

Обзор современной эпидемиологической ситуации по некоторым наиболее актуальным опасным инфекционным болезням, требующим проведения мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации

Информация об эпидемиологической ситуации по инфекционным болезням, требующим проведения мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации, составлена на основе анализа доступных источников.

Чума. Чума представляет значительный риск для здоровья человека, что обусловлено существованием ее природных очагов в различных регионах мира. Эпидемиологическая ситуация по этой инфекции остается напряженной и по данным ВОЗ в начале нынешнего столетия около 22 тысяч человек были инфицированы чумой по всему миру. Наиболее неблагоприятная ситуация складывается в странах Африканского континента, где неблагополучие по чуме формируется за счет двух стран – Демократической Республики Конго и Мадагаскара.

На Мадагаскаре вспышки чумы регистрируются ежегодно. В 2013 году с сентября по декабрь заболевания отмечены в 4-х провинциях страны (84 случая и 42 смерти).

Ежегодно заболевания людей чумой отмечают в США. В 2013 году в штате Нью-Мексико зарегистрированы 4 случая заболевания бубонной формой чумы с 1 смертельным исходом. Первое заболевание отмечено и в текущем году – в апреле в штате Нью-Мексико выявлен 1 случай вторичной легочной чумы.

На территории СНГ с 2004 года заболевания людей не регистрировали. В августе 2013 г. после 30-летнего перерыва в Ак-Суйском районе Иссык-Кульской области Кыргызской Республики на территории Сарыджазского высокогорного природного очага зарегистрирован летальный случай. Заболевший жил в урочище. Госпитализированный с первоначальным диагнозом «лимфаденит», скончался в день госпитализации в отделении реанимации. Диагноз «бубонная чума» подтвержден посмертно.

В 2013 г. эпизоотии чумы зарегистрированы по данным Противочумного центра Роспотребнадзора в 11 природных очагах Казахстана (Предустюртском, Устюртском, Северо-Приаральском, Арыкумско-Дариялытакирском, Мангышлакском, Приаральско-Каракумском, Мойынкумском, Таукумском, Прибалхашском, Бетпақдалинском, Илийском межгорном) на территории Актюбинской, Алматинской, Жамбылской Кызылординской и Мангистауской областей. В Российской Федерации эпизоотии чумы выявлены в 5 природных очагах чумы (Прикаспийском песчаном, Алтайском, Тувинском горных, Восточно-Кавказском и Центрально-Кавказском высокогорных) в Карачаево-Черкесской Республике, республиках Алтай, Тыва, Дагестан и Калмыкия.

В первом полугодии 2014 года в России эпизоотии чумы зарегистрированы в двух природных очагах чумы: Горно-Алтайском на территории Республики Алтай и Прикаспийском песчаном: в Лиманском районе Астраханской области, Лаганском и Черноземельском районах Республики Калмыкия, Тарумовском районе Республики Дагестан.

Холера. На сегодняшний день холера продолжает оставаться приоритетной проблемой мирового здравоохранения в связи с сохраняющейся тенденцией роста заболеваемости в мире, появлением измененных в геноме вариантов штаммов *Vibrio cholerae* O1, заменивших практически повсеместно типичные штаммы, обладающих повышенным уровнем антибиотикорезистентности и приводящих к заболеванию с более тяжелым клиническим течением.

Холера имеет глобальное распространение и во многих странах продолжают существовать потенциальные и реальные риски возникновения интенсивных и масштабных эпидемий и вспышек, эпидемиологическая обстановка по этой инфекции признана серьезной проблемой мирового здравоохранения.

Около 2,5 млн. больных холерой было зарегистрировано за последние 10 лет, сохраняется тенденция роста заболеваемости. В 2013 году по неполным данным в мире выявлено более 100 тысяч больных.

Уже четвертый год подряд продолжается эпидемия на Гаити, ставшая одной из самых значительных и изменившая мировую структуру заболеваемости холерой. Пик эпидемии пришелся на 2011 год – более 350 тыс. больных, в прошлом году (2013 г.) было зарегистрировано чуть более 50 тыс. случаев. За 6 месяцев 2014 года – 6689 больных. Всего с начала эпидемии (октябрь 2010 г.) и по настоящее время (июнь 2014 года) на Гаити зарегистрировано 704245 случаев заболевания и 8563 случаев смерти. Общая летальность 1,2 %, но имеются различия по департаментам от 0,6 % в столичном округе до 4,4 % в южных районах страны.

В соседней Доминиканской Республике с начала эпидемии (ноябрь 2010 г.) зарегистрировано 31628 случаев заболевания холерой и 471 случай смерти. За 6 месяцев 2014 года – 156 случаев заболевания и 4 смерти.

С апреля по июль на Гаити наступает сезон дождей – время, когда ежегодно отмечается подъем заболеваемости. В конце 2013 года было зарегистрировано увеличение числа случаев холеры, что совпадало с завершившимся сезоном дождей, но в начале 2014 года появилась тенденция к снижению заболеваемости – среднее еженедельное число заболеваний и смертей оказалось значительно ниже, чем отмечалось за такой же период в прошлые годы, хотя заболевания продолжают регистрировать во всех провинциях. Аналогичная тенденция отмечена и в

Доминиканской Республике, где заболевания в настоящее время выявлены только в трех провинциях страны.

Хотя темпы распространения эпидемии замедлились, но в ближайшие годы вряд ли удастся ликвидировать эпидемию на Гаити, поскольку с момента землетрясения в январе 2010 года система здравоохранения в стране остается в плачевном состоянии, большинство населения проживает в населенных пунктах с разрушенной инфраструктурой и в поселениях для беженцев. Сократилось и число медицинских центров, занимавшихся лечением холеры.

Из Гаити и Доминиканской Республики заносы холеры отмечены в США, Канаду, Чили, Великобританию, Мартинику, Кубу, Германию, Венесуэлу, Мексику и Испанию.

Масштабная вспышка холеры на Кубе была зарегистрирована в июле-августе 2012 года и стала первой в стране за последние 130 лет. Холеру на Кубу завезли из Гаити, 417 кубинцев заболели, в том числе 3 летальных случая. В январе 2013 года в Гаване выявлена еще одна вспышка холеры (всего заболел 51 человек). С июля 2013 по февраль 2014 года на Кубе продолжали регистрировать заболевания холерой. Всего 701 случай заболевания, в т.ч. 3 смертельных. Среди подтвержденных случаев 12 были выявлены у граждан, которые путешествовали на Кубу из других стран: Италия – 3, Нидерланды – 1, по 2 случая у граждан Чили, Германии, Испании и Венесуэлы.

В 2014 году (по данным за январь-июнь) новые случаи заболевания холерой на Кубе не зарегистрированы.

В сентябре-ноябре 2013 года заболевания холерой отмечены в Мексике. Это первая вспышка после событий 1991-2001 г. Всего 187 случаев, в т.ч. 1 смертельный. Все заболевания вызваны холерным вибрионом *V.cholerae eltor Ogawa*, имеющим сходство более 95 % со штаммами, циркулирующими в трех странах Карибского бассейна – Гаити, Доминиканской Республике и на Кубе. Также удалось выявить отличие этих штаммов от циркулировавших в Мексике более 10 лет назад.

В июне 2014 г. в Мексике вновь зарегистрированы 3 заболевания холерой у членов одной семьи, проживающих в штате Идальго.

В Африке эпидемиологическая ситуация по холере на протяжении ряда лет продолжает оставаться неблагополучной. В 2013 году (по данным регионального бюро ВОЗ) в 21 стране Африки зарегистрировано 49465 случаев заболевания холерой, в том числе 1197 со смертельным исходом (летальность 2,4%).

Остро проблема холеры проявляется в Демократической Республике Конго, эпидемия холеры продолжается уже не один год, 54% всех заболеваний в Аф-

рике (около 27 тыс. случаев) приходилось в прошлом году именно на эту страну. Более четверти всех африканских заболеваний приходилось еще на 2 страны – Анголу и Нигерию (по 6,6 тыс.).

В 2014 году напряженная ситуация по-прежнему сохраняется в странах западной и центральной Африки: Нигерии и Демократической Республике Конго – 95% (27687) заболеваний и 87% (403) случаев смерти приходится на эти две страны. Всего в 16 странах африканского континента в январе-мае зарегистрировано более 28793 заболеваний, в том числе 438 со смертельным исходом (летальность 1,5%).

Вспышка холеры продолжается в Южном Судане, где зарегистрировано 2340 случаев холеры (63 летальных). Ситуация в стране складывается крайне неблагоприятная, и возможно ее дальнейшее ухудшение в связи с приближением сезона дождей. Кроме того, гражданская война в Южном Судане породила массу проблем гуманитарного характера. Более 1,5 миллиона жителей стали беженцами, сотни тысяч людей живут в перенаселенных лагерях для перемещенных лиц, в которых нет элементарных санитарных условий и безопасной воды.

По данным ВОЗ в течение 2013 года заболевания холерой были зарегистрированы в Афганистане, Китае, Малайзии, Иране, Индии, Пакистане, на Филиппинах. Учет случаев холеры в Азии очень часто затруднен в связи с ограничениями в функционировании систем надзора: ежегодно более 2 млн. больных острой водянистой диареей регистрируется в Бангладеш и неизвестно, какая часть этих случаев вызвана *V.cholerae*.

В Российской Федерации в 2013 году завозы холеры не зарегистрированы.

По данным ФКУЗ Ростовский-на-Дону противочумный институт и ФКУЗ Противочумный центр Роспотребнадзора в 2013 году из поверхностных водоемов на территории 8 субъектов России были изолированы 49 атоксигенных, гемолизположительных штаммов *V.cholerae O1 eltor* (республики Бурятия, Калмыкия, Коми, Забайкальский, Краснодарский, Хабаровский края, Иркутская и Ростовская области). Штаммы выделены из проб, взятых из поверхностных водоемов в мае-сентябре, наибольшая частота изоляции холерных вибрионов отмечена в июле и августе.

Коронавирус ближневосточного респираторного синдрома (MERS-CoV). Первые случаи заболевания новой коронавирусной инфекцией впервые были отмечены в Саудовской Аравии в апреле 2012 года, хотя подтверждение получили только спустя полгода. Вирус получил название MERS-CoV (коронавирус, вызывающий ближневосточный респираторный синдром (Middle Eastern

Respiratory Syndrome), потому что изначально был выявлен как возбудитель респираторных инфекций на Ближнем Востоке.

Он был выделен от местной разновидности летучих мышей – могильного мешкоккрыла (*Taphozous perforatus*), антитела обнаружены в крови верблюдов на территории Омана и удалось выделить образцы вируса у одногорбых верблюдов в Саудовской Аравии.

Непрекращающаяся регистрация случаев заболевания подтверждает существование на Ближнем Востоке источника инфекции и все больше подтверждений тому, что именно одногорбые верблюды (дромадеры) являются таким источником для человека. Многие заболевшие коронавирусной инфекцией посещали верблюжьи фермы, ухаживали за животными. Предполагается, что заражение людей возможно и при употреблении в пищу верблюжьего молока или мяса.

Новый коронавирус способен передаваться от человека к человеку, но такая передача возможна среди тесно контактирующих между собой людей, о чем свидетельствуют заболевания в медицинских учреждениях и среди близких родственников. Передача вируса, по-видимому, пока ограничена этими рамками и не затрагивает более широкие слои населения.

Начиная с апреля по июнь 2014 г., отмечен резкий рост числа случаев заболевания MERS, прежде всего, в Саудовской Аравии и увеличение частоты завоза вируса в другие страны. По данным на 3 июля более 600 случаев заболевания и 200 смерти были зарегистрированы с начала апреля (206/86 – 843/323). Вирус, начиная с сентября 2012 года, затронул еще 21 страну мира, будучи завезен туда туристами и паломниками: это страны Европы, Азии и США.

Общее число заболеваний по состоянию на 3 июля 2014 года достигло 843, в том числе 323 смертельных (по данным European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), причем эти данные меняются ежедневно. Большинство (714/293) – в Саудовской Аравии.

На Ближнем Востоке заболевания зарегистрированы также в Объединенных Арабских Эмиратах, Катаре, Иордании, Омане, Кувейте, Йемене, Ливане, Египте, Иране.

За пределами Ближнего Востока зарегистрированы 22 случая заболевания в:

6-ти странах Европы – в Великобритании, Франции, Германии, Италии, Греции, Нидерландах;

в Африке – в Тунисе и Алжире;

в Азии – в Малайзии, на Филиппинах, в Бангладеш

а также в США.

Все европейские случаи заражения прямо или косвенно связаны с посещением стран Ближнего Востока. Во Франции, Тунисе и Великобритании, была местная передача среди пациентов, которые не были на Ближнем Востоке, но были в тесном контакте с больными.

На сегодняшний день более 100 случаев заболевания выявлены у медицинских работников, оказывавших помощь больным.

Все чаще стали регистрировать бессимптомные случаи коронавирусной инфекции.

Распространение вируса вызывает опасения в связи с приближением священного для мусульман месяца рамадан (который в 2014 г. приходится на июль). В Саудовскую Аравию придут сотни тысяч верующих для совершения паломничества. Священные Мекка и Медина расположены недалеко от г. Джидда, где отмечен самый высокий уровень заболеваемости. Возможно обострение эпидемиологической ситуации.

Болезнь, вызванная вирусом Эбола. Вспышка геморрагической лихорадки Эбола, охватившая к настоящему времени три страны в Западной части Африканского континента (Гвинея, Либерия и Сьерра-Леоне), началась еще в первой половине декабря 2013 года. Первые случаи были зарегистрированы в лесной области юго-восточной Гвинеи в префектуре недалеко от границы с Либерией и Сьерра-Леоне. На лабораторное подтверждение ушло шесть недель: в конце марта было объявлено о быстро развивающейся вспышке геморрагической лихорадки Эбола.

Заболевание вышло за пределы Гвинеи – случаи заражения и гибели зарегистрированы в соседних странах – Либерии и Сьерра-Леоне. Большинство случаев отмечены в районах, граничащих с Гвинеей.

Генетический анализ вируса показал, что штамм, вызвавший эпидемию, имеет 98 % совпадения с подтипом Заир, для которого характерна наиболее высокая смертность.

Происхождение этой вспышки до сих пор неизвестно. Предположительно первичные случаи заболевания были связаны с инфицированными животными. Чтобы сдержать распространение инфекции, власти Гвинеи предупредили жителей страны о необходимости воздержаться в период эпидемии от употребления в пищу мяса фруктовых летучих мышей (крыланов) – местный деликатес, поскольку эти летучие мыши могут оказаться основными переносчиками вируса.

Последующие заболевания были выявлены среди имевших контакты с больными в медицинских учреждениях либо среди принимавших участие в выполнении ритуальной подготовки тел для похоронных церемоний.

Меры контроля вспышки оказались эффективны, большинство цепочек передачи инфекции от человека к человеку были прерваны, и к середине апреля вспышка стала затухать. Резкий рост случаев заболевания отмечен с начала июня, произошло и расширение географического распространения.

Всплеск новых случаев был зарегистрирован в Сьерра-Леоне. Все заболевания связаны со случаями, которые продолжают регистрировать в пограничной провинции Гвинеи.

Гвинея, Сьерра-Леоне и Либерия – одни из самых беднейших государств мира с проницаемыми границами, слабыми системами здравоохранения, подорванными войной и политическими кризисами. Эксперты ВОЗ считают, что лихорадка Эбола выходит из-под контроля, и государственные границы уже не в силах сдержать разгул эпидемии, которая унесла жизни сотен человек. ВОЗ призвала страны Западной Африки, в числе которых Мали, Кот д'Ивуар, Гвинея-Бисау и Сенегал, готовиться к возможной вспышке заболевания.

Нынешняя вспышка лихорадки Эбола является самой тяжелой. Сдержать распространение вируса крайне сложно, так как местные жители не доверяют иностранным врачам и не понимают, насколько заразно заболевание. Кроме того, они продолжают соблюдать традиционные обряды при захоронении умерших от лихорадки. При этом во время прощания родственники контактируют с телом умершего, после чего заболевают сами.

Кроме страха, непонимания и недоверия местного населения, борьба с эпидемией осложняется участвовавшими случаями нападения вооруженных людей на медицинский персонал миссий Красного Креста и организации «Врачи без границ».

Несмотря на это, ВОЗ призвала государства региона объединить усилия и принять совместные меры по борьбе с опасным заболеванием. В регион направлены 150 специалистов для помощи в предотвращении дальнейшего распространения вируса.

На 4 июля в Западной Африке выявлено 779 случаев заболевания лихорадкой Эбола (подтвержденные и возможные, а также случаи подозрения на заражение вирусом) и 481 случай смерти (61,7 %). В том числе в Гвинеи – 412 заболевших и 305 смертельных случаев (74,0 %), в Либерии – 115 заболевших и 75 смертей (65,2 %), в Сьерра-Леоне – 252 заболеваний и 101 смерть (40,1 %).

Подозрения на заболевание лихорадкой Эбола были зарегистрированы в Мали, Марокко и Кот д'Ивуаре, но лабораторного подтверждения они не получили. Также не подтвердился диагноз у пациента из Канады, которого по воз-

вращению из Гвинеи госпитализировали с заболеванием, по симптоматике похожим на лихорадку Эбола.

Текущая вспышка – первая документально подтвержденная в Западной Африке. Это обстоятельство не является неожиданным, поскольку экологические условия пострадавших стран являются благоприятными для передачи вируса Эбола, и есть серологические данные, хотя и ограниченные, о наличии специфических антител к вирусу Эбола у жителей ряда районов стран этого региона – Камеруна, Нигерии, Сьерра-Леоне, Гвинеи и Сенегала.

Грипп птиц. Впервые о гриппе А(Н5N1) заговорили в 1997 году, первый подтвержденный случай заражения людей был зарегистрирован в Гонконге. Спустя 6 лет, в 2003 году вирус стал распространяться по всей Юго-Восточной Азии. На сегодняшний день вспышки высокопатогенного птичьего гриппа Н5N1 зарегистрированы далеко за пределами этого региона.

Всего с 2003 по 5 мая 2014 года (последние данные) заболевания людей гриппом птиц А(Н5N1) зарегистрированы в 15 странах мира – 665 лабораторно подтвержденных случаев заражения, 392 из которых завершились летальным исходом.

За последние три года (2011-2013 гг.) заболевания людей гриппом птиц отмечены в 6 странах: Бангладеш, Египте, Камбодже, Китае, Вьетнаме и Индонезии. С начала 2014 года заболевания людей уже выявлены в Камбодже, Вьетнаме, Египте, Китае и Индонезии. В конце 2013 года один случай заболевания человека гриппом птиц А(Н5N1) был выявлен в Канаде. Заболевший в период с 6 по 27 декабря 2013 года был в Пекине, затем вернулся в Канаду. Это первый случай инфицирования человека птичьим гриппом (Н5N1), зарегистрированный в Канаде и первый подтвержденный случай заболевания человека в Северной и Южной Америке.

В конце марта 2013 года в Китае стала распространяться новая разновидность гриппа птиц А(Н7N9) и были выявлены первые случаи заражения людей. Грипп А(Н7N9) относится к одной из подгрупп вирусов гриппа, которые обычно циркулируют среди птиц. До недавнего времени этот вирус среди людей не наблюдался.

Заболевания зарегистрированы в регионах восточного Китая и на Тайване. Специалисты ВОЗ считают, что вирус гриппа птиц А(Н7N9) на сегодняшний день наиболее опасный из всех известных видов гриппа.

Всего с 31 марта 2013 года по настоящее время (данные на 18 июня 2014) лабораторно подтверждены 450 случаев инфицирования человека вирусом гриппа А(Н7N9), в том числе 158 со смертельным исходом (35,1 %).

Отмечены две волны заболеваний, разделенных промежутком почти в 5 месяцев: первая – весной 2013 г., было зарегистрировано 135 случаев заболевания и 43 смерти (летальность 31,9 %); вторая волна началась в октябре 2013 г. и продолжается до сих пор – зарегистрировано уже более 300 случаев заболевания. Большинство произошли в ранее пострадавших провинциях материковой части Китая, кроме того заболевания выявлены в Гонконге, на Тайване. Кроме того, один случай заболевания отмечен в Малайзии и один смертельный случай в Канаде – оба связаны с пребыванием в Китае.

Источником заражений гриппом А(Н7N9) вероятно являются птицефермы. У большинства заболевших в анамнезе посещение рынков живой птицы или контакт с домашней птицей. Вирус был обнаружен у голубей, кур и уток, а также в пробах из окружающей среды, взятых поблизости от рынков живой птицы, после закрытия которых в конце апреля-начале мая прошлого года количество случаев заражения людей резко уменьшилось. Люди заражаются в результате тесного контакта с инфицированной живой птицей. Главным образом это происходит на птичьих рынках или в результате забоя птиц в домашних условиях. В настоящее время нет достаточных доказательств эффективной передачи вируса гриппа птиц А(Н7N9) от человека к человеку. Но почти половина заболевших (40%) отрицает какой-либо контакт с птицей. Были зарегистрированы два подтвержденных случая тяжелой пневмонии в одной семье, где не может быть исключена передача от человека человеку.

Полиомиелит. В настоящее время эндемичными по полиомиелиту остаются 3 страны – Афганистан, Нигерия и Пакистан. По решению ВОЗ Индия больше не входит в число стран, неблагополучных по заболеваемости полиомиелитом.

Сохранение циркуляции дикого полиовируса в трех эндемичных странах создает потенциальную угрозу его распространения в страны свободные от заболевания. Неспособность остановить распространение полиомиелита в этих остающихся районах может привести к тому, что через 10 лет в мире ежегодно будет происходить до 200000 новых случаев заболевания.

По данным ВОЗ в 2013 году вспышки полиомиелита были зарегистрированы в ряде стран, которые на протяжении многих лет были свободными от этого заболевания.

Кроме эндемичных стран (Афганистан, Нигерия, Пакистан), случаи полиомиелита были выявлены в странах, куда вирус был завезен – Сирийская Арабская Республика, Камерун, Кения, Сомали. В Израиле, а также на Западном

берегу реки Иордан и секторе Газа случаев заражения людей не было, но обнаружена циркуляция вируса полиомиелита во внешней среде.

Установлено, что дикий полиовирус 1 типа, циркулирующий на территории Израиля, практически идентичен вирусу, который был обнаружен в 2013 году в Египте, что предполагает достаточно широкую его циркуляцию.

В 2013 г. вспышкой дикого полиовируса 1 типа охвачен Африканский Рог. Заболевания регистрировали в Сомали, Кении, Эфиопии и Камеруне.

Всего в мире было выявлено 416 случаев инфицирования полиовирусом.

С начала этого года (по июнь) в мире зарегистрировано 106 случаев заболевания по сравнению с 77 за тот же период прошлого года. Как минимум три случая международной передачи дикого полиовируса были отмечены в 2014 г.: из Пакистана в Афганистан, из Сирии в Ирак, из Камеруна в Экваториальную Гвинею. Пакистан, Камерун и Сирия признаны представляющими наибольшую опасность распространения диких типов полиовируса в текущем году.

По решению чрезвычайного комитета ВОЗ в Пакистане, Афганистане, Нигерии, Ираке, Израиле, Камеруне, Сирии, Сомали, Экваториальной Гвинее, Эфиопии ситуация признана чрезвычайной в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение. За всю историю существования ВОЗ заявление такого рода является вторым после пандемии свиного гриппа в 2009 году.

18 июня, Бразилия сообщила, что в пробах сточных вод, взятых в марте 2014 г. в Международном аэропорту Viracopos в Сан-Паулу, был обнаружен дикий полиовирус 1 типа. В Бразилии не зарегистрировано ни одного случая паралитического полиомиелита. Генетическое секвенирование вируса показало, что он имеет наибольшее сходство с вирусом, циркулирующим в Экваториальной Гвинее и вызвавшим вспышку в Камеруне.

Лихорадка Денге. Резко возросшая в последние десятилетия глобальная заболеваемость лихорадкой Денге, в настоящее время ставит это заболевание в ряд основных проблем международного здравоохранения. ВОЗ квалифицировала ее как самое быстро распространяющееся тропическое заболевание, представляющее реальную эпидемическую угрозу. Из-за активных перемещений людей и товаров лихорадка Денге начинает проникать в страны, где раньше никогда не встречалась, влияние оказывает также и глобальное изменение климата. По данным Всемирной организации здравоохранения глобальная заболеваемость возросла в 30 раз и в настоящее время заболевание регистрируется в 125 странах мира и более 40% населения мира рискуют заболеть лихорадкой Денге. Ежегодно в мире заболевают этой инфекцией около 390 млн. человек.

В Европе лихорадки Денге не было с 30-х годов прошлого века, но в последние годы отмечен рост числа заболеваний в европейских странах, что связано с потеплением климата и увеличением численности комаров *Aedes aegypti*; появлением на континенте комаров *Aedes albopictus*, а также с активизацией туризма в эндемичные по Денге страны. В Европе вспышки лихорадки Денге были зарегистрированы в 2010 году в Хорватии и Франции, в 2012 году на островах Португалии (вспышка на Мадейре).

В 2013 году эпидемические вспышки лихорадки Денге отмечены в Бразилии, Коста-Рике, Колумбии, Парагвае, Венесуэле, Мексике, Никарагуа, Доминиканской Республике, на Каймановых островах, в Таиланде, Вьетнаме, Шри-Ланке, Малайзии, Лаосе, Сингапуре, Новой Каледонии, на Соломоновых островах.

В Американском регионе отмечено более 2,3 млн. случаев заболевания лихорадкой Денге (2351703 сл.), 68,2 % (1603529 сл.) – в странах Южной Америки. В странах Тихоокеанского региона зарегистрировано более 360 тыс. случаев заболевания (360360), почти половина из них – 166107 – на Филиппинах. Особенно значительный рост заболеваемости в течение года отмечен в Новой Каледонии (в 19,5 раз), Сингапуре (в 4,8 раза) и Лаосе (в 4,6 раза).

В Африке вспышки лихорадки Денге были зарегистрированы в Анголе (1008 случаев, в т.ч. 10 смертей), на Сейшельских островах (70 случаев), в Намибии. Завозной случай отмечен в Кабо-Верде (впервые после 2011 г., последняя вспышка в 2009 г. – 21382 сл.). Более 30 завозных случаев после посещения Анголы были выявлены в Португалии.

В 2014 году в ряде тихоокеанских стран отмечена тенденция роста числа заболеваний лихорадкой Денге: в Камбодже, Лаосе, Малайзии и Сингапуре. Вспышки зарегистрированы также во Французской Полинезии, на Соломоновых островах.

На Шри-Ланке в настоящее время зарегистрировано почти 17000 случаев заболевания.

В нескольких странах и территориях в южной части Тихого океана на фоне циркуляции 2 серотипа вируса Денге, почти после 20 лет отсутствия появились заболевания, вызванные вирусом 3 серотипа, кроме этого циркулируют еще и штаммы 1 серотипа.

В Американском регионе в 2013 году в общей сложности было зарегистрировано более чем 2,3 млн. случаев лихорадки Денге. В регионе циркулируют все четыре серотипа вируса Денге, а в таких странах как Мексика, Гватемала, Ника-

рагуа, Бразилия, Перу и Венесуэла подтверждена одновременная циркуляция всех четырех серотипов.

В 2014 году в Никарагуа, Панаме и Венесуэле крупные вспышки лихорадки Денге отмечены достаточно рано – еще до начала сезона дождей, тогда как обычно серьезные эпидемии регистрируют в самые дождливые месяцы – в мае-июне.

В Бразилии лихорадка Денге является серьезной проблемой общественного здравоохранения, передача происходит круглый год, но наиболее интенсивно в период с февраля по июнь. На сегодняшний день наиболее угрожающая ситуация складывается в штате Сан-Паулу, где зарегистрировано более 36 тысяч зараженных, около 100 случаев со смертельным исходом.

Все чаще стали регистрировать завозные случаи лихорадки Денге в России, в основном из таких популярных среди российских граждан стран как Таиланд, Индонезия, Малайзия, Вьетнам, Сингапур, Филиппины, Индия.

В течение 2010-2012 гг. на территории России, по данным Роспотребнадзора, зарегистрировано более 80 завозных случаев лихорадки Денге в подавляющем большинстве у туристов, посетивших страны Юго-Восточной Азии. В 2013 г. число завозных случаев значительно увеличилось, все они также связаны в основном с пребыванием в Таиланде и других странах Юго-Восточной Азии и Карибского бассейна. Завозы регистрировали в разных регионах страны, в общей сложности 169 заболеваний.

Крымская геморрагическая лихорадка. Для региона юга России проблема Крымской геморрагической лихорадки приобрела особую актуальность с 1999 года после активизации природного очага инфекции, последующего расширения его границ, связанного с расширением ареала основного переносчика в северном направлении.

В период с 1999 по 2013 год 1654 случая заболевания КГЛ зарегистрированы в 7 субъектах Южного и Северо-Кавказского федеральных округов (республики Калмыкия, Дагестан и Ингушетия, Ставропольский край, Ростовская, Астраханская и Волгоградская области). Кроме Ингушетии в шести субъектах, являющихся наиболее неблагополучными по КГЛ, с 2001 года заболевания регистрируются ежегодно.

В эпидемический сезон 2013 года 79 случаев заболевания зарегистрированы в 5 регионах: Ростовской области – 38 случаев с 2 смертями, в Волгоградской области – 6 случаев, 1 смертельный, в Ставропольском крае – 32 заболевших, в Астраханской области – 1 случай и в Республике Дагестан 2 случая, в т.ч. 1 летальный.

В Республике Казахстан заболевания зарегистрированы в Южно-Казахстанской, Кызылординской и Жамбылской областях.

В 2014 году эпидемический сезон уже начался. Заболевания зарегистрированы в Ростовской (43 больных), Волгоградской (6 больных) областях, Ставропольском крае (19 больных), Республике Дагестан (2 больных), Республике Калмыкия (2 больных). В общей сложности по данным на 4 июля 72 случая заболевания, два летальных исхода отмечены в Ростовской области.

В апреле текущего года в Грузии от Крымской геморрагической лихорадки скончались 2 человека (женщины 34 и 77 лет). Всего в этом году в Грузии было зафиксировано 5 случаев заболевания КГЛ: в Картли и Самцхе-Джавахетии. Впервые КГЛ в Грузии была диагностирована в 2009 году. В 2012-2013 гг. отмечены единичные заболевания.

Лихорадка Западного Нила. В последние годы существенной эпидемиологической проблемой стала лихорадка Западного Нила (ЛЗН). Активизация природных очагов этой инфекции стала следствием глобального потепления климата.

В сезоне 2013 года в 13 странах Европы 783 случая ЛЗН, в т.ч. в Сербии – 302, Греции – 86, Италии – 69 случаев.

Для Северной Америки характерны ежегодно повторяющиеся, начиная с 1999 года вспышки ЛЗН. К 2003-2004 гг. практически территория США, Южной Канады, Латинской Америки стала эндемичной по ЛЗН с высокой заболеваемостью и смертностью. На фоне наметившегося снижения уровня заболеваемости в 2012 году в США было зарегистрировано самое значительное число заболевших – в 48 штатах 5674 случая (286 летальных). В 2013 году в США по данным CDC (Centers for Disease Control and Prevention) в 48 штатах было зарегистрировано 2374 случая заболевания (114 летальных). В Канаде зарегистрировано 110 случаев ЛЗН (4 летальных).

Первые случаи лихорадки Западного Нила в России были зарегистрированы в Астраханской области (единичные случаи с 1967 г. и массовая регистрация с 1997 г.). В 1999 году первая крупная трансмиссивная вспышка отмечена на юге Волгоградской области.

Лихорадка Западного Нила относится к климато-зависимым инфекционным болезням и в связи с потеплением климата ареал обитания переносчиков и резервуаров инфекции существенно расширился к северу Российской Федерации. За период 1997 по 2012 год заболевания кроме Астраханской и Волгоградской областей регистрировались еще в 22 субъектах Российской Федерации.

В сезоне 2013 года в 16 субъектах РФ зарегистрировано 207 случаев заболевания ЛЗН. Наибольшее число больных выявлено в Астраханской (88), Волгоградской (49) и Саратовской (30) областях. Впервые случаи заболевания были зарегистрированы в Пензенской, Оренбургской, Калужской областях и Республике Карелия. Летальные случаи зарегистрированы в Астраханской (2) и Волгоградской (1) областях.

Завозные случаи из Таиланда отмечены в Новосибирской и Челябинской областях, с территории Украины – в Астраханской и Волгоградской областях. Завозы ЛЗН выявлены в Калужской, Оренбургской, и Республике Карелия, а также, наряду с местными случаями – в Белгородской, Астраханской, Самарской и Саратовской областях.

В 2014 году зарегистрирован завозной случай лихорадки Западного Нила в Челябинской области и два случаях подозрения на заболевание лихорадкой Западного Нила в Сургуте (Ханты-Мансийский автономный округ – Югра).

Наиболее вероятным является риск завоза таких инфекционных болезней как холера, лихорадка Денге, новая коронавирусная инфекция, неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по которым складывается в последние годы в ряде регионов мира.

Прогноз для России на 2014 год можно оценить как неблагоприятный: сохраняется риск завозов холеры из стран, где складывается сложная эпидемиологическая ситуация по этой инфекции (страны Карибского региона, ряд стран Африки и Азии). Завозы холеры возможны на любую административную территорию.

Сохраняющаяся неблагоприятная обстановка по холере, устойчивая тенденция роста заболеваемости, регистрация крупных вспышек и эпидемий в ряде стран мира способствуют сохранению высокого риска завозов холеры, прежде всего из стран, где складывается сложная эпидемиологическая ситуация по этой инфекции (страны Карибского региона, ряд стран Африки и Азии). Завозы холеры возможны на любую административную территорию. Остается вероятность заносов холеры из стран Африканского континента.

Неблагоприятная ситуация по лихорадке Денге в мире делает реальной вероятность завоза случаев заболевания на территорию России, в первую очередь из стран Юго-восточной Азии, Центральной и Южной Америки, Карибского бассейна. Риск заражения лихорадкой Денге различен: он зависит от многих факторов, в частности от вида туризма (деловой, оздоровительный, паломниче-

ский, приключенческий). Приключенческий туризм наиболее опасен по возможности заражения лихорадкой Денге.

Сохраняется возможность завоза новой коронавирусной инфекции (MERS-CoV), прежде всего, из стран Ближнего Востока (Саудовская Аравия, Катар, Иордания, Объединенные Арабские Эмираты). Возможно обострение эпидемиологической ситуации в связи с наступлением месяца рамадан (в 2014 г. приходится на июль). В Саудовскую Аравию придут сотни тысяч верующих для совершения паломничества. Священные Мекка и Медина расположены недалеко от г. Джидда на побережье Красного моря, где отмечен самый высокий уровень заболеваемости.

Существует вероятность заноса вируса гриппа А(Н7N9) больными (особенно при отсутствии симптомов) после посещения восточных районов Китая. Хотя пока у вируса не доказана передача от человека человеку, широкое распространение в человеческой популяции маловероятно. Прогноз для России по данной болезни можно оценить как относительно благоприятный.

Вероятность завоза на территорию Российской Федерации лихорадки Эбола низкая. Завоз возможен в результате прибытия больных с явными признаками болезни и находящихся в инкубационном периоде, в этом случае он представляет реальную опасность и может привести к серьезным эпидемическим осложнениям. Наибольшему риску заражения лихорадкой Эбола подвержен медицинский персонал и члены семей, осуществляющие уход за больными. Для лиц, совершающих поездки в эндемичные страны риск заражения расценивается как низкий, поскольку для заражения требуется прямой контакт с кровью и выделениями больных или умерших людей или животных, что маловероятно для среднестатистического человека, совершающего деловую поездку либо путешествие. Гораздо большему риску подвергаются пассажиры самолетов, находящиеся в непосредственной близости от больного (если они находятся в том же ряду или на один ряд от больного), а также экипаж судна, в основном, стюарды, которые могли контактировать с больным.

Обзор подготовлен науч. сотр. лаборатории эпидемиологического анализа и прогнозирования ФКУЗ РосНИПЧИ «Микроб» О.В. Кедровой на основе данных, опубликованных в общедоступных источниках информации.