

протягом 3-4 місяців після травми (це може бути пов'язане як з розвитком вірусних гепатитів, так і з вживанням алкоголю, різних медикаментів).

В подальшій роботі слід звернути увагу на обстеження реконвалесцентів після поранень з підвищеним рівнем трансаміназ на маркери вірусних гепатитів.

Троцька Ірина Олександрівна¹, Тищенко Валентина Вікторівна²,
Демеха Наталія Миколаївна², Дем'яненко Наталія Вікторівна¹
**ПРОФІЛАКТИЧНИЙ ВПЛИВ ІМУНІЗАЦІЇ НА СТАН
ЗАХВОРЮВАНОСТІ ДЕЯКИМИ КЕРОВАНИМИ
ІНФЕКЦІЯМИ**

¹Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня
імені З. Й. Красовицького,

²Головне управління Держсанепідслужби у Сумській області,
м. Суми, Україна

*Trotska Irina Oleksandrivna¹, Tishchenko Valentina Viktorivna²,
Demeha Natalya Mykolayivna², Demyanenko Natalya Viktorivna¹*
***PROFEFFECT OF IMMUNIZATION TO CERTAIN
MANAGEABLE DISEASE INCIDENCE OF INFECTION***

*¹Sumy Clinical Regional Infectious Hospital named after
Z. Y. Krasovitskiy,*

*²Central Management of State Sanitary Epiemic
Service in Sumy region, Sumy, Ukraine
E-mail: sokib@list.ru; Trotska I. O.*

Мета дослідження - вивчити залежність захворюваності керованими інфекціями на Сумщині від рівня охоплення щепленнями.

Матеріали і методи. Статистичні дані про захворюваність дітей різного віку на кашлюк, паротитну інфекцію, кір, краснуху

та обсяг імунізації на території Сумської області за період 2000-2014 рр.

Результати дослідження. Протягом останнього десятиріччя питома вага інфекцій, керованих засобами специфічної профілактики, у структурі інфекційної захворюваності складала 0,94-1,4 %, що нижче рівня інших крапельних інфекцій у 30 і більше разів. Ретроспективний аналіз інцидентності на дані інфекції свідчить про чітку тенденцію до зниження при збереженні закономірностей періодичних підйомів та спадів захворюваності.

У 2011 р. встановлено зростання інцидентності на кашлюк. Питома вага недуги у структурі інфекцій, керованих засобами специфічної профілактики, становила близько 80 %. Підйом захворюваності співпадав з періодичним, проте його рівень був у 1,4 раза вищим за традиційний максимальний багаторічний. Однією з найімовірніших причин цього стало зниження імунного прошарку серед дітей від 0 до 5 років до 54 %. У 2014 р. захворюваність на кашлюк знизилася до 0,87 на 100 тис. нас. і не перевищувала середньобагаторічні та середньодержавні показники. Водночас, слід зазначити, що в останні 2 роки рівень охоплення дітей щепленнями проти кашлюку був нижчим 75 %, що, на нашу думку, створює передумови для подальшого ускладнення епідеміологічної ситуації.

На межі 2005-2006 рр. відбулося останнє значне зростання захворюваності на кір. Кількість захворілих у 2006 р. склала 942 (інтенсивний показник 79,8 на 100 тис. нас.). Після цього захворюваність знизилася у 88 разів і набула рівня, характерного для міжепідемічного періоду з його традиційними коливаннями. Середній показник захворюваності у 2007-2013 рр. склав 0,9 на 100 тис. нас. Показник охоплення вакцинації дітей у 2013 р. склав 97,3 %. У 2014 р. відбулося чергове підвищення захворюваності на кір. Серед захворілих 61,6 % склали особи віком 20-45 років, які не мали даних про щеплення або були

імунізовані понад 15 років тому. Дітей, хворих на кір, виявлено 8. З них 5 не були щепленими, 3 – неревакциновані.

Інші інфекції, керовані засобами специфічної профілактики, не спричиняли виражених епідускладнень.

Слід зазначити, що застосування комбінованої вакцини проти кору, паротиту і краснухи (КПК) мало більш позитивний вплив на рівні захворюваності на краснуху і паротитну інфекцію навіть при одноразовому введенні вакцини, ніж вплив на стан інцидентності на кір. Вищезазначене, на нашу думку, свідчило про більш стійкий рівень поствакцинального імунітету проти краснухи та паротиту.

Висновки. Показники захворюваності на кашлюк, краснуху, паротит та кір мають прямопропорційну залежність від рівня імунізації, хоча тривалість поствакцинального імунітету проти кору, ймовірно, є нижчою. Разом з тим, рівень імунного прошарку серед населення з більшості інфекцій, керованих засобами специфічної профілактики, починаючи з 2009 р., знижується, що може спричинити додаткові ризики їх поширення, а відтак сприяти ускладненню епідемічної ситуації в області.

Відсутність в Україні імунізації проти інших крапельних інфекцій, зокрема проти вітряної віспи та менінгококової інфекції, має негативний вплив на структуру захворюваності та смертності від інфекційних хвороб. Питома вага некерованих інфекцій більше, ніж у 30 разів перевищує рівень захворюваності інфекціями, керованими засобами специфічної профілактики, а показники летальності від менінгококової інфекції становлять 25-50 %.