https://doi.org/10.34883/PI.2026.15.3.027
УДК [616.98:578.823.91]-036.8(476-25)

Мамчиц Л.П.[1], Тумаш О.Л.[1] ✉, Кузьминская Е.В.[2]
[1] Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь
[2] Гомельский городской центр гигиены и эпидемиологии, Гомель, Беларусь

Актуальные вопросы заболеваемости ротавирусной инфекцией населения г. Гомеля

Конфликт интересов: не заявлен.
Вклад авторов: концепция и дизайн исследования, редактирование, сбор материала, обработка, написание текста – Мамчиц Л.П., Тумаш О.Л.; сбор материала, составление аналитических таблиц – Кузьминская Е.В.
Благодарность: выражаем благодарность главному государственному санитарному врачу г. Гомеля Рубану Николаю Максимовичу за предоставление пространства для исследования.

Подана: 02.03.2026
Принята: 31.08.2026
Контакты: tumash_ox@mail.ru

Резюме

Цель. Изучение клинико-эпидемиологических особенностей РВИ у населения г. Гомеля для оценки динамики эпидемического процесса и обоснования адекватных профилактических мероприятий.
Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ экстренных извещений ГУ «Гомельский городской центр гигиены и эпидемиологии» и данных медицинских карт УЗ «Гомельская областная инфекционная клиническая больница» с диагнозом «РВИ» за период 2014–2025 гг.
Результаты. Удельный вес РВИ в структуре заболеваемости ОКИ за 2014–2025 гг. колеблется в пределах 7,8–24,4% (среднемноголетний показатель 22,2 на 100 тыс. населения) и имеет тенденцию к росту с темпом прироста 25,6%. Для эпидемического процесса РВИ на территории г. Гомеля характерно чередование периодов спада и подъема длительностью 3–4 года и четко выраженная зимне-весенняя сезонность (подъем заболеваемости – декабрь – май). РВИ затрагивает все возрастные группы с наибольшим вовлечением детей (94,8% случаев) и преобладанием в эпидемическом процессе детей 0–3 лет (64,3%) (p-уровень <0,0001). За исследуемый период 87,45% детей проходили стационарное лечение. Наиболее часто на стационарном лечении находились дети в возрасте до 1 года – 42,0% от всех случаев. У детей в клинической картине преобладали: острое начало, гастроэнтерит с явлениями обезвоживания 2-й ст. (90,5% случаев) (p-уровень <0,0001), рвота – у 15,29% детей (чаще у детей 3–6 лет – 54,0% случаев с частотой до 5 раз в сутки у 54,28% детей), катаральный синдром – у 39,8% детей. Длительность диареи составила 5,0 (4,0; 6,0) дня. Сочетанная РВИ и бактериальная инфекция была выявлена у 28,9% детей, атопический дерматит – у 13,6% детей. Наибольшая длительность госпитализации у детей в возрасте до 1 года, с атопическим дерматитом, сочетанной РВИ и бактериальной инфекцией (p-уровень <0,05). Все случаи осложненного течения РВИ регистрировались у детей до 3 лет.

Выводы. Группой риска по возникновению РВИ являются дети до 3 лет. Основными клиническими проявлениями РВИ у детей становятся лихорадка, диарея, обезвоживание 2-й ст., рвота и катаральный синдром. Возраст ребенка с РВИ до 1 года, наличие атопического дерматита, сочетанной РВИ и бактериальной инфекции являются факторами, увеличивающими длительность госпитализации. Внедрение вакцинации против РВИ в национальный календарь прививок позволит значительно уменьшить число случаев РВИ и госпитализаций.
Ключевые слова: ротавирусная инфекция, клинико-эпидемиологические особенности, вакцинация

Mamchyts L.[1], Tumash O. ✉[1], Kuzminskaya K.[2]
[1] Gomel State Medical University, Gomel, Belarus
[2] Gomel City Center for Hygiene and Epidemiology, Gomel, Belarus

Current Issues of Rotavirus Infection in the Population of Gomel

Conflict of interest: nothing to declare.
Authors' contribution: study concept and design, editing, material collection, processing, text writing – Mamchyts L.; study concept and design, editing, processing, writing – Tumash O.; collection of material, compilation of analytical tables – Kuzminskaya K.
Gratitude: we express our gratitude to the Chief State Sanitary Doctor of Gomel, Ruban Nikolai Maksimovich, for providing space for research.

Submitted: 02.03.2026
Accepted: 31.08.2026
Contacts: tumash_ox@mail.ru

Abstract

Purpose. To study the clinical and epidemiological characteristics of RVI in the population of the Gomel to assess the dynamics of the epidemic process and justify adequate preventive measures.
Materials and methods. A retrospective analysis of emergency notifications f058/at the State Institution "Gomel City Center for Hygiene and Epidemiology" and data from the medical record of an inpatient at the Gomel Regional Infectious Diseases Clinical Hospital with a diagnosis of "RVI" for the period from 2014 to 2025 was carried out.
Results. The proportion of RVI in the structure of the incidence of CSR in the region for the period 2014–2025 ranges from 7.8% to 24.4% (the average long-term indicator is 22.2 per 100 thousand of the population) and tends to increase with an increase rate of 25.6%.The epidemic process of RVI on the territory of Gomel is characterized by cyclicity (alternating periods of decline and rise lasting 3–4 years) and a pronounced winter-spring seasonality (rise in incidence in December – May). Risk groups are children (94.8% of cases), of which children from 0 to 3 years old (64.3%) (p-level <0.0001). During the study period, 87.45% of children were hospitalized for RVI. Children aged 0 to 1 year are more often hospitalized – 42.0% of all hospitalizations. The most characteristic clinical symptoms: acute onset of the disease, gastroenteritis with dehydration (90.5% of cases) (p-level <0.0001), vomiting (more often in children from 3 to 6 years old – 54.0% of cases with a frequency of 1

to 5 times a day in 54.28% of children), catarrhal syndrome in 39.8% of children. The average duration of diarrhea was 5.0 (4.0; 6.0) days. Combined RVI and bacterial infection were detected in 28.9% of children, atopic dermatitis in 13.6% of children. In children under 1 year of age, the duration of hospitalization is longer than in children of other age groups and is 8.0 (6.0; 10.0) and 5.0 (3.0; 6.0) days, respectively (p-level <0.05). All cases of complicated RVI were recorded in children under 3 years of age**.**

Conclusion. RVI is currently an urgent health issue. The risk group for the incidence of RVI is children under the age of 3 years. The main clinical manifestations of RVI in children are fever, diarrhea and dehydration of the 2nd degree, vomiting and catarrhal syndrome. The presence of atopic dermatitis, combined RVI + bacterial infection in a child with RVI are factors that prolong the duration of hospitalization. The introduction of RVI vaccination in the national vaccination calendar will significantly reduce the number of RVI cases and hospitalizations.

Keywords: rotavirus infection, clinical and epidemiological features, vaccination

■ ВВЕДЕНИЕ

В структуре заболеваемости острыми кишечными инфекциями в последние годы происходят изменения в сторону увеличения удельного веса острых кишечных инфекций вирусной этиологии. По данным ВОЗ, 27% (23–33%) всех случаев острых кишечных инфекций (ОКИ) приходится на ротавирусную инфекцию (РВИ) [1]. В 2023 г. в мире у детей было зарегистрировано около 200 тыс. летальных исходов, ассоциированных с РВИ, с уровнем смертности 86 на 100 тыс. населения [2]. РВИ является основной причиной тяжелого гастроэнтерита у детей младше 5 лет. Показатель заболеваемости РВИ отличается в зависимости от региона: в странах с низким доходом населения первичное заражение детей младше 5 лет ротавирусом наблюдается в возрасте от 6 до 9 месяцев (80% случаев приходится на детей до 1 года), в странах с высоким уровнем дохода населения процент первичного заражения детей в первый год жизни составляет 65% [3]. В Испании ежегодная заболеваемость РВИ составляла от 15,4 до 19,5 случая на 1000 детей в возрасте до 5 лет и 20 случаев на 1000 детей в возрасте до 3 лет [4]. В регионе Восточного Средиземноморья ежегодные показатели заболеваемости РВИ колеблются от 0 до 112 случаев на 100 тыс. населения при среднем показателе смертности 39 на 10 тыс. населения в год [5]. В Беларуси в период 1994–2019 гг. заболеваемость РВИ варьировалась от 4,24 в 1994 г. до 66,17 на 100 тыс. населения в 2017 г. В стационары республики по поводу РВИ госпитализируется около 90% пациентов от всех зарегистрированных случаев этого заболевания [6].

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение клинико-эпидемиологических особенностей РВИ у населения г. Гомеля для оценки динамики эпидемического процесса и обоснования адекватных профилактических мероприятий.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Был проведен ретроспективный анализ экстренных извещений ф058/у ГУ «Гомельский городской центр гигиены и эпидемиологии» и данные медицинской

карты стационарного пациента УЗ «Гомельская областная инфекционная клиническая больница» с диагнозом «РВИ» за период с 2014 по 2025 г.

Наличие антигенов ротавируса в образцах кала устанавливалось методом ИФА (R-Biopharm RIDASCREEN, Германия). Статистическая обработка результатов выполнена с помощью программы WinPEpi 2016 и Statistica Soft 11.0.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Случаи заболевания РВИ регистрируются на территории г. Гомеля ежегодно, их удельный вес в структуре заболеваемости ОКИ за период с 2014 по 2025 г. колеблется в пределах 7,8–24,4%. Суммарно за данный период был зарегистрирован 1371 случай РВИ. Среднемноголетний показатель заболеваемости РВИ в г. Гомеле за период 2014–2025 гг. составил 22,2 на 100 тыс. населения. По данным табл. 1, интенсивный показатель заболеваемости РВИ за последние 11 лет колеблется от 5,95 на 100 тыс. населения в 2021 г. до 58,2 на 100 тыс. населения в 2025 г.

Согласно результатам анализа динамики заболеваемости РВИ, представленной на рис. 1, за период наблюдения отмечается тенденция к росту удельного веса случаев РВИ с темпом прироста 25,6%. Минимальный прогнозируемый уровень заболеваемости на 2025 г. составлял 33,27 на 100 тыс. населения, максимальный – 38,51 на 100 тыс. населения. За 2025 г. реальный уровень заболеваемости составил 58,27 на 100 тыс. населения, что значительно превышает максимальный прогнозируемый показатель. Данный рост можно объяснить введением в 2023 г. новых санитарных норм и правил, расширивших показания для лабораторного обследования пациентов с кишечной инфекцией.

Для эпидемического процесса РВИ на территории г. Гомеля характерно наличие цикличности (чередование периодов спада и подъема), что отражено на рис. 2.

Таблица 1
Заболеваемость острыми кишечными инфекциями населения г. Гомеля за 2014–2025 гг.
Table 1
Incidence of acute intestinal infections among the population of Gomel for 2014–2025

Год	Первичные диагнозы ОКИ	Подтвержденные диагнозы (абс./%)	ОКИ вирусной этиологии (абс./%)	Ротавирусный энтерит (абс./%)	Показатель заболеваемости ротавирусным энтеритом на 100 тыс. населения	Госпитализировано заболевших РВИ (абс./%)
2014	3825	809/21%	56/8,4%	55/8,2%	9,77	40/72%
2015	3856	1109/28,7%	103/12%	101/11,6%	19,35	90/89%
2016	3998	1104/27,6%	50/6,9%	45/6,2%	8,5	39/86%
2017	3867	1064/27,5%	107/13,3%	48/5,9%	8,97	41/85%
2018	3975	1210/30,4%	69/7,8%	51/5,7%	9,5	43/84%
2019	4383	1142/26%	111/12%	99/11%	18,48	91/92%
2020	1839	420/13%	53/20%	53/19,6%	9,87	53/100%
2021	2255	509/22,5%	41/11%	30/7,8%	5,95	24/80%
2022	3174	949/29,9%	244/28%	210/24,4%	41,35	194/92%
2023	4213	1347/32%	251/21%	212/17,8%	42,2	196/92%
2024	3537	1242/35%	402/37%	175/15,9%	34,9	158/90%
2025	3290	1478/45%	524/39%	292/23%	58,2	243/83,7%



Рис. 1. Многолетняя динамика заболеваемости РВИ в г. Гомеле за период с 2014 по 2025 г.
Fig. 1. Long-term dynamics of RVI incidence for the period from 2014 to 2025 in Gomel

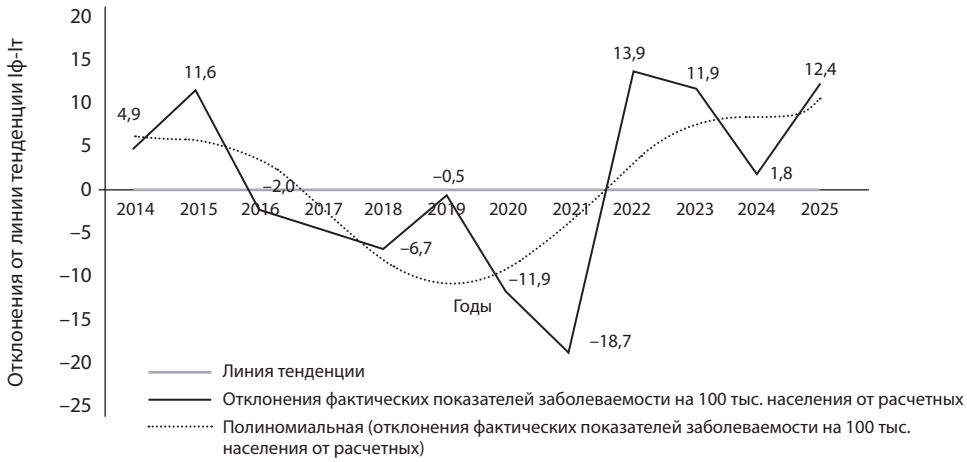


Рис. 2. Цикличность заболеваемости РВИ за 2014–2025 гг.
Fig. 2. Cyclicity of RVI incidence for 2014–2025

Так, в период 2016–2022 гг. отмечался низкий уровень заболеваемости РВИ, а в 2014–2015 гг. и 2022–2025 гг. – высокий уровень заболеваемости. Однако судить об истинной длительности периодов не представляется возможным из-за наличия в исследовании периода пандемии COVID-19, когда регистрировалось общее уменьшение количества ОКИ.

По данным заболеваемости РВИ, представленным на рис. 3, для РВИ характерна четко выраженная зимне-весенняя сезонность – подъем заболеваемости в период с декабря по май.

Согласно данным, представленным в табл. 2, РВИ затрагивает все возрастные группы с наибольшим вовлечением детей, на долю которых приходится 94,8% случаев РВИ с преобладанием в эпидемическом процессе детей в возрасте от 0 до 3 лет (64,3% случаев) (p-уровень <0,0001). Минимальное количество случаев РВИ было выявлено у детей старше 7 лет (13,8% случаев). В структуре детей в возрасте



Рис. 3. Круглогодичная динамика заболеваемости РВИ населения г. Гомеля
Fig. 3. The year-round dynamics of the incidence of RVV in the city of Gomel

0–3 года с РВИ превалируют дети из организованных коллективов, в группе детей 3–6 лет – неорганизованные дети. Можно предположить, что дети, посещающие ДДУ, имеют первый контакт с РВИ в более раннем возрасте, чем дети из неорганизованных коллективов.

За данный период 87,45% детей проходили стационарное лечение по поводу РВИ. Можно предположить, что к врачу попадет только «верхушка айсберга» (дети, которые имеют среднетяжелое и тяжелое течение), а большинство случаев РВИ не диагностируется или проходит под другими рубриками МКБ-10. Наиболее часто на стационарном лечении находились дети в возрасте от 0 до 1 года – 42,0% от всех случаев госпитализаций, 33,0% среди госпитализированных детей были дети

Таблица 2
Заболеваемость РВИ населения г. Гомеля по контингентам за 2021–2025 гг.
Table 2
Incidence of RVI in the population of Gomel by contingent for 2021–2025

Контингенты	Абс. число / удельный вес от общего числа случаев за 2014–2025 гг.	Среднемноголетний показатель заболеваемости на 100 тыс. контингента (за 2021–2025 гг.)	Показатель заболеваемости на 100 тыс. контингента за 2025 г.
Взрослые (18 лет и старше)	71 (5,2%)	5,1	5,7
Школьники (7–17 лет)	188 (13,8%)	22,8	41,05
Дети 0–3 лет неорганизованные	882 (64,3%)	655,1	811,7
Дети 0–3 лет организованные		1259,5	2560,3
Дети 3–6 лет организованные	230 (16,7%)	124,8	139,8
Дети 3–6 лет неорганизованные		800,9	1108,4

в возрасте от 1 года до 3 лет, 19,0% детей в возрасте от 3 до 6 лет, с 6 до 10 лет – 5% и старше 10 лет – 2,0% случаев.

У детей с РВИ в клинической картине преобладало острое начало заболевания. Основные клинические симптомы представлены в табл. 3. Большинство детей были госпитализированы в первые трое суток болезни, только около 14,0% детей госпитализированы позже 3-го дня болезни. Наиболее часто (90,5% случаев) РВИ протекала в виде гастроэнтерита (p-уровень <0,001) и с явлениями обезвоживания. В 356 (77,7%) случаях дети при госпитализации имели 2-ю степень обезвоживания, тяжелую степень – 10,8% детей (p-уровень <0,001).

Частота стула более 5 раз в сутки отмечалась у 352 детей (74,67% случаев), у 19% детей в стуле регистрировались патологические примеси в виде слизи. У 15,29% детей была рвота, при этом у 54,28% детей рвота была до 5 раз, у 45,71% детей – более 5 раз, причем наиболее часто рвота отмечалась у детей в возрасте от 3 до 6 лет – 54,0% и от 1 года до 3 лет – 34,0% случаев, реже всего – у детей до 1 года, 3,0% случаев (p-уровень <0,05). Катаральный синдром был выявлен у 164 (39,0%) детей, чаще всего катаральный синдром регистрировался у детей в возрасте от 3 до 6 лет – 54,0% случаев, реже всего – у детей старше 6 лет, 9% случаев. При этом дети с катаральным синдромом длительнее находились на стационарном лечении по сравнению с детьми без катарального синдрома, соответственно 8,0 (4,5; 9,5) дня и 5,0 (3,0; 6,0) дня (p-уровень <0,01). Все случаи осложненного течения РВИ регистрировались у детей младше 3 лет. Нормализация температуры тела и стула у 84,3% детей происходила в первые четверо суток от момента госпитализации. Длительность диареи в среднем составила 5,0 (4,0; 6,0) дня. Сочетанная РВИ и бактериальная инфекция была выявлена у 28,9% детей, атопический дерматит – у 13,6% детей.

Длительность госпитализации детей с РВИ составила в среднем 5,0 дня (3,0; 6,0). У детей в возрасте до 12 месяцев с РВИ длительность госпитализации была дольше, чем у детей других возрастных групп, и составляла 8,0 (6,0; 10,0) дня (p-уровень <0,05). Длительность госпитализации детей с РВИ в зависимости от возраста представлена

Таблица 3
Клинические проявления ротавирусной инфекции у госпитализированных детей
Table 3
Clinical manifestations of rotavirus infection in hospitalized children

Диагностические критерии		**% (n)**
Рвота	Отсутствует	84,71% (415)
	1–4 раза в сутки	8,29% (38)
	5–10 раз в сутки	6,98% (32)
Диарея	Отсутствует	0
	1–4 раза в сутки	23,14% (106)
	5–10 раз в сутки	74,67% (352)
Лихорадка, °C	37,0–37,5	17,24% (79)
	37,6–38,5	62,22% (285)
	Выше 38,5	20,52% (94)
Обезвоживание (классификация ВОЗ)	1-я ст.	11,5% (52)
	2-я ст.	77,7% (356)
	3-я ст.	10,8% (50)

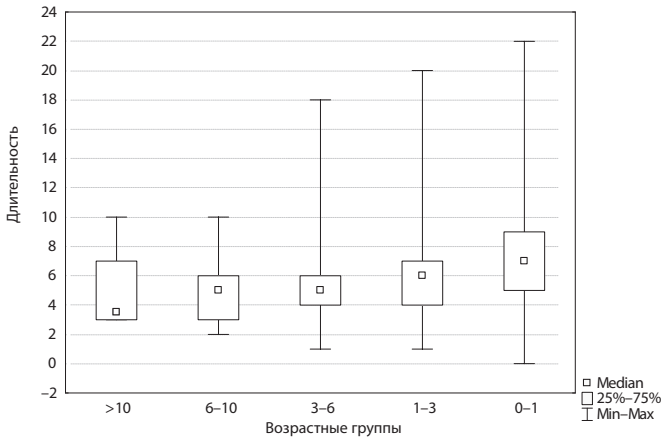


Рис. 4. Длительность госпитализации детей с РВИ по возрастным группам
Fig. 4. Duration of hospitalization of children with ARVI by age groups

на рис. 4. Наличие у ребенка атопического дерматита, сочетанной РВИ и бактериальной инфекции является фактором, влияющим на длительность госпитализации. Длительность госпитализации детей с РВИ и атопическим дерматитом составляет 6,0 (5,0; 8,0) дня (p-уровень <0,001), с РВИ и бактериальной инфекцией – 8,0 (6,0; 11,0) дня (p-уровень <0,001).

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Заболеваемость РВИ в регионах, где не проводится специфическая вакцинация, значительно превышает уровни заболеваемости другими видами вирусных кишечных инфекций и составляет 85,4% от всех случаев кишечных инфекций вирусной этиологии. Вследствие высокой контагиозности РВИ присуща групповая (вспышечная) форма эпидемического процесса, особенно среди детского населения. Диарея, вызванная РВИ, была причиной смерти детей в возрасте младше 5 лет до начала использования вакцинации и составляла 527 тыс. случаев в год [7]. После внедрения вакцинации количество смертей уменьшилось до 215 тыс. случаев в год [7, 8].

В настоящее время единственным эффективным методом снижения заболеваемости РВИ является вакцинопрофилактика. В 2009 г. ВОЗ рекомендовала ввести вакцинацию против РВИ в календари профилактических прививок всех стран, особенно в странах с высокой детской смертностью [9]. К концу 2023 г. вакцинация против ротавируса была введена в 123 странах, в настоящее время ВОЗ оценивает охват вакцинацией в 55,0%. На сегодня доступны 4 аттенуированные пероральные ротавирусные вакцины: Rotarix (Glaxo SmithKline Biologics, Rixensart, Бельгия), RotaTeq (Merck & Co., США), Rotavac (Bharat Biotech, Индия) и Rotasiil (Serum Institute of India Pvt. Ltd., Индия) [10].

Вакцинация против РВИ уменьшает количество госпитализаций, связанных с РВИ, в течение 2–3 лет после ее введения в календарь. Кроме того, наблюдалось уменьшение обращений за медицинской помощью по причинам ОКИ другой этиологии:

на 19% по сравнению с посещениями отделений неотложной помощи и на 12% по амбулаторным визитам [11, 12]. В США до введения вакцинации ежегодно регистрировалось 2,7 млн случаев диареи, и 95% случаев из них приходилось на детей младше 5 лет. После введения вакцинации было предотвращено 280 тыс. госпитализаций, 62 тыс. тяжелых случаев [10, 12]. В Африке после введения вакцинации отмечается уменьшение госпитализаций на 40% в группе детей до 5 лет [14]. В странах Европы отмечено уменьшение случаев госпитализации по поводу РВИ на 65–84% [15]. В США эффективность вакцинации составила 68–75% и 100% при тяжелых формах, в Австрии, Финляндии и Бельгии уровень госпитализаций снизился на 49–92%, госпитализаций и смертности по любой причине ОКИ – на 17–55 и 22–50% соответственно [16]. В странах Латинской Америки и Карибского бассейна после внедрения вакцинации против РВИ число госпитализаций уменьшилось на 64% [17]. Данные об эффективности вакцинации против РВИ по регионам в зависимости от вакцины представлены в табл. 4.

В ходе исследований, сравнивающих эффективность этих вакцин, статистически значимой разницы не было выявлено. Вакцинация против РВИ не только напрямую защищает вакцинированных детей, но и способствует формированию коллективного иммунитета, что, в свою очередь, защищает непривитых детей и взрослых [13].

Экономическая эффективность программ иммунизации против РВИ. В исследовании, проведенном в США, было установлено, что после начала программы вакцинации против РВИ в 2006 г. наблюдается значительное снижение нагрузки на систему здравоохранения. С 2011 по 2015 г. благодаря вакцинации было предотвращено около 118 тыс. госпитализаций, 86 тыс. обращений в отделения неотложной помощи и 460 тыс. амбулаторных визитов. Наибольшая экономия расходов государства была достигнута за счет сокращения числа госпитализаций и амбулаторных визитов [11, 19]. В исследовании, проведенном в Норвегии, была оценена экономическая эффективность программы вакцинации против РВИ. Результаты показали значительное снижение нагрузки на систему здравоохранения в течение первых 5 лет от начала вакцинации. Количество госпитализаций по поводу РВИ уменьшилось на 73%, амбулаторных консультаций – на 70%, а посещений на дому – на 64%. Наибольшее снижение наблюдалось среди детей в возрасте 1–2 лет. В течение первых

Таблица 4
Эффективность вакцинации против РВИ по регионам в зависимости от вакцины [18]
Table 4
The effectiveness of RVI vaccination by region, depending on the vaccine [18]

Вакцина	Регион	Эффективность, % (95% ДИ)
Rotarix	Европа	96 (90–99)
	Латинская Америка	85 (72–92)
	Африка	62 (44–73)
Rotateq	Европа	98 (88–100)
	Африка	64 (40–79)
	Азия	51 (13–73)
Rotavac	Азия	54 937–70)
Rotasiil	Африка	67 (50–78)
	Азия	36 (12–54)

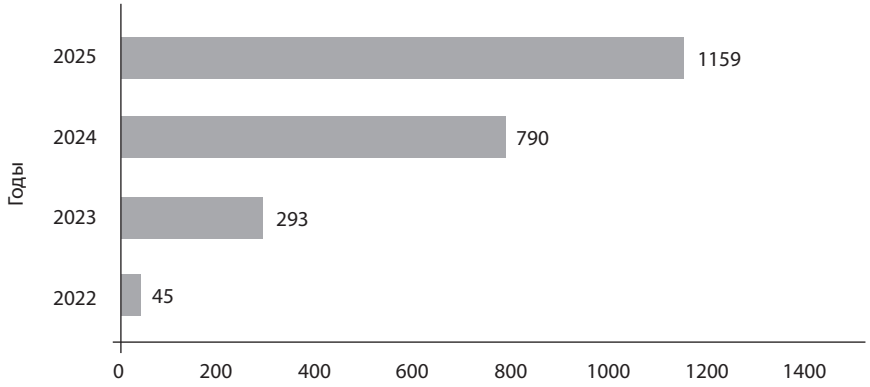


Рис. 5. Количество привитых против РВИ в Гомельской области за 2022–2025 гг.
Fig. 5. The number of people vaccinated against RVR in the Gomel region in 2022–2025

5 лет после внедрения вакцинации расходы на здравоохранение сократились на 72%, причем основное снижение расходов произошло за счет уменьшения затрат на стационарное лечение. Также было отмечено сокращение на 61% количества дней, которое требовалось родителям для ухода за детьми [20].

В настоящее время в Беларуси вакцинация против РВИ не входит в Национальный календарь профилактических прививок, вакцинация проводится на платной основе, что не позволяет обеспечить охват профилактическими прививками в соответствии с рекомендуемыми показателями, создать достаточный популяционный иммунитет среди детского населения и объясняет высокий уровень заболеваемости с вовлечением в эпидемический процесс детей.

С 2022 г. прививки против РВИ в стране проводятся вакциной «Рота-V-Эйд» на платной основе. Число желающих вакцинироваться против РВИ значительно возросло за последние 4 года, что говорит об активной и эффективной работе педиатрической службы совместно с эпидемиологами по повышению приверженности родителей к вакцинации детского населения. Динамика охвата вакцинацией представлена на рис. 5. В связи с тем, что вакцинация пока не входит в Национальный календарь прививок, а проводится только на платной основе, говорить о создании популяционного иммунитета рано.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время РВИ остается актуальной проблемой здравоохранения. Группой риска по возникновению РВИ являются дети в возрасте до 3 лет. Основными клиническими проявлениями РВИ у детей становятся лихорадка, диарея и обезвоживание 2-й ст. Наличие у ребенка с РВИ атопического дерматита, сочетанной РВИ и бактериальной инфекции является фактором, увеличивающим длительность госпитализации.

Внедрение вакцинации против ротавируса в национальные календари прививок позволило многим странам значительно сократить число тяжелых случаев РВИ

и снизить детскую смертность от этой инфекции. Необходимо рассмотреть вопрос о более широком внедрении вакцинации против РВИ в Республике Беларусь.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Trotsenko O.E., Sapega E.Y., Butakova L.V., et al. Preliminary results of the analysis of the epidemiological effectiveness of rotavirus infection vaccination in a number of subjects of the Far Eastern Federal District. *Dal'nevostochnyy zhurnal infektsionnoy patologii*. 2025;(50):15–24. (In Russ.) doi: 10.62963/2073-2899-2025-50-15-24
2. Estes M.K., Greenberg H.B. (2013) Rotaviruses. In: Knipe D.M., Howley P.M. (eds). *Fields Virology*. 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins. Pp. 1347–1401.
3. Tate J.E., Burton A.H., Boschi-Pinto C., et al. Global, regional, and national estimates of rotavirus mortality in children <5 years of age, 2000–2008. *Lancet Infect Dis*. 2012;12(2):136–41.
4. Díez-Domingo J., Garcés-Sánchez M., Giménez-Sánchez F., et al. What have we learnt about rotavirus in Spain in the last 10 years? *An Pediatr (Engl Ed)*. 2019;91(3):166–179. doi: 10.1016/j.anpedi.2019.01.024
5. Omatola C.A., Olaniran A.O. Rotaviruses: From Pathogenesis to Disease Control-A Critical Review. *Viruses*. 2022;14(5):875. doi: 10.3390/v14050875
6. Badura S., Öztürk S., Pereira P., et al. Systematic review of the rotavirus infection burden in the WHO-EMRO region. *Hum Vaccin Immunother*. 2019;15(11):2754–2768.
7. Troeger C., Khalil I.A., Rao P.C., et al. Rotavirus Vaccination and the Global Burden of Rotavirus Diarrhea among Children Younger Than 5 Years. *JAMA Pediatr*. 2018;172(10):958–965.
8. Chissaque A., Bauhofer A.F.L., Cossa-Moiane I., et al. Rotavirus A infection in pre- and post-vaccine period: Risk factors, genotypes distribution by vaccination status and age of children in Nampula Province, Northern Mozambique (2015–2019). *PLoS One*. 2021;16(8):e0255720. doi: 10.1371/journal.pone.0255720
9. Vetter V., Gardner R.C., Debrus S., et al. Established and new rotavirus vaccines: a comprehensive review for healthcare professionals. *Hum Vaccin Immunother*. 2022;18(1):1870395. doi: 10.1080/21645515.2020.1870395
10. Bukhantsova E.S., Kovalev O.B., Shamsheva O.V., et al. Epidemiological and clinical significance of rotavirus infection during the vaccination period. *Children infections*. 2024;23(4):46–53. (In Russ.) doi: 10.22627/2072-8107-2024-23-4-46-53
11. Bondarev V.P., Shevtsov V.A., Indikova I.N., et al. Rotavirus epidemiology and vaccination tactics. *BIOpreparations. Prevention, Diagnosis, Treatment*. 2019;19(2):81–87. (In Russ.) doi: 10.30895/2221-996X-2019-19-2-81-87
12. Pindyck T., Tate J.E., Parashar U.D. A decade of experience with rotavirus vaccination in the United States – vaccine uptake, effectiveness, and impact. *Expert Rev Vaccines*. 2018;17(7):593–606. doi: 10.1080/14760584.2018.1489724
13. Mphahlele M.J., Groome M.J., Page N.A., et al. A decade of rotavirus vaccination in Africa – Saving lives and changing the face of diarrhoeal diseases: Report of the 12th African Rotavirus Symposium. *Vaccine*. 2021;39(17):2319–2324.
14. Karafillakis E., Hassounah S., Atchison C. Effectiveness and impact of rotavirus vaccines in Europe, 2006–2014. *Vaccine*. 2015;33(18):2097–107. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.03.016
15. Namazova-Baranova L.S., Fedoseenko M.V., Vishneva E.A., et al. Vaccination against rotavirus infection: 10-year global experience of successful use. *Current Pediatrics*. 2017;16(4):273–285. (In Russ.) doi: 10.15690/vsp.v16i4.1773
16. Chavers T., De Oliveira L.H., Parashar U.D., et al. Post-licensure experience with rotavirus vaccination in Latin America and the Caribbean: a systematic review and meta-analysis. *Expert Rev Vaccines*. 2018;17(11):1037–1051. doi: 10.1080/14760584.2018.1541409
17. Soares-Weiser K., Bergman H., Henschke N., et al. Vaccines for preventing rotavirus diarrhoea: Vaccines in use. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;3(3):CD008521.
18. Newall A.T., Leong R.N., Reyes J.F., et al. Rotavirus Vaccination Likely to Be Cost Saving to Society in the United States. *Clin Infect Dis*. 2021;73(8):1424–1430. doi: 10.1093/cid/ciab442
19. Hansen Edwards C., de Blasio B.F., Salamanca B.V., et al. Re-evaluation of the cost-effectiveness and effects of childhood rotavirus vaccination in Norway. *PLoS One*. 2017;12(8):e0183306. doi: 10.1371/journal.pone.0183306