

**Обзор эпидемиологической обстановки по актуальным инфекционным болезням во всех регионах мира, значимой для обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в период проведения XXI Чемпионата мира по футболу 2018 г.**

На сегодняшний день, в ряде стран мира сохраняется сложная эпидемиологическая ситуация по опасным инфекционным болезням, что в условиях предстоящего Чемпионата мира по футболу 2018 г. в России, представляет собой потенциальные риски санитарно-эпидемиологическому благополучию населения Российской Федерации, а также гостей, планирующих принять участие в Чемпионате.

Сегодня любая вспышка инфекционного заболевания способна в считанные дни перерасти в глобальную угрозу. В таких условиях одним из ключевых элементов успешного противостояния инфекционным болезням является информация о их наличии и распространении в странах мира. Настоящий обзор посвящен рассмотрению инфекционных болезней, активная регистрация которых была отмечена в течение последних лет и которые на современном этапе представляют собой наиболее актуальные угрозы санитарно-эпидемиологическому благополучию населения в странах мира. В данном обзоре представлен анализ актуальной эпидемиологической обстановки в отношении известных, новых (неизвестных), распространяющихся на новые территории инфекционных болезней во всех регионах ВОЗ. В основу обзора положены официальные статистические данные Всемирной организации здравоохранения и региональных бюро, Министерств здравоохранения соответствующих стран, Центра по контролю и профилактике заболеваний.

**Африканский регион ВОЗ**

**Чума.** Природные очаги чумы располагаются на территории многих стран региона, в том числе в Мавритании, Уганде, Мозамбике, на Мадагаскаре, Замбии, Малави, Зимбабве, Ботсване, ЮАР, Намибии, Анголе, Демократической Республики Конго. За период с 2015 по 2017 гг. на территории Африканского континента зарегистрировано 3001 случаев заболевания чумой в четырех странах. В 2015 году случаи заболевания отмечались в Демократической Республике Конго (18 случаев заболевания), Уганде (3), Танзании (5), на Мадагаскаре (275), в Замбии – 21 подозрительный на чуму случаев заболевания. В большинстве случаев преобладала бубонная форма болезни (67%). В 2016 и 2017 гг., заболевания отмечены на острове Мадагаскар (2016 г. – 283 случая заболевания; 2017 г. – 2417). Главными особенностями вспышки чумы на Мадагаскаре 2017 года стали, преобладание в общей заболеваемости, случаев легочной формы болезни (71%) и их регистрация в различных частях страны, в том числе и в не эндемичных районах и крупных городах. По состоянию на 20 мая 2018 года, с 01.01.2018 г., в общей сложности зарегистрировано 259

новых случаев заболевания чумой, из них 71% случаев бубонной формы болезни, 29% – легочной, унесших жизни 28 человек.

**Холера** является эндемичной болезнью в большинстве стран региона. С 2010 года, случаи заболевания холерой не регистрировались лишь в Ботсване и на Мадагаскаре. Крупные вспышки регистрируются ежегодно в Демократической Республике Конго, Анголе, Уганде, Мозамбике, Нигерии, Замбии. В 2017 году в регионе отмечена неблагоприятная ситуация – зарегистрировано более 65,5 тыс. случаев холеры (65537), в т.ч. в ДР Конго – более 55 тыс. (55028) и в Нигерии – около 9 тыс. (9013) заболевших. На эти две страны приходилось почти 98% заболеваний холерой. В 2018 году заболевания продолжают регистрировать, по данным ВОЗ за 5 мес. 2018 г. в ДР Конго зарегистрировано (11187), Нигерии (5290), Конго (52), Сьерра-Леоне (32) и Либерии (45), всего – более 16,5 тыс. (16629). Самый высокий уровень летальности в Восточной и Южной Африке в 2017 году – 4,9% отмечен в Анголе, 2,4% в Замбии. Чуть ниже – в Уганде (2,0%), Кении (1,8%) и Танзании (1,8%). В настоящее время в 6-ти странах Восточной и Южной Африки имеет место активная передача холеры: Кения, Танзания, Ангола, Уганда, Замбия и Зимбабве. Показатель летальности составляет более 1%, причем самые высокие показатели в Зимбабве (4,2%) и Уганде (2,1%).

**Желтая лихорадка.** В Африке природные очаги **желтой лихорадки** занимают огромную территорию от южной части пустыни Сахара на севере до Анголы на юге (32 страны), где существуют благоприятные условия для сохранения вируса в популяции теплокровных животных и развития его в организме комара-переносчика (тропические леса, повышенная влажность, высокая температура). В 2015-2016 гг. зарегистрирована крупнейшая вспышка желтой лихорадки в Анголе: в общей сложности отмечено 4306 случаев, из которых 884 были подтверждены лабораторно (количество смертельных исходов – 377, лабораторно подтвержден 121; показатель летальности – 8,7%). В марте 2016 г. вспышка желтой лихорадки была зарегистрирована в Демократической Республике Конго, первые заболевания были связаны с эпидемией в Анголе – 59 случаев. Всего в период вспышки выявлены 2987 случаев (в.ч. 120 летальных, 4,12%), лабораторно подтвержден 81 и 16 смертей. Вспышки желтой лихорадки в ДРК регистрируются практически ежегодно. В 2016 г. вспышка желтой лихорадки отмечена в Уганде (30 случаев заболевания, 7 - подтверждены лабораторно, 13- 7 смертельных исходов); восточной части Ганы (12 случаев, подтверждены – 4, смертельных исходов – 3); сообщения о зарегистрированных случаях заболевания приходили из Гвинеи. В 2017 году вспышка желтой лихорадки зарегистрирована только на территории Нигерии, по состоянию на 25.05.2018 года вспышка продолжа-

ется. Всего с начала вспышки (сентябрь 2017 г.) зарегистрировано 1711 подозрительных на желтую лихорадку случаев заболевания, в том числе 47 летальных.

**Полиомиелит.** Местная передача полиовируса в настоящее время продолжается на территории Нигерии. С 2014 по июль 2016 года на территории страны не было отмечено ни одного случая заболевания. В июле-августе 2016 г. в штате Борно на севере Нигерии зарегистрированы 4 случая заболевания, в результате чего Нигерия вновь отнесена к числу стран, эндемичных по полиомиелиту. В труднодоступных северо-восточных районах Нигерии высока вероятность продолжающейся циркуляции дикого полиовируса и сохраняется риск возникновения заболеваний. Существует высокий риск международного распространения полиовируса из Нигерии в страны Африки, свободные от полиомиелита (в 2017 и начале 2018 года – случаев заболевания не отмечено). В 2017 году, на территории Демократической Республики Конго зарегистрирована вспышка, связанная с циркуляцией вакциноассоциированного полиовируса 2 типа, всего подтверждено 22 случая заболевания (сVDPV2) среди детей до 10 лет. В феврале 2018 года в стране вновь отмечена вспышка заболеваний, вызванных полиовирусом вакцинного происхождения типа 2 – 4 случая заболевания (сVDPV2). Последний случай заболевания, вызванный диким полиовирусом, зарегистрирован в ДРК Конго 20 декабря 2011 года в провинции Маниема.

**Малярия.** В настоящее время малярия является эндемичным заболеванием в 43 странах Африканского региона. Несмотря на снижение темпа роста заболеваемости, количество больных малярией продолжает увеличиваться: большинство случаев заболевания малярией и смерти от нее происходит в странах Африке, расположенных южнее Сахары (90% всех случаев заболевания и 91% всех случаев смерти от малярии в мире). Наиболее распространенным является возбудитель тропической малярии *Pl.falciparum* (99% случаев), встречаются возбудители 4-дневной (*Pl.malariae*) и овале-малярии (*Pl.ovale*). В большинстве стран Африки устойчивая передача малярии происходит в течение всего года, и только в некоторых – носит сезонный характер. На завозные случаи малярии из стран Африканского континента, регистрируемые, например, в странах Европы, приходится до 80%.

**Лихорадка денге** является эндемичной болезнью для 14 стран региона. Вспышки денге отмечали в последние годы в Анголе, Мозамбике, Танзании. В 2017 году случаи заболевания регистрировались в Кабо-Верде (2 212), Кении (1 617), Мозамбике (713), Танзании (56), Анголе (78). В настоящий момент, на Сейшельских островах продолжается вспышка лихорадки денге, начавшаяся 20 июня 2017 года, в которой зарегистрировано 4 950 подозрительных на лихорадку денге случаев заболевания, 1 429 из которых под-

тверждены лабораторно. Также в 2018 году сообщается о регистрации заболевания в Мавритании (307) и Танзании (13).

**Менингококковый менингит.** Менингококковый менингит наблюдается во всем мире, но наибольшее бремя болезни приходится на страны, расположенные в африканском «поясе менингита» который простирается от Сенегала на западе до Эфиопии на востоке. Ежегодно регистрируется около 30 000 случаев менингита. В 2017 г. было зарегистрировано 34103 случая заболевания, в том числе 2278 летальных. Наиболее высокие показатели заболеваемости отмечены в Нигерии (10043 случая), Нигере (3506), Буркина Фасо (2564) и ДР Конго (8184), хотя большая часть территории этой страны расположена за пределами африканского «пояса менингита». В исследованных образцах среди возбудителей преобладающими являлись *Neisseria meningitidis серогруппы C* (31,8%), затем *Streptococcus pneumoniae* (28,8%); *Neisseria meningitidis X* (11,9%) и *Neisseria meningitidis W* (9,4%). В течение 4 месяцев 2018 года в 24 странах «менингитного пояса» выявлен 11581 случай заболевания, в том числе 849 летальных. Крупные вспышки отмечены в ДР Конго – 3166 случаев заболевания (254 летальных), Нигерии – 3301 случаев заболевания, из которых 296 закончились летальным исходом (показатель летальности составил 9,1%); в Нигере – 1 120 случаев заболевания, 91 из которых закончились летальным исходом (показатель летальности – 8,1%).

**Лихорадка Ласса.** Эндемичными территориями считаются 10 стран в Западной Африке (Гвинея, Сьерра-Леоне, Кот д'Ивуар, Гана, Буркина Фаса, Того, Бенин, Нигерия и Мали). В ряде стран вспышки регистрируют ежегодно. Сократились интервалы между вспышками, они продолжаются без перерыва на протяжении всего года, возросло число заболевших. В течение 2017 года заболевания лихорадкой Ласса регистрировали в Нигерии, Бенине, Того и Буркина-Фасо. В Нигерии вспышки лихорадки Ласса в различных частях страны продолжаются уже на протяжении нескольких лет подряд. С января по 13 мая 2018 года зарегистрировано 1914 подозрительных случаев заболевания; 107 смертей, в том числе 38 случаев у медицинских работников. Кроме Нигерии заболевания отмечены в Либерии (81/22).

**Болезнь вызванная вирусом Эбола.** Ареал вируса Эбола находится южнее Сахары, охватывает зону влажных тропических лесов Центральной и Западной Африки. С момента открытия вируса в 1976 году зарегистрированы более 20 вспышек и отдельные случаи инфицирования человека в Демократической Республике Конго), Судане, Габоне, Республике Конго, Уганде и Кот-д'Ивуаре. Самая крупная, тяжелая и сложная за всю историю лихорадки Эбола эпидемия в Западной Африке, начавшаяся в декабре 2013 года, завершилась в июне 2016 года. В 2017 г. на северо-востоке ДР Конго была зарегистрирована

вспышка лихорадки Эбола: 8 случаев заболевания (5 подтверждены), в том числе 4 с летальным исходом. 8 мая 2018 года в провинции на северо-западе ДР Конго вновь отмечена вспышка лихорадки Эбола, которая еще продолжается. После предыдущей вспышки прошло менее года. По состоянию на 28 мая насчитывается 56 случаев, в том числе 25 летальных и пять заболеваний среди медицинских работников (в т.ч. 4 подтверждены, 2 летальных). Из зарегистрированных случаев, 35 подтверждены, 8 подозреваются и 13 являются вероятными. 13 апреля 2018 года в Будапеште (Венгрия) произошло заражение вирусом Эбола сотрудника одной из лабораторий. Клинические симптомы заболевания так и не развились (по состоянию на 27.04.2018 года).

**Лихорадка Марбург.** Риск передачи существует на территории 27 стран Африканского региона (центральная и южная его части). Всего за период с 2000 по 2016 год зарегистрировано 301 случай заболевания, из них 252 смертельных в ДР Конго, Анголе и Уганде. Последняя вспышка лихорадки Марбург зарегистрирована в октябре 2017 года в восточной части Уганды, во время которой выявлено 3 летальных случая заболевания (2 подтвержденных и 1 вероятный).

**Туберкулез.** На Африканском континенте ежегодно регистрируется около 25% всех новых случаев заболевания туберкулезом, отмечаемых в мире. В 2016 году зарегистрировано 1 303 483 случаев заболевания туберкулезом, что на 2,25% меньше, чем в 2015 г. (1 333 504). Самый высокий уровень заболеваемости туберкулезом отмечен в Нигерии (407 на 100 населения, 100 433 новых случаев заболевания) и ЮАР (438 на 100 тыс. населения, 244 053 новых случаев заболевания).

**Мелиоидоз** эндемичен для ряда стран Западной и Центральной Африки (Буркина Фасо, Нигер, Чад, Габон, Кения и ЮАР) и острова Мадагаскар. На этих территориях возбудитель мелиоидоза (*B. pseudomallei*) выделялся в разные годы от людей, животных и из объектов внешней среды. Спорадические случаи заболевания людей отмечали в Нигерии, Гамбии, Кении и Уганде.

**Оспа обезьян** распространена в зоне влажных тропических лесов Центральной и Западной Африки. Случаи заболевания регистрировали в ЦАР, ДР Конго, Конго, Камеруне, Кот-д'Ивуаре, Либерии, Нигерии, Сьерра-Леоне, Судане и Габоне. В настоящее время, вспышка оспы обезьян, начавшаяся в сентябре 2017 года, продолжается на территории Нигерии. Всего в ходе вспышки зарегистрировано 244 случаев заболевания, из них 6 смертельных. Также в 2018 году вспышки заболевания зарегистрированы на территориях Демократической Республики Конго (1 210 случаев заболевания, из них 34 подтверждены лабораторно, 28 летальных), Центральной Африканской Республики (20 случаев заболевания, 9 подтверждены лабораторно, 1 случай заболевания летальный). По состоя-

нию на 15 мая 2018 года, на территории Камеруна зарегистрировано 14 лабораторно подтвержденных случаев заболевания, еще 20 находятся под подозрением. Зарегистрировано 12 летальных случаев заболевания.

**Крымская геморрагическая лихорадка.** Циркуляция возбудителя установлена на территории 17 Африканских стран. Природные очаги КГЛ отмечены в Сенегале, Мавритании, Нигерии, ЦАР, Кении, Уганде, Танзании, Эфиопии, ЮАР, Зимбабве, Демократической Республике Конго, Буркина-Фасо, Гвинее. В 2017 году заболевания КГЛ регистрировались в Уганде (8), ЮАР (2), Намибии (3), Мавритании (3), Сенегале (3, в т.ч. 2 завозных из Мавритании). В 2018 году заболевания зарегистрированы в Намибии – 2 случая, один из которых закончился летальным исходом, и в Мавритании – 2 случая.

**Лихорадка Западного Нила.** Циркуляция вируса Западного Нила отмечается практически на всей территории Африканского континента. Ежегодно в странах Южной Африки регистрируется от 5 до 15 подтвержденных случаев ЛЗН человека, но предполагается, что уровень заболеваемости намного выше, так как не все заболевшие обследуются лабораторно. В 2018 году в Африканском регионе случаев заболевания ЛЗН не выявлено.

**Лихорадка Рифт-Валли.** К эндемичным относятся территории ряда Африканских государств, где неоднократно регистрировались крупные вспышки заболевания: Гамбия, Сенегал, Мавритания, Намибия, ЮАР, Мозамбик, Зимбабве, Замбия, Кения, Мадагаскар. Спорадическая заболеваемость, а также периодическое выделение вируса и серологические находки отмечены в Ботсване, Анголе, ДРК Конго, Республике Конго, Габоне, Камеруне, Нигерии, ЦАР, Чаде, Нигере, Буркина-Фасо, Мали, Гвинее, Танзании, Малави, Уганде, Эфиопии. В 2018 году зарегистрирована крупная вспышка в Южном Судане (31 случай заболевания, 4 смертельных).

**Сибирская язва.** Заболевание широко распространено в Африке. Спорадическая заболеваемость регистрируется на территориях с развитым животноводством. В 2018 году отмечено 2 вспышки сибирской язвы на территории Уганды – всего зарегистрировано 83 случая заболевания без летальных исходов. Во всех случаях заболевания отмечалась кожная форма болезни. Источником заражения послужило мясо павшей коровы (употребление в пищу).

**Бруцеллез.** Официальная регистрация болезни не ведется. В разные годы, случаи заболевания бруцеллезом людей регистрировали в Буркина-Фасо, Республике Конго, Эритрее, Мали, Намибии, Гане, Того, Чаде, Камеруне, Эфиопии, Кении, Нигерии, Танзании и Уганде.

### Американский регион ВОЗ

**Лихорадка денге.** Практически вся территория Центральной и Южной Америки и страны Карибского бассейна эндемичны по лихорадке денге. В регионе установлена циркуляция всех четырех субтипов вируса денге. Подъем уровня заболеваемости происходит каждые 3–5 лет. Значительный рост заболеваемости отмечен в 2015 г. и 2016 г., когда количество случаев лихорадки денге составило 2,4 и 2,1 млн. соответственно. В 2017 г. зарегистрировано 578274 случаев денге, что в 3,7 раза меньше, чем в предыдущем 2016 году. Большинство случаев в Бразилии (более 250 тыс.), Мексике (более 89, 5 тыс.), Перу (более 75,5 тыс.), Никарагуа (более 64,5 тыс.), Колумбии (около 26 тыс.). В 2017 г. в регионе отмечено 580,5 тыс. случаев денге, в 2018 г. – 186,9 тыс. случаев (по данным на 31 мая). Наибольшее количество заболевших в текущем году выявлено в Бразилии (101,8 тыс.), что составляет 54,5% общего числа случаев в регионе. Напряженная эпидемиологическая ситуация отмечается в Парагвае, где число больных с начала 2018 г. (24726 случаев) значительно превысило уровень заболеваемости 2017 г. (1832 случая). В Аргентине диагностирован 701 случай заболевания (рост по сравнению с 2017 г., когда выявлено 557 случаев), Колумбии – 10834, Мексике – 8071, Коста-Рике – 582, Панаме – 2175, Перу – 8274. Следует отметить, что возникновение вспышечной заболеваемости и увеличение числа случаев заболевания лихорадкой денге в странах Центральной и Южной Америки, Карибского бассейна ожидается в осенне-зимний период, что связано с началом сезона дождей. На этот же период приходится и наибольший риск заноса лихорадки денге из стран Американского региона.

**Желтая лихорадка.** Ареал желтой лихорадки включает 13 стран Южной и Центральной Америки. В последние годы наблюдается активизация природных очагов желтой лихорадки в эндемичных районах. С июля 2016 по июнь 2017 года в Бразилии зарегистрировано 779 случаев заболевания желтой лихорадкой и 262 случая смерти. В декабре 2017 года в Бразилии вновь был отмечен рост числа заболеваний людей желтой лихорадкой: с июля 2017 до середины мая 2018 года зарегистрировано 1266 подтвержденных случаев желтой лихорадки (в том числе 415 случаев смерти). С января 2018 года большинство случаев заболевания отмечены в столичных областях Сан-Паулу (516) и Рио-де-Жанейро (223) и штате Минас-Жерайсе (520). Зарегистрированы 752 подтвержденных эпизоотии у нечеловекообразных приматов: 603 – в штате Сан-Паулу, 103 – в Минас-Жерайсе, 39 – в штате Рио-де-Жанейро, 4 – в Токантинах, 2 – в Эспириту-Санто и 1 – в Мату-Гросу. С начала 2018 года отмечены случаи заболевания желтой лихорадкой у невакцинированных лиц, путешествовавших по Бразилии: Франция (1 подтвержденный, был еще 1 подозрительный), Чехия (1), Нидерланды (1), Румыния (1), Швейцария (1, летальный исход), Гер-

мания (3, один из которых зарегистрирован в Великобритании). Три подтвержденных случая выявлены у чилийских граждан (двое умерли) и еще три – у аргентинцев. Кроме Бразилии подозрительные на желтую лихорадку случаи заболевания в 2017 года отмечены в Колумбии (2), Эквадоре (3), Перу (17), Боливии (5), Французской Гвиане (1) и Суринаме (1). В 2018 году заболевания желтой лихорадкой выявлены в Перу: 22 случая, 8 из которых были подтверждены лабораторно. Большинство заболевших являются жителями района Каллериа, провинция Коронель Портильо, регион Укаяли. В марте 2018 г. зарегистрирован случай заболевания у путешественницы из Нидерландов, посетившей Суринам и не имевшей прививки против желтой лихорадки.

**Лихорадка чикунгунья.** С 2013 г. в регионе регистрируются местные случаи заболевания. Подъем заболеваемости в регионе отмечен в 2016 г., когда было выявлено 504,1 тыс. случаев заражения вирусом чикунгунья. В 2017 г. общее количество заболевших составило 184,7 тыс., включая 101 летальный исход. Наибольшее количество случаев отмечено в Бразилии, где выявлено 171,9 тыс. случаев заболевания, включая 121,7 тыс. лабораторно подтвержденных случаев. Сложная эпидемиологическая обстановка отмечалась в штатах Сеара, Рорайма, Токантинс и Минас-Жерайс. В 2018 г. заболевания регистрируются в: Бразилии – 26475 (данные на 21 мая). Наибольшее количество больных диагностировано в штатах Мату-Гросу (10467 случаев), Рио-де-Жанейро (5305); Боливии – 1120 (в 2017 г. – 3367 случаев). Кроме того, заболевания отмечены в Эквадоре, Колумбии, Мексике, Никарагуа, Сальвадоре, Парагвае, Перу, Коста-Рике и Аргентине.

**Лихорадка Зика.** Местные случаи заболевания лихорадкой Зика впервые выявлены в регионе в начале 2015 г. С тех пор вирус Зика стремительно распространился по всему Американскому региону. Пик заболеваемости пришелся на конец 2015 – начало 2016 гг. В 2017 г. отмечена выраженная тенденция снижения заболеваемости, но случаи заболевания продолжают регистрировать в странах Карибского бассейна, Центральной и Южной Америки. В 48 странах Американского региона была подтверждена местная передача вируса. Общее количество пострадавших с 2015 г. составляет 583,4 тыс., диагноз подтвержден лабораторно у 223,5 тыс. (данные ВОЗ на 4 января 2018 г.). Случаи микроцефалии и других аномалий развития нервной системы, связанные с лихорадкой Зика, зарегистрированы в 27 странах (3720 случаев). Наиболее неблагоприятная ситуация по лихорадке Зика складывалась в Бразилии, где выявлено около 231,7 тыс. случаев с подозрением на заболевание, с летальным исходом – 11. Отмечено 2952 случая неврологических расстройств, связанных с лихорадкой Зика. Колумбия стала второй наиболее пострадавшей от лихорадки Зика страной в Южной Америке (после Бразилии): с момента начала вспышки число случаев заражения достигло 98803 (в т.ч. 248 случаев микроцефалии и других аномалий раз-



вития нервной системы). Высокий уровень заболеваемости отмечен в Гваделупе (30845), Мартинике (36680), Гондурасе (32385). В США с 2016 г. зарегистрировано 5700 случаев лихорадки Зика: 5414 случаев у путешественников, возвращавшихся из эндемичных районов, 231 случай вторичных от завозных случаев, 55 местных случаев, главным образом, обусловленных передачей половым путем. В течение 2018 г. заболевания лихорадкой Зика отмечены в Мексике, Эквадоре, Парагвае, Перу, Гондурасе, Коста-Рике.

**Малярия.** Эндемичными по малярии являются 18 стран Американского региона, из которых 12 стремятся достичь сокращения числа заболеваний малярией к 2020 году на 40% и более. В двух странах (Аргентина и Парагвай) начата процедура сертификации как свободных от малярии. Преобладает трехдневная форма малярии, на которую приходится 69 %. Удельный вес тропической малярии и смешанных форм составляет 31 %. В настоящее время риску заражения малярией, согласно оценкам ВОЗ, подвергается 126,8 млн. человек. После периода сокращения числа случаев малярии в 2005–2014 гг. в регионе отмечен рост заболеваемости в 2015–2017 гг. В 2017 г. в пяти странах отмечено увеличение числа случаев малярии: Бразилия, Эквадор, Мексика, Никарагуа и Венесуэла. В Венесуэле зарегистрировано 319765 случаев заболевания, что больше, чем в 2016 г. (240613), а также выше среднегодового показателя за последние 29 лет (1988-2016 гг.). В Бразилии зарегистрировано 174522 случая заболевания малярией, что в 1,5 раза больше по сравнению с 2016 г. (117832). Большинство случаев (80,2 %) – в штатах Амазонас, Акри, Пара. В Эквадоре в общей сложности выявлено 1279 случаев малярии (в 2016 г. – 926). Передача малярии осуществлялась, главным образом, в четырех провинциях: Морона-Сантьяго (489 случаев), Орельяна (240), Пастаса (223) и Эсмеральдас (215). В Никарагуа – 10846 случаев заболевания малярией, что выше показателей 2016 г. (6209). В Коста-Рике зарегистрировано 12 случаев заболевания в кантонах Сан-Карлос (6 случаев), Матине (3) и Сарапики (3). Количество заболеваний увеличилось по сравнению с 2016 г., когда было 4 местных случая. В Мексике – 704 случая малярии, отмечен рост числа заболевших в штатах Чьяпас, Чиуауа и Табаско (в 2016 г. – 514 случаев).

**Корь.** В 2017 г. в Американском регионе зарегистрировано 895 случаев кори в 4-х странах: Аргентине (3), Канаде (45), США (120) и Венесуэле (727). В 2018 г. в странах Америки отмечен рост заболеваемости. По данным на 19 мая зарегистрировано 1194 подтвержденных случая в 11 странах: Антигуа и Барбуда (1 случай), Аргентина (3), Бразилия (173) Канада (11), Колумбия (25), Эквадор (7), Гватемала (1), Мексика (4), Перу (2), США (63) и Венесуэла (904). Около 81 % всех подтвержденных случаев – в Венесуэле. Наблюдается рост заболеваемости по сравнению с предыдущим годом в 1,2 раза. О случаях заболевания корью сообщили 13 штатов страны, наибольшее количество заболевших – в

штате Боливар и столичном округе. Из стран-участниц Чемпионата наиболее неблагополучная обстановка по кори наблюдается в Бразилии. В ходе продолжающейся вспышки выявлены 172 случая кори (наибольшее число – в штатах Амазонас и Рорайма, в том числе 2 летальных исхода), и 1 завозной случай, связанный с посещением стран Европы, в штате Риу-Гранди-ду-Сул. В Аргентине подтверждено 3 случая кори, 2 из которых – завозы из стран Азии. В Мексике все 4 случая кори – завозные. В Колумбии зарегистрированы завозные случаи кори (в основном из Венесуэлы), а также местные случаи заболевания (вторичные от завозных).

**Холера.** Продолжают регистрироваться случаи заболевания холерой на Гаити и в Доминиканской Республике. Но, в течение нескольких лет сохраняется тенденция снижения уровня заболеваемости холерой (относительно 2010 и 2011 гг.). Всего с начала эпидемии в октябре 2010 г. по настоящее время на Гаити выявлено свыше 817 тыс. (817855) подозрительных случаев холеры, в том числе более 9,7 тыс. (9769) смертей (летальность 1,2 %). В 2017 г. – 13681 случай, включая 159 случаев смерти (на 68% меньше по сравнению с 2016 г.). В 2018 г. заболевания холерой зарегистрированы во всех десяти департаментах Гаити – 1855 случаев (21 летальный). В Доминиканской Республике в 2017 г. отмечено 119 случаев, включая 2 смерти, в 2018 г. – 17 случаев холеры без смертельных случаев. Всего с начала эпидемии (ноябрь 2010 г.) зарегистрировано более 33 тыс. заболеваний холерой. Кроме Гаити и Доминиканской Республики, вспышки холеры были отмечены на Кубе: в течение 2012-2015 гг. зарегистрировано 739 случаев заболевания. В 2013-2016 гг. заболевания холерой были выявлены в Мексике (всего 192 случая, в т.ч. 1 смертельный). В 2016 году подтвержден случай заболевания холерой в Эквадоре. В течение последнего десятилетия заболевания холерой регистрировали в Бразилии – 1 (2011), Венесуэле – 49 и 4 (2011, 2013 гг.), Парагвае – 5 (2009), Чили – 1, 2 и 1 (2011, 2013, 2014 гг.).

**Чума.** Природные очаги чумы расположены на территории 6 стран Южной и Центральной Америки (Аргентина, Боливия, Бразилия, Эквадор, Перу, Венесуэла), на Гавайских островах, а также в Северной Америке (США, Канада и Мексика). В структуре заболеваемости чумой в мире на долю Американского региона приходится около 5 %. В настоящее время отмечается тенденция к снижению числа больных в регионе: в 2015 г. – 16 случаев, в 2016 г. – 4, в 2017 г. – 3 случая, в 2018 г. – 1 (по данным на 17 мая). За последние 10 лет чума официально зарегистрирована на территории трех стран Америки: США, Боливии и Перу. В США энзоотичной по чуме территорией являются западные и юго-западные штаты страны. В последнее десятилетие ежегодно регистрируют от 1 до 16 случаев заболевания (в среднем 7 случаев в год). В 2016 г. диагностировано 4 случая чумы, в 2017 г. – 3 случая. Большинство заболеваний чумой выявляют в сельских районах на

юго-западе США: в штатах Нью-Мексико, Аризона и Колорадо. Сообщения о заболевших периодически поступают из Калифорнии, южной части Орегона и западной Невады. Природная очаговость чумы в Боливии установлена в департаментах Чукисака, Санта-Крус, Тариха, Ла-Пас. Случаи заражения чумой зарегистрированы в 2010 г. (1 случай), 2014 г. (2) и 2018 г. (1). Последний случай заболевания с летальным исходом отмечен в феврале 2018 г. в муниципалитете Аполо, провинция Франс-Тамайо, департамент Ла-Пас. В Перу энзоотичные территории включают регионы: Кахамарка (провинции Сан-Мигель, Сан-Пабло, Чота), Ла-Либертад, Пьюра (провинции Уанкабамба, Аябака), Ламбаеке. Практически ежегодно регистрируют от 1 до 27 случаев заражения чумой. Последние заболевания отмечены в 2014 г. (8 случаев, 1 летальный исход).

***Лихорадка Западного Нила.*** Большинство стран Американского региона эндемичны по ЛЗН – практически вся территория США, Южной Канады, стран Латинской Америки. В США случаи заболевания регистрируются с 1999 г. Высокая заболеваемость и смертность от ЛЗН отмечалась в период с 2001 по 2007 год. В период 2008-2011 гг. наблюдалось некоторое снижение интенсивности проявлений ЛЗН, в 2012 г. вновь зарегистрирована крупная вспышка ЛЗН (2873 случая с нейроинвазивной формой инфекции, 277 смертельных случаев). На фоне снижения уровня заболеваемости в США в 2012 году было отмечено самое значительное число заболевших – в 48 штатах 5674 случая (286 летальных). В 2015 году – 2060 случаев, в 2016 г. – 1938 случаев, в 2017 г. – 2002 случая. Более половины (от 51 до 66%) случаев, регистрируемых в США, протекают с явлениями менингита и энцефалита. Случаи заболевания ЛЗН в Канаде регистрируются с 2002 г. В Канаде после роста заболеваемости в 2012 г., когда было зарегистрировано 428 случаев, отмечали снижение числа заболеваний до 21 в 2014 г. и 80 – в 2015 г. Но затем, вновь наблюдался рост заболеваемости: в 2016 г. – 100, в 2017 г. – 190 случаев заболевания. В Канаде, также как и в США, более половины регистрируемых случаев, имеют нейроинвазивную симптоматику. В Мексике с 2004 г. регистрируются спорадические случаи заболевания. По результатам серологических исследований, циркуляция возбудителя в Южной Америке была выявлена в Колумбии (2004 г.), Аргентине (2006 г.), Венесуэле (2006 г.), Бразилии (2009 г.). Заболевания населения зарегистрированы в Аргентине (2006 г.), Боливии (2011 г.). Спорадические случаи заболевания ЛЗН отмечены в странах Центральной Америки и Карибского бассейна: на Багамских островах, Кубе, Гаити, Каймановых островах, в Тринидаде, Никарагуа.

### **Европейский регион ВОЗ**

**Корь.** В Европейском регионе сохраняется неблагоприятная эпидемиологическая обстановка по кори. С начала 2017 года отмечен эпидемический подъем заболеваемости корью в странах европейского региона. Число случаев кори в Европе по итогам 2017 года по сравнению с 2016 годом выросло в 3 раза и составило 21315, в т.ч. 35 летальных (в 2016 г. – 5273). Имели место случаи заражения медицинского персонала. Крупные вспышки кори затронули каждую четвертую страну региона (15 из 53). Наибольшее число заболеваний было зарегистрировано в Румынии, Италии и на Украине. За последний год (с 1 апреля 2017 г. по 31 марта 2018 г.) в 28 странах Европейского союза зарегистрировано 14216 случаев кори, из которых 76% составляют местные случаи, 24% связаны с завозом инфекции. В 2018 году (по состоянию на 17 мая) эпидемическое неблагополучие по кори продолжается в 17 странах. Наибольшее число заболеваний и летальных случаев зарегистрированы в Румынии (2712/15), Франции (2173/1), Греции (1948/2), Италии (805/4) и Украине (>15 тыс./9 летальных). Вспышки также зарегистрированы в Албании, Грузии, Сербии, Турции. Во Франции почти половина всех случаев (48%) отмечена в регионе Новая Аквитания. Самая высокая заболеваемость – у детей в возрасте до одного года. В Италии – 805 случаев кори, в том числе 4 смерти. Среди заболевших 38 медицинских работников. Заболевания зарегистрированы в 18 регионах, более 87% приходится на пять регионов: Сицилии, Лацио, Кампании, Калабрии и Ломбардии. В Румынии с начала вспышки в октябре 2016 г. в общей сложности зарегистрировано 12991 подтвержденных случаев кори, включая 52 случая смерти. За последний месяц отмечено увеличение заболеваемости на 1003 случая. Великобритания – в течение 2018 г. 440 случаев кори, из них в Лондоне – 164 случая. В Сербии с октября 2017 г. по 10 мая 2018 г. – 5167 случаев, включая 15 смертей. Из числа европейских стран-участниц Чемпионата мира по футболу случаи кори в 2018 г. зарегистрированы в Германии (176 случаев), Испании (105, 64 из них в Валенсии, 20 – в Каталонии), Швеции (21), Швейцарии (20), Польше (44), Португалии (111). В 2018 г. на Украине продолжается крупнейшая вспышка с более чем 15 тыс. случаями, включая 9 смертей. Среди заболевших взрослых 6243 и 9018 детей. Заболевания регистрируют в Ивано-Франковской, Закарпатской, Одесской, Львовской, Черновицкой областях (в этих регионах наибольшее число больных), а также в Сумской, Харьковской, Черниговской, Херсонской и Луганской областях. Сохранение сложной эпидемиологической ситуации в регионе обусловлено наличием контингентов непривитых или не полностью привитых лиц, появление которых в частности связано с отказами от профилактической иммунизации: в среднем 84% случаев заболевания отмечены у непривитых лиц, 9% заболевших вакцинированы только одной дозой вакцины против кори. По данным Европей-

ского центра по контролю и профилактике заболеваний, только в 5 странах охват вакцинацией двумя дозами вакцины против кори достигает 95 %.

**Гепатит А.** Сложная эпидемиологическая обстановка отмечается в Европейском регионе по гепатиту А. В 2012–2016 гг. 30 стран Европейского союза сообщила о 12500 подтвержденных случаях гепатита А. До 35 % всех случаев заболевания зарегистрировано в Румынии, 15 % – в Болгарии. Большинство (89%) случаев инфицирования имели местное происхождение. Завозные случаи наиболее часто отмечались после посещения Египта (10 %), Марокко (10 %) и Турции (8 %). Вспышечная заболеваемость гепатитом А зарегистрирована в 2012–2013 гг. в Дании, Финляндии, Норвегии и Швеции (103 случая), в 2013–2014 гг. в Италии (1102 случая). Вспышки были связаны с употреблением контаминированных замороженных клубники и других ягод, импортированных из Северной Африки. С 1 июня 2016 г. отмечено эпидемическое распространение гепатита А, затронувшее 22 страны Европейского союза: Австрия, Бельгия, Хорватия, Чехия, Дания, Эстония, Финляндия, Франция, Германия, Греция, Ирландия, Италия, Латвия, Люксембург, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Словения, Испания, Швеция и Великобритания. Зарегистрировано три кластера заболеваний гепатитом А, вызванных тремя различными штаммами вируса подтипа IA. Пик заболеваемости пришелся на март 2017 г. (504 случая). Большинство случаев отмечены среди взрослых мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. Всего в течение 2107 г. зарегистрировано 20089 случаев гепатита А в 26 странах, что представляет собой почти четырехкратное увеличение по сравнению со средним ежегодным количеством 5648 случаев за период с 2012–2015 гг. В девяти странах Европы в 2017 г. зарегистрированы 232 завозных случая, из которых 23 случая (10%) в Нидерландах и Швеции, связаны с поездкой в Марокко. Из всех завозных случаев, отмеченных в период 2012-2016 гг. в странах Европы, 71% составляли завозы именно из Марокко, зарегистрированные в шести странах – Люксембурге, Нидерландах, Польше, Португалии, Словении и Испании. В мае 2018 г. шесть стран Европы: Дания, Франция, Германия, Нидерланды, Испания и Великобритания сообщили о вспышке гепатита А, вызванной двумя разными штаммами вируса, имеющими связь с марокканскими штаммами, циркулирующими в североафриканской стране, по меньшей мере, с 2011 года до настоящего времени. По данным на 11 мая сообщалось о 42 подтвержденных и 50 вероятных случаях гепатита А. Среди подтвержденных случаев 39 классифицируются как местные случаи, а 3 связаны с посещением Марокко. Источник инфекции в настоящее время окончательно не установлен. Предположительно местные случаи заражения возникли при употреблении контаминированных продуктов питания или передаче вируса от человека к человеку.

**Лихорадка Западного Нила.** Циркуляция вируса Западного Нила на территории Европы подтверждена с 1950-х гг., когда зарегистрированы первые вспышки болезни в Израиле. В последние годы заболевания ЛЗН зарегистрированы во многих странах региона. Случаи заболевания вызывают 1-й и 2-й генотипы возбудителя. В 2017 г. интенсивность эпидемического процесса не превышала показателей 2016 г. и последних пяти лет. Всего диагностировано 203 случая заболевания в странах Европейского союза и 84 случая – в сопредельных государствах (за исключением Российской Федерации). В большинстве стран заболеваемость была ниже, чем в прошедший эпидемический сезон: в Румынии – 66 случаев (2016 г. – 93), Израиле – 28 (2016 г. – 81), Италии – 57 (2016 г. – 68), Венгрии – 21 (2016 г. – 39). Рост числа случаев отмечен в Греции (от 0 случаев в 2016 г. до 48 в 2017 г.) и Сербии (41 и 49 соответственно). Спорадические случаи заболевания после многолетнего перерыва выявлены в Хорватии (5), Турции (7), Австрии (4) и Франции (1). В общей сложности зарегистрировано 26 смертельных исходов в Румынии (14 смертей), Греции (5), Венгрии (2), Сербии (2), Италии (1), Хорватии (1) и Турции (1). Заболеваемость носит сезонный характер, пик заболеваемости приходится на июль-сентябрь – период максимальной численности комаров-переносчиков.

**Лихорадка денге.** Лихорадка денге является второй по частоте причиной лихорадки у европейских путешественников, возвращающихся из эндемичных стран. Ежегодно более 2 тыс. завозных случаев лихорадки денге регистрируется в странах Европы и в последние годы отмечен рост числа заболеваний. Наибольшее количество завозных случаев отмечены в Германии, Великобритании, Франции. Преобладают заносы из стран Юго-Восточной Азии (51 % случаев), на Центральную Азию приходится 17 %, Латинскую Америку 15%, страны Карибского бассейна – 9 %, Африку – 5 %, Океанию – 2 %. На юге Европейского региона существует риск местной передачи вирусов денге при завозе возбудителя из эндемичных территорий. В ряде стран континентальной Европы, прежде всего расположенных на побережье Средиземного моря (Испания, Франция, Италия, Греция и др.), установлено присутствие эффективного переносчика – комара *Ae. albopictus*, на острове Мадейра (Португалия) и Канарских островах (автономное сообщество Испании) – *Ae. aegypti*. В 2010 г. впервые была зарегистрирована местная передача вируса в Хорватии и Франции. В октябре 2012 г. была зарегистрирована масштабная вспышка лихорадки денге на Мадейре (Португалия), продолжавшаяся по март 2013 г., которая привела более чем к 2200 случаям заболевания и к завозу лихорадки денге в 17 других европейских стран. В 2015 году на юге Франции вновь зарегистрированы местные случаи заболевания лихорадкой денге – всего 6 в материковой части страны. Местная передача денге наиболее вероятна в летние месяцы, а также ранней осенью – в период наступления жаркой погоды

и оптимальных условий для активности переносчика, размножения возбудителя в нем. На этот же период приходится и максимальный риск выноса инфекции из возникших очагов. С начала 2018 года в Реюньоне (французский заморский департамент) регистрируется вспышка лихорадки денге. Число случаев заболевания превышает среднемноголетние показатели: с 2004 года ежегодно регистрируется от 10 до 228 местных случаев денге. Крупная вспышка была отмечена только в 1977-78 гг. По состоянию на 22 мая было зарегистрировано 3416 местных случаев денге. В основном в западной части острова. Эпидемия будет продолжаться и активная передача ожидается до начала зимы в южном полушарии (с июля по сентябрь).

**Лихорадка чикунгунья.** В странах Европейского союза ежегодно диагностируют около 500 завозных случаев заболевания, наибольшее количество отмечено в 2014 г. (1461 случай). Страны с наибольшим количеством завозов: Испания, Германия, Великобритания. Преобладают завозы из стран Юго-Восточной Азии. В ряде стран региона, в основном на юге Европы, имеются условия для местной передачи возбудителя. В 2007 г. в на северо-востоке страны Италии зарегистрирована вспышка лихорадки чикунгунья, охватившая два населенных пункта. Отдельные случаи заболевания отмечались в городах, расположенных на расстоянии до 75 км от эпицентра вспышки. В общей сложности выявлено около 300 случаев заболевания. В 2017 г. в Италии вновь отмечена местная вспышка, в период которой зарегистрированы 428 случаев заболевания, из них 359 – в регионе Лацио. Местная передача возбудителя также установлена во Франции (2010, 2014, 2017 гг.) и Испании (2015 г.).

**Лихорадка Зика.** С 2015 г. сообщалось о более 2 тыс. завозных случаях в 21 страну Европейского региона. На долю Франции пришлось 54% завозных случаев, Испании – 14%, Великобритании – 9%. Восемь стран сообщили о 108 случаях заболевания лихорадкой Зика среди беременных женщин. Передача вируса половым путем зарегистрирована во Франции (12 случаев), Италии (2), Нидерландах (2), Испании (2), Португалии (1) и Великобритании (1).

**Малярия.** Неблагополучная эпидемиологическая обстановка в регионе определялась сохранением местной передачи малярии в Турции, Таджикистане, Азербайджане. В апреле 2016 г. ВОЗ констатировала, что во всех 53 странах региона местная передача малярии прекращена в течение не менее 1 года. В настоящее время проводятся мероприятия, направленные на снижение риска возобновления передачи малярии. Во многих странах Европы серьезной проблемой для здравоохранения по-прежнему остаются завозные случаи малярии. С 2012 по 2016 год в странах Европейского союза диагностировано 31966 случаев малярии, в среднем ежегодно около 6400 случаев (максимально в 2016 г. – 7147

подтвержденных случаев). Наибольшее количество завозных случаев малярии отмечается в таких странах как Франция, Великобритания, Испания, Италия, Германия. В структуре завозов в Европейском регионе преобладают завозы из Африканского континента, преимущественно из Западной Африки (Гана, Кот-д'Ивуар, Камерун и др.). Помимо завозных случаев малярии, на территории региона регистрируются вторичные от завозных случаи. В Греции такие случаи выявляют с 2009 г. практически ежегодно, наибольшее количество в 2011 г. – 42 случая, всего с 2009 по 2017 год – 95 случаев. Сообщалось также о вторичных от завозных случаях малярии во Франции (в 2017 г.), Испании (2010, 2014 гг.), Бельгии (2015 г.), Нидерландах (2015 г.), на Кипре (2017 г.). Известно об отдельных случаях «аэропортной малярии», связанной с заносом инфицированных переносчиков и возникновением случаев заболевания у жителей, проживающих недалеко от международных аэропортов. В 2015 г. подтвержденный случай локально приобретенной малярии в Бельгии, был случаем «малярии чемодана» или «багажной малярии», когда живые инфицированные комары перемещаются в багаже туриста, и заражают человека (либо человека вообще никуда не ездившего) уже после путешествия. В 2016–2018 гг. в Германии, Греции, Италии и Испании зарегистрировано шесть случаев заболевания среди пациентов медицинских учреждений, где в это же период находились на лечении больные с малярией.

**Крымская геморрагическая лихорадка.** Ареал КГЛ включает территории Албании, Болгарии, Греции, Косово, Венгрии, Сербии, Турции, Армении, Грузии, России, Казахстана, республик Средней Азии. Наиболее неблагополучной территорией в регионе является Турция. В Турции впервые случаи заболевания человека КГЛ зарегистрированы в 2002 г., однако циркуляция вируса КГЛ отмечена еще в 1970-х гг. Начиная с 2003 г. наблюдается рост заболеваемости КГЛ преимущественно среди жителей сельской местности восточных и северо-восточных районов страны. В период 2002–2017 гг. зарегистрировано более 9000 лабораторно подтвержденных случаев со средним показателем летальности 4,9%. В Болгарии случаи КГЛ отмечаются постоянно с 1950-х г. В общей сложности в Болгарии в период 1953–2017 гг. зарегистрировано более 1,6 тыс. случаев заболевания (летальность 17%). В последние годы отмечена спорадическая заболеваемость – от 2 до 20 случаев заболевания ежегодно. Последняя крупная вспышка имела место летом 2002 г. в приграничных с Турцией областях: Старозагорской, Варненской, Хасковской и Бургаской (всего – 56 больных, включая 12 летальных исходов). Первые случаи КГЛ в Греции зарегистрированы в 2008 г. на северо-востоке страны, в префектура Родопи, граничащей с Болгарией. Ранее на территории Греции циркулировал вирус ККГЛ (штамм AP92), считавшийся непатогенным или низкопатогенным для человека. В Испании в 2016 г. впервые зарегистрированы 2 местных случая КГЛ: один – в результате заражения вирусом в про-



винции Авила, второй – смертельный случай заболевания, медицинской сестры, ухаживавшей за больным пациентом. В Казахстане КГЛ официально регистрируется с 1948 г., природные очаги болезни расположены на юге страны на территории Кызылординской, Южно-Казахстанской и Жамбылской областей. КГЛ в Казахстане регистрируют ежегодно. В 2014 г. отмечен рост заболеваемости до 24 случаев. В 2015 г. в Южно-Казахстанской области – 6 случаев заболевания с 2 летальными исходами, в Жамбылской области – 3 случая в ранее считавшемся благополучном Жамбылском районе и 1 случай в Таласском районе. В 2016 г. – всего 8 случаев: в Южно-Казахстанской области – 4, Жамбылской области – 3, Кызылординской области – 1, в том числе 2 случая с летальным исходом в Жамбылской и Южно-Казахстанской областях. В 2017 год зарегистрировано 17 случаев заболевания, из них в Южно-Казахстанской области – 9, Жамбылской области – 6 и Кызылординской области – 2 случая. В Узбекистане регистрируются как спорадические случаи, так и единичные вспышки КГЛ. До 1998 г. заболевания КГЛ диагностировали в Бухарской, Кашкадарьинской и Навоийской областях, позднее отмечено распространение болезни и на другие территории: с 2001 г. – в Джизакской и Сырдарьинской областях, а с 2003 г. – в Республике Каракалпакстан. Последние 2 случая заболевания отмечены в Самаркандской области в 2015 г. С 2009 г. КГЛ регистрируется на территории Грузии. В 2010-2015 гг. отмечали от единичных до 20 случаев заболевания, в т.ч. летальные. В Таджикистане случаи заболевания регистрируются с 1944 г. В 2001–2011 гг. количество больных составляло от 1 до 15 человек. Отмечаются заносные случаи КГЛ на не энзоотичные территории: в Германию из Болгарии (2001 г.) и Афганистана (2009 г., 2012 г.), во Францию из Сенегала (2004 г.), в Великобританию из Афганистана (2012 г.) и Болгарии (2014 г.).

**Холера.** Регистрируются завозные случаи. За последние 10 лет сообщалось о случаях завоза инфекционной болезни на территорию Великобритании (ежегодно с 2008 по 2016 год), Франции (2008–2009, 2011, 2014–2015 гг.), Финляндии (2008 г.), Испании (2008, 2013, 2015 гг.), Дании (2008, 2016 гг.), Нидерландов (2008, 2013, 2016 гг.), Германии (2010, 2011, 2013–2016 гг.), Швеции (2011, 2015 гг.), Украины (2011, 2016, 2017 гг.), Италии (2013 г.), Норвегии (2015 г.), Швейцарии (2015 г.) и Чехии (2017 г.). Распространения холеры в странах Европы, кроме событий 2011 г. на Украине (вспышка в Мариуполе Донецкой области с 32 случаями заболевания холерой и 22 случаями вибриононосительства), не отмечалось. В ноябре 2017 г. зарегистрировано два завозных случая холеры в Казахстан из Индии, в 2018 г. (по данным за 4 мес.) – 5 завозных случаев из Индии. В середине августа 2017 г., по данным Министерства здравоохранения Украины, подтверждено четыре случая заболевания в Запорожье.

**Желтая лихорадка.** По официальным данным CDC, с 1970 по 2016 год зарегистрировано 7 импортированных случаев в Европу (Франция, Нидерланды, Испания, Швейцария, Германия и Бельгия). Инфекционная болезнь завозилась преимущественно из стран Западной Африки. В одном случае заболевание возникло у вакцинированного путешественника (Испания, 1988 г.). В 2017–2018 гг. отмечены завозные случаи у непривитых лиц, путешествовавших по Бразилии: во Франции (1 подтвержденный, 1 подозрительный), Чехии (1), Нидерландах (1), Румынии (1), Швейцарии (1), Германии (3 случая, 1 из которых зарегистрирован в Великобритании).

**Лихорадка Ласса.** Завозные случаи инфекционной болезни были зарегистрированы в Великобритании (1971–1972, 1975–1976, 1981–1985, 2000, 2003, 2009 гг.), Германии (1974, 2000, 2006, 2010, 2016 гг.), Швеции (2011, 2016 г.), Нидерландах (1980, 2000 гг.), Израиле (1987 г.). Наиболее часто завозы лихорадки Ласса происходили из Сьерра-Леоне и Нигерии и не сопровождались возникновением вторичных случаев заболевания. В 2016 г. в Германии произошло заражение вирусом Ласса сотрудника, проводившего подготовку тела умершего человека с подтвержденным диагнозом лихорадки Ласса.

**Лихорадка Марбург.** Заболевание впервые описано в 1967 г. в Марбурге, Франкфурт-на-Майне (Германия) и Белграде (бывшая Югославия), когда возникли случаи заболевания у сотрудников вирусологических лабораторий, имевших прямой контакт с кровью и тканями зеленых мартышек, импортированных из Уганды. В 1980 и 1987 гг. лихорадка Марбург зарегистрирована у туристов из Франции и Дании после посещения пещер в Кении. В 2008 г. сообщалось о заболевании у путешественницы из Нидерландов после посещения пещер в Национальном парке Уганды.

**Лихорадка Эбола.** В Испании, Великобритании и Италии были зарегистрированы завозные случаи в период эпидемических проявлений лихорадки Эбола в Западной Африке в 2014–2016 гг. В Испании случай заболевания зарегистрирован у медсестры, ухаживавшей за больными, заразившимися лихорадкой Эбола в Либерии и Сьерра-Леоне и эвакуированными в Испанию для лечения. В Великобритании подтвержденный случай в декабре 2014 г. выявлен у медсестры, накануне вернувшейся из Сьерра-Леоне. В октябре 2015 года у этой же медсестры было зарегистрировано повторное заболевание лихорадкой Эбола. В Италии лабораторно подтвержденный случай зарегистрирован у медработника, вернувшегося из Сьерра-Леоне. Известно о случаях внутрилабораторного заражения сотрудников лабораторий вирусом Эбола в Великобритании (в 1976 г.), России (1996 и 2004 гг.), Германии (2009 г.) и Венгрии (апрель 2018 г.).

**Ближневосточный респираторный синдром.** С момента регистрации первых случаев заболевания в 2012 г., в странах Европейского региона выявлены завозные забо-

левания, сопровождавшиеся в ряде случаев вторичной передачей возбудителя: в Великобритании (1 – из Саудовской Аравии с 2 случаями местной передачи; 1 – из Катара), Италия (1 – из Иордании), Турция (1 – из Саудовской Аравии), Франция (1 – из ОАЭ с 1 случаем вторичной передачи), Нидерланды (2 – из Саудовской Аравии), Греция (1 – из Саудовской Аравии), Германия (2 – из ОАЭ; 1 из – Катара).

### **Восточно-Средиземноморский регион ВОЗ**

**Холера** является эндемичной болезнью в 10 странах региона. Высокий показатель заболеваемости людей, вспышки практически ежегодно регистрируются в Афганистане, Ираке, Иране, Йемене, Сомали, Пакистане. Осложнение эпидемиологической обстановки в 2016–2017 гг. связано с крупными вспышками в Сомали, Йемене и Судане. В Сомали, с января 2016 по декабрь 2017 года в южной и центральной части страны зарегистрировано 94606 случаев холеры (1668 летальных), из которых 78560 случаев зарегистрировано в течение января-декабря 2017 г. В декабре 2017 г. новая вспышка началась в Белетвейне (регион Хиран Нираан), затем вдоль реки Шабель, распространилась на Джоухар (Jowhar), Кисмайо (Kismayo), Афгой (Afgoye) и Банадир (Banadir). Всего с декабря 2017 по 13 мая 2018 г. зарегистрировано 3280 случаев (включая 21 летальный). Ожидается, что распространение холеры будет увеличиваться из-за наводнений в результате сильных дождей, что привело к загрязнению водоисточников в пострадавших районах. В августе 2016 г. началась эпидемия холеры в Судане, оценочное число заболевших составило около 24 тыс. (на конец 2017 г.). Эпидемия в Йемене, начавшаяся в сентябре 2016 г., в настоящее время является самой большой в мире. Холера охватила 22 из 23 провинций страны. По состоянию на 25 мая 2018 г. зарегистрировано 1101915 случаев холеры (2294 летальных – 0,2 %). Наиболее пострадавшими районами являются Аль-Худейда, Аманат Аль-Асима, Хаджа, Амран и Дамар.

**Чума.** Природные очаги чумы располагаются на территории Афганистана, Ирака, Ирана, Йемена, Кувейта, Ливана, Ливии, Марокко, Пакистана, Саудовской Аравии, Сирии, Сомали, Судана, Туниса. Предполагается существование энзоотичных районов в Египте. В период с 2000 по 2015 гг. официально сообщения о случаях заболевания поступали из Ливии (2009 г., 5 случаев). В мае 2011 г. в Ливии сообщалось о вспышке болезни (более 20 подозрительных на чуму случаев), не получившей лабораторного подтверждения. В конце 2007 года зарегистрирована вспышка чумы с симптомами острого гастроэнтерита в Афганистане: 83 инфицированных, 17 летальных случаев.

**Полиомиелит.** Местная передача полиовируса в настоящее время продолжается на территории эндемичных стран Пакистан и Афганистан, где вспышки регистрируются ежегодно. В 2015 г. в эндемичных странах зарегистрировано 54 и 20 случаев соответственно;

2016 г. – 20 и 13; в 2017 г. – 8 и 13). В 2018 г. в Афганистане общее количество случаев составило 8, в Пакистане – 1. В 2017 г. эпидемическая ситуация в Сирии осложнилась циркуляцией вакцинного штамма полиовируса 2-го типа с эпицентром вспышки в р-не Эль-Маядин (провинция Дейр-Эз-Зор), зарегистрировано 74 случая заболевания вакцино-ассоциированного полиомиелита.

**Малярия.** В настоящее время местная передача малярии осуществляется на территории 8 стран Ближнего Востока, две из них (Иран и Саудовская Аравия) находятся на стадии ликвидации болезни. Высокий показатель заболеваемости, вспышки в отдельные годы в Афганистане, Джибути, Иране, Ираке, вспышки практически ежегодно в Пакистане. В структуре заболеваемости малярией в регионе наибольшее количество случаев приходится на три страны Судан (36 %), Пакистан (27 %), Сомали (18 %). В Саудовской Аравии в 2016 году произошло увеличение числа случаев малярии, в основном из-за увеличившегося числа мигрантов, в том числе и в приграничных с Йеменом районах. В самом Йемене в 2016 г. отмечают рост заболеваемости, ситуация усугубляется продолжающейся с 2015 года гражданской войной.

**Лихорадка денге** является эндемичной болезнью для Джибути, Йемена, Пакистана, Саудовской Аравии, Сомали, Судана. Регистрируется как вспышечная заболеваемость, так и спорадические случаи. В последние годы отмечались крупные вспышки и эпидемии: в 2015 г. – в Саудовской Аравии (4312 случаев), Йемене (официально зарегистрировано свыше 3000 случаев заболевания, 27 летальных, еще около 6000 случаев считались подозрительными), с августа 2015 по февраль 2016 г. – в Судане (612 случаев, 106 летальных), с июня 2017 г. – в Пакистане (провинция Хайбер-Пахтунхва, более 87000 подозрительных случаев, из которых более 18000 получили лабораторное подтверждение, количество смертельных исходов – 58).

**Желтая лихорадка:** природные очаги находятся на территории Судана, Сомали, Джибути. В Судане регистрируется вспышечная заболеваемость. Высокоэндемична по желтой лихорадке южная часть страны. Последние данные о заболеваемости относятся к 2013 г. (48 предполагаемых случаев, 14 из которых закончились летальным исходом).

**Лихорадка Рифт-Валли** эндемична для Египта, Йемена, Саудовской Аравии, Сомали и Судана, на территории которых зарегистрированы эпизоотии среди домашних животных и связанные с ними вспышки заболеваний среди людей (рисунок). Наиболее сложная эпидемиологическая обстановка отмечалась в 2000-2001 гг., когда вспышки болезни выявлены в Йемене и Саудовской Аравии (общее количество заболевших 1540 человек), в 2006–2007 гг. – в Сомали (114 случаев), в 2007–2008 г. – в Судане (747 случаев).

Последние официально зарегистрированные случаи заболевания лихорадкой Рифт-Валли в регионе диагностированы в Судане в 2010 г. (18 человек).

**Ближневосточный респираторный синдром.** Случаи заболевания зарегистрированы впервые в Саудовской Аравии в июне 2012 г. После идентификации нового коронавируса ретроспективно установлено, что заражения имели место в марте–апреле 2012 г. в Иордании (13 случаев). Высокий риск заражения в Саудовской Аравии, ОАЭ, Иордании. Спорадическая заболеваемость – в Катаре, Кувейте. Циркуляция возбудителя по результатам серологических исследований установлена в Судане и Сомали. В настоящее время наибольшее количество заболевших отмечено в Саудовской Аравии (1836 случаев заболевания, в том числе 738 со смертельным исходом). Случаи завоза болезни зарегистрированы в 27 странах мира. В Республике Корея в результате завоза инфекции произошла вспышка, крупнейшая за пределами Ближнего Востока (в 2015 г. 186 случаев, в т.ч. 38 с летальных, один завозной случай в Китай).

**Грипп птиц А(H5N1).** Общее количество заболевших в регионе 377 человек, в том числе с летальным исходом – 123 (32,6 %). Случаи заболевания людей зарегистрированы в Египте (страна с наибольшим числом случаев в мире – 363 случая, 121 летальный), Джибути (8 случаев – в 2006 г.), Ираке (3 – в 2006 г.), Пакистане (3 – в 2007 г.). Эпизоотии среди птиц отмечены в Афганистане, Иордании, Джибути, Ираке, Иране, Кувейте, Ливане, Ливии, Пакистане, Саудовской Аравии.

**Крымская геморрагическая лихорадка.** КГЛ является эндемичным заболеванием в Регионе Восточного Средиземноморья: спорадические случаи заболевания людей и вспышки в разные годы регистрировали в Афганистане, Иране, Ираке, Кувейте, Омане, Пакистане, Саудовской Аравии, Судане и Объединенных Арабских Эмиратах. За последние десять лет высокий уровень заболеваемости отмечается в Иране. В 2016 г. заболевания отмечали также в Пакистане (90 случаев, 25 – летальных), Афганистане (71 случай), Омане (8 летальных). В 2017 году – в Иране (120 случаев), Пакистане (69), Омане (9). В Афганистане произошел рост заболеваемости (237 случаев, против 156 в 2016 г., до 2016 года в стране ежегодно отмечали от 5 до 50 случаев).

#### **Регион ВОЗ Юго-Восточной Азии**

**Чума.** Природные очаги чумы на территории региона располагаются в Индии, Индонезии, Мьянме. Крупная вспышка легочной чумы была зарегистрирована в Индии в 1994 году (876 случаев заболевания, 54 смерти). В последующем, случаи заболевания регистрировались в 2002 г. (16 случаев, 4 смерти) и в 2004 г. (8 случаев, 3 смерти), в основном бубонной формы болезни. В Индонезии с 2002 по 2009 гг. случаи чумы регистрировались ежегодно (1997 г. – 6 случаев заболевания; 2002 – 1; 2003 – 1; 2004 – 2; 2005 – 7;

2006 – 11; 2007 – 4; 2008 – 71; 2009 – 3). При этом зарегистрирован только 1 летальный исход во время вспышки легочной формы чумы 2008 года. В Мьянме последняя вспышка чумы зарегистрирована в 1994 году (6 случаев заболевания).

**Холера.** В структуре заболеваемости холерой в регионе наибольший удельный вес больных регистрируется в Индии. Индия является эндемичным очагом классической азиатской холеры и холеры Эль-Тор. В Индии ежегодно регистрируют вспышки заболевания: от нескольких десятков до нескольких тысяч случаев холеры. По оценочным данным ежегодное число случаев холеры выше официально регистрируемых и составляет в среднем 22 тыс. По официальным данным в период с 2008 по 2017 год в Индии зарегистрировано 19 604 случая заболевания холерой (в 2012 г. – 1171 случаев заболевания; в 2013 г. – 6008; в 2014 г. – 4031; в 2015 г.- 889; в 2016 г. – 841). Фактором, способствующим активизации эпидемического процесса в Индии (штат Одиша) в 2017 г. являлось употребление населением контаминированной холерными вибрионами воды, использованной для приготовления национального напитка «Папа». Летальность – от 0,05 % (2015 г.) до 10,42 % (2017 г.). 28 марта 2018 г. в Индии было зарегистрировано семь подозрительных на холеру случаев заболевания в Ченнаи. Случаи холеры, с местным заражением, регистрировали в Непале (2015 г. – 80; 2016 – 169), Мьянме (2015 г. – 103; 2016 г. – 782), Таиланде (2015 г. – 125; 2016 г. – 52). В Бангладеш ежегодно регистрируется значительное число случаев острой водянистой диареей, часть которых вызвана *V.cholerae*. В 2018 г. в Азии сохранится тенденция роста заболеваемости.

**Лихорадка денге.** В Юго-Восточной Азии денге регистрируют практически во всех странах, вспышки происходят все чаще и распространяются на новые, ранее не затронутые районы. Наиболее пострадавшими в 2017 году были Шри-Ланка и Индия, где отмечен рост заболеваемости по сравнению с предыдущим 2016 годом. Значительное число заболеваний регистрируют в Индонезии, Таиланде и Мьянме. В 2018 г. вспышки денге продолжают регистрировать, уровень заболеваемости в странах региона находится в пределах среднемноголетних значений, либо несколько ниже уровня предыдущих лет. В Таиланде отмечено эпидемиологическое неблагополучие по лихорадке денге, особенно неблагополучная ситуация на острове Пхукете, а также в центральных провинциях. Денге эндемичное заболевание в Таиланде, риск заражения присутствует как в городских, так и в сельских районах, особенно в северо-восточной части страны. Всего с начала года зарегистрировано 10446 случаев заболевания, из которых 15 летальных. Среди заболеваний, наряду с классической формой денге, отмечают значительное число геморрагической формы и денге с развитием шокового синдрома. Пик передачи приходится на сезон дождей, с апреля по декабрь. В связи с этим в настоящее время ожидают увеличения числа случаев зараже-

ния. В течение года по прогнозам общее количество заболеваний может достигнуть 75 тысяч. В Бангладеш первая вспышка зарегистрирована в 1964 г. в Дакке. Крупная вспышка зарегистрирована в 2000 году. Отмечается тенденция роста заболеваемости, которая продолжается на протяжении 10 лет: заболеваемость в 2016 г. в 3,5 раза выше уровня 2006 г. На Мальдивских островах до 1996 года заболеваемость не регистрировалась, однако в течение последних лет, случаи лихорадки денге отмечаются в течение всего года с тенденцией роста заболеваемости. В Индии денге распространена на всех территориях страны, отмечен неуклонный рост числа заболеваний и летальных случаев: с 5023 (62) в 2007 году до 153635 (226) в 2017 году. За 4 мес. 2018 г. зарегистрировано 5613 случаев, в т.ч. 7. Как правило, заболеваемость начинает расти с августа. В Индонезии заболевания регистрируют в городских районах, где проживает более 35% населения страны. В Непале официальная регистрация случаев лихорадки денге началась с 2006 г. В 2006-2012 гг. зарегистрированы 1074 случая заболевания, многие из них завезены из Индии. В Шри-Ланке в 2018 г. отмечена тенденция к снижению заболеваемости, по сравнению с 2017 годом. По данным Министерства здравоохранения, Шри-Ланка сообщила о 15 778 случаях лихорадки денге, по состоянию на 20 апреля 2018 года, по сравнению с 45 000 случаями за аналогичный период 2017 года.

**Лихорадка чикунгунья.** Крупные вспышки заболевания регистрируются в Индии, Индонезии, Шри-Ланке, Малайзии и Мальдивских островах. Заболевание является эндемичным для Индии. В 2006 году, после 32-летнего затишья в Индии зарегистрирована самая крупная вспышка заболевания, после чего случаи заболевания регистрируются практически ежегодно: в 2014 г. – 16049, 2015 г. – 27553, 2016 г. – 64057, 2017 г. – 62268. Наиболее пораженные штаты страны – Andhra Pradesh (Андхра-Прадеш), Karnataka (Карнатака), Maharashtra (Махараштра), Madhya Pradesh (Мадхья-Прадеш), Tamil Nadu (Тамил Наду), Gujarat (Гуджарат) и Kerala (Керала). В настоящее время в Индии отмечается рост числа подтвержденных заболеваний лихорадкой чикунгунья: за 4 мес. 2018 г. зарегистрировано 9 175 случаев. Таиланд сообщил о 17 случаях в двух провинциях на юге страны по состоянию на 23 марта 2018 года (11 случаев, за аналогичный период 2017 года).

**Малярия.** Регион Юго-Восточной Азии является наиболее проблемным регионом за пределами Африки: малярия эндемична в 9 из 11 стран, на их долю приходится 70% случаев (за исключением африканских). В 8 из 11 стран сохраняется местная передача малярии. Мальдивы и Шри-Ланка, сертифицированные в 2015 и 2016 годах, сохраняют свой статус, свободный от малярии. В 2016 году в структуре заболеваемости и смертности от малярии наибольшее число случаев приходилось на две страны: Индию – 80% заболеваний и 60% смертей, и Индонезию – 16% зарегистрированных случаев и 30% смертей от

малярии. На заболевания, вызываемые *P. falciparum*, и смешанные формы инфекции приходится 63% случаев, *P. vivax* – 35% и 2% на другие формы. Передача инфекции происходит круглогодично. В Индии ежегодно регистрируют более миллиона местных случаев малярии, около 95% населения в стране проживает в эндемичных по малярии районах. В Мьянме – 714 075 случаев заболевания (по оценке на 2015 год), Таиланде – 1 370 461, Тиморе-Лешти – 121 110, Бангладеш – 84690, Непале – 83 455. Всего с начала года 2018 г. (по данным на апрель) на территории Индии зарегистрировано 56039 случаев заболевания малярией (1 045 лабораторно подтвержденных), в 2016 году – 69 867 подтвержденных случаев, в 2017 г. – 52 990.

**Японский энцефалит** является основной причиной вирусного энцефалита во многих странах Азии, ежегодно вызывая почти 68 000 клинических случаев заболевания. Во всех странах региона Юго-Восточной Азии существует эндемическая передача ЯЭ, риск заражения сохраняется для более чем 2 млрд. человек. Ежегодная заболеваемость клинически выраженными формами ЯЭ варьирует между странами и внутри них, составляя от менее 10 до более 100 на 100 тыс. человек во время вспышек. В большинстве умеренных зон Азии вирус японского энцефалита (ВЯЭ) передается главным образом в теплое время года, в зоне тропиков и субтропиков передача может происходить круглый год, но в районах возделывания риса часто усиливается в период дождей и перед сбором урожая. Крупные вспышки ЯЭ происходят каждые 2-15 лет. В 2017 года в Индии зарегистрировано 625 случаев японского энцефалита, из которых 158 летальных. Более 30 % случаев и смертей были зарегистрированы в июле – августе 2017 года.

**Сибирская язва.** Вся территория региона высокоэндемична по сибирской язве. Самое большое количество заболеваний регистрируется в районах с развитым животноводством. Крупная вспышка, связанная с бесконтрольным массовым забоем больных сибирской язвой животных и последующей продажей и раздачей мяса населению, произошла в 2010 году в Бангладеш. Всего с августа по октябрь заболело 607 человек. В 2013 году отмечены случаи заболевания в Бангладеш (240), Индии (49), Индонезии (12). В июне 2017 года в Индии зарегистрировано 5 лабораторно подтвержденных случаев заболевания сибирской язвы (без летальных исходов) у пациентов из деревни Кодупунюваласа долины Араку [Андхра-Прадеш]. Все заболевшие употребляли в пищу зараженное мясо козы. В сентябре 2017 года в городе Висакхапатнама (штат Андхра-Прадеш, Индия) 6 человек госпитализированы с подозрением на сибирскую язву (все заболевшие употребляли в пищу мясо больного животного – мясо козы).

**Высокопатогенный грипп.** Эпизоотии высокопатогенного гриппа птиц неоднократно с 2003 г. возникали в странах Юго-Восточной Азии (Бангладеш, Бутан, Индия,



Непал, Индонезия). В середине 2003 года были выявлены случаи заболевания людей высокопатогенным гриппом А(Н5N1). В четырех странах региона в период с 2003 по 2012 гг. зарегистрировано 224 случая заболевания с 159 летальными исходами: Бангладеш (6), Индонезия (192 случая, заболевания выявляли ежегодно), Мьянма (1), Таиланд (25).

**Энцефалит, вызванный вирусом НИПАХ.** Энцефалит вируса Nipah (NiV) является новым инфекционным заболеванием, имеющим важное значение для общественного здравоохранения в регионе Юго-Восточной Азии. Впервые вирус Нипах был выявлен во время вспышки, произошедшей в 1998 году в Малайзии. Затем вируса Нипах был выявлен в 2001 году в округе Мехерпур в Бангладеш в качестве этиологического агента вспышки энцефалита. Затем вспышки в Бангладеш стали регистрировать ежегодно в отдельных районах Бангладеш, главным образом, в западных и северо-западных районах страны. В 2004 году в Бангладеш было зарегистрировано массовое заражение вирусом Нипах после употребления пальмового сока, загрязненного инфицированными плотоядными летучими мышами. Примерно в 70% случаев, зараженных ожидается летальный исход. В Индии ранее были зарегистрированы две крупные вспышки энцефалита вируса Нипах в 2001 и 2007 годах в восточном штате Западная Бенгалия на границе с Бангладеш с общим числом заболевших 71 (в том числе 50 летальных случаев, 70,4 %). В Индии была зарегистрирована передача инфекции от человека к человеку, в том числе в условиях медицинского учреждения. В Бангладеш во время последних вспышек также отмечено распространение вируса Нипах непосредственно от человека человеку при тесных контактах. В Индии в штате Керала на юге страны в 2018 году регистрируется вспышка заболеваний, вызванных вирусом Нипах. По данным на 27 мая зарегистрировано 26 случаев, в том числе 14 летальных. Предполагают, что резервуаром вируса являются летучие мыши.

**Туберкулез.** В 2016 году на территории региона зарегистрировано 2 547 781 случаев заболевания туберкулезом (163 на 100 000 населения), что несколько ниже, чем в 2015 г. (2 656 560). Самый высокий уровень заболеваемости туберкулезом отмечен в Бангладеш (556 на 100 000 населения, 223 921 новых случаев заболевания).

**Крымская геморрагическая лихорадка** эндемичное заболевание в ряде стран Азии. В 2016 г. заболевания КГЛ зарегистрированы в Индии (5 случаев, 1 – летальный). В 2017 году в Индии отмечено 2 случая КГЛ.

### **Западно-Тихоокеанский регион ВОЗ**

**Чума.** Природные очаги чумы располагаются на территории Китайской Народной Республики, Монголии, Вьетнама и Лаоса. В период с 2014 по 2017 гг., на территории региона зарегистрировано 6 случаев заболевания чумой в 2-х странах. В 2014 году – 3 случая заболевания в Китае, где расположены 11 природных очагов чумы. В настоящее время

сохраняется высокая эпизоотическая и эпидемическая активность горных и высокогорных природных очагов чумы, расположенных, в основном в Северном, Северо-Западном и Западном Китае. С 1960 года заболевания людей регистрировали в провинциях Цинхай (Тибетское нагорье), Юньнань и Ганьсу. В период 2010-2017 гг. на территории Китая заражения чумой выявлены в 2010 г. (5 случаев), в 2011 (1 случай), 2012 (1), 2014 г. (3 случая), 2016 (1), 2017 (4). В 2015 году заболевания отмечены в Монголии (3 случая). В период с 2010 по 2015 год на территории Монголии заражения чумой регистрировали в 2010 г. (2 случая), 2014 г. (1 случай), 2015 г. (3 случая). Во Вьетнаме располагаются активные очаги чумы, однако последние заболевания зарегистрированы в 2002 году (8 случаев). Ранее сообщалось о крупных вспышках чумы на территории страны. В период с 1987 по 2002 гг., зарегистрировано 3 425 случаев заболевания, в среднем ежегодно отмечали около 214 заболевших. В Лаосе случаи бубонной формы чумы регистрировали в 1995 г. (7 случаев) и 1996 г. (3 случая).

**Холера.** Эндемичными территориями являются (юго-восточная Азия) Малайзия, Филиппины, Китай. В Китае ежегодно регистрируются местные случаи заболевания. За период с 2010 по 2015 гг., на территории страны зарегистрировано 350 случаев заболевания. В 2016 году отмечено 27 случаев заболевания. На всей территории Республики Филиппины существует высокий риск заражения холерой. С 2008 по 2013 год, на территории государства было выявлено 42 071 подозрительных на холеру случаев заболевания, однако лишь 2023 случая из них получили лабораторное подтверждение. Самая крупная вспышка холеры на Филиппинах, за последние 10 лет, произошла в 2014 году. В результате которой, по данным ВОЗ было зарегистрировано 4547 подтвержденных случаев заболевания холерой среди населения страны. Показатель летальности данной вспышки составлял 1,75%. В 2016 году, на Филиппинах зарегистрировано 124 случая холеры. В Малайзии практически ежегодно регистрируют крупные вспышки заболевания (2014 г. – 134 случая заболевания; 2015 г. – 244). На территориях Австралии, Японии, Новой Зеландии, Южной Кореи ежегодно регистрируют единичные завозные случаи заболевания.

**Мелиоидоз.** Эндемичными территориями являются Малайзия, Вьетнам, Камбоджа, Лаос, северная Австралия, Папуа-Новая Гвинея. Спорадическая заболеваемость регистрируется также в Сингапуре, на Филиппинах, юг Китая. Показатель заболеваемости на эндемичных территориях составляет около 50 на 100 тыс. населения (по оценкам 2011 г.). В Австралии впервые эпизоотии мелиоидоза отмечены в 1949 г., заболевания людей – в 1962 г. С 2000-х годов заболеваемость на территории Австралии резко снизилась с 42,7 на 100 тыс. в 1995-1999 гг., до 5,8 на 100 тыс. в 2010-2014 гг.

**Малярия.** Малярия эндемична в 10 странах региона. Заболеваемость на эндемичных территориях регистрируется ежегодно, и в структуре заболеваемости на две страны (Папуа Новая Гвинея и Соломоновы Острова) приходится 92% всех случаев малярии. В 2016 году в этих странах отмечен рост более чем на 400% в Папуа Новой Гвинее и более чем на 40% на Соломоновых Островах. Смертность от малярии в регионе снизилась на 63% с 2010 по 2016 год. В остальных странах региона заболеваемость снизилась. В 2000 году в целом в Тихоокеанском регионе было зарегистрировано более 3 млн. местных случаев заболевания, а в 2016 году общее количество случаев составило 705 215, при этом произошло резкое увеличение числа завозных случаев заболевания. Заболевание в основном вызывается *P. falciparum*. Риск заражения сохраняется на протяжении всего года. Наибольшее количество случаев заболевания регистрируется на территории Камбоджи, Вьетнама и на Соломоновых островах. По данным ВОЗ в 2016 году, на территории Папуа-Новой Гвинее зарегистрировано 728 798 случаев заболевания, из них 398 025 завозных. Наибольшее количество случаев заболевания зарегистрировано на Соломоновых островах (56 269 случаев заболевания), в Камбодже (23 492, все случаи заболевания местного происхождения), Вьетнаме (10 446, все местные), на Филиппинах (6635). В Китае все зарегистрированные случаи – завозные (3 143). В регионе существует проблема – быстрое распространение возбудителя малярии *P. falciparum*, у которого в результате мутации развилась устойчивость к противомалярийным препаратам первой линии (артемизину). В Камбодже получила распространение более жизнеспособная, чем другие мутантная популяция *P. falciparum*, у которой обнаружена устойчивость ко второму препарату, применяемому в комбинации с артемизином, – пиперакину. Впоследствии устойчивый возбудитель был выявлен на территории южного Лаоса и Северо-Восточного Таиланда. Эта же генетическая вариация распространена и в Южном Вьетнаме. В Малайзии расширяется ареал распространения *P. knowlesi* – возбудителя зоонозной малярии, вызывающего заболевания у людей. *P. knowlesi* распространен в большинстве штатов в Малайзии, но встречается в некоторых районах Вьетнама, Филиппин, Брунея, Малайзии, Сингапура, и в странах юго-восточной Азии (Таиланд, Мьянма, Индонезия).

**Лихорадка денге.** На Азиатско-тихоокеанский регион приходится самое тяжелое бремя болезни в мире. Лихорадка денге является эндемичным заболеванием во всех странах региона. Наиболее пострадавшими в 2017 году были Лаос, Вьетнам и Китай, где отмечен рост заболеваемости по сравнению с предыдущим 2016 годом. На территории региона установлена циркуляция всех субтипов вируса денге (1, 2, 3, 4). В 2017 году на Филиппинах зарегистрировано 135 355 лабораторно подтвержденных случаев заболевания денге, во Вьетнаме – 175 795, в Малайзии – 49 335, Камбодже – 39 851, Лаосе – 22 929,

Сингапуре – 8 826, Бангладеш – 6 104 местных случаев заболевания. По данным ВОЗ с начала 2018 г. по 24 мая 2018 г. в Австралии зарегистрировано 279 случаев инфицирования вирусом денге, в Новой Каледонии – 1156 подтвержденных случаев заболевания. Продолжаются вспышки лихорадки денге в Вануату, Тонга, Самоа, Фиджи (серотип-2), Французской Полинезии и (серотип-1). В Вануату-зарегистрировано 476 предполагаемых случаях заболевания; в Самоа – 800 случаев заболевания, в Уоллис и Футуна – 127 случаев; в Тонга – 124 случая. В Камбодже выявлено 694 подозрительных случая заболевания в 2018 г.; в Лаосе – 28 случаев, в Малайзии – 22775, на Филиппинах – 20108, в Сингапуре – 994, во Вьетнаме – 18422. На Филиппинах и в Сингапуре отмечена тенденция снижения заболеваемости по сравнению с 2017 годом.

**Лихорадка чикунгунья.** Вспышки заболевания регистрируются в Малайзии, Сингапуре, на Филиппинах и Тихоокеанских островах. Случаи завоза отмечены в Австралию: в 2014 г. – 110 случаев; в 2015 г. – 111; в 2016 г. – 111, в 2017 – 21. В прошлом вспышки происходили в Новой Каледонии (2011 год), Папуа-Новой Гвинее (2012 год), Микронезии (2013 год) и на островах Самоа, Тонга и Токелау (с июня 2014 года). В 2018 году (по состоянию на апрель 2018 г.) в Тихоокеанском регионе вспышек не выявлено.

**Лихорадка Зика.** Местные случаи заболевания лихорадкой Зика в регионе отмечены: в Вануату (2015 г.), на Соломоновых островах (2015-2016 гг. – 302 случая заболевания), в Новой Каледонии (2015 г. – 82 случая, из них только 10 случаев заболевания импортированных), на Филиппинах (2012, 2016 гг.).

**БВРС–Ков.** Лабораторно подтвержденные случаи местного инфицирования коронавирусом Ближневосточного респираторного синдрома (БВРС Ков) в регионе, зарегистрированы только на территории Филиппин. По информации ВОЗ в 2015 г. зарегистрировано 2 случая заболевания на территории городского округа Манила. Завозные случаи заболевания были отмечены на Филиппинах – 3 (из ОАЭ, Саудовской Аравии), в Малайзии – 2 (из Саудовской Аравии), в Южной Корее – 1 (из Катара), затем в мае-июне 2015 года возникла крупнейшая за пределами Ближнего Востока вспышка (186 больных, в т.ч. 38 с летальным исходом), в Китае – 1 (из Южной Кореи).

**Туберкулез.** В 2016 году на территории региона зарегистрировано 1 400 638 случаев заболевания туберкулезом, что несколько ниже, чем в 2015 г. (1 400 638). Самый высокий уровень заболеваемости туберкулезом отмечен на Филиппинах (554 на 100 000 населения, 345 144 новых случаев заболевания), в Китае (783 842), Камбодже (33 736).

### *Выводы*

Наиболее вероятным представляется риск завоза малярии, лихорадок денге, чикунгуны из стран Африки и Американского региона, ближневосточного респираторного синдрома – из Саудовской Аравии, кори и гепатита А – из стран Европы. Кроме того, возможен завоз сезонного гриппа из стран, расположенных в Южном полушарии (Южная Америка, Австралия).

Вероятность завоза холеры и желтой лихорадки низкая. Минимальные риски завоза полиомиелита, вызванного диким полиовирусом, вероятны из Нигерии, Афганистана, Пакистана. Завозы на территорию Российской Федерации чумы, а также таких экзотических болезней как оспа обезьян (Нигерия), лихорадки Ласса, Эбола, Марбург, маловероятны. Они возможны в результате прибытия больных с явными признаками болезни и находящихся в инкубационном периоде, а также импорта инфицированных комаров и грызунов, в этом случае он представляет реальную опасность и может привести к серьезным эпидемическим осложнениям.

Исполнители: А.В. Иванова, С.К. Удовиченко, О.В. Кедрова