

Ситуация по гриппу в мире и эпидемия в России в сезон 2016 – 2017 годов

Л.С. Карпова, (epidlab@influenza.spb.ru), М.Ю. Пелих,
К.А. Столяров, Н.М. Поповцева, Т.П. Столярова

ФГБУ «НИИ гриппа» Минздрава России, Санкт-Петербург

Резюме

Анализ ситуации по гриппу в мире проведен по данным опубликованным на сайтах ВОЗ, а эпидемии 2016 – 2017 годов в России – по базе данных «НИИ гриппа» МЗ РФ о еженедельной заболеваемости, госпитализации, летальных исходах от гриппа в 61 наблюдаемом городе.

Эпидемия гриппа 2016 – 2017 годов в России по сравнению с эпидемией 2015 – 2016 годов началась раньше, продолжительность ее в городах и по стране была дольше, и выше была заболеваемость гриппом и ОРВИ в городах и по стране. Но в эпидемию гриппа А(Н3N2) 2016 – 2017 годов ниже

была заболеваемость на пике, частота госпитализации и особенно летальность от гриппа населения в целом в 20 раз, и во всех возрастных группах (более всего среди лиц старше 65 лет – в 17,5 раза) по сравнению с эпидемией 2015 – 16 годов, вызванной пандемическим вирусом гриппа А(Н1N1)pdm09. Выявлены особенности эпидемии 2016 – 2017 годов по Федеральным округам, прежде всего, отсутствие второго подъема заболеваемости гриппом на юге России. Интенсивность эпидемий гриппа А(Н3N2) в сезоны 2016 – 2017 годов и 2014 – 2015 годов – была средней, а эпидемии А(Н1N1)pdm09 2015 – 2016 годов – высокой. Летальность в эпидемии с участием вируса гриппа А(Н3N2) остается значительно ниже, чем в эпидемии, вызванные пандемическим вирусом гриппа А(Н1N1)pdm09.

Ключевые слова: эпидемии гриппа, заболеваемость гриппом и ОРВИ, летальность, госпитализация

The Influenza Situation in the World and the Epidemic in Russia in Season 2016 – 2017

L.S. Karpova, (epidlab@influenza.spb.ru), Y.M. Pelikh, K.A. Stolyarov, N.M. Popovtseva, T.P. Stolyarova

The Federal State Budgetary Institution «Research Influenza Institute» of Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Saint-Petersburg, Russia

Abstract

Analysis of the situation for influenza in the world are drawn according to data published on the websites of the WHO, and the epidemic 2016 – 2017 in Russia – database «Research Influenza Institute» on the weekly morbidity, hospitalization, deaths from influenza in 61 observed the city.

The influenza epidemic 2016 – 2017 started early, the duration of its in cities and in the country was longer and higher was the incidence of influenza and ARI in the cities and in the country than in the epidemic 2015 – 2016. But the epidemic of influenza А(Н3N2) 2016 – 2017 there was less incidence morbidity at the peak, the frequency of hospitalization and, especially, mortality from influenza in the total population by 20 times, and in all age groups, especially among persons older than 65 years by 17.5 times, compared to the epidemic 2015 – 2016, caused by the pandemic virus influenza А(Н1N1)pdm09. The peculiarities of the epidemic 2016 – 17 according to the Federal districts, first of all, the absence of a second rise in the incidence of influenza in the South of Russia. The intensity of the epidemics of influenza А(Н3N2) seasons 2016 – 17 and 2014 – 2015 – was average, and the epidemic А(Н1N1) pdm09 2015 – 2016 – high. The case fatality rate in epidemics involving the influenza А(Н3N2) remains significantly lower than in the epidemic caused by the pandemic virus influenza А(Н1N1)pdm09.

Key words: influenza epidemic, the incidence of influenza and ARI, mortality, hospitalization.

Введение

Изучение эпидемического процесса при гриппе актуально в связи с его естественными изменениями. При анализе оперативной информации в глобальном масштабе особое внимание уделяется появлению новых антигенно измененных вариантов вирусов гриппа, а на уровне страны – раннему распознаванию начала эпидемий гриппа в городах и путям их распространения по территории. Это крайне важно для прогнозирования эпидемий и проведения противозидемических

мероприятий для снижения заболеваемости гриппом и ОРВИ.

Материалы и методы

Анализ ситуации по гриппу в мире проводился по данным опубликованным на сайтах Всемирной организации здравоохранения и отдельных стран (FluNews Europe, FluWatch, FluNet, ЕСДС, FluView – CDC; CNIC – Китай; VIDRL – Австралия).

Эпидемия гриппа 2016 – 2017 годов в России проанализирована по данным Федерального

центра по гриппу при ФГБУ «НИИ гриппа» МЗ РФ о еженедельной заболеваемости, госпитализации, летальных исходах от гриппа в 61 наблюдаемом городе.

В начале сезона 2016 – 2017 годов в НИИ гриппа были откорректированы недельные эпидемические пороги (по методу НИИ гриппа) для наблюдаемых городов (61 города), 9 федеральных округов и в среднем по России по населению в целом и по возрастным группам (0 – 2 года, 3 – 6 лет, 7 – 14 и 15 лет и старше) [1]. Впервые рассчитаны базовые линии для 9 федеральных округов, населения городов Российской Федерации в среднем и для различных возрастных групп. Базовые линии рассчитаны по показателям неэпидемической заболеваемости в предыдущие сезоны по методу движущихся эпидемий (Tomas Vega, 2013) [2]. Кроме того, впервые рассчитаны пороги интенсивности эпидемий гриппа в городах России по показателям эпидемической заболеваемости в предшествующие сезоны по методу движущихся эпидемий (Tomas Vega, 2015) [3].

Результаты и обсуждение

Ситуация по гриппу в зарубежных странах

С сентября 2016 по апрель 2017 года грипп распространялся в странах Северного полушария в виде умеренных эпидемий, в странах ближе к экватору – в виде региональных вспышек, дальше на юг – локальных вспышек и спорадической заболеваемости, что соответствует сезонности гриппа в странах Южного полушария. Особенностью этого сезона было начало подъема заболеваемости гриппом и ОРВИ в Европейских странах, а не в США, как это обычно было в октябре–ноябре в США.

В Европейском регионе сезон начался рано, рост заболеваемости гриппом отмечен с середины ноября. Заболеваемость достигла пика в середине января (15 – 21.01.17). На неделе пика заболеваемость была очень высокой в Венгрии, в 5 странах – высокая, в 26 – средняя и в 11 – низкая¹. Широкий уровень географического распространения гриппа отмечался в 29 странах, региональный – в 8 странах, локальный и спорадический – в 5 странах Европейского Региона.

Среди госпитализированных с тяжелым течением грипп А(Н3Н2) был выявлен у 71,1% пациентов и грипп В – у 22,8%, в единичных случаях – А(Н1Н1)рdm09. Тяжелое течение отмечали чаще в возрастной группе старше 65 лет.

В Канаде подъем заболеваемости отмечался с начала декабря 2016 с пиком в январе (08 – 14.01.17). На неделе пика в 4 регионах регистрировали широкое географическое распространение гриппа, в 16 – спорадическое и во всех остальных регионах – локальное. Самая высокая заболеваемость населения гриппом А(Н1Н1)

рdm09 отмечалась в возрастной группе 22 – 44 года, гриппом А(Н3Н2) и гриппом В – чаще болели лица старше 65 лет. Среди них зарегистрировано наибольшее количество госпитализированных (38%) и летальных исходов (87% из 283 случаев смерти). Большая часть госпитализированных детей была в возрасте до 4 лет, в этой возрастной группе зафиксировано 5 летальных исходов.

В США превышение порога обращаемости за медицинской помощью было зарегистрировано в середине декабря, пик отмечен в начале февраля (05 – 11.02.17). Обращаемость за медицинской помощью составляла 5,2%, что выше порога (2,2%) в 2 раза. Во всех 10 регионах США пороги были превышены. Высокая заболеваемость отмечалась в 28 штатах и в Нью-Йорке, средняя – в 7 штатах. Широкое распространение гриппа было отмечено в 46 штатах, региональное – в 4 штатах. Наибольшее количество госпитализаций было также среди людей старше 65 лет. Среди детей было зарегистрировано 72 летальных исхода.

В Северной Африке (Алжир, Египет, Марокко, Тунис) регистрировали подъем заболеваемости, вызванный вирусом гриппа А(Н3Н2), отмечалось региональное распространение гриппа. В странах Западной, Центральной, Южной и Восточной Африки сохранялась низкая заболеваемость, преимущественно спорадическое распространение гриппа. На Мадагаскаре и в Буркина-Фасо регистрировали региональные и локальные вспышки, вызванные вирусом гриппа В.

В странах Восточной Азии (Китай, Япония, Монголия, Корея) регистрировали широкое и региональное распространение гриппа, доминировал грипп А(Н3Н2). В Японии рост заболеваемости зарегистрирован в ноябре 2016 года с пиком в середине января, регистрировалось широкое распространение гриппа, в основном А(Н3Н2).

В Китае пик заболеваемости пришелся на начало января, отмечался региональный уровень распространения гриппа, доминировал вирус А(Н3Н2). К концу марта 2017 произошел значительный рост выявления вируса гриппа А(Н1Н1)рdm09.

В Западной Азии (Бахрейн, Ирак, Иордания, Оман, Катар) преобладал грипп А(Н3Н2).

Для большинства стран Юго-Восточной Азии (Камбоджа, Индонезия, Лаос, Филиппины, Сингапур, Таиланд, Вьетнам) была характерна низкая заболеваемость гриппом и ОРВИ, регистрировали локальное и спорадическое распространение гриппа, среди выявленных вирусов преобладал вирус гриппа В.

В странах Южной Азии (Индия, Шри-Ланка, Непал, Бахрейн, Пакистан) сохранялась низкая заболеваемость гриппом и ОРВИ, регистрировали региональное и локальное распространение гриппа, преобладали вирусы гриппа А(Н1Н1)рdm09 и А(Н3Н2).

В странах Южного полушария регистрировалась характерная для данного времени года низкая заболеваемость гриппом и ОРВИ.

¹ Интенсивность заболеваемости для каждой страны своя, как и пороги или базовые линии, оцениваются по данным предыдущих лет в период эпидемий и каждая страна сама оценивает их и подает в ВОЗ

Этиология гриппа в мире

С октября 2016 года по апрель 2017 года в странах Северного и Южного полушарий преобладал вирус А(Н3N2), больше всего в США (79,2%) и в Азии (73,7%). В Китае доля этого вируса составила 81,0%, а в Японии – 87,8%. В других странах его доля была меньше, от 64,2 (в Океании) до 38,1% (Европа) (табл. 1). Максимальная доля вирусов гриппа В отмечена в Африке (52,3%), а также в Южной Америке (25,9%) и Мексике (22,2%) и минимальная – в Канаде (6,3%). Больше всего гриппа, вызванного вирусом (H1N1)pdm09 выявлено в Мексике (57,9%), Южной Америке (17%) и Азии (12,3%).

Антигенный анализ вирусов гриппа был проведен в США, Канаде, Европе и Китае. Среди антигенно охарактеризованных вирусов гриппа преобладали вирусы гриппа А(Н3N2), больше всего в Канаде (86,3%) и Европе (89,2%) (табл. 2). При этом в Канаде циркулировал штамм А/Гонконг/4801/2014 (86,2%) и только 0,1% – А/Индиана/10/2011. В Европе из 89,2% вирусов А(Н3N2) штамма А/Гонконг/4801/2014(Н3N2) было только 26,5%, преимущественно выявляли штамм А/Больцано/7/2016(Н3N2) (61,6%). В Азии и в США циркулировал штамм А/Гонконг/4801/2014 – 50 и 45,4% соответственно.

Вирусы гриппа А(Н1N1)pdm09 обнаруживались от одного (Европа) до 36,6% (Азия), при этом в США и Канаде выявляли только штамм А/Калифорния/7/2009, а в Европе и штамм А/Мичиган/45/2015 (0,8%) и А/Ю.Африка/3626/2013 (0,2%). В Азии вирусов гриппа А(Н1N1)pdm09

выявлено больше всего (36,6%) и почти в равных долях штаммов А/Калифорния/7/2009 (18,7%) и А/Мичиган/45/2015 (17,9%).

Вирусы гриппа В выявлялись от 9,8 (Европа) до 36,5% (США), при этом в США, Канаде и Европе штамма В/Пхукет/3073/2013(линия Ямагата) было больше, чем В/Брисбен/60/2008 (линия Виктория).

По данным ВОЗ, в апреле 2017 года ситуация с циркулирующей вирусом гриппа изменилась. В США, Канаде, Европе, странах Западной Азии в произошла смена вирусов гриппа А на вирусы гриппа В. Увеличилось выявление вируса гриппа А(Н1N1)pdm09 в странах Южной Азии, Восточной Африки, Мексики и Южной Америки. ВОЗ рекомендует включить в состав противогриппозных вакцин для стран Северного полушария на сезон 2017 – 2018 годов следующие штаммы:

- А/Michigan/45/2015(H1N1);
- А/HongKong/5738/2014(H3N2);
- В/Brisbane/60/2008 и В/Phuket/3073/2013 (для четырехкомпонентной вакцины).

Эпидемия гриппа в России

Заболееваемость

В сезон 2016 – 2017 годов эпидемия гриппа началась раньше, чем в предыдущие сезоны (рис. 1). На 49 неделе (28.11 – 04.12.16) были превышены недельный эпидпорог (на 7,2%) и базовая линия (на 6,0%). На 50 неделе (5 – 11.12.16) зарегистрировано значительное превышение эпидпорога (на 19,9%) и базовой линии (на 18,5%). Заболеваемость достигла пика с 19 по 25 декабря 2016 года в большинстве городов европейской

Таблица 1.

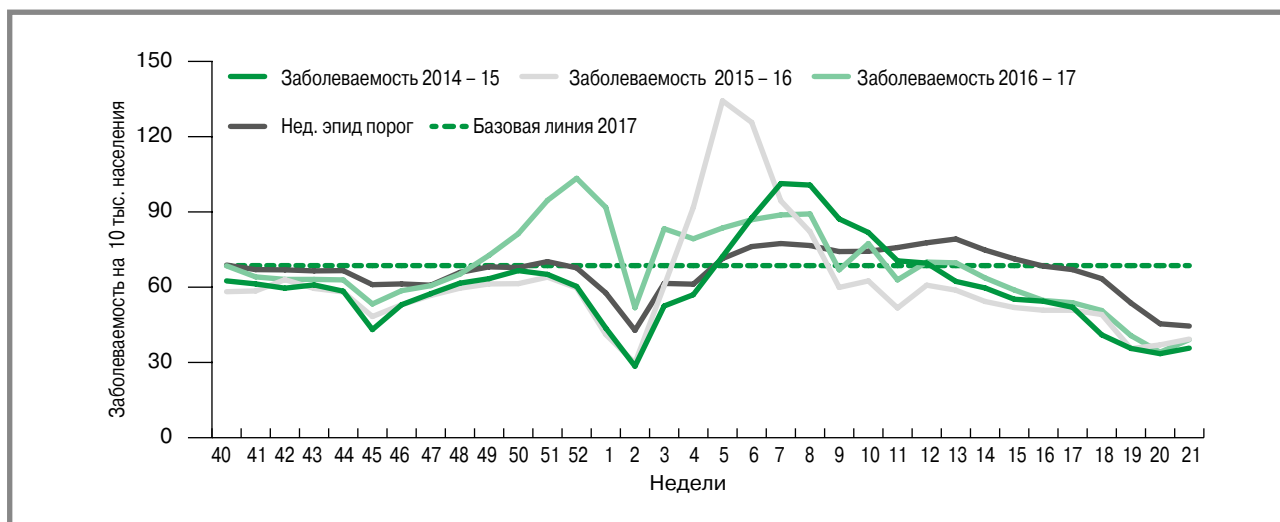
Число выявленных вирусов гриппа в странах Северного и Южного полушарий с сентября 2016 по апрель 2017 года (%)

Страны	Всего	В том числе гриппа			
		А(Н1N1)pdm09 абс./%	А(Н3N2) абс./%	В абс./%	А не субтипир. абс./%
США	36 649	826/2,2	29 033/79,2	6438/17,6	352/1
Канада	24 608	73/0,3	10 980/44,6	1543/6,3	12 012/48,8
Мексика	3750	2171/57,9	734/19,5	831/22,2 212/5,65 линия Ямагата 33/0,9 линия. Виктория	14/0,4
Европа	143 324	552/0,4	54586/38,1	14871/10,4	73 315/51,1
Азия	63 290	7795/12,3	46 667/73,7	5906/9,3	2922/4,7
Африка	1985	94/4,7	811/40,9	1039/52,3 372/18,7 линия Виктория 113/5,7 линия Ямагата	41/2,1
Южная Америка	3044	518/17	1560/51,3	789/25,9 131/4,3 линия Виктория 70/1,7 линия Ямагата	177/5,8
Океания	1212	34/2,8	778/64,2	93/7,7 3/0.3 линия Ямагата	307/25,3

Таблица 2.
Антигенный анализ вирусов гриппа в США, Канаде и странах Европы и Азии

Страны	Всего	Вирусы гриппа		
		A(H1N1)pdm09 абс./%	A(H3N2) абс./%	B абс./%
США	1336	221/16,5 220/16,4 – А/Калифорния/7/2009	628/45,4 – А/Гонконг/4801/2014	487/36,5 252/18,9 – В/Пхукет/3073/2013 линия, Ямагата 217/16,2 – В/Брисбен/60/2008 (линия, Виктория)
Канада	1644	36/2,2 – А/Калифорния/7/2009	1419/86,3 1418/86,2 – А/Гонконг/4801/2014 1/0,1 – А/Индиана/10/2011	189/11,5 143/8,7 – В/Пхукет/3073/2013 линия Ямагата 46/2,8 – В/Брисбен/60/2008 линия Виктория
Европа	3470	34/1 28/0,8 – А/Мичиган/45/2015 6/0,2 – А/Ю. Африка/3626/2013	3095/89,2 2139/61,6 – А/Больцано/7/2016 920/26,5 – А/Гонконг/4801/2014 29/0,8 – А/Швейцария/9715293/2013 1/0,03 – А/Стокгольм/28/2014	341/9,8 282/8,1 – В/Пхукет/3073/2013 линия Ямагата 59/1,7 – В/Брисбен/60/2008 линия Виктория
Азия	1819	666/36,6 340/18,7 – А/ Калифорния/7/2009 326/17,9 – А/Мичиган/45/2015	909/50% 909/50 – А/Гонконг/4801/2014	244/13,4 184/10,1 – В/Брисбен/60/2008 линия Виктория 60/3,3 – В/ Пхукет/3073/2013 линия, Ямагата

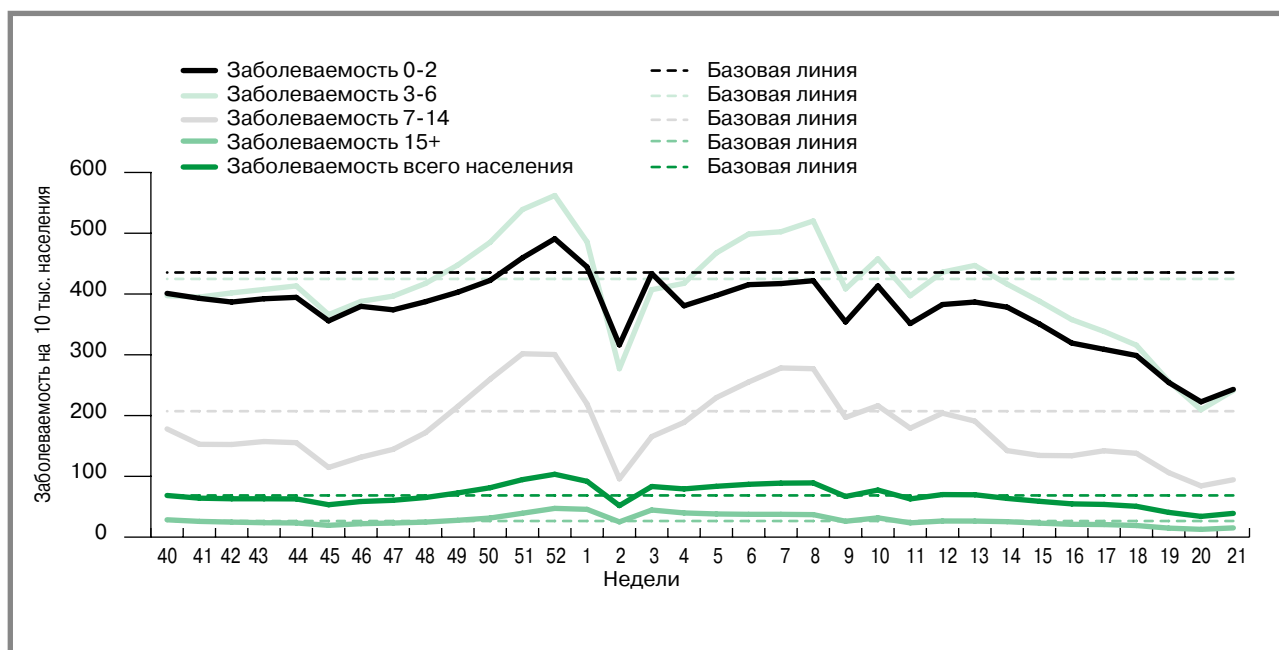
Рисунок 1. Динамика заболеваемости гриппом и ОРВИ в городах (59) РФ в сезоны 2016 – 17 гг. и предыдущие 2014 – 15



части России. Заболеваемость за неделю пика эпидемии составила 103,4 на 10 тыс. чел. В неделю с 02 – 08.01.17 года отмечен резкий спад заболеваемости в связи с новогодними каникулами. Затем рост заболеваемости продолжился до недели 13 – 19.02.17, когда был отмечен второй подъем заболеваемости (89,2 на 10 тыс. населения). Затем заболеваемость снижалась, и эпидемия закончилась на 14 неделе (27.03 – 02.04.17). В дальнейшем превышение эпидпорогов отмечали в отдельных детских возрастных группах в городах Северо-Западного ФО (г. Сыктывкаре и г. Петрозаводске).

Динамика заболеваемости отличалась по возрастным группам (рис. 2). Среди детей школьного возраста пик эпидемии зарегистрирован уже на 51 неделе (12 – 18.12.16), в других группах детей и взрослых – на неделю позже (19 – 25.12.16), а среди лиц старше 65 лет – еще позже (26.12.16 – 01.01.17). Второй подъем заболеваемости был более выражен среди детей 3 – 6 и 7 – 14 лет, хотя базовая линия была превышена и среди взрослого населения. Пик заболеваемости наступил раньше так же среди детей 7 – 14 лет (06 – 12.02.17), а среди детей 3 – 6 и лиц в возрасте 15 – 64 лет позже (13 – 19.02.17) и еще позже среди лиц старше

Рисунок 2. Заболеваемость гриппом и ОРВИ в различных возрастных группах в 59 городах России



65 лет. Таким образом, и в первый и второй подъем заболеваемости ее пик наступил среди школьников на неделю раньше, а среди лиц старше 65 лет – позже, чем в других возрастных группах детей и взрослых.

Период превышения базовых линий заболеваемости среди взрослого населения (старше 15 лет) и детей 3 – 6 лет, также как и среди населения в целом составил 17 недель, меньше среди детей 7 – 14 лет – 16 недель, а среди детей раннего возраста (до 2-х лет) – только 5 недель (рис. 3).

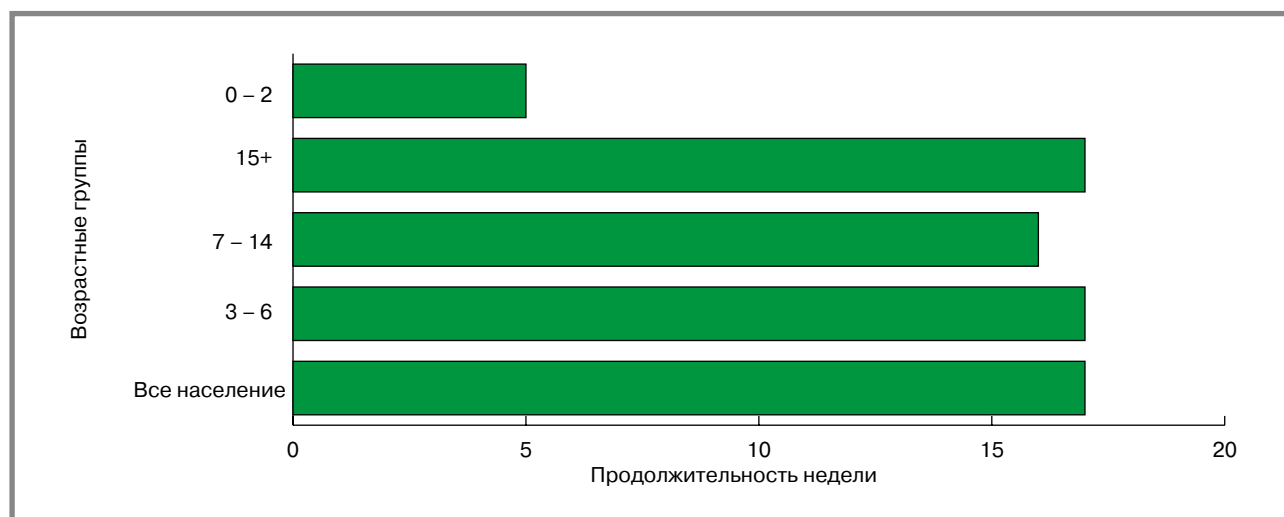
Географическое распространение

Эпидемия гриппа началась в европейской части территории России в Центральном ФО, где с 5 –

11.12.16 недельные эпидемические пороги были превышены в Москве и еще в 4-х городах – Владимир, Смоленск, Воронеж, Орел. В эту же неделю были превышены эпидемические пороги в Северо-Западном ФО (г. Калининграде и Санкт-Петербурге), Приволжском ФО (г. Ульяновск, г. Чебоксары), Уральском ФО (г. Екатеринбург) и в Республике Крым (г. Севастополь). На следующей неделе (12 – 18.12.16) были превышены недельные эпидемические пороги в Южном ФО (г. Волгоград, г. Астрахань, г. Ростов-на-Дону) и в Северо-Кавказском ФО (г. Владикавказ), в эту же неделю – в Дальневосточном ФО (в г. Хабаровске) превышены эпидпороги во всех возрастных группах).

Рисунок 3.

Период превышения базовых линий заболеваемости по возрастным группам в городах РФ в эпидемию 2016 – 17 гг. (в неделях)



В неделю с 19 – 25.12.16 в Сибирском ФО превышены недельные эпидпороги в городах Томске и Красноярске. В следующие недели эпидемия продолжалась в других городах округов, вовлеченных ранее.

За период эпидемии в среднем в городах заболели гриппом и ОРВИ 7,1%, всего населения из них: детей 0 – 2 лет – 32,7%, 3 – 6 – 34,6%, 7 – 14 лет – 18,5%, старше 15 лет – 3,0%, в том числе 3,2% в возрасте 15 – 64 года и 1,7% старше 65 лет (рис. 4). Заболеваемость за эпидемию в стране (с 50 по 14 недели) увеличилась среди населения в целом до 13,8%, детей 0 – 2 лет – 72,5%, 3 – 6 – 75,0%, 7 – 14 – 36,9%, лиц 15 – 64 лет – 6,1% и старше 65 лет до 3,2%.

Продолжительность эпидемии в среднем в городах составила среди населения в целом 6,8 недель, среди взрослого населения – 6,3, детей школьного возраста – 6,1, 3 – 6 лет – 5,6 и минимальной была среди детей 0 – 2 лет (4,9 недели).

Особенности эпидемии в регионах России

В Центральном, Уральском, Северо-Западном ФО зарегистрировано раннее начало эпидемии, быстрое достижение пика заболеваемости в неделю с 19 по 25.12.16, более высокие показатели на пике первого подъема заболеваемости (145,3 – 116,5), чем на пике второго (110,3 – 82,2) (рис. 5. а). Для Южного, Крымского и Северо-Кавказского ФО также было характерно раннее начало эпидемии, быстрое (через 1 – 2 недели) достижение пика в ту же неделю (19 – 25.12.16), но менее высокий пик заболеваемости (112,1 – 90,5), и раннее окончание эпидемии из-за отсутствия второго подъема (рис.5. б). В Приволжском, Сибирском и Дальневосточном ФО эпидемия началась на неделю позже, и позже

достигнуты пики заболеваемости первого подъема (23 – 29.01.2017), различия заболеваемости на пиках первого и второго подъема были минимальными (рис. 5. в).

Продолжительность превышения базовых линий заболеваемости значительно отличалась по округам. Максимальной она была в Уральском ФО (18 недель), меньше – в Приволжском (17 недель), Сибирском (17 недель), Северо-Западном (16 недель), Дальневосточном и Центральном (14 и 13 недель) и значительно меньше в Южном (11 недель), Северо-Кавказском и Крымском (по 6 недель) (рис. 6).

В период превышения базовых линий показатель заболеваемости отличался по округам в сравнении со средним по стране: он был выше в Уральском ФО (18,6%), не отличался в Северо-Западном (15,5%), Приволжском (14,2%) и Сибирском ФО (13,3%), меньше – в Дальневосточном (10,9%) и Центральном ФО (10,3%), и меньше в 2,2 – 3,6 раза в Южном (6,5%), Северо-Кавказском (4,9%) и Крымском ФО (4,0%) (рис. 7).

Госпитализация

Частота госпитализации больных гриппом и ОРВИ за период эпидемии по стране (05.12.16 – 02.04.17) среди всего населения составила 2,4%. Наибольшая частота госпитализаций отмечена среди детей 0 – 2 лет (5,0%) и старше 65 лет (2,6%), меньше среди детей 3 – 6 лет (2,0%), 7 – 14 (1,4%), лиц старше 15 лет (2,0%), в том числе в возрасте 15 – 64 (1,9%).

В этом сезоне увеличение числа госпитализированных пациентов с диагнозом «грипп» началось на неделе (28.11.16 – 04.12.16), т.е. на месяц раньше, чем в предыдущем сезон (04 – 10.01.16) (рис. 8). Первые случаи смерти от лабораторно

Рисунок 4.
Заболеваемость гриппом и ОРВИ в городах (61) России в эпидемию 2016 – 17 гг.

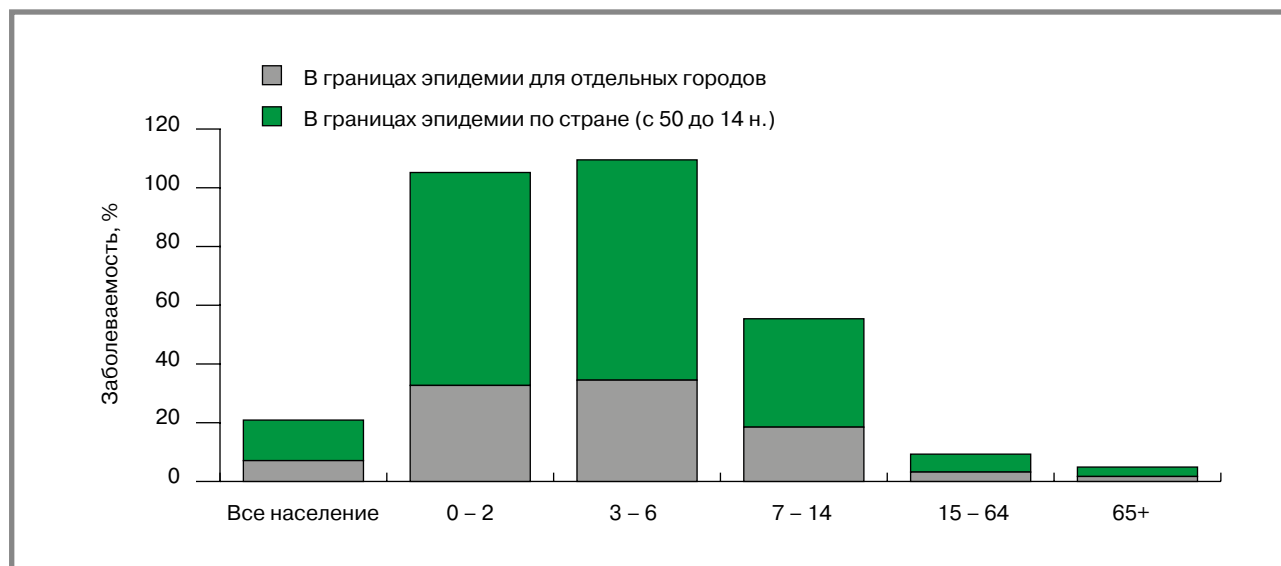


Рисунок 5а. Сравнение динамики заболеваемости гриппом и ОРВИ по округам РФ

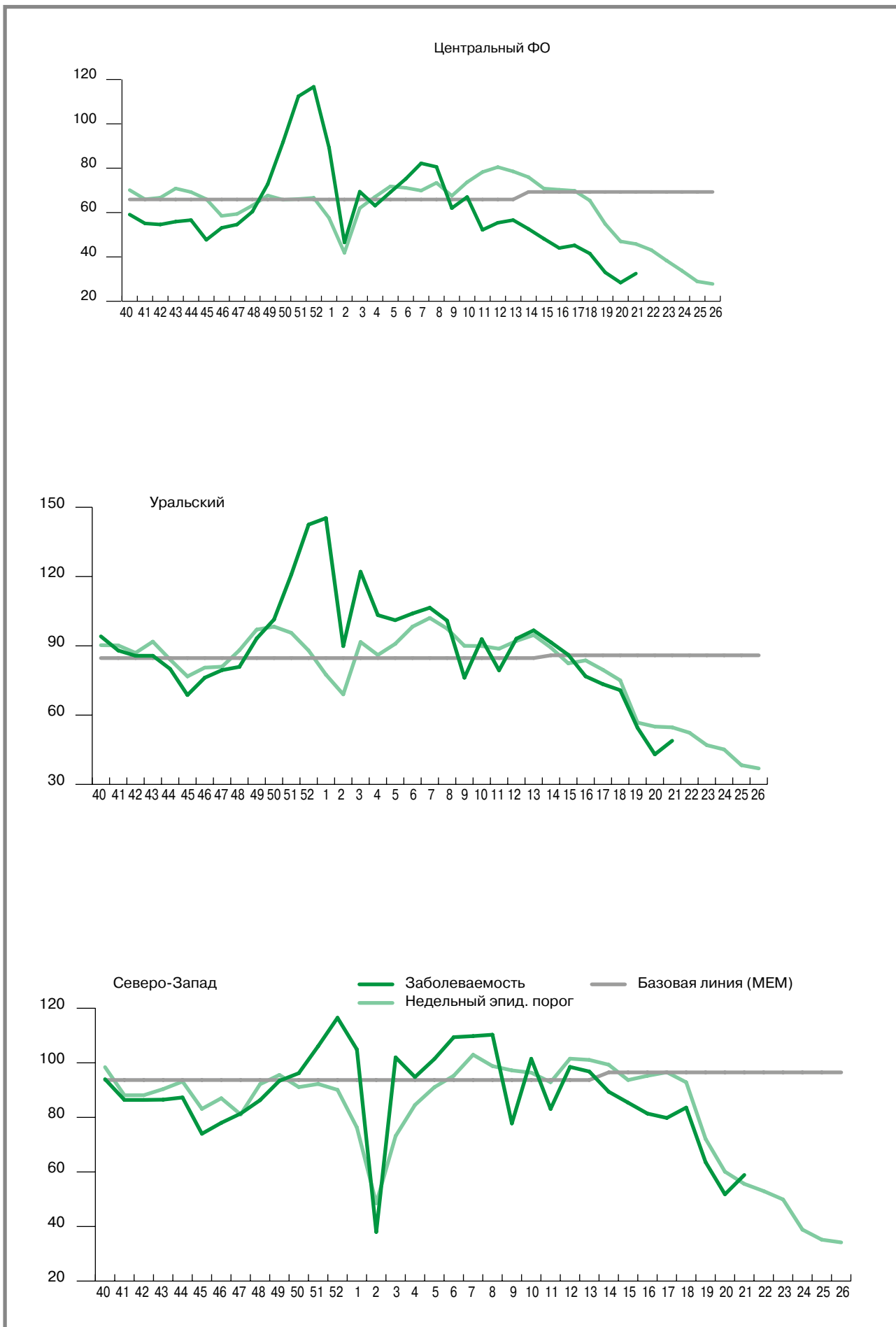


Рисунок 5 б.
Сравнение динамики заболеваемости гриппом и ОРВИ по округам РФ

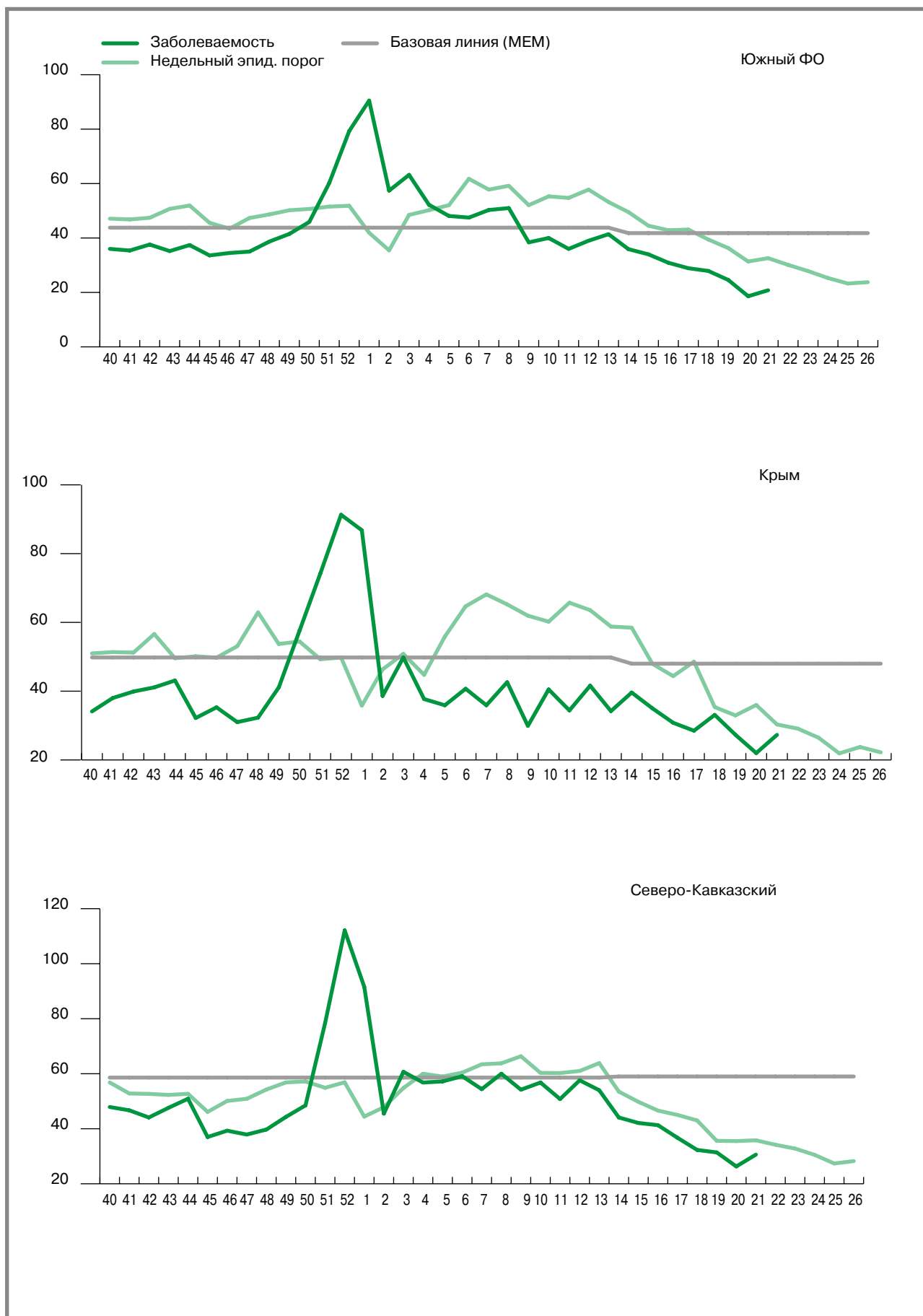


Рисунок 5 в.
Сравнение динамики заболеваемости гриппом и ОРВИ по округам РФ

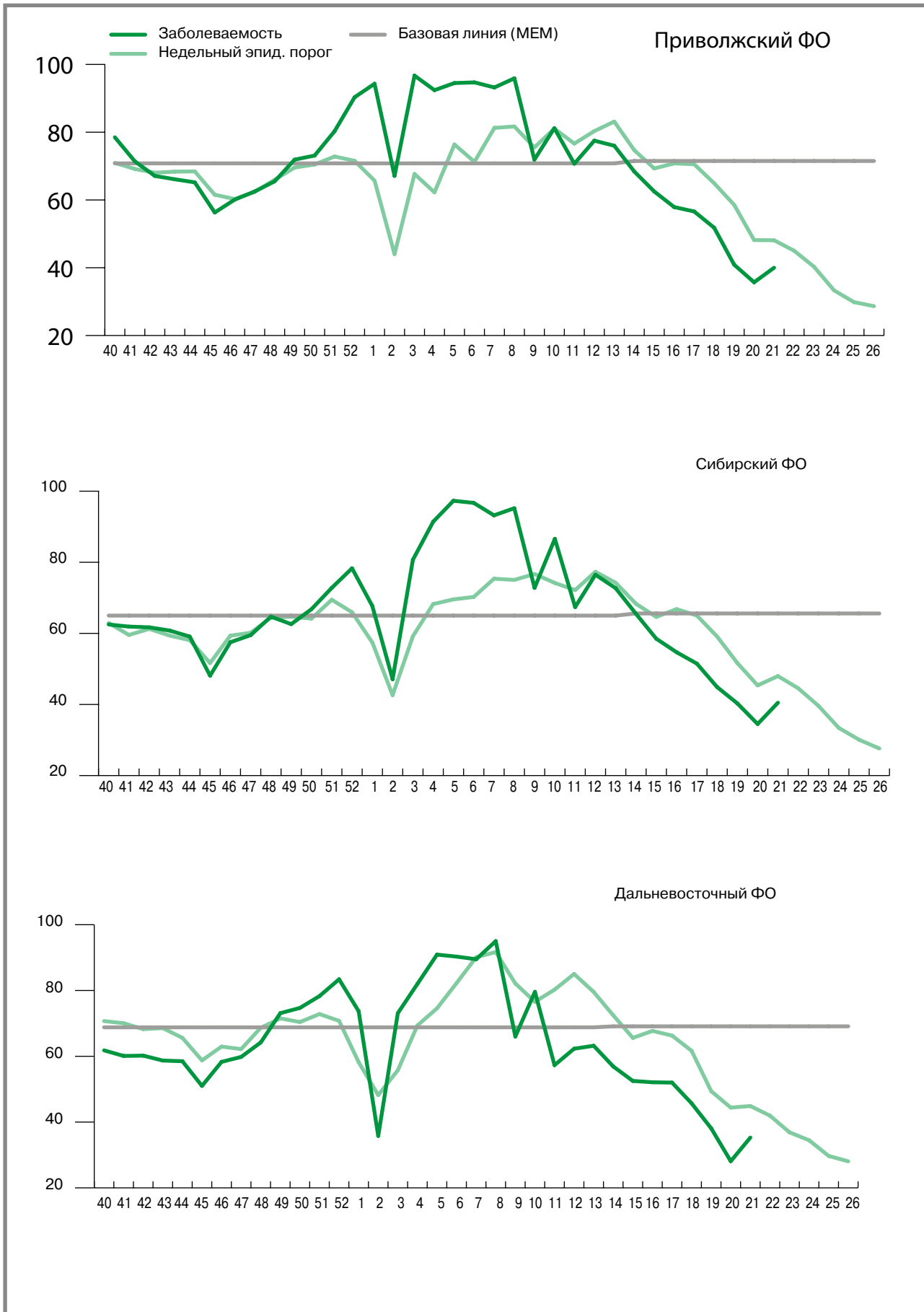


Рисунок 6. Продолжительность превышения базовых линий заболеваемости по округам России в эпидемию 2016 – 17 гг. (в неделях)



Рисунок 7. Заболеваемость гриппом и ОРВИ в период превышения базовых линий по округам в эпидемию 2016 – 17 гг.

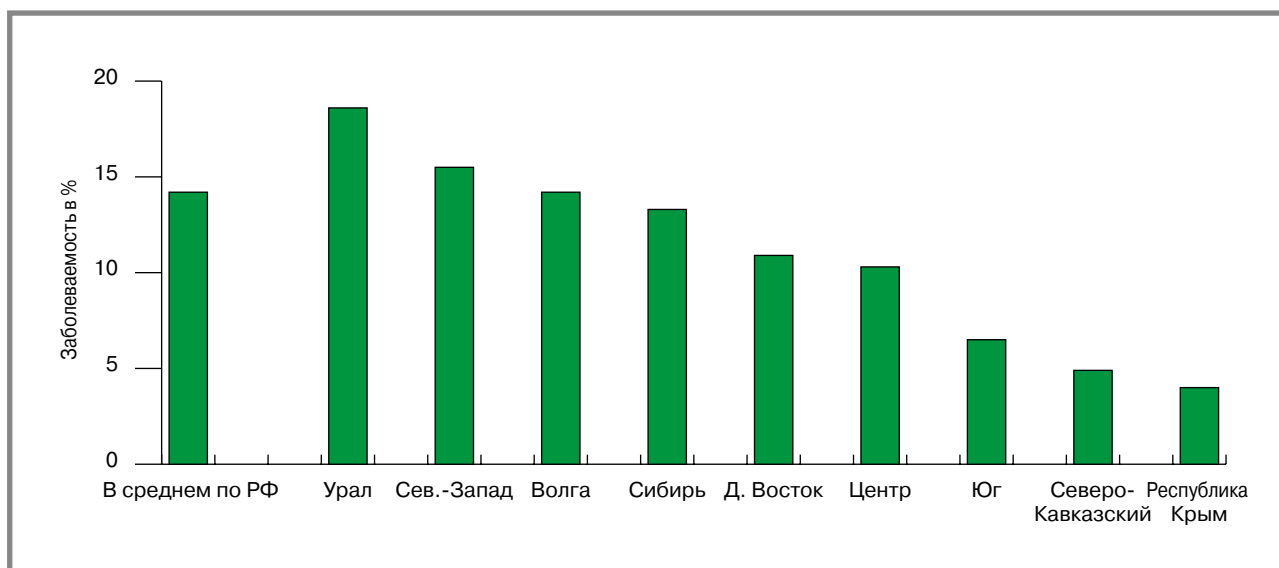


Рисунок 8. Динамика числа госпитализированных с диагнозом «грипп» и летальных исходов в эпидемию 2016-17гг.

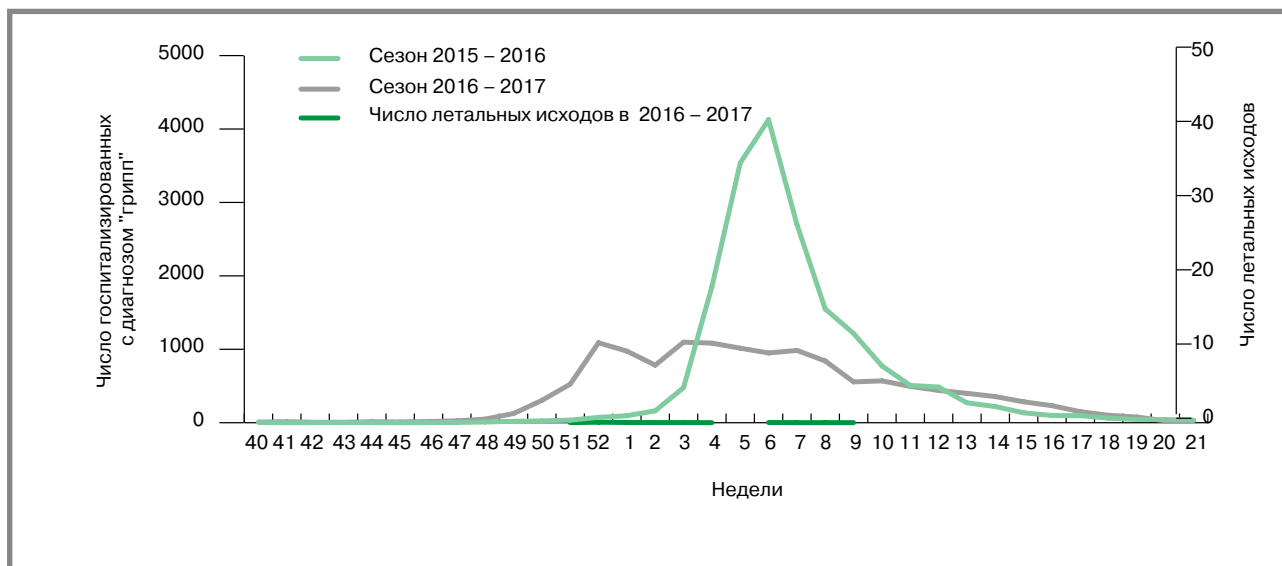
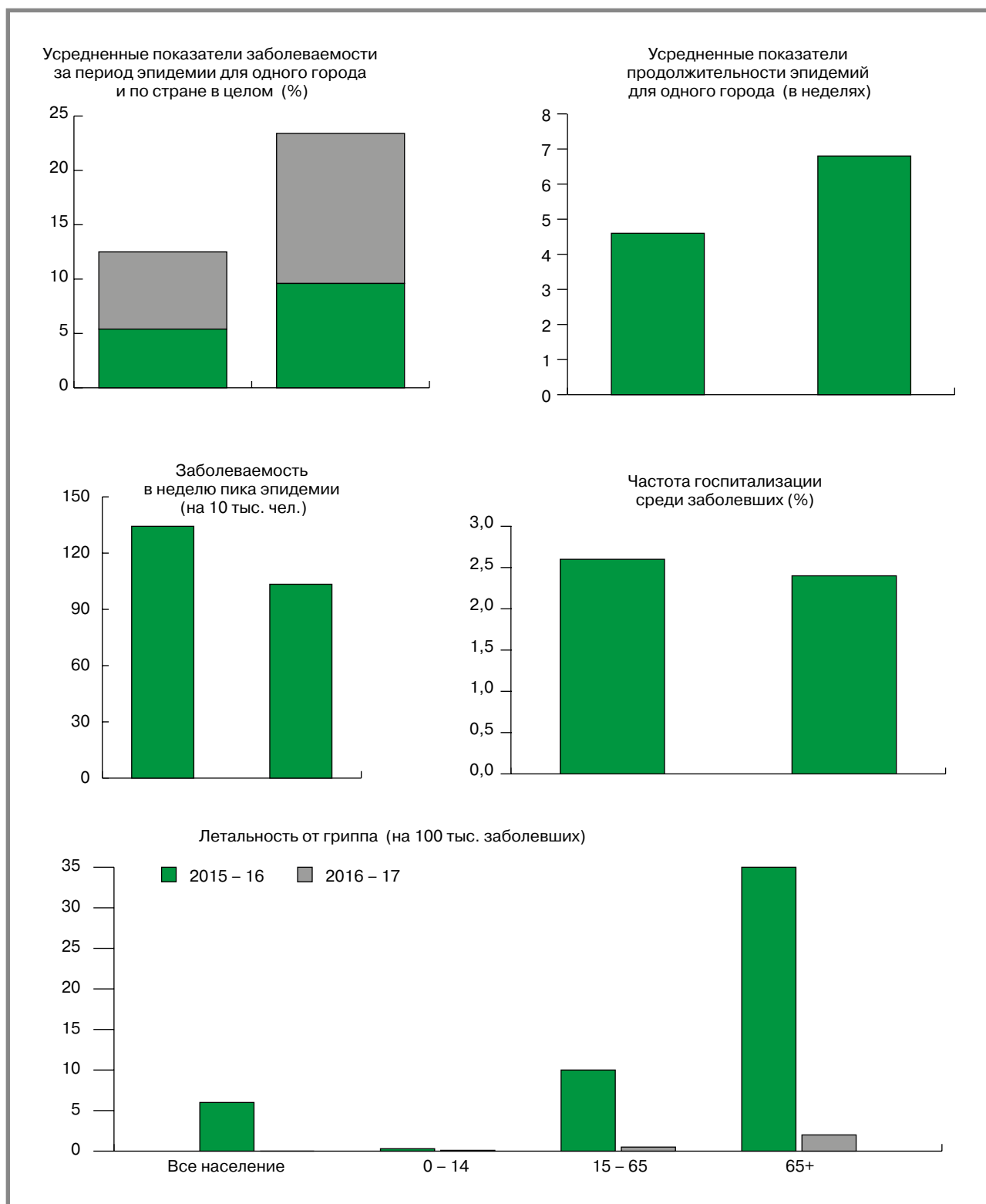


Рисунок 9.

Сравнение параметров эпидемий гриппа А(Н3N2) 2016 – 17 гг. и А(Н1N1)pdm09 2015–16 гг.



подтвержденного гриппа зарегистрированы в декабре 2016 года.

Летальность

Летальные исходы от подтвержденного методом ПЦР гриппа, осложненного пневмони-

ей, зарегистрированы у 24 заболевших, среди них 5 детей (3 мес., 2 г., 5, 7 и 13 лет). Среди взрослого населения большинство умерших были лица старше 65 лет (7 человек). В 22 случаях у умерших был выделен вирус гриппа А(Н3N2), у 2-х – вирус гриппа В: у ребенка 7 лет, привитого

показатели заболеваемости гриппом и ОРВИ в границах эпидемии в городах и по стране. Но в эпидемию 2016 – 2017 годов, вызванную, в основном, вирусом гриппа А(Н3N2), по сравнению с эпидемией гриппа 2015 – 2016 годов А(Н1N1)pdm09, были меньше показатели заболеваемости на пике, процент госпитализированных и, особенно, показатели летальности от гриппа по населению в целом в 20 раз, и во всех возрастных группах, особенно, среди лиц старше 65 лет в 17,5 раза.

3. Особенностью эпидемии 2016 – 2017 годов по Федеральным округам являлись различные

сроки эпидемии, отсутствие второго подъема заболеваемости гриппом на юге России, а также различия продолжительности подъема и показателей заболеваемости в округах.

4. Интенсивность эпидемий гриппа А(Н3N2) в сезоны 2016 – 2017 годов и 2014 – 2015 – была средней, а эпидемии А(Н1N1)pdm09 2015 – 2016 годов – высокой.

5. Летальность в эпидемии с участием вируса гриппа А(Н3N2) остается значительно ниже, чем в эпидемии, вызванные пандемическим вирусом гриппа А(Н1N1)pdm09. ■

Литература

1. Методика расчета эпидемических порогов по гриппу и острым респираторным вирусным инфекциям по субъектам Российской Федерации. Методические рекомендации МР 3.1.0005-10. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Утверждены главным государственным санитарным врачом РФ, Г.Г. Онищенко от 23 июля 2010 года. Москва, 2010: 1 – 88.
2. Vega T., Lozano J.E., Meerhoff T., Snacken R., Mott J., Ortiz de Lejarazu R., Nunes B. Influenza surveillance in Europe: establishing epidemic thresholds by the moving epidemic method. *Influenza Other Respi. Viruses*. 2013. Jul;7 (4):546 – 58.
3. Vega T., Lozano J.E., Meerhoff T., Snacken R., Beaute J., Jorgensen P. et al. Influenza surveillance in Europe: comparing intensity levels calculated using the moving epidemic method. *Influenza and Other Respiratory Viruses*. 21 мая 2015, 9 (5): 234 – 246.
4. Карпова Л.С., Поповцева Н.М., Столярова Т.П., Столяров К.А., Соминина А.А., Бурцева Е.И. Анализ эпидемии гриппа 2016 года и пандемии 2009 года по материалам двух Национальных Центров ВОЗ в Российской Федерации. *Эпидемиология и Вакцинопрофилактика*. 2016; Т. 15; 4 (89): 4 – 12.
5. Карпова Л.С., Поповцева Н.М., Столярова Т.П., Столяров К.А., Коншина О.С., Соминина А.А. Эпидемиологические особенности эпидемии гриппа 2016 года в Санкт-Петербурге. *Эпидемиология и Вакцинопрофилактика*. 2016; Т. 15; 4 (89): 13 – 21.

Reference

1. The method of calculation of the epidemic threshold for influenza and acute respiratory viral infections the subjects of the Russian Federation. Metodicheskie rekomendacii MR 3.1.0005-10. Federal'naya sluzhba po nadzoru v sfere zashchity prav potrebitel'ej i blagopoluchiya cheloveka. Utverzhdeny glavnyim gosudarstvennym sanitarnym vrachom RF, G.G. Onishhenko ot 23 iyulya 2010. [Methodical recommendations of MP 3.1.0005-10. Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Welfare. Approved by the Chief State Sanitary Doctor of the Russian Federation, G.G. Onishchenko at 23 July 2010. Moscow; 2010: 1 – 88 (in Russian).
2. Vega T., Lozano J.E., Meerhoff T., Snacken R., Mott J., Ortiz de Lejarazu R., Nunes B. Influenza surveillance in Europe: establishing epidemic thresholds by the moving epidemic method. *Influenza Other Respi. Viruses*. 2013. Jul;7 (4):546 – 58.
3. Vega T., Lozano J.E., Meerhoff T., Snacken R., Beaute J., Jorgensen P. et al. Influenza surveillance in Europe: comparing intensity levels calculated using the moving epidemic method. *Influenza and Other Respiratory Viruses*. 21 мая 2015, 9 (5): 234 – 246.
4. Karpova L.S., Popovtseva N. M., Stolyarova T. P., Stolyarov K. A., Somnina A.A., Burtseva E.I. Analysis of the influenza epidemic in 2016 and pandemic in 2009 based on two National Centers of WHO in the Russian Federation. *Epidemiologiya i Vakcinoprofilaktika*. [Epidemiology & Vaccinal Prevention]. 2016;15, 4 (89): 4 – 12 (in Russian).
5. Karpova L.S., Popovtseva N. M., Stolyarova T. P., Stolyarov K. A., Konshina O.S., Somnina A.A. Epidemiological peculiarities of the epidemic influenza of 2016 in St. Petersburg. *Epidemiologiya i Vakcinoprofilaktika*. [Epidemiology & Vaccinal Prevention]. 2016; 15; 4 (89): 13 – 21 (in Russian).

ИНФОРМАЦИЯ РОСПОТРЕБНАДЗОРА

О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2016 году: Государственный доклад (Извлечения. Продолжение на стр. 27)

Вспышки гриппа птиц А(Н5N8) (среди птиц) на территории Российской Федерации в 2016 – начале 2017 г. зарегистрированы в 9 субъектах страны (республиках Тыва, Татарстан, Калмыкия, Астраханской, Ростовской, Воронежской, Калининградской, Московской областях и Краснодарском крае). В очагах организован комплекс противоэпидемических и профилактических мероприятий. Заболевание людей, вызванных вирусом гриппа птиц, не зарегистрировано. Результаты секвенирования изолятов вируса подтвердили высокую гомологию с изолятами вируса гриппа Н5N8 из Европы.

Заболеваемость внебольничными пневмониями (ВП) в 2016 г. составила 418,02 на 100 тыс. населения, что на 24% выше, чем в предыдущем 2015 г. (337,1).

Как и в предыдущие годы, в 2016 г. максимальный показатель заболеваемости ВП наблюдался для возрастной группы 1 – 2 года (1 456,7 на 100 тыс.).

В динамике за последние 5 лет заболеваемость ВП населения в целом и детей не имеет достоверных тенденций к изменению, но подвержена колебаниям, связанным с изменениями заболеваемости гриппом.

При этом в отдельных субъектах страны при высоком уровне заболеваемости отсутствуют летальные случаи. Данная ситуация наблюдается, например, в Рязанской области (при заболеваемости 587,5 на 100 тыс. населения), аналогичная картина отмечается в Республиках Калмыкия, Ингушетия, Кабардино-Балкарской Республике.