильна за останніх 15 років епідемія холери. Спалах епідемії почався в серпні 2008 р. через критичну ситуацію у сфері охорони здоров'я і браку питної води. Власті Зімбабве, не дивлячись проведені заходи, не змогли зупинити холеру. Надзвичайне положення у зв'язку з епідемією було введено 4 грудня 2008 р., через 4 місяці після початку спалаху. У березні 2009 р. епідемією холери була вже охоплена практично вся територія країни. Офіційно зареєстровано 98309 випадків захворювання, зокрема 4283 смертельних (летальність близько 4,5%). Пік епідемії припав на лютий 2009 р., коли летальність від захворювання складала близько 6 %. З 13 червня по 20 липня 2009 р. був зареєстрований тільки один випадок захворювання.

У 2009 р. холера розповсюдилася практично по всьому Африканському регіону і охопила 11 країн (таблиця 1).

Таблиця 1

Зареєстровані випадки холери в Африканському регіоні, 2009 г.\*

Країна	Захворіло	Померло	Летальність (%)
Ангола	7495	134	1,79
Ботсвана	15	2	13,33
Малаві	5269	113	2,14
Мозамбік	17761	140	0,79
Намібія	203	9	4,43
Південна Африка	12752	65	0,51
Свазіленд	17448	0	0
Замбія	8312	173	2,08
Зімбабве	98349	4276	4,35
Кенія	4 269	94	2,2
ДР Конго	6668	90	1,34
Всього	178541	5 096	2,85

\* неповні дані

У Азії в 2009 р. особливе значення мав спалах у Непалі. Починаючи з травня 2009 р., випадки гострої водянистої діареї були зареєстровані в трьох селах району Джаяркот середньозахідного регіону Непалу. Спалах діареї швидко розповсюдився по країні. При розслідуванні спалаху з семи зразків, відібраних в районі Джаяркот, в трьох був виявлений *Vibrio cholerae*, в інших – змішана інфекція. Державні органи охорони здоров'я вирішили слідувати протоколам лікування холери. На 30 липня 2009 р. в Непалі було зареєстровано 27456 випадків діареї, з них 197 летальних. Попередні випадки холери в Непалі були зареєстровані в 1997 р., коли після 10 років відсутності захворювання було виявлене в районі, що граничить з Індією.

*Епідеміологічні особливості холери за останніх 10 років:*

- холера зберігає тенденцію швидкого і непередбачуваного розповсюдження по країнах всього світу (цьому сприяють широко розвинені транспортні зв'язки, міграція і так далі);
- у країнах, що розвиваються, за відсутності ефективних протиепідемічних заходів спалахи холери швидко набувають статусу епідемій;
- у розвинених країнах реєструються тільки завізні випадки холери;
- цілорічне протікання епідемічного процесу в світі.

*Холера в Україні.* У 2009 р. випадків захворювання холерою в Україні не зареєстровано. У серпні 2009 р. в Одеській області було виявлено 2 носії холери, від яких виділені культури, ідентифіковані як *Vibrio cholerae* серогрупа O1, біовар Огава, нетоксигенний варіант.

З об'єктів навколишнього середовища ізольовано 22 штами холерних вібріонів O1 серогрупи: АР Крим – 14, Донецька – 5, Запорізька 1, Харківська – 2.

*Докладніше див. інформаційне повідомлення «Біологічні властивості холерних вібріонів, виділених на території України в 2009 році», представлене на сайті Української протичумної станції: [www.antiplaguestat.gov.ua](http://www.antiplaguestat.gov.ua).*

## **Вірусні геморагічні гарячки**

Вірусні геморагічні гарячки (ВГГ) – група вірусних захворювань, в клінічній картині яких переважають лихоманка і геморагічний синдром. Віруси геморагічних гарячок належать одному з чотирьох сімейств:

- Filoviridae – вірус Марбург і вірус Ебола;
- Arenaviridae – вірус Ласса, вірус Хунін (Аргентинська гарячка), вірус Мачупо (Болівійська гарячка), вірус Гуанаріто (Венесуельська гарячка), вірус Себія (Бразильська гарячка), вірус Чапаре;
- Bunyaviridae – вірус геморагічної гарячки з нирковим синдромом, збудник Кримської-Конго геморагічної гарячки, вірус гарячки долини Ріфт;
- Flaviviridae – вірус хвороби лісу Кіассанур (К'ясанур), вірус омської геморагічної гарячки, вірус жовтої гарячки, вірус гарячки Денге.

Випадки ВГГ строго пов'язані з географічним ареалом збудників і їх переносників (півні області Африки, Азії, Південної і Центральною Америк).

## Геморагічна гарячка Ебола.

Збудник геморагічної гарячки Ебола, вірус Ебола, є одним з самих патогенних вірусів, відомих людині (таблиця 2).

Таблиці 2

### Хронологія спалахів захворювання геморагічною гарячкою Ебола

Рік	Країна	Штам вірусу Ебола	Кількість випадків	К-ть смерт. випадків (летальність)
1976	Заїр (зараз ДР Конго)	Zaire	318	280 (88%)
1976	Судан	Sudan	284	151(53%)
1976	Великобританія (лабораторне зараження)	Sudan	1	0 (0%)
1977	Заїр (зараз ДР Конго)	Zaire	1	1 (100%)
1979	Судан	Sudan	34	22 (65%)
1989	США (виділення вірусу у мавп, ввезених з Філіппін)	Reston	0	0 (0%)
1990	США (виявлені антитіла у осіб, що контактували з мавпами з Філіппін – асимптоматичні випадки)	Reston	4	0 (0%)
1989-1990	Філіппіни (виявлення антитіл у робочих тваринницької ферми – асимптоматичні випадки)	Reston	3	0 (0%)
1992	Італія (виділення вірусу у мавп, ввезених з Філіппін)	Reston	0	0 (0%)
1994	Габон	Zaire	52	31 (60%)
1994	Кот-Д'Івуар (інфікування ученого при аутопсії дикої шимпанзе)	Ivory Coast	1	0 (0%)
1995	ДР Конго	Zaire	315	250 (81%)
1996.01-04	Габон	Zaire	37	21 (57%)
1996.07-1997.01	Габон	Zaire	60	45 (74%)
1996	Південна Африка (Госпіталізований і згодом одужав медичний працівник, що заразився при наданні допомоги хворим гарячкою Ебола в Габоні. Медсестра, що надавала йому допомогу, заразилася і померла)	Zaire	2	1 (50%)
1996	США (вірус був виявлений у мавп, ввезених з Філіппін)	Reston	0	0 (0%)
1996	Філіппіни (вірус був виявлений у мавп)	Reston	0	0 (0%)
2000-2001	Уганда	Sudan	425	224 (53%)
2001.10 2002.03	Габон	Zaire	65	53 (82%)
2001.10-2002.03	Республіка Конго	Zaire	57	43 (75%)
2002.12-2003.04	Республіка Конго	Zaire	143	129 (89%)
2003.11-2003.12	Республіка Конго	Zaire	35	29 (83%)
2004	Судан	Sudan	17	7 (41%)
2007	ДР Конго	Zaire	264	187 (71%)
2007.12-2008.01	Уганда (вперше новим штамом)	Bundibugyo	149	37 (25%)
2008.11-2009.02	Філіппіни (вперше у працівників ферми по розведенню свиней виявлені антитіла – асимптоматичні випадки)	Reston	6	0 (0%)
2008.12-2009.01	ДР Конго	Zaire	32	15 (46,9%)

Показник летальності залежить від штаму вірусу: при зараженні штамом *Zaire* – понад 80 %, *Sudan* – понад 50 %, *Bundibugyo* – близько 25 %. Випадки

смерті при зараженні штамами *Ivory Coast* і *Reston* до цього часу не були зареєстровані.

У 2009 р. уряд Філіппін оголосив про те, що протестовані зразки, узяті у працівника бойні, який має щоденні контакти зі свинями, виявилися позитивними на антитіла до вірусу Ебола Рестон. З грудня 2008 р., коли було почато тестування, кількість осіб, зразки яких виявилися позитивними на антитіла до Ебола Рестон, досягла 6 зі 141 обстеженої. За інформацією ВООЗ всі ці шість чоловік мали контакти зі свинями під час роботи. Таким чином, вірус Ебола Рестон вперше виявлений у свиней і вперше, ймовірно, відбулася його передача від свиней людям.

Перший випадок вироблення у людини антитіл до Ебола Рестон без захворювання був зареєстрований ще у 1989 р. З тих пір антитіла до Ебола Рестон виявлялися тільки у здорових дорослих чоловіків. Для кращого розуміння наслідків Ебола Рестон у осіб з ослабленим імунітетом, супутньою патологією, вагітних жінок і дітей необхідні додаткові дослідження.

#### *Епідеміологічна характеристика геморагічної гарячки Ебола:*

- активізація епідемічного процесу: 1) поява спалахів в станах, в яких раніше дане захворювання не реєструвалося – Габон (1994 р.), Уганда (2000 р.), Республіка Конго (2001 р.); 2) збільшення кількості і частоти виникнення спалахів (з 2000 р. гарячка Ебола реєструється практично щорічно);

- захворювання спричиняють чотири штами вірусу, які відрізняються по патогенним і вірулентним властивостям;

- виявлення за межами Африканського континенту нових штамів, що є потенційно небезпечними для людини (Філіппіни – 1989 р. штам Reston у мавп, 2008-2009 рр. виявлення антитіл до штаму Reston у людей, що контактують з хворими свинями).

#### **Геморагічна гарячка Марбург.**

Вірус Марбург був названий на честь міста в Німеччині, в лабораторії якого захворювання вперше було діагностовано в 1967 році. З того часу до 1998 р. реєструвалися тільки одиничні випадки гарячки Марбург (таблиця 3). Захворювання близько 500 осіб з високою летальністю (більше 80 %) були зареєстровані під час спалахів в ДР Конго (1998-2000 рр.) і в Анголі (2004-2005 рр.). Спалах в Анголі відрізнявся від всіх попередніх тим, що більш ніж 75 % хворих на гарячку Марбург були діти, переважно немовлята. До цього моменту був зареєстрований тільки один випадок захворювання серед дітей (15 літній датський хлопчик заразився і помер у 1987 р., Кенія).

#### *Епідеміологічна характеристика геморагічної гарячки Марбург:*

- розширення області географічного розповсюдження спалахів (вперше в 2005 р. зафіксований спалах гарячки Марбург в Анголі);

- відмічається тенденція скорочення інтервалів між епідемічними спалахами хвороби;

- випадки завезення хвороби до Європи і США (2008 р.);

- посилення тяжкості хвороби, високий рівень летальності (середня летальність виявлених випадків з 1998 р. склала 87 %);

- вперше зареєстрований крупний спалах серед дітей (реєстрація гарячки Марбург серед немовлят, 2004-2005 рр., Ангола).

Таблиці 3

## Хронологія спалахів захворювання геморагічною гарячкою Марбург

Рік	Країна	Можливе місце зараження	К-ть випадків	К-ть смерт. випадків (летальність)	Опис ситуації
1967	Німеччина і Югославія	Уганда	31	7 (21 %)	Одночасні спалахи, заразився персонал лабораторій при роботі з африканськими зеленими мавпами, завезеними з Уганди
1975	Йоганнесбург, Південна Африка	Зімбабве	3	1 (33%)	Турист після відвідання Зімбабве був госпіталізований в Південній Африці. Від нього заразилася його попутниця і медсестра. Турист помер.
1980	Кенія	Кенія	2	1 (50%)	Після відвідання печери Кітум у Національному парку Кенії розвинулося захворювання із смертельним наслідком. Лікар, що проводив реанімаційні заходи, заразився та одужав.
1987	Кенія	Кенія	1	1 (100%)	15 літній датський хлопчик заразився в результаті відвідання печери Кітум. Смерть наступила на 11 день хвороби.
1998-2000	ДР Конго	Дурба, ДР Конго	154	128 (83%)	Більшість випадків захворювання були у робочих шахти по здобичі золота в Дурба, яка була епіцентром спалаху. Також випадки були виявлені в сусідньому селі.
2004-2005	Ангола	Провінція Уїге, Ангола	252	227 (90%)	Спалах почався в провінції Уїге в жовтні 2004 року. Більшість випадків були виявлені в інших областях і були пов'язані із спалахом в Уїге.
2007	Уганда	Шахта по здобичі свинцю і золота в районі Камвенге, Уганда	2	1(50%)	Невеликий спалах серед працівників шахти.
2008	США	Печера в заповіднику Магамагамбо, Уганда	1	0 (0%)	Житель штату Колорадо захворів після відвідання Уганди, пацієнт вижив.
2008	Нідерланди	Печера в заповіднику Магамагамбо, Уганда.	1	1 (100%)	40 літня голландська жінка після подорожі до Уганди захворіла та померла на 10 день хвороби.

**Жовта гарячка.**

Ендемічними вогнищами жовтої гарячки (ЖГ) є великі території Південної Америки і Африки. Одним з основних заходів в боротьбі с ЖГ є специфічна імунопрофілактика. Вакцинація особливо необхідна перед виїздом в ендемічні регіони, тому що захворювання у знову прибулих протікає дуже тяжко та з високою летальністю.

У *Африканському регіоні* В 2009 р. в рамках національних систем епідеміологічного нагляду одиничні і групові випадки захворювання ЖГ виявлені і лабораторно підтверджені в Сьєрра-Леоне, Гвінеї, Демократичній республіці Конго, Ліберії і Камеруні. У Камеруні випадок захворювання жовтою гарячкою був зареєстрований в районі Буеа, який раніше вважався не ендемічним по даній нозології. У ДР Конго до 2009 р. останній зареєстрований спалах хвороби відмічався в 1981 р. (остання компанія масової вакцинації проводилася в 1930-1960 рр.). В результаті з метою профілактики в цих країнах в 2009 р. заплановані кампанії по масовій вакцинації уражених районів і областей: у Сьєрра-Леоне заплановано охопити вакцинацією 527978 чоловік, в Гвінеї – 60485, в ДР Конго – 73011, в Ліберії – 96169, в Камеруні – 165138.

*Південна Америка.* З лютого по квітень 2009 року, в штаті Сан Паоло в Південній Бразилії виявлено 28 лабораторно-підтверджених випадків ЖГ, включаючи 11 із смертельним наслідком. Ці випадки відбувалися в районах, які лежали поза областю ризику виникнення жовтої гарячки. В результаті Міністерство охорони здоров'я Бразилії додало Сан Паоло до територій ризику.

*Епідеміологічна характеристика жовтої гарячки:*

- залишається широко поширеною особливо небезпечною інфекцією (42 країни миру є ендемічними з жовтої гарячки);
- розширення ареалу інфекції (у 2009 р. жовта гарячка зареєстрована в областях і районах Камеруну і Бразилії, що раніше вважалися неендемічними);
- прояв жовтої гарячки як «re-emerging» інфекції – виникнення спалахів після тривалого затишся (у ДР Конго зареєстроване захворювання після 28 річної перерви).

### **Гарячка Денге**

В світі близько 2,5 млрд. чоловік живуть в регіонах, де можлива передача гарячки Денге, щорічно цією нозологією захворює до 100 мільйонів чоловік в країнах Південно-східної Азії, Центральної і Південною Америки, Африки, Океанії, що є ареалом розповсюдження основного переносника (комара *Aedes aegypti*) і збудників, тому віруси Денге – найчастіша причина лихоманок у мандрівників, що повертаються з вказаних регіонів (виявлено у осіб, що повернулися до Італії з поїздок до Бразилії – 2007 р., до Японії і Франції з Кот-Д'Івуару – 2008 р., до Швейцарії з Таїланду – 2009 р., до Італії з Сенегалу – 2009 р.). Таким чином, останніми роками гарячка Денге набуває основного міжнародного значення.

У *Африканському регіоні* в 2009 р. випадки захворювання гарячкою Денге зареєстровані в Сенегалі (близько 60 випадків) і Республіці Кабо-Верде (на 06.12.2009 більш ніж 21000 підозрілих випадків, в т.ч. 6 смертельних). У Кабо-Верде – це перша зареєстрована епідемія гарячки Денге, при цьому вважається, що рівень захворювань серед населення, у якого відсутній імунітет, може складати від 40 до 90 %.

У *Південно-східній Азії* гарячка Денге продовжує циркулювати практично по всьому регіону. Випадки захворювання в 2009 р. офіційно зареєстровані в Індонезії (більше 100 смертельних випадків) та Шрі-Ланці (на 23.02.2010 р. органи охорони здоров'я повідомили про 7500 випадків, включаючи район

столиці Коломбо). За перші 6 тижнів 2010 р. Малайзія повідомила про більш ніж 6200 випадків, в т.ч. 23 смертельних.

У *Центральній і Південній Америці* про прояви гарячки Денге повідомили Бразилія, Колумбія, Гватемала, Гондурас, Нікарагуа, Пуерто-Ріко, Сан-Мартін.

У *Середній Азії* про захворювання гарячки Денге повідомили в останні місяці 2009 р., включаючи райони, популярні серед мандрівників, – Джидда і Мекка в Саудівській Аравії.

*Епідеміологічна характеристика гарячки Денге:*

- широке розповсюдження в світі (2/3 населення Земної кулі знаходяться під загрозою зараження);

- розширення нозоареалу (у 2009 р. виявлено захворювання гарячкою Денге на п'яти островах, де раніше дана хвороба не реєструвалася);

- захворювання має тенденцію до зростання;

- збільшення кількості завізних випадків;

- вакцина проти гарячки Денге знаходиться на стадії впровадження.

**Аналіз міжнародних транспортних зв'язків  
портів й аеропорту «Сімферополь» з країнами неблагополучними з  
інфекційних хвороб, що можуть набувати міжнародне значення.**

В портах Кримського басейну у 2009 р. було прийнято 3103 суден закордонного плавання (на 3,5 % менше, ніж у 2008 р. – 3216), у тому числі 22,07 % (у 2008 р. 0,9 %), із країн неблагополучних з особливо небезпечних інфекційних (ОНІ) хвороб, що можуть мати міжнародне значення. Іноземними суднами здійснено 51,6 % суднозаходів (63,8 % у 2008 р.), українськими – 48,4 % (36,2% у 2008 р.) (таблиця 4).

Таблиця 4

**Кількість суднозаходів в порти Кримського басейна у 2009 р.**

Порт	Кількість суден, що прибули за рік (*)	У тому числі		
		Українських суден закордонного плавання (*)	Іноземних суден закордонного плавання (*)	Каботажних
<b>Севастопольський морський рибний порт</b>	611(7)	15 (0)	304 (7)	292
<b>Севастопольський морський торговельний порт</b>	972 (2)	78 (0)	282 (2)	612
<b>Феодосійський торговельний порт</b>	396 (3)	7(0)	191 (3)	198
<b>Керченський морський рибний порт</b>	1276 (6)	706 (0)	185 (6)	385
<b>Керченський морський торговельний порт</b>	1170 (4)	631 (0)	322 (4)	217
<b>Ялтинський морський торговельний порт</b>	396 (0)	19 (0)	156 (0)	231
<b>Євпаторійський морський торговельний порт</b>	374 (0)	56 (0)	161 (0)	157
<b>Порт «Чорноморськ»</b>	255	0	0	255
<b>Усього</b>	<b>5450 (22)</b>	<b>1502 (0)</b>	<b>1601 (22)</b>	<b>2347</b>

\* у скобках вказана кількість суден, що відвідали країни, неблагополучні з деяких особливо небезпечних інфекційних хвороб.

Найбільша кількість суден закордонного плавання у 2009 р. було прийнято в морських портах м. Керч – 59,4 % (52 % у 2008 р.), та м. Севастополь – 21,9 % (23 % у 2008 р.).

Транспортні зв'язки з країнами, неблагополучними з деяких особливо небезпечних інфекційних хвороб, здійснювалися через порти, розташовані в мм. Севастополі, Керчі та Феодосії (так саме, як і у попередні роки). Найбільша кількість суден з країн, неблагополучних з деяких особливо небезпечних інфекційних хвороб, прийнято через Севастопольський морський рибний порт – 31,8 %, в Керченський морський рибний порт – 27,3 %, в Керченський морський торговельний порт – 18,2 %, в Феодосійський торговельний порт – 13,6 %, в Севастопольський морський торговельний порт – 9,1 % (рис. 1).

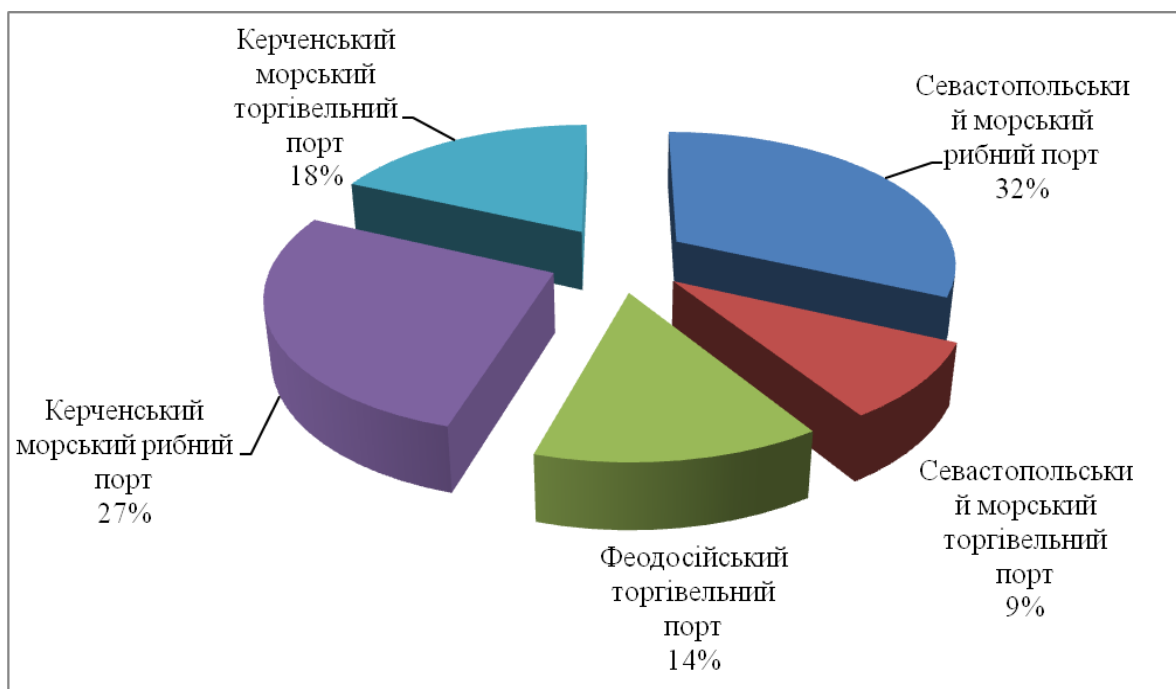


Рис. 1. Питома вага транспортних зв'язків портів Кримського басейну з країнами неблагополучними з чуми, холери, жовтої гарячки, ВГГ, малярії у 2009 р.

Усього в порти країн, неблагополучних з чуми, холери, вірусних геморагічних гарячок (ВГГ), жовтої гарячки та малярії, протягом 2009 р. судами, що прибули до Кримського басейну, зроблено 134 суднозахіда (103 - у 2008 р., 88 - у 2007 р., 37 - у 2006 р.). Найбільша кількість суднозаходів здійснена в країни неблагополучні з малярії, холери та жовтої гарячки (таблиця 5).

Таблиця 5

Кількість суднозаходів в країни неблагополучні з деяких особливо небезпечних інфекційних хвороб суднами, що прибули в порти Кримського басейну у 2009р.

Назва порту	Холера	Чума	ВГГ	Малярія	Жовта гарячка	Усього
Севастопольський морський рибний порт	9	3	4	12	8	<b>36</b>
Севастопольський морський торгівельний порт	2	0	2	8	2	<b>14</b>
Феодосійський торгівельний порт	4	1	2	5	4	<b>16</b>
Керченський морський рибний порт	14	4	8	17	14	<b>57</b>
Керченський морський торгівельний порт	4	0	0	7	0	<b>11</b>
<b>Усього</b>	<b>33</b>	<b>8</b>	<b>16</b>	<b>49</b>	<b>28</b>	<b>134</b>

Найбільш інтенсивні зв'язки з країнами, неблагополучними з холери, чуми, ВГГ, малярії, жовтої гарячки, серед портів Кримського басейну у 2009 р. мали Севастопольський морський рибний порт та Феодосійський торгівельний порт, найменш інтенсивні – Керченський морський рибний порт, Керченський морський торгівельний порт, Севастопольський морський торгівельний порт (таблиця 6). Для порівняння – у 2008 р. найбільш інтенсивні зв'язки з країнами,

неблагополучними з вказаних ОНІ хвороб, мав Феодосійський торгівельний порт.

Таблиця 6

Інтенсивність зв'язків з неблагополучними по деяким ОНІ хворобам країнами

Порт	Кількість суден, що прибули за рік	Кількість суден, що відвідали неблагополучні з ОНІ хвороб країни	Інтенсивний показник, кількість суден, що здійснили суднозаходи в неблагополучні з ОНІ хвороб країни, на 1000 суден, що прибули в порт
Севастопольський морський рибний порт	611	7	<b>11,46</b>
Феодосійський торгівельний порт	396	3	<b>7,58</b>
Керченський морський рибний порт	1276	6	<b>4,7</b>
Керченський морський торгівельний порт	1170	4	<b>3,42</b>
Севастопольський морський торгівельний порт	972	2	<b>2,06</b>

У 2009 р. структура суднозаходів в країни неблагополучні з різних ОНІ хвороб судами, що прибули в порти Криму, майже аналогічна такій у 2008 р. – спостерігається збільшення долі суднозаходів в країни, неблагополучні з жовтої гарячки, та зменшення долі суднозаходів в країни, неблагополучні з холери. В порти неблагополучні з малярії здійснено 36 % суднозаходів (аналогічно 2008 р.), з холери – 25 % (33 % у 2008 р.), з жовтої гарячки – 21 % (14 % у 2008 р.), з ВГГ – 12 % (11 % у 2008 р.), з чуми – 6 % (аналогічно 2008 р.) (рис. 2).

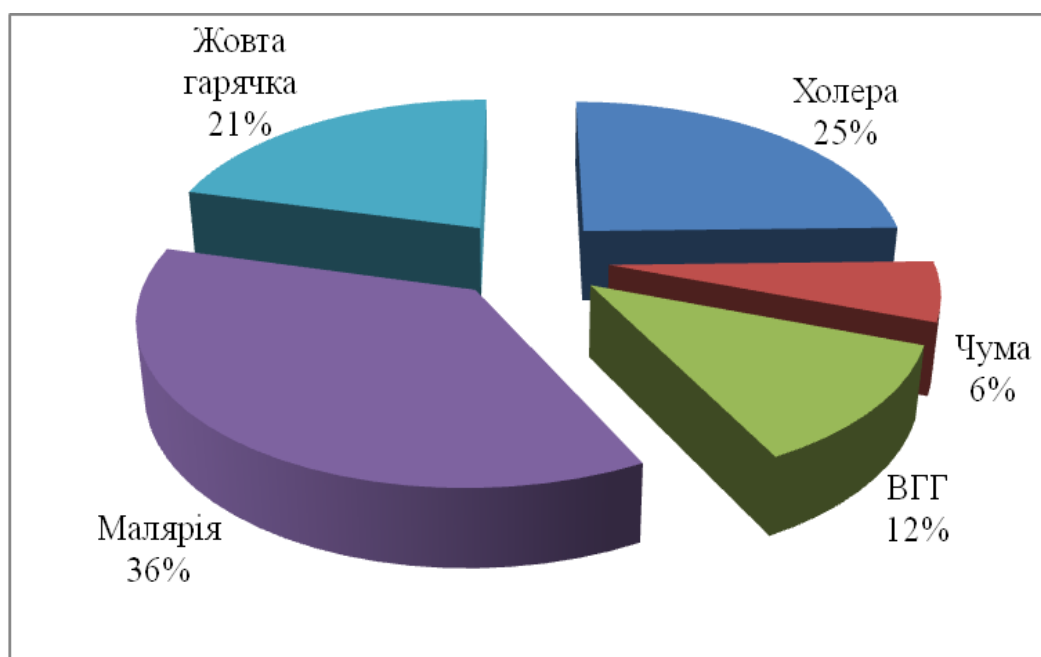


Рис. 2. Структура суднозаходів в країни неблагополучні з малярії, холери, жовтої гарячки, ВГГ, чуми

Із країн неблагополучних з **чуми** у 2009 р. в порти Кримського басейну прийняти судна з Південної Америки (Бразилія) та з Африки (Демократична республіка Конго) (рис. 3). Загальна кількість членів екіпажу – 154 особи.

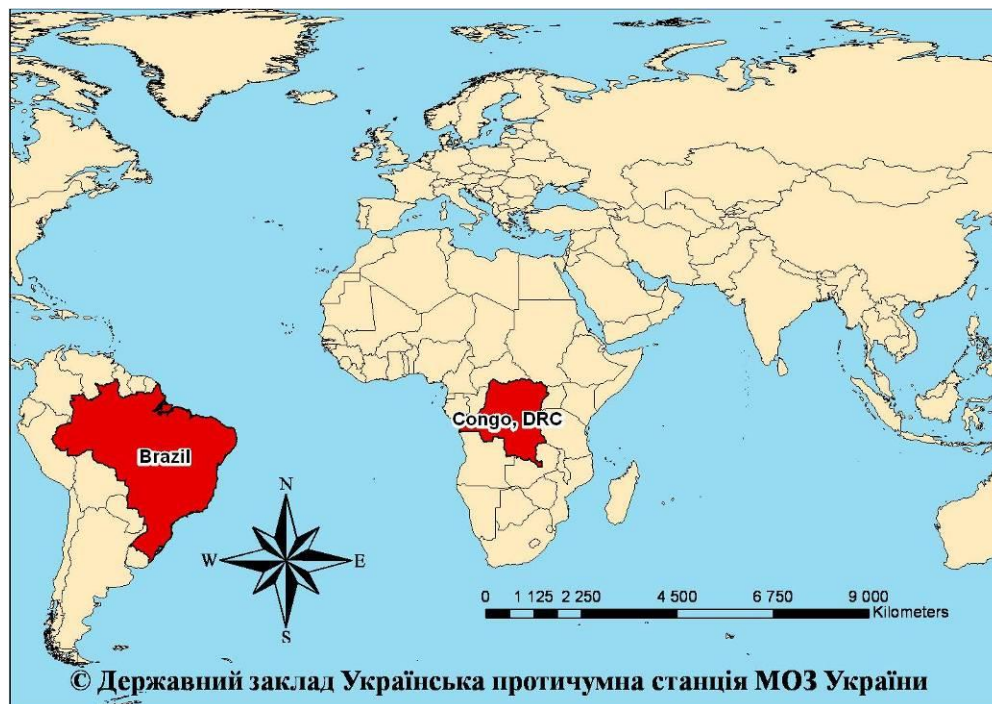


Рис. 3. Країни неблагополучні з **чуми**, що мали транспортні зв'язки з портами Кримського басейну у 2009 р.

Із країн неблагополучних з **холери** у 2009 р. прийняти судна з 13 країн Африки, 2 – Азії та 3 – Південної Америки (рис. 4). Загальна кількість членів екіпажу – 678 осіб.

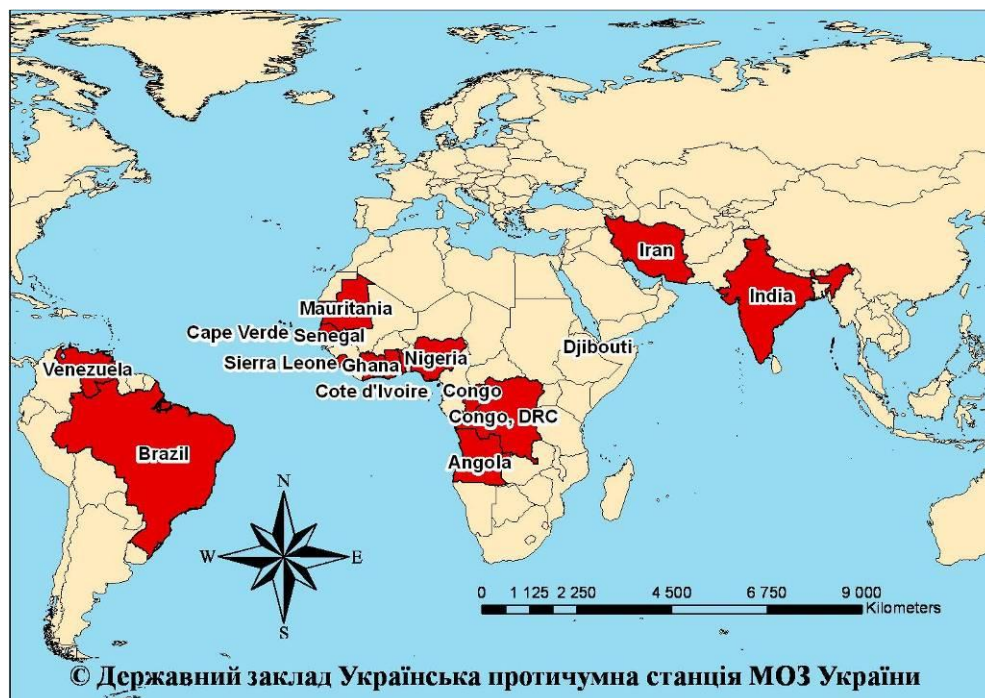


Рис. 4. Країни неблагополучні з **холери**, що мали транспортні зв'язки з портами Кримського басейну у 2009 р.

Із країн неблагополучних з **жовтої гарячки** прийняти судна з 13 країн Африки та 2 – Південної Америки (рис. 5). Загальна кількість членів екіпажу – 576 осіб.

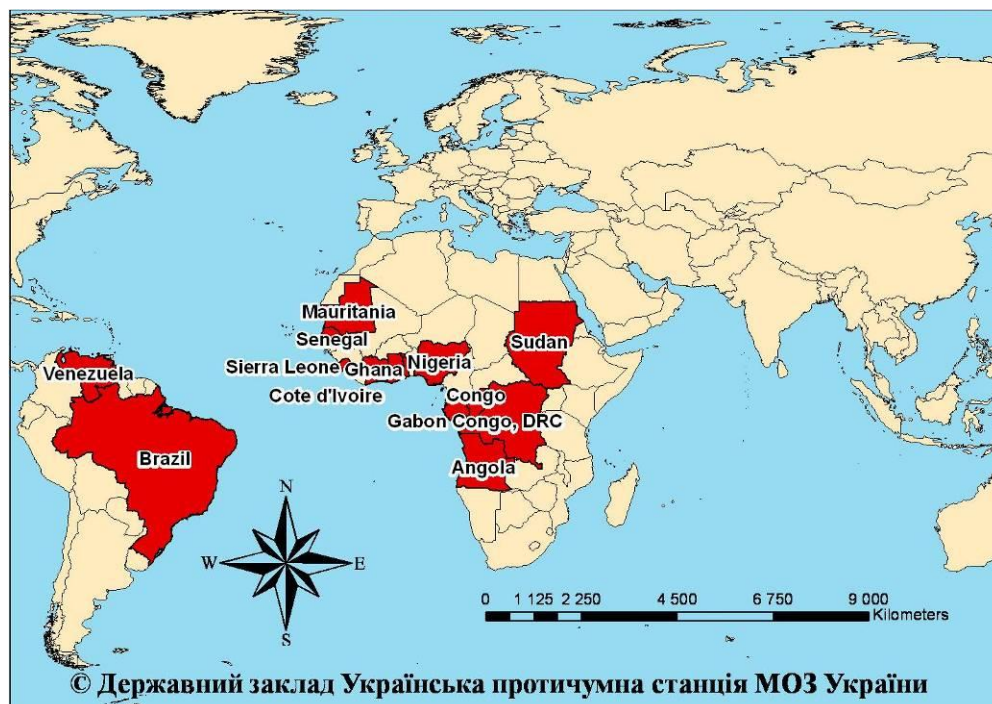


Рис. 5. Країни неблагополучні з **жовтої гарячки**, що мали транспортні зв'язки з портами Кримського басейну у 2009 р.

Із країн неблагополучних з **малярії** прийняти судна з 17 країн Африки, 5 – Південної Америки та 7 – Азії (рис. 6). Загальна кількість членів екіпажу – 1035 особи.

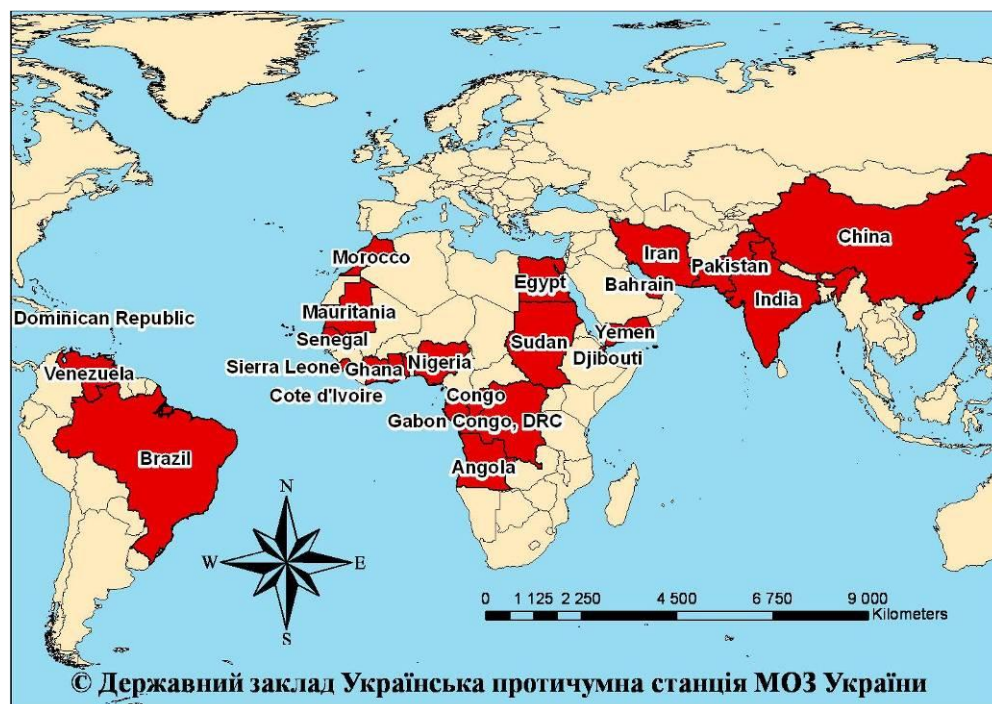


Рис. 6. Країни неблагополучні з **малярії**, що мали транспортні зв'язки з портами Кримського басейну у 2009 р.

Із країн неблагополучних з ВГГ були прийняті судна з 9 країн Африки (рис. 7). Загальна кількість членів екіпажу – 337 осіб.

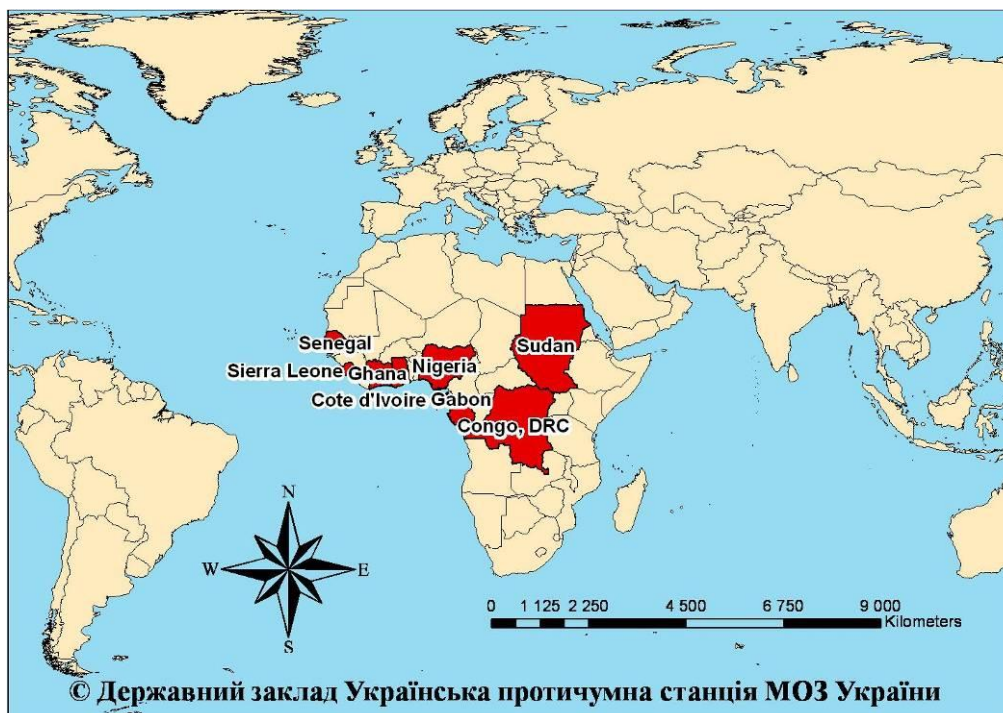


Рис. 7. Країни неблагополучні з ВГГ, що мали транспортні зв'язки з портами Кримського басейну у 2009 р.

В 2009 р. на судах, що прибули з країн, неблагополучних з особливо небезпечних інфекційних хвороб, гризунів не виявлено. Грузи з цих країн в порти Кримського басейну не надходили, вода та продукти не закуповувались. Хворих та осіб з підозрою на особливо небезпечні інфекційні хвороби на судах, що прийняті в портах Криму, не зареєстровано.

**Аеропорт «Сімферополь»** у 2009 р. мав міжнародні транспортні зв'язки з 20 країнами світу (21 у 2008 р., 25 у 2007 р.), у тому числі з 11 країнами Європи – 1822 рейсів, 6 країнами Азії – 629 рейсів, 3 країнами Африки – 4 рейсів. Усього в 2009 р. здійснено 2455 рейсів (на 3 % менше, ніж у 2008 р.), з них 2135 – 86,9 % виконані компаніями іноземних держав (аналогічно 2008 р.). Загальна кількість пасажирів та членів екіпажу міжнародних рейсів становила 232940 осіб (на 9 % менше, ніж у 2008 р.). Найбільша кількість авіарейсів зареєстрована з Російської Федерації – 1641 рейсів. Інтенсивні авіазв'язки, як і у 2008 р., відмічалися з Туреччиною – 479, Узбекистаном – 99, Вірменією – 55, Латвією – 46, Німеччиною – 41, Ізраїлем – 31.

Із країн неблагополучних з особливо небезпечних інфекційних хвороб здійснено 2 авіарейси (0,08 % від загального числа міжнародних авіарейсів) у 2 країни Африки, що є неблагополучні одночасно з чуми та холери: Намібія – 1 авіарейс та Мавританія – 1 авіарейс. Кількість пасажирів, що прибули з цих країн становила 262 особи, членів екіпажу – 20.

Всі рейси були прийняті в межах інкубаційного періоду. Забір води в неблагополучних з холери країнах не здійснювався. Хворих на особливо небезпечні інфекційні хвороби на авіарейсах не виявлено.

Таким чином, проведений аналіз міжнародних транспортних зв'язків свідчить, що при зменшенні кількості прийнятих суден закордонного плавання (на 3,5 %) в порівнянні з 2008 р. відбулося зменшення кількості суден закордонного плавання з країн неблагополучних по вказаним особливо небезпечним інфекційним хворобам на 27 % (у 2008 р. кількість таких суден напроти збільшилася на 30 %). При цьому третій рік поспіль продовжує зростати питома вага українських суден закордонного плавання (на 12,2 % порівняно з 2008 р.), що створює додаткову загрозу завозу інфекційних хвороб громадянами України.

Найбільша інтенсивність транспортних зв'язків у 2009 р. була з країнами неблагополучними з малярії та холери (аналогічно попередньому року), а також з жовтої гарячки; відмічалася максимальна ймовірність завозу інфекційних хвороб з країн Африки, що ендемічні одночасно за декількома інфекційними захворюваннями.

Загальна кількість авіарейсів, що прибули в аеропорт «Сімферополь» зменшилась порівняно з 2008 р. на 3 %, так саме зменшилась кількість авіарейсів з країн неблагополучних з особливо небезпечних хвороб. Залишається значною інтенсивність міжнародних повітряних зв'язків з країнами СНД, що мають активні природні вогнища чуми (Російська Федерація, Узбекистан, Казахстаном та ін.), що створює постійну загрозу завозу чуми з хворими в інкубаційному періоді, гризунами та їх ектопаразитами.

Повсюдне поширення небезпечних інфекційних хвороб, погроза біотероризму, поява нових (пташиний грип, SARS) й активізація відомих інфекційних захворювань, обумовлюють епідемічну близькість територій, що вимагає посиленого епідеміологічного контролю й збільшує можливість завезення й поширення особливо небезпечних інфекцій із природних й антропоургічних вогнищ.

З огляду на вплив кліматичних факторів (потепління клімату, розширення ареалу перебування переносників, розширення меж природних вогнищ) й соціальних (ріст інтенсивності міграційних процесів, транспортних перевезень, міждержавних зв'язків й ін.) на розвиток і інтенсивність епідемічного й епізоотичного процесів природно-осередкових інфекцій необхідне вдосконалення існуючої системи епідеміологічного нагляду за зазначеними захворюваннями, з урахуванням вимог Міжнародних медико-санітарних правил (2005).

*Інформаційне повідомлення та аналіз виконані спеціалістами Української протичумної станції МОЗ України: в.о. завідуючого епідеміологічною лабораторією Шварсаломом М.К., лікарем-епідеміологом Павленко О.Л., начальником станції, д.мед.н., професором Хайтовичем О.Б.*

Данні, що надані в інформаційному повідомленні складені на основі бази даних, опрацьовані за допомогою комп'ютерної техніки. При підготовці повідомлення використані матеріали ВООЗ щодо розповсюдження деяких ОНІ хвороб у світі, Кримської басейнової СЕС та Кримської республіканської СЕС щодо транспортних зв'язків портів Кримського басейну та аеропорту «Сімферополь». При використанні наведених даних необхідно вказати, що результати отримані спеціалістами Української протичумної станції.