

**Об эпидемиологической ситуации в мире  
по опасным инфекционным болезням, требующим проведения  
мероприятий по санитарной охране территории  
(по состоянию на 01.07.2016)**

**Холера.** В настоящее время холера продолжает оставаться приоритетной проблемой мирового здравоохранения в связи с ее глобальным распространением, существованием во многих странах потенциальных и реальных рисков возникновения интенсивных и масштабных эпидемий и вспышек, а также сохраняющейся тенденцией роста заболеваемости холерой в мире.

Прошло уже более 5-ти лет с момента возникновения эпидемии холеры на Гаити, ставшей одной из самых значительных и изменившей мировую структуру заболеваемости холерой. Пик эпидемии пришелся на 2011 год – зарегистрировано более 350 тыс. больных, в 2014 – около 28 тыс. случаев, в 2015 (по неполным данным) – 36 тыс. Случаи заболевания регистрируют на протяжении всего года, с подъемами в сезоны дождей (с конца марта-апреля по июнь и сентябрь-ноябрь).

За первые 4 месяца 2016 года отмечено 14,5 тыс. (14574) больных, что превышает число случаев за аналогичный период 2-х предыдущих лет.

Всего с начала эпидемии (октябрь 2010 г.) по 01.06.2016 в Гаити зарегистрировано 780140 случаев заболевания и 9317 случаев смерти. Глобальная летальность 1,2% (с различиями по департаментам от 0,6% в столичном округе до 4,3% в южных районах страны).

В Доминиканской Республике с начала эпидемии зарегистрировано около 33 тыс. заболеваний холерой. За 4 месяца 2016 года – 714 случаев заболевания и 16 смертей, что превышает показатели предыдущих лет.

В регионе Карибского бассейна заболевания холерой регистрировали на Кубе: всего за 4 года с 2012 по 2015 год – более 1200 случаев. В Мексике заболевания холерой были выявлены в 2013 г. – 176 случаев, в т.ч. 1 с летальным исходом, и 2014 г. – 14 случаев заболевания без смертельных исходов.

В конце мая 2016 года подтвержден случай заболевания холерой в Эквадоре (последний местный случай холеры в Эквадоре был зарегистрирован в 2004 г.).

В Африканском регионе эпидемиологическую ситуацию по холере можно оценить как неблагополучную.

В 2014 году был отмечен более чем 80%-ный рост числа случаев холеры на Африканском континенте, причем основное бремя пришлось на три страны – Нигерию, Гану и Демократическую Республику Конго.

В 2015 году по неполным данным в странах Африки зарегистрировано около 60 тыс. случаев заболевания холерой и можно отметить небольшую тенденцию снижения заболеваемости.

Но 2016 год начался с неблагополучия в восточной и южной частях Африканского континента – в Кении, Мозамбике, Танзании, Уганде и Замбии. За период с января по апрель 2016 года зарегистрировано 29 тыс. случаев

заболевания холерой, в том числе 337 со смертельным исходом (1,3%) в 14 африканских странах. Большинство заболеваний (85%) приходится на три страны – Танзанию (33%, CFR 0,8%), ДРКонго (28%, CFR 1,7%) и Кения (19%, CFR 1,4%).

В 2014 году заметно выросла в мировой структуре доля стран Азии, где по данным ВОЗ в 11 странах были зарегистрированы более 56 тыс. заболеваний холерой. Наиболее неблагоприятная ситуация наблюдалась в Афганистане – почти 45,5 тыс. больных (что составило 80 % всех случаев холеры в странах Азии). Крупные вспышки были отмечены на Филиппинах и в Индии. По оценкам количество ежегодно возникающих случаев холеры в Индии является более значительным, чем официально регистрируемое, и составляет порядка 20-22 тысяч. Большой проблемой холера остается в Пакистане и в Бангладеш, где на сегодняшний день самая неблагоприятная ситуация – значительная часть населения подвергается высокому риску заболевания и число заболеваний по оценочным данным составляет более 109 тысяч, а летальность 3 %.

В 2015 году тенденция роста заболеваемости холерой в странах Азии продолжилась, в большей степени из-за вспышки в Ираке, которая получила распространение в 17 провинциях страны. Общее число больных к концу года составило более 2,8 тыс. В течение года вспышки регистрировали в Индии, Непале, Бирме, единичные случаи в Таиланде и Сирии.

**Чума.** По данным ВОЗ, в начале нынешнего столетия около 22 тыс. человек (21725) были инфицированы чумой по всему миру, в том числе 1612 смертей (летальность 7,4 %). Наиболее неблагоприятная ситуация складывается в странах Африканского континента, где неблагоприятное по чуме формируется за счет двух стран – Демократической Республики Конго и Мадагаскара. Но заболеваемость в Африке приобрела тенденцию к снижению, такая же тенденция отмечается в странах Азии и в мире в целом. И в последние годы эта тенденция стала еще более выраженной. Ежегодно заболевания чумой выявляют на Мадагаскаре и в Демократической Республике Конго. Именно за счет этих двух стран формируется неблагоприятное по чуме на Африканском континенте – более 90 % всех африканских случаев чумы приходится на эти страны.

По данным ВОЗ в 2010-2015 гг. в 10 странах мира зарегистрировано 3248 случаев заболевания чумой человека (ежегодно в среднем заболевает 541 человек). В том числе, в прошедшем 2015 году было выявлено 320 заболевших.

Заболевания чумой в течение последних 5 лет зарегистрированы на Африканском континенте – в Танзании, Уганде, ДРКонго, на Мадагаскаре; в Американском регионе на юге – в Боливии и Перу, в северной части – в США; в Азии – в Монголии, Китае и Киргизии.

**Малярия.** Малярия, одна из самых распространенных и тяжелых тропических болезней, продолжает угрожать примерно половине населения

мира – около 3,2 млрд. человек в 97 странах подвергаются риску заболевания малярией.

По последним оценкам ВОЗ, в 2015 году в мире произошло 214 млн. случаев заболевания малярией и 438 тыс. случаев смерти от нее.

В период между 2000 и 2015 гг. заболеваемость малярией снизилась во всем мире на 37%; смертность – на 60%.

По-прежнему большинство случаев заболевания малярией и смерти от нее происходит в Африке к югу от Сахары. Приблизительно на 15 стран, главным образом в Африке к югу от Сахары, приходится 80% всех случаев заболевания и 78% всех случаев смерти от малярии в мире. Заболевания малярией также регистрируют в Азии, Латинской Америке и, в меньшей степени, на Ближнем Востоке и в отдельных регионах Европы.

В Российской Федерации ежегодно регистрируются преимущественно случаи завоза малярии, которые происходят из стран дальнего зарубежья – Африки, Азии, Южной Америки и Карибского бассейна, Океании.

**Лихорадка денге.** Резко возросшая в последние десятилетия заболеваемость лихорадкой денге, ставит это заболевание в ряд основных проблем международного здравоохранения. Эта инфекционная болезнь квалифицирована ВОЗ как самое быстро распространяющееся тропическое заболевание, представляющее реальную эпидемическую угрозу для населения 128 стран мира. Хотя преимущественно денге распространена в тропических и субтропических районах мира, но активное перемещение людей и товаров способствует ее широкому распространению в страны, где ранее она никогда не встречалась. Влияние оказывает также и глобальное изменение климата.

В 2014-2015 гг. рекордно высокое число случаев заболеваний лихорадкой денге были зарегистрированы в Малайзии. В Китае вспышка превратилась в эпидемию и стала самой серьезной за последние два десятилетия.

В 2015 году значительная по масштабу эпидемия денге зарегистрирована на Тайване: количество заболевших – более 20 тысяч.

В Сингапуре – более 11 тысяч случаев.

В Индии – сильнейшая за последние пять лет вспышка лихорадки денге. Более 6,5 тысяч больных.

В странах в Южной и Центральной Америки также складывается неблагоприятная ситуация по лихорадке денге – Мексика, Сальвадор, Гондурас, Гватемала, Никарагуа, Бразилия, Парагвай.

На Африканском континенте с 2013 г. вспышки денге регистрируются в Анголе, Мозамбике и Объединенной Республике Танзания (но сообщения о вспышках ЛД в разные годы поступали из 22 стран).

В регионе Восточного Средиземноморья денге считается возникающей болезнью, случаи заболевания выявляют, в основном, вдоль береговой линии стран, расположенных на побережье Красного моря. Денге начинает представлять серьезную проблему в Пакистане, Саудовской Аравии и Йемене. Вспышки денге стали регистрировать в Джибути, Сомали и Судане.

В Европе, начиная с 2010 г. регистрируется местная передача вируса денге (Хорватия, Франция). В 2012 г. была зарегистрирована вспышка на о. Мадейра (Португалия), самая масштабная в Европе с 1920-х годов (более 2200 случаев заболевания).

В Российской Федерации в последние годы увеличилось число завозных случаев лихорадки денге, в основном из стран Юго-Восточной Азии – Таиланда, Индонезии, Индии, Вьетнама, Бангладеш, Гонконга.

**Желтая лихорадка.** В начале нового столетия наблюдается активизация природных очагов желтой лихорадки в эндемичных районах 44 стран, расположенных в Экваториальной Африке и Южной Америке. Население этих стран составляет более 900 млн. человек

В Американском регионе наибольшему риску подвергается население Боливии, Бразилии, Колумбии, Перу и Эквадора. В течение последних 10-ти лет случаи заболевания желтой лихорадкой были зарегистрированы в Аргентине, Боливии, Бразилии, Колумбии, Эквадоре, Парагвае, Перу и Венесуэле.

С начала 2016 г. вспышка желтой лихорадки протекает в Перу – 42 вероятных случая заболевания (в т.ч. 37 – лабораторно подтвержденных). Заболевания зарегистрированы в течение первого полугодия 2016 г. в Колумбии и Бразилии.

В странах Африки резкое увеличение заболеваний желтой лихорадкой произошло в 2011 году – почти 2,5 тыс. случаев в 13 странах. Наиболее сложная обстановка складывалась в Нигерии, Сьерра-Леоне, Буркина-Фасо, Южном Судане, Конго и Демократической Республике Конго.

В 2012 г. крупная вспышка желтой лихорадки была отмечена в Судане (850 больных, в т.ч. 171 умерших).

В конце 2015 г. вспышка желтой лихорадки началась в Анголе, которая продолжается и в настоящее время. Это первая вспышка с 1988 года, хотя для Анголы заболевание является эндемичным. По состоянию на 24 июня 2016 г. зарегистрировано в общей сложности 3464 подозреваемых случаев, из которых 868 подтверждены лабораторно, количество смертельных исходов – 353. Заболевания зарегистрированы во всех 18 провинций страны. Отмечены случаи завоза желтой лихорадки в Мавританию (1 случай), Кению (2 случая), КНР (11 случаев) и ДРК (59 случаев). По оценкам ВОЗ, существует риск дальнейшего распространения инфекции в незатронутые районы и в соседние страны.

В Демократической Республике Конго вспышки желтой лихорадки регистрируются практически ежегодно. Последняя отмечена в марте 2016 г., и по данным на 23 июня 2016 г. в 5 провинциях страны зарегистрировано 1307 подозреваемых случаев, 68 из которых лабораторно подтверждены, и 75 смертельных случаев. Из 68 подтвержденных случаев заболевания: 59 импортированы из Анголы, 7 обусловлены местной передачей завезенного вируса и 2 случая заражения возникли на территории ДРК.

В апреле 2016 г. вспышка желтой лихорадки зарегистрирована в Уганде – в общей сложности в 7 районах страны 60 случаев (из них 7 подтверждено лабораторно) и 13 летальных исходов. Остановить распространение болезни в мае 2016 г. удалось в результате проведенной вакцинации 93,3 % населения пострадавших регионов.

В конце 2015 г. – начале 2016 г. в восточной части Ганы отмечена вспышка желтой лихорадки, не связанная с событиями в Анголе (12 случаев, подтверждены – 4, смертельных исходов – 3).

**Лихорадка Эбола.** В начале нового тысячелетия зарегистрирована целая череда вспышек лихорадки Эбола в странах Африки. Всего, начиная с момента первого появления лихорадки Эбола, выявлены более 20-ти вспышек и отдельные случаи инфицирования человека в Демократической Республике Конго, Судане, Габоне, Уганде, Республике Конго и Кот-д'Ивуаре.

На западе африканского континента эпидемия болезни, вызванной вирусом Эбола (БВВЭ), началась в декабре 2013 г. на юго-востоке Гвинеи и была признана ВОЗ чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение. Заболевания зарегистрированы кроме Гвинеи в Либерии и Сьерра-Леоне – 28616 заболеваний и 11310 смертей. Кроме трех стран с активной передачей еще в семи странах (Сенегал, Нигерия, Мали, Италия, Испания, Великобритания, США) были отмечены 36 случаев заболевания с 15 летальными исходами.

В августе 2014 года в Демократической Республике Конго выявлена вспышка БВВЭ, зарегистрировано 66 случаев заболевания, в т.ч. 49 случаев смерти. Завершилась вспышка в ноябре 2014 г.

В странах Западной Африки эпидемия БВВЭ в настоящее время завершена: 17 марта 2016 г. в Сьерра-Леоне, 1 июня – в Гвинее, 9 июня – в Либерии.

**Лихорадка Ласса.** Заболевание является эндемичным в Нигерии, Либерии, Сьерра-Леоне и Гвинее, где регистрируются спорадические случаи и вспышки. Риск заражения лихорадкой Ласса подвержено около 58 млн. человек, живущих в странах Западной Африки, где, по оценочным данным, ежегодно наблюдается от 300 до 500 тысяч случаев заболевания, и в среднем примерно 5000 смертельных исходов. Предположительно, у 80 % заразившихся лихорадкой Ласса, заболевание протекает бессимптомно.

В Нигерии вспышки лихорадки Ласса в различных частях страны продолжают уже на протяжении нескольких лет подряд: в 2012 и 2013 гг. было зарегистрировано более 2900 случаев заболевания, 2014 г. – 989.

Вспышка лихорадки Ласса в Нигерии продолжается с августа 2015 г. по настоящее время (июль 2016 г.). В течение 2016 г. (по состоянию на 4 июня) зарегистрировано 717 подозреваемых случаев лихорадки Ласса, из которых 71 подтвержден лабораторно, 87 заболеваний имели летальный исход. Заболевания зарегистрированы в 27 штатах страны. С момента начала вспышки

инфицировано 10 медицинских работников (в т.ч. 2 скончались). Из этих 10 случаев в четырех была установлена нозокомиальная передача вируса.

С начала 2016 года 38 предполагаемых случаев лихорадки Ласса зарегистрированы в Либерии (лабораторно подтверждены – 7, смертельных исходов – 15). Лихорадка Ласса является эндемичным заболеванием в Либерии, гиперэндемичные районы расположены на севере и северо-востоке страны. В мае 2015 г. зарегистрирован завозной случай лихорадки Ласса из Либерии в США, в апреле 2016 г. – в Швецию.

В январе 2016 г. зарегистрирована вспышка Ласса в Бенине – отмечено 54 случая заболевания (в том числе 16 подтвержденных и 28 со смертельным исходом). Впервые лихорадка Ласса была зарегистрирована в Бенине в ноябре 2014 г. в результате проведения усиленного эпидемиологического надзора в связи с эпидемией БВВЭ в странах Западной Африки.

В начале 2016 г. зарегистрировано 2 заболевания в Того. Первый заболевший был перевезен и госпитализирован в США. Вторым был эвакуирован в Германию для лечения осложнений тропической малярии. Был госпитализирован и умер 25 февраля. Лабораторные исследования, проведенные после гибели пациента, выявили у погибшего вирус Ласса. С этим больным связана местная передача лихорадки Ласса в Германии: сотрудник похоронного бюро, проводивший подготовку тела для репатриации в США, заразился от тела умершего. Он никуда не выезжал за пределы Германии в течение 21 дня. Это первый известный случай инфицирования за пределами Африки (получен положительный результат ПЦР).

Вспышки лихорадки Ласса на западе Африканского континента регистрируют в Сьерра-Леоне, наиболее часто – в округах на востоке страны, на границе с Либерией.

Эндемичной по лихорадке Ласса является Гвинея – вся территория страны, но большую часть заболеваний выявляют в префектурах, расположенных в центральном и юго-восточном регионах. В настоящее время сообщений о заболеваниях нет.

Особенность лихорадки Ласса – большое количество заносов из эндемичных стран в государства, свободные от этого заболевания. Более 30 заносных случаев были зарегистрированы в Великобритании, Германии, Нидерландах, США, Канаде, Японии, ЮАР, Швеции, которые чаще всего заканчиваются летальным исходом.

**Ближневосточный респираторный синдром (БВРС).** Первые случаи заболевания новой коронавирусной инфекцией были отмечены в Саудовской Аравии в апреле 2012 года. Вновь выделенная разновидность представляет собой особый штамм коронавирусов, ранее не выявляемый среди людей и отличающийся от возбудителя SARS. Точный механизм заражения человека не установлен: известно, что заболевшие коронавирусной инфекцией посещали верблюжьи фермы, ухаживали за животными и предположительно были инфицированы слюной верблюдов.

Но вирус способен передаваться от человека к человеку и такая передача возможна среди тесно контактирующих между собой людей, что подтверждается выявлением заболеваний в медицинских учреждениях и среди близких родственников в ОАЭ и Южной Корее. Вспышка, зарегистрированная в мае-июне 2015 года в Южной Корее, стала крупнейшей за пределами Ближнего Востока (186 больных, в т.ч. 38 с летальным исходом).

Ближний Восток на сегодняшний день остается регионом с наибольшим риском заражения людей, в основном в Саудовской Аравии, а также в Объединенных Арабских Эмиратах и Катаре. Всего с 2012 года по 29 июня 2016 зарегистрировано 1769 случаев заболевания и 630 летальных исходов. Наибольшее число заболевших отмечено в Саудовской Аравии – более 1400 (599 смертей).

Всего случаи заболевания зарегистрированы в 27 странах на Ближнем Востоке, в Северной Африке, Европе и Азии, в США.

**Грипп.** Грипп птиц остается опасной разновидностью вирусных инфекций дыхательных путей. Наиболее опасными являются вирусы гриппа птиц А подтипов Н5 и Н7, вызывающие тяжелые заболевания у людей. Грипп птиц АН5N1 известен с 1997 г., когда отмечены первые случаи заражения людей. С 2003 г. заболевания людей гриппом птиц А(Н5N1) регистрируются ежегодно и в 16 странах мира по данным на 02.07.2016 г. выявлено 851 лабораторно подтвержденный случай заражения и 450 случаев смерти.

В конце марта 2013 года в Китае стала распространяться новая разновидность гриппа птиц А(Н7N9), вызвавшая заболевания людей. Заболевания зарегистрированы на востоке Китая в провинциях, муниципалитетах Шанхай (Shanghai) и Пекин (Beijing)], в Гонконге и на Тайване. Завозные случаи гриппа А(Н7N9) отмечены в Малайзии и Канаде.

Отмечены несколько волн заболеваний: первая началась весной 2013 г., вторая – в октябре 2013 г., третья – в ноябре 2014 г., четвертая – в октябре 2015 г. Всего с 31 марта 2013 г. по июнь 2016 г. лабораторно подтверждены 790 случаев инфицирования человека вирусом гриппа А(Н7N9).

Значительная доля случаев заболевания человека произошла в результате прямых контактов с живой птицей или с зараженной средой, включая рынки, где торгуют живой птицей. Достаточных доказательств эффективной передачи вируса гриппа птиц А(Н7N9) от человека к человеку в настоящее время нет. Но были зарегистрированы два подтвержденных случая тяжелой пневмонии в одной семье, где не может быть исключена передача от человека человеку.

**Менингококковая инфекция.** Менингококковая инфекция регистрируется во всех странах мира, но наиболее высокая заболеваемость – в странах Африки, особенно в Центральной и Западной («менингитный пояс»). В период с января по май 2016 года, в общей сложности 14650 случаев заболевания менингитом, в том числе 1227 смертельных исходов было зарегистрировано в 19 странах «менингитного пояса». Наиболее высокие

показатели заболеваемости отмечены в ДРК (3359 случаев заболевания, 322 летальных исхода), Гане (2354/212), Буркина-Фасо (2037/222), Нигере (1530/113), Того (1828/118). Более 50 % заболеваний вызваны *Neisseria meningitidis* серогрупп W135 (Nm W135) и C (Nm C).

**Лихорадка Зика.** Пристальное внимание лихорадка Зика – вирусная болезнь, передаваемая комарами, привлекла к себе в 2015 году, в результате развития тяжелых осложнений после перенесенного заболевания: прежде всего, микроцефалии плода при заражениях беременных женщин, синдрома Гийена-Барре, а также других неврологических осложнений.

Первые заболевания в Южной Америке были зарегистрированы на острове Пасхи и в Чили. А с апреля 2015 года – в Бразилии, а затем и в других странах, продолжается эпидемическое распространение лихорадки Зика. В Американском регионе передача вируса Зика была подтверждена в 2015 году в 34 странах и территориях.

В мире, по данным на 29 июня 2016 года, заболевание отмечено уже в 61 стране и территориях: в 47 странах вспышки лихорадки Зика продолжаются с 2015 года (нет никаких доказательств, что передача вируса в этих странах регистрировалась ранее); в 14 странах доказана передача вируса Зика в период между 2007 и 2014 годами, продолжающаяся и в настоящее время. Еще в 4-х странах – Острова Кука, Французская Полинезия, Чили и о. Яп, (Федеративные штаты Микронезии), доказана передача вируса Зика в период между 2007 и 2014 годами, но в настоящее время активная передача вируса отсутствует.

Отмечены 24 случая передачи инфекции при половом контакте в 10 странах: Аргентине (1), Чили (1), Новой Зеландии (1), США (11), Франции (5), Италии (1), Канаде (1), Перу (1), Португалия (1), Германии (1).

По данным ВОЗ, из 53 стран Европейского региона в 22-х существует высокая или умеренная вероятность распространения вируса Зика. Среди таких стран: Франция, Италия, Мальта, Испания, Турция, Словения, Румыния, Болгария, Грузия, Португалия (о. Мадейра).

По результатам исследований, опубликованным в журнале eLife, распространение вируса Зика не ограничивается одним ареалом обитания *Aedes aegypti*. Вероятная область распространения вируса охватывает территории от северной Австралии до южной Азии, всю центральную и части западной и южной Африки, а также большую часть Южной и часть Северной Америки, включая побережье США. Более 2 млрд. человек проживают в регионах, где существует опасность распространения вируса Зика.