

Клинико-эпидемиологические особенности новых полиэтиологичных вирусных инфекций

В. И. Сергевнин*¹, М. А. Трясолобова²

¹ ФГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения РФ

² ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Пермском крае»

Резюме

Актуальность. Актуальность проблемы неполиомиелитной энтеровирусной инфекции определяется широким распространением патогенов, возникновением вспышечной заболеваемости, полиморфизмом клинических проявлений и отсутствием специфической профилактики. Чаще всего неполиомиелитная энтеровирусная инфекция протекает бессимптомно. Клинически выраженными формами могут быть серозный менингит, герпетическая ангина, экзематозная лихорадка, везикулярный фарингит, гастроэнтерит, эпидемическая миалгия (плевродиния), тонзиллит, миокардит, перикардит, геморрагический конъюнктивит, увеит и др. **Цель работы** – сравнительная оценка проявлений эпидемического процесса и ведущих факторов передачи возбудителей серозного менингита (СМ), герпетической ангины (ГА) и гастроэнтерита (ГЭ) энтеровирусной этиологии. **Материалы и методы.** Проявления эпидемического процесса СМ, ГА и ГЭ изучали по данным официальной регистрации заболеваемости населения г. Перми в 2010–2017 гг. С использованием аналитического приема «случай-контроль» проведено эпидемиологическое обследование 350 эпидемических очагов СМ, 142 очагов ГА и 61 очага ГЭ. **Результаты.** По данным официальной регистрации, показатели заболеваемости НЭВИ населения г. Перми в течение последних 7 лет (2010–2017 гг.) колебались от 0,3 до 21,5, составив в среднем 5,4 на 100 тыс. населения. Регистрировались в основном три клинические формы – серозный менингит, герпетическая ангина, гастроэнтерит, доля которых составила 45,3; 36,6 и 12,4% соответственно. Полученные результаты свидетельствуют о сходстве проявлений эпидемического процесса СМ, ГА и ГЭ энтеровирусной этиологии. **Выводы.** При всех клинических вариантах энтеровирусной инфекции приоритетную роль играет водный путь передачи возбудителя за счет употребления воды централизованных и децентрализованных источников водоснабжения, а также купания в открытых водоемах.

Ключевые слова: энтеровирусная инфекция, серозный менингит, герпетическая ангина, гастроэнтерит, проявления эпидемического процесса, пути передачи возбудителя

Конфликт интересов не заявлен.

Для цитирования: Сергевнин В. И., М. А. Трясолобова. Проявления эпидемического процесса и ведущие факторы передачи возбудителей основных клинических форм энтеровирусной инфекции. Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. 2018; 17 (6): 70–75. <https://doi.org/10.31631/2073-3046-2018-17-6-70-75>

Epidemic Process Manifestations and Leading Factors of Transmission of The Pathogenes of the Enterovirus Infection Basic Clinical Forms

V.I. Sergevnin*¹, M.A. Tryasolobova²

¹ Perm State Medical University named after Academician E.A. Wagner of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Perm, Russia

² Center of Hygiene and Epidemiology in Perm Region

Abstract

Relevance. The urgency of the problem of non-polio enterovirus infection is determined by the wide spread of pathogens, the occurrence of outbreak of morbidity, polymorphism of clinical manifestations and the lack of specific prophylaxis. Most often non-polio enterovirus infection is asymptomatic. Clinically expressed forms can be serous meningitis, herpetic sore throat, eczematous fever, vesicular pharyngitis, gastroenteritis, epidemic myalgia (pleurodynia), tonsillitis, myocarditis, pericarditis, hemorrhagic conjunctivitis, uveitis, etc. The aim of the work is a comparative evaluation of the epidemic process manifestations and the leading factors of serous meningitis (SM) pathogens, enterovirus etiology herpetic angina (HA) transmission and enterovirus etiology gastroenteritis (GE).

Materials and methods. Manifestations of the epidemic process of SM and HA were studied according to the official registration

* Для переписки: Виктор Иванович Сергевнин – д.м.н., профессор кафедры эпидемиологии с курсом гигиены и эпидемиологии факультета дополнительного профессионального образования Пермского государственного медицинского университета имени академика Е. А. Вагнера. 614990, г. Пермь, ул. Петропавловская, 26, ПГМУ. (342) 2334015, 89125929140, viktor-sergevnin@mail.ru. ©Сергевнин В. И. и др.

* For correspondence: Viktor I. Sergevnin – Dr. Sci. (Med.), professor of the department of Epidemiology with course of Hygiene and Epidemiology of the Faculty of Additional Professional Education Perm State Medical

of the incidence of the population of Perm for the 2010–2017. In conditions of analytical «case-control» method the epidemiological survey of 350 epidemiological focuses of SM and 142 focuses of HA and 61 focuses of GE were conducted. **Results.** According to official registration data, the incidence rates of NEVI in the population of Perm during the last 7 years (2010–2017) ranged from 0.3 to 21.5, averaging 5.4 per 100 thousand population. There were mainly three clinical forms registered - serous meningitis, herpetic sore throat, gastroenteritis, the proportion of which was 45.3; 36.6 and 12.4%, respectively. The findings clearly demonstrate that it is similarity between epidemic process manifestations of SM, HA and enterovirus etiology gastroenteritis. **Conclusion.** In both clinical variants of enterovirus infection the priority role is the water way of transmission of the pathogen by drinking water from centralized and decentralized sources of water system, as well as swimming in surface water.

Key words: enterovirus infection, serous meningitis, herpetic angina, gastroenteritis, epidemic process manifestations, pathogen's ways of transmission

No conflict of interest to declare.

For citation: Sergevni VI, Tryasolobova MA. Epidemic process manifestations and leading factors of transmission of the pathogenes of the enterovirus infection basic clinical forms. *Epidemiology and Vaccinal Prevention*. 2018; 17 (6): 70–75. (In Russ.). <https://doi.org/10.31631/2073-3046-2018-17-6-70-75>

Введение

Актуальность проблемы неполиомиелитной энтеровирусной инфекции (НЭВИ) определяется широким распространением возбудителей, возникновением вспышечной заболеваемости, полиморфизмом клинических проявлений и отсутствием средств специфической профилактики [1]. Чаще всего НЭВИ протекает бессимптомно [2]. Клинически выраженными формами могут быть серозный менингит (СМ), герпетическая ангина (ГА), экзантематозная лихорадка, везикулярный фарингит, гастроэнтерит (ГЭ), эпидемическая миалгия (плевродиния), тонзиллит, миокардит, перикардит, геморрагический конъюнктивит, увеит и др. На большинстве территорий наиболее часто регистрируются СМ, ГА и ГЭ [3–5]. Эти варианты НЭВИ клинически различаются очень существенно. СМ представляет собой тяжелее системное заболевание, тогда как ГА и ГЭ протекают доброкачественно и обычно заканчиваются в течение нескольких дней [2]. При этом для НЭВИ характерны два механизма передачи возбудителей – фекально-оральный (основной) и аэрозольный (дополнительный) [2]. Не исключено, что соотношение этих механизмов и соответствующих путей передачи возбудителей при СМ, ГА и ГЭ неодинаково.

Цель работы – сравнительная оценка проявлений эпидемического процесса и ведущих факторов передачи возбудителей серозного менингита, герпетической ангины и гастроэнтерита энтеровирусной этиологии.

Материалы и методы

Проявления эпидемического процесса СМ, ГА и ГЭ изучали по данным официальной регистрации заболеваемости населения г. Перми в 2010–2017 гг. Проведено эпидемиологическое обследование 350 эпидемических очагов СМ, 142 очагов ГА и 61 очага ГЭ по месту жительства заболевших, зарегистрированных на территории г. Перми. В очагах опрашивали заболевших о купании в открытых водоёмах в течение недели

до появления клинических симптомов, об употреблении некипяченой воды из различных источников, бутилированной воды, а также о наиболее значимых эпидемиологических продуктах (овощи, фрукты, ягоды и приготовленные из них блюда, молоко и молочные продукты). Параллельно о характере водопользования и питания опрашивали контрольных лиц того же возраста и социального состава из числа пациентов с первичным диагнозом СМ, ГА и ГЭ, имеющих отрицательный результат лабораторного обследования на энтеровирусы. Общее количество контрольных лиц относительно больных СМ составило 175 человек, больных ГА – 142 человека, больных ГЭ – 61 человек.

Статистическую обработку данных проводили с использованием программ «Statistica 6» и WinPepi (PEPI-for-Windows). Рассчитывали 95% доверительные интервалы показателей (ДИ). Оценку достоверности различий показателей определяли с помощью критерия χ^2 Пирсона с поправкой Йетса. Различия считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$. В ходе оценки факторов риска **рассчитывали отношения шансов (Odds Ratio, OR)** и соответствующие 95% доверительные интервалы (95% ДИ). Внутригодовую (помесячную) динамику заболеваемости изучали по методике И. П. Палтышева и А. Н. Герасимова [6].

Результаты и обсуждение

По данным официальной регистрации, показатели заболеваемости НЭВИ населения г. Перми в течение последних 7 лет (2010–2017 гг.) колебались от 0,3 до 21,5, составив в среднем 5,4 на 100 тыс. населения. Регистрировались в основном три клинические формы – СМ, ГА и ГЭ, доля которых составила 45,3; 36,6 и 12,4% соответственно.

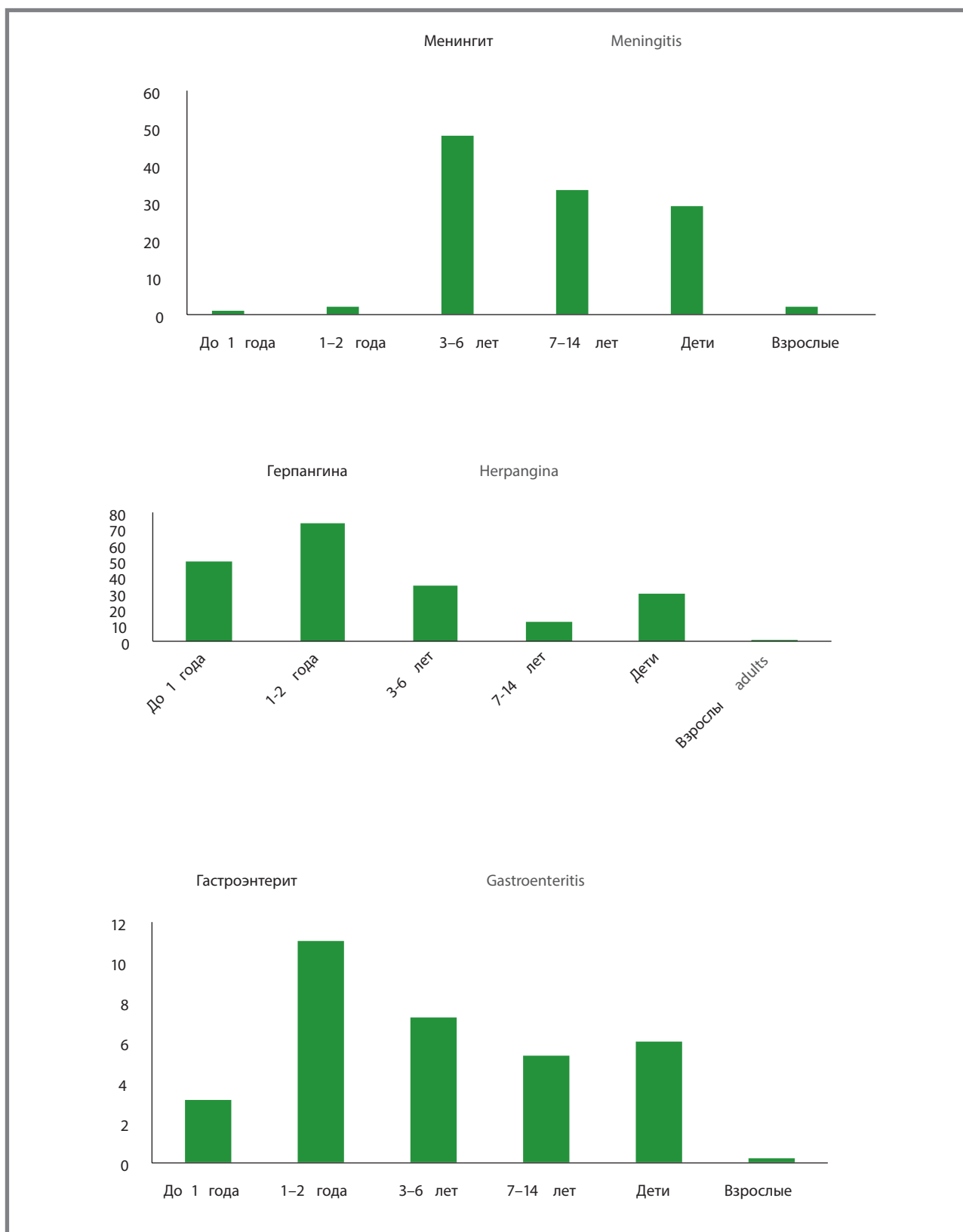
Анализ заболеваемости СМ по возрасту показал (рис. 1), что дети болели чаще взрослых в 13,4 раза ($\chi^2 = 21,8$; $p = 0,0005$), ГА – в 54,1 ($\chi^2 = 221,6$; $p = 0,0005$), ГЭ – в 27,4 раза ($\chi^2 = 335,9$; $p = 0,0005$). Среди детей при СМ группой риска являлись дети 3–6 и 7–14 лет, достоверных различий между группами

Original Articles

Рисунок 1.

Заболеваемость серозным менингитом, герпангиной и гастроэнтеритом разных возрастных групп населения за 2010–2017 гг. (в показателях на 100 тыс.)

Figure 1. The incidence of serous meningitis, herpangina and gastroenteritis of different age groups for 2010–2017. (per 100 thousand)



не выявлено ($\chi^2 = 2,5$; $p = 0,1$). Показатель заболеваемости был в 49,4 и 33,3 раза выше среди детей 3–6 и 7–14 лет, чем у детей до года ($\chi^2 = 447,6$ и 297,8;

$p = 0,0005$ в обоих случаях) и в 22,8 и 15,7 раза выше, чем среди детей 1–2 лет ($\chi^2 = 436,6$ и 287,8; $p = 0,0005$ в обоих случаях).

ГА значительно чаще встречалась среди детей раннего и младшего возраста. Среди детей до года, 1–2 лет и 3–6 лет показатель заболеваемости был выше, чем среди детей 7–14 лет, в 2,8–6 раз ($\chi^2 = 21,3$ – $42,4$ – $9,5$; $p = 0,0005$ – $0,003$). При этом максимальная интенсивность эпидемического процесса была отмечена среди детей 1–2 лет, заболеваемость которых в 1,5 раза превысила заболеваемость детей до года ($\chi^2 = 4,3$; $p = 0,003$) и в 2,1 раза – детей 3–6 лет ($\chi^2 = 3,5$; $p = 0,0009$).

ГЭ значительно чаще регистрировался среди детей 1–2 лет, заболеваемость которых в 3,8 раза превысила заболеваемость детей до 1 года ($\chi^2 = 132,4$; $p = 0,0005$), в 1,6 раза – детей 3–6 лет ($\chi^2 = 173,2$; $p = 0,0005$), в 2,2 раза – детей 7–14 лет ($\chi^2 = 248,7$; $p = 0,0005$).

Организованные дети 3–6 лет вошли в группу риска по заболеваемости СМ, среди которых показатель инцидентности оказался выше, чем среди детей неорганизованных того же возраста в 2,4 раза, организованных детей 1–2 лет – в 52,3 раза, неорганизованных 1–2 лет – в 23,3 раза, школьников – в 1,6 раза ($\chi^2 = 7,3$ – $80,0$; $p = 0,0005$ – $0,008$). При ГА и ГЭ в группу риска вошли организованные дети 1–2 лет, среди которых интенсивность эпидемического процесса была выше, чем среди неорганизованных детей того же возраста соответственно в 3,9 и 1,6 раза, организованных детей 3–6 лет – в 5,5 и 4,2, неорганизованных 3–6 лет – в 9,1 и 8,5 раза, школьников – в 18,8 и 7,5 раза (при ГА $\chi^2 = 37,9$ – $99,3$; $p = 0,0005$, при ГЭ $\chi^2 = 6,8$ – $24,2$; $p = 0,01$ – $0,0005$).

Различия в возрастной заболеваемости СМ, с одной стороны, и ГА – с другой, а именно преимущественную регистрацию заболеваемости СМ среди

детей 3–14 лет, а ГА и ГЭ среди детей 1–2 лет можно объяснить более тяжелым клиническим течением СМ по сравнению с ГА и ГЭ. Очевидно, что при возникновении СМ за медицинской помощью обращаются не только дети младшего возраста, но и лица более старшего возраста и взрослые. В то же время при заболевании ГА и ГЭ дети старшего возраста и взрослые, вероятно, обращаются за медицинской помощью не всегда.

Было выявлено (рис. 2), что в 2010–2017 гг. эпидемический процесс СМ, ГА и ГЭ носил круглогодичный характер с сезонным подъемом, в период которого доля заболеваемости достигла соответственно 54,2, 45,8 и 51,4%. Сезонный подъем заболеваемости (превышение показателя верхнего предела круглогодичной формы эпидемического процесса) в среднем за анализируемый период времени при всех клинических формах НЭВИ наступал в июле и заканчивался в октябре. Максимальный уровень заболеваемости был отмечен в августе. Иными словами, как при СМ, так и при ГА и ГЭ наблюдалась ярко выраженная сезонность эпидемического процесса в теплый летне-осенний период года.

Эпидемиологическое обследование эпидемических очагов выявило ведущее значение водного пути передачи возбудителя при всех изучаемых формах НЭВИ (табл. 1).

При СМ отмечена достоверная связь случаев заболевания с купанием в открытых водоемах ($\chi^2 = 5,6$; $p = 0,02$, OR = 1,7, ДИ = 1,0–2,6), употреблением некипяченой воды централизованных источников ($\chi^2 = 4,4$, $p = 0,03$, OR = 1,6, ДИ = 1,0–3,0), нецентрализованных источников ($\chi^2 = 4,3$; $p = 0,03$, OR = 1,7, ДИ = 1,0–2,8), свежих овощей, фруктов,

Рисунок 2.

Внутригодовая динамика заболеваемости населения г. Перми серозным менингитом, герпангиной и гастроэнтеритом за 2010–2017 гг.

Figure 2. Intra-annual dynamics of the incidence of serous meningitis, herpangina and gastroenteritis in 2010–2017 in the city of Perm.

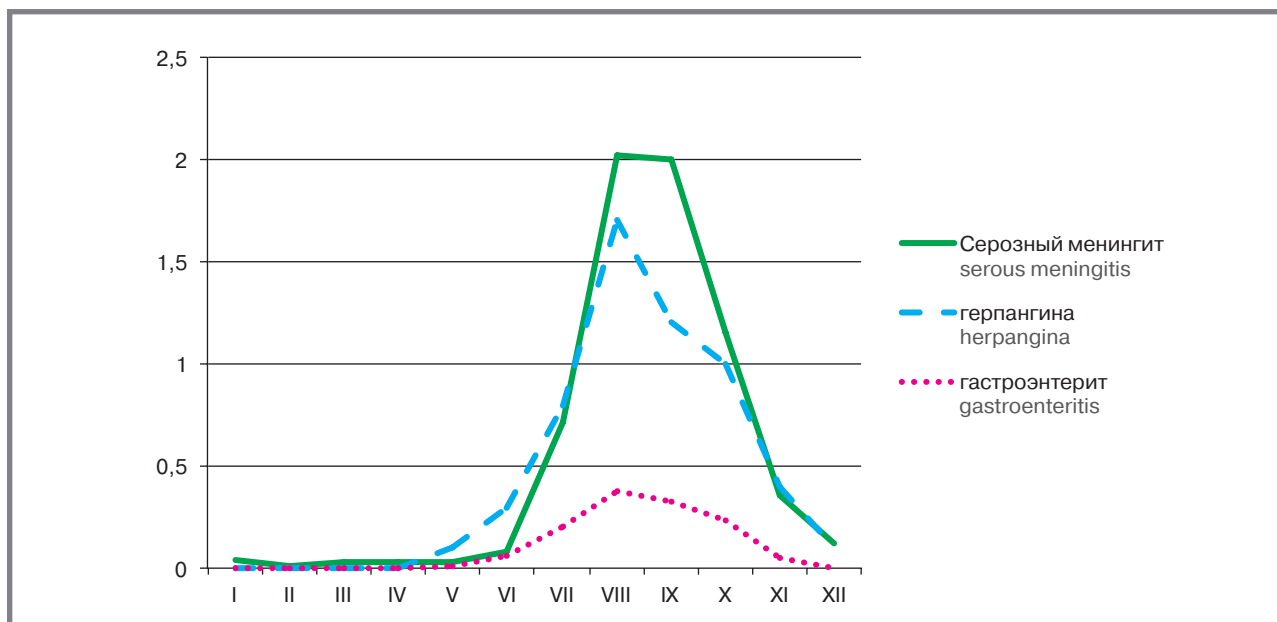


Таблица 1.

Результаты опроса заболевших серозным менингитом (СМ), герпетической ангиной (ГА) и гастроэнтеритом (ГЭ) и лиц контрольных групп на наличие в анамнезе некоторых факторов риска

Table 1. The results of a survey of patients with serous meningitis (SM), herpeticangin (HA) and gastroenteritis (GE) and persons of control groups for a history of some risk factors

Потенциальные факторы риска Potential risk factors	Клинические формы Clinical forms	Доля лиц, у которых в анамнезе были факторы риска, % Percentage of persons with a history of risk factors		χ^2 (p)	OR (ДИ CI)
		больные sick	здоровые healthy		
Употребление некипяченой воды нецентрализованных источников Use of unboiled water from non-centralized sources	СМ SM	23,7	15,4	4,3 (0,03)	1,7 (1,0–2,8)
	ГА HA	19,5	11,4	3,1 (0,07)	1,8 (0,9–3,7)
	ГЭ GE	9,8	4,9	0,5 (0,48)	2,1 (0,4–11,2)
Употребление некипяченой воды централизованных источников Use of unboiled water from centralized sources	СМ SM	21,1	13,1	4,4 (0,03)	1,6 (1,0–3,0)
	ГА HA	22,9	8,1	11,3 (0,001)	3,4 (1,5–7,2)
	ГЭ GE	22,9	8,1	4,0 (0,04)	3,3 (1,0–11,5)
Употребление бутилированной воды Drinking bottled water	СМ SM	22,8	17,7	1,5 (0,22)	1,3 (0,8–2,2)
	ГА HA	32,4	14,1	12,7 (0,001)	2,9 (1,5–5,3)
	ГЭ GE	27,8	16,3	1,7 (0,19)	1,9 (0,8–5,2)
Купание в открытых водоёмах Bathing in open water	СМ SM	31,4	21,4	5,6 (0,01)	1,7 (1,0–2,6)
	ГА HA	45,2	22,2	16,4 (0,0006)	2,8 (1,6–4,9)
	ГЭ GE	39,3	31,1	0,6 (0,43)	1,43 (0,6–3,2)
Употребление овощей, фруктов, ягод Eating vegetables, fruits, berries	СМ SM	75,1	59,1	10,1 (0,002)	2,0 (1,3–3,3)
	ГА HA	50,0	52,0	0,05 (0,82)	0,9 (0,5–1,4)
	ГЭ GE	55,7	47,5	0,5 (0,46)	1,4 (0,6–3,0)
Употребление молока и молочных продуктов Milk and dairy consumption	СМ SM	14,3	17,5	0,4 (0,42)	0,7 (0,4–1,4)
	ГА HA	25,6	24,3	0,02 (0,89)	1,1 (0,6–1,8)
	ГЭ GE	27,8	19,6	0,7 (0,39)	1,6 (0,6–3,9)

ягод и приготовленных из них блюд ($\chi^2 = 10,1$, $p = 0,002$, OR = 2,0, ДИ = 1,3–3,3). Отсутствовала статистически значимая связь случаев заболевания с употреблением бутилированной воды, а также молоком и молочными продуктами.

При ГА отмечена достоверная связь случаев заболевания с купанием в открытых водоемах ($\chi^2 = 16,4$; $p = 0,0006$, OR = 2,9, ДИ = 1,7–4,9), употреблением некипяченой воды централизованных источников ($\chi^2 = 11,4$, $p = 0,001$, OR = 3,4, ДИ = 1,6–7,3) и бутилированной воды ($\chi^2 = 12,8$, $p = 0,001$, OR = 2,9, ДИ = 1,6–5,4). Не было достоверной связи случаев заболевания с употреблением некипяченой воды нецентрализованных источников, употреблением сырых овощей, фруктов, ягод и приготовленных из них блюд, а также молочных продуктов.

При ГЭ была обнаружена эпидемиологическая связь случаев заболевания только с употреблением некипяченой воды централизованных источников ($\chi^2 = 4,0$, $p = 0,04$, OR = 3,3, ДИ = 1,0–11,5).

Выводы

1. Результаты изучения свидетельствуют о сходстве проявлений эпидемического процесса передачи возбудителей СМ, ГА и ГЭ энтеровирусной этиологии.
2. Установлены различия в возрастной структуре болеющих СМ, ГА и ГЭ: среди детей 3–14 лет чаще регистрируется СМ, а ГА и ГЭ – среди детей 1–2 лет.
3. Сезонный подъем заболеваемости (превышение показателя верхнего предела круглогодичной формы эпидемического процесса) в среднем за анализируемый период времени при всех клинических формах НЭВИ наступал в июле и заканчивался в октябре.
4. При всех изученных клинических вариантах НЭВИ приоритетную роль играет водный путь передачи возбудителя, который реализуется за счет употребления воды централизованных и нецентрализованных источников водоснабжения, а также купания в открытых водоемах.

Литература

1. Профилактика энтеровирусной (неполио) инфекции. СП 3.1.2950-11.
2. Эпидемиологический надзор и профилактика энтеровирусной (неполио) инфекции. МУ 3.1.1.2363-08.
3. Амвросьева Т.В., Поклонская Н.В., Зуева В.Л., и др. Энтеровирусные инфекции в республике Беларусь // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2014. №5. С. 37–43.
4. Сапега Е.Ю., Троценко О.Е., Резник В.И., и др. Анализ проявлений эпидемического процесса энтеровирусной инфекции в Дальневосточном регионе в 2010 году // Дальневосточный журнал инфекционной патологии. 2011. № 19. С. 18–22.
5. Фомина С.Г., Новикова Н.А. Энтеровирусы у детей с гастроэнтеритом (аналитический обзор) // Медиаль. 2014. Т.2, №12. С. 63–71.
6. Палтышев И.П., Герасимов А.Н. Методика определения сроков начала и окончания сезонных подъемов. Теоретические проблемы эпидемиологии и иммунологии. Тезисы докладов конференции. Нальчик. 1986. С. 52–55.

References

1. Prevention of the non-polyemic enteroviral infection. SR 3.1.2950-11. (In Russ.)
2. Epidemiological surveillance and prevention of the non-polyemic enteroviral infections. instructional guidelines (IG) 3.1.1.2363-08. (In Russ.)
3. Amvrosyeva TV, Poklonska NV, Zueva VL, et al. Enteroviral infections in Republic of Belarus. Epidemiology and infectious diseases. 2014;5:37–43. (In Russ.)
4. Saepa Elu, Trotsenko OE, Reznik VI, et al. Analysis of epidemic process manifestations of enteroviral infection in Far East region in 2010. Far Eastern Journal of Infectious Pathology. 2011;19:18–22. (In Russ.)
5. Fomina SG, Novikova NA. Enteroviruses in children with gastroenteritis (analytical survey). Medial. 2014;2(12):63–71. (In Russ.)
6. Paltyshev IP, Gerasimov AN. Method of determining the time of the beginning and ending of seasonal rises. Theoretical problems of the epidemiology of infectious immunology. Theses of the reports of conference in Nalchik. 1986;52–55. (In Russ.)

Об авторах

- **Виктор Иванович Сергеевич** – д.м.н., профессор кафедры эпидемиологии с курсом гигиены и эпидемиологии факультета дополнительного профессионального образования Пермского государственного медицинского университета имени академика Е. А. Вагнера. 614990, г. Пермь, ул. Петропавловская, 26, ПГМУ. (342) 2334015, +7 9125929140, viktor-sergeevnin@mail.ru.
- **Марина Аркадьевна Трясолобова** – врач-эпидемиолог Центра гигиены и эпидемиологии в Пермском крае. 614016 г. Пермь, ул. Куйбышева, 50, +7 9125996950, antroponoz@yandex.ru, trjaslbva@rambler.ru.

Поступила: 29.07.2018. Принята к печати: 23.11.2018.

About the Authors

- **Viktor I. Sergeevnin** – Dr. Sci. (Med.), professor of the department of Epidemiology with course of Hygiene and Epidemiology of the Faculty of Additional Professional Education Perm State Medical University named after Academician E.A. Wagner. 614990, Perm, Petropavlovskaya str., 26, PSMU. +7 (342) 233-40-15, 8(912)5929140, viktor-sergeevnin@mail.ru.
- **Marina A. Tryasolobova** – epidemiologist of Centre of Hygiene and Epidemiology in Perm Region. 614016, Perm, Kujbysheva str., 50. +7 (912)5996950, antroponoz@yandex.ru, trjaslbva@rambler.ru.

Received: 29.07.2018. Accepted: 23.11.2018.

ИНФОРМАЦИЯ ЕРБ ВОЗ

Новые случаи ВИЧ-инфекции в европейском регионе находятся на угрожающе высоком уровне, несмотря на прогресс, достигнутый в странах ЕС/ЕЭЗ (Копенгаген и Стокгольм, 28 ноября 2018 г. Пресс-релиз с сокращениями)

В прошлом году примерно у 160 000 человек в Европейском регионе ВОЗ была впервые диагностирована ВИЧ-инфекция; таким образом, 2017 г. стал еще одним годом с тревожной статистикой по числу новых случаев ВИЧ-инфекции в регионе. Внушает оптимизм тот факт, что рост общего числа случаев заболевания является не настолько резким, как в предыдущие годы.

В восточной части региона зарегистрировано более 130 000 впервые диагностированных случаев ВИЧ-инфекции – самый высокий показатель за всю историю регистрации. В то же время страны Европейского союза и Европейской экономической зоны (ЕС/ЕЭЗ) сообщили о снижении показателей впервые диагностированных случаев в основном за счет их сокращения на 20% среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, по сравнению с 2015 г.

По случаю 30-й годовщины Всемирного дня борьбы со СПИДом Европейский центр профилактики и контроля заболеваний (ECDC) и Европейское региональное бюро ВОЗ опубликовали самые свежие данные об эпидемии ВИЧ-инфекции в Европейском регионе.

Ключевые данные

- В Европейском регионе ВОЗ в целом по-прежнему отмечается рост числа впервые диагностированных случаев ВИЧ-инфекции, но этот показатель растет более медленными темпами, чем в предыдущие годы. Одна из причин – поздняя диагностика.
- В восточной части Региона, где в 2017 г. было зарегистрировано более 130 000 впервые диагностированных случаев ВИЧ-инфекции, рост коэффициента заболеваемости в 2008–2017 гг. составил 68% по сравнению с 95% в 2007–2016 гг. В центральной части Региона рост коэффициента заболеваемости за аналогичные периоды составил соответственно 121 и 142%.
- Среди впервые диагностированных случаев ВИЧ-инфекции в восточной части Региона 59% произошли вследствие

передачи вируса при гетеросексуальном половом контакте. Эти данные необходимо внимательно проанализировать, поскольку информация о пути передачи регистрируется со слов диагностированных пациентов.

- Во всех странах региона ВИЧ-инфекция в несоразмерно большей степени поражает мужчин: 70% всех впервые диагностированных случаев ВИЧ-инфекции регистрируются среди мужчин.
- В 2017 г. диагноз ВИЧ-инфекция был поставлен более чем 25 000 человек в 30 из 31 страны ЕС/ЕЭЗ. Показатель заболеваемости в 2008 г. составил 6,9 на 100 тыс. населения, в 2017 г. – 6,2.
- Общее снижение числа новых случаев ВИЧ-инфекции в странах ЕС/ЕЭЗ, в первую очередь, произошло в результате сокращения на 20% числа впервые диагностированных случаев среди мужчин, практикующих секс с мужчинами, в 2015–2017 гг., притом что данный путь передачи ВИЧ по-прежнему преобладает (38% в 2017 г.). Также имеет место сокращение числа впервые диагностированных случаев, относимых на счет гетеросексуальной передачи ВИЧ, среди лиц, проживающих в странах с генерализованной эпидемией ВИЧ-инфекции.
- Несмотря на ощутимый прогресс в сокращении числа новых диагностированных случаев ВИЧ-инфекции, общие показатели продолжают расти примерно в трети стран ЕС/ЕЭЗ.
- В регионе в целом число случаев СПИДа продолжало снижаться. В восточной части ситуация начала стабилизироваться, и в период между 2012 и 2017 гг. число случаев СПИДа сократилось на 7%. В ЕС/ЕЭЗ 9 из 10 (89%) случаев СПИДа, диагностированных в 2017 г., были выявлены в течение всего лишь 90 дней после постановки диагноза ВИЧ-инфекция; это говорит о том, что большинство случаев СПИДа в странах ЕС/ЕЭЗ можно было бы предотвратить за счет ранней диагностики.

Источник: <http://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2018/new-hiv-diagnoses-at-alarmingly-high-levels-in-the-european-region-despite-progress-in-eueea>