

Информация об эпидемиологической ситуации по опасным инфекционным болезням, требующим проведения мероприятий по санитарной охране территории, в мире, странах СНГ и Российской Федерации

На сегодняшний день проблемы инфекционной патологии не утратили своей актуальности. Одной из приоритетных проблем мирового здравоохранения остается холера. В эпоху тотальной глобализации во всех регионах мира существует реальный риск завоза и последующего распространения холеры. Существующая тенденция роста заболеваемости в мире, регистрация крупных вспышек и эпидемий в ряде стран способствуют сохранению высокого риска завозов, прежде всего, из неблагополучных по холере регионов Юго-Восточной Азии, Африки и Карибского бассейна (Гаити, Доминиканская Республика, Куба), остается вероятность заносов холеры из стран Африканского континента

Уже пятый год продолжается эпидемия на Гаити, ставшая одной из самых значительных и изменившая мировую структуру заболеваемости холерой. Пик эпидемии пришелся на 2011 год – зарегистрировано более 350 тыс. больных, в 2014 – около 28 тыс. случаев. Но, несмотря на снижение темпов распространения эпидемии, имеются все условия для формирования эндемичных по холере территорий в Гаити, где в ближайшие годы вряд ли удастся полностью ее ликвидировать. Случаи заболевания регистрируют на протяжении всего года, с подъемами в сезоны дождей (с конца марта-апреля по июнь и сентябрь-ноябрь).

С начала эпидемии в октябре 2010 года по 31 мая 2015 года в Гаити зарегистрировано 743319 случаев заболевания и 8957 случаев смерти. Глобальная летальность 1,2%, но имеются различия по департаментам от 0,6% в столичном округе до 4,3% в южных районах страны. В Доминиканской Республике с начала эпидемии по март 2015 г. – 32257 заболеваний холерой и 487 случаев смерти.

В начале текущего года зарегистрирован рост заболеваемости холерой в Гаити и Доминиканской Республике по сравнению с аналогичным периодом прошлого года.

Кроме Гаити и Доминиканской Республики, вспышки холеры были отмечены на Кубе: в 2012 – 417 больных, в январе 2013 – 51, с июля 2013 по февраль 2014 г. – 701. Завозные заболевания после пребывания на Кубе зарегистрированы в Италии (3), Нидерландах (1), Чили (2), Германии (2), Испании (2) и Венесуэле (2) и последний случай в январе 2015 г. в Канаду.

В сентябре-ноябре 2013 года заболевания холерой регистрировали в Мексике – это первая вспышка после событий 1991-2001 г. Все случаи заболевания вызваны холерным вибрионом, имеющим более 95 % сходства со штаммами, циркулирующими в трех странах Карибского бассейна – Гаити, Доминиканской

Республике и на Кубе. Выявлено отличие этих штаммов от циркулировавших в Мексике более 10 лет назад. Всего зарегистрировано 187 случаев, в т.ч. 1 смертельный. В 2014 году – 14 случаев заболевания без смертельных исходов. С начала 2015 года новых случаев не выявлено.

Эпидемиологическая ситуация по холере в Африканском регионе в настоящее время остается неблагоприятной. Остро проблема холеры проявляется в Демократической Республике Конго, где эпидемия холеры продолжается уже не один год, Анголе, Нигерии, Гане, Южном Судане. С января по декабрь 2014 г в 17 африканских странах зарегистрировано более 100 тыс. больных холерой (101987 сл.), включая 1881 смертей (1,8 %). Более 85 % заболеваний отмечены в 3-х странах – Нигерии (35%), Гане (28%) и ДРККонго (21%).

За 4 месяца 2015 года в 14 из 47 стран Африканского региона зарегистрировано 20058 случаев заболевания холерой, из которых 289 – летальных (1,4 %). Наиболее неблагоприятными являются 4 страны, где выявлено 90 % всех заболеваний – Мозамбик (44 %), ДРККонго (27 %), Нигерия (10 %) и Кения (9 %).

В Азии заболевания холерой отмечены в течение 2014 года в Афганистане, Китае, Малайзии, Иране, Индии, Пакистане, на Филиппинах. В азиатских странах регистрируют большое число случаев острой водянистой диареи, значительная часть которых вызвана *V.cholerae* (в Бангладеш среди ежегодно выявляемых более 2 млн. случаев острой водянистой диареей более 20 % могут быть вызваны холерными вибрионами).

За последние 10 лет на территории России практически ежегодно отмечали завозные случаи холеры (кроме 2007, 2011 и 2013 гг.). Из Индии в Россию завозы холеры зарегистрированы в 2004 и 2008 гг. – в Белорецк (Республика Башкортостан), в 2006 г. – в Мурманск, в 2010, 2012 и 2014 гг. – в Москву.

Первые случаи заболевания новой коронавирусной инфекцией, названной впоследствии коронавирусом ближневосточного респираторного синдрома (БВРС-КоВ, MERS-CoV), были отмечены на Ближнем Востоке в апреле 2012 года, но подтверждение получили только спустя полгода.

Вновь выделенная разновидность представляет собой особый штамм коронавирусов, который не обнаруживали у людей и отличавшийся от ранее циркулировавшего возбудителя атипичной пневмонии (ТОРС, SARS). Его особенность – наряду с тяжелым острым респираторным синдромом он вызывает развитие почечной недостаточности. Летальность высокая (около 40%).

В общей сложности с сентября 2012 по настоящее время заболевания, вызванные новой разновидностью коронавируса, зарегистрированы в более чем 20-ти странах мира, включая страны Европы, Азии, США.

По состоянию на 22 июня 2015 года число заболеваний достигло 1368, в том числе 524 смертельных. Большинство (1035 или 75,7 %) – в Саудовской Аравии. На Ближнем Востоке заболевания зарегистрированы также в Объединенных Арабских Эмиратах, Катаре, Иордании, Омане, Кувейте, Йемене, Ливане, Иране. В Европейском регионе – в Великобритании, Франции, Германии, Италии, Греции, Нидерландах, Австрии, Турции; причем последний случай в Германии зарегистрирован в марте 2015 года (завозной из ОАЭ).

Все европейские случаи заражения напрямую связаны с посещением стран Ближнего Востока. В некоторых странах, в частности во Франции, Тунисе и Великобритании, заболевания отмечали среди пациентов, которые не выезжали в Ближневосточный регион, но были в тесном контакте с больными коронавирусной инфекцией (из числа родственников и персонала медицинских учреждений).

Ближний Восток на сегодняшний день является регионом с наибольшим риском заражения людей, в основном в Саудовской Аравии, а также в Объединенных Арабских Эмиратах и Катаре.

За пределами Ближнего Востока в настоящее время крупнейшая вспышка, вызванная новым коронавирусом, продолжается в Южной Корее.

20 мая 2015 года в Южной Корее были выявлены первые заболевания коронавирусной инфекцией. Самый первый случай связан с путешествием: из Бахрейна через Саудовскую Аравию и Катар в Южную Корею. Еще два случая были лабораторно подтверждены у жены пациента, ухаживавшей за мужем, пока он находился дома и у соседа по палате. Инфицированы вирусом оказались и другие пациенты, находившиеся в одной палате с первым заболевшим, а также лица, посетившие их в медицинском учреждении, и медицинские работники.

Эта вспышка вызывает беспокойство, и с целью оценки ситуации и результатов эпидемиологического расследования в Южной Корее работала совместная миссия ВОЗ и Министерства здравоохранения страны, но фактических данных об устойчивой передаче инфекции от человека человеку не обнаружено. По состоянию на 23 июня число инфицированных в Южной Корее достигло 178 человек, в том числе 27 летальных случаев.

Миссия подтвердила что, в основном инфицирование людей происходит при получении медицинской помощи или посещении пациентов в медицинских организациях. По мнению ВОЗ, причинами распространения БВРС-КоВ в Южной Корее стали: отсутствие знаний медицинских работников о коронавирусе, несвоевременное проведение противоэпидемических мероприятий в лечебных учреждениях, а также возможное влияние привычек и обычаев (обращение боль-

ного человека сразу в несколько медицинских учреждений, а также посещение госпитализированных пациентов многочисленными друзьями и членами семьи).

Имеющиеся данные эпидемиологического расследования свидетельствуют о том, что вспышка в Южной Корее похожа на внутрибольничные вспышки, ранее зарегистрированные в странах Ближнего Востока.

С конца марта 2013 года в Китае распространяется новая разновидность гриппа птиц А(Н7N9) и были выявлены первые случаи заражения людей. Грипп А(Н7N9) относится к одной из подгрупп вирусов гриппа, циркулирующих среди птиц, и заболевания людей не вызывал. Вспышка вызвана реассортантами, сформировавшимися на основе вируса гриппа птиц с низкой патогенностью, и на сегодняшний день вирус гриппа птиц А(Н7N9) является наиболее опасным из всех известных видов гриппа.

Всего с 31 марта 2013 года по 20 июня 2015 года лабораторно подтверждены 673 случая инфицирования человека вирусом гриппа А(Н7N9). Завозные случаи отмечены в Малайзии (1) и в Канаде (2).

Отмечены несколько волн заболеваний: весной 2013 г. (135 случаев заболевания и 43 смерти (летальность 31,9 %)); затем подъем заболеваемости начался в октябре 2013 г. и продолжался до октября 2014 года (319 случаев заболевания и 134 смерти); третья волна продолжается с ноября 2014 по настоящее время – зарегистрировано 213 случаев заболевания в провинциях материкового Китая, а также 5 завозных случаев из Китая: 3 – в Гонконге и 2 – в Канаде.

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

В последние годы отмечено широкое разнообразие вирусов гриппа, циркулирующих среди дикой и домашней птицы. В марте 2014 года в Китае был впервые обнаружен новый реассортант – высокопатогенный вирус Н5N6, а в апреле зарегистрирован первый в мире случай инфицирования человека этим вирусом, имевший летальный исход, в декабре – второй тяжелый случай инфицирования человека, в феврале 2015 года – третий летальный случай инфицирования человека вирусом гриппа А(Н5N6).

В Китае циркулирует еще одна разновидность гриппа птиц – вирус гриппа А(Н10N8), вызывающий заболевания у людей: в ноябре 2013 - марте 2014 года

были зарегистрированы 3 случая заболевания, два из которых с летальным исходом.

За четыре месяца 2015 года два случая инфицирования человека вирусом гриппа А(Н9N2) были зарегистрированы в Китае (оба случая с легким течением).

Лихорадка денге является глобальной проблемой и квалифицирована ВОЗ как самое быстро распространяющееся трансмиссивное вирусное заболевание, представляющее реальную эпидемическую угрозу. За последние десятилетия по данным ВОЗ глобальная заболеваемость денге возросла в 30 раз и в настоящее время (по оценочным данным) ежегодно в мире заболевают около 390 млн. человек в 128 странах (95% доверительный интервал 284-528 млн.), из которых у 96 млн. (67-136 млн.) заболевание протекает с клиническими проявлениями разной степени тяжести.

Самое тяжелое бремя болезни приходится на Азиатско-тихоокеанский регион, где риску инфицирования подвергаются около 1,8 млрд. человек.

В регионе Юго-Восточной Азии с 2009 г. вспышки лихорадки денге отмечают во всех странах, за исключением КНДР. В 2014 году в Малайзии отмечено рекордно высокое число случаев заболевания. Вспышки зарегистрированы в Китае и Японии. Из 30 стран и территорий Региона Западной части Тихого океана в течение года поступали сообщения о случаях заболевания. Отмечена тенденция к росту числа случаев заболевания на Островах Кука, Фиджи и Вануату.

Вспышки денге зарегистрированы в регионах Карибского бассейна, Центральной и Южной Америки – в этих районах местная передача инфекции имеет место почти во всех странах.

В регионе Восточного Средиземноморья денге считается возникающей болезнью, и на протяжении последних 20 лет случаи заболевания выявляют, в основном, вдоль береговой линии стран, граничащих с Красным морем. Серьезную проблему денге представляет в Саудовской Аравии и Йемене, все чаще вспышки денге стали регистрировать в Джибути, Сомали и Судане.

В странах Африканского региона вспышки лихорадки денге зарегистрированы в 22 странах. С 2013 г. вспышки денге отмечают в Анголе, Мозамбике и Объединенной Республике Танзания.

В Российской Федерации регистрируется рост завозных случаев и за последние 3 года выявлено 324 завозных случая лихорадки денге, в основном из стран Юго-Восточной Азии (Таиланд, Вьетнам, Китай), а также из Африки и Южной Америки.

Малярия на сегодняшний день остается одной из самых распространенных и тяжелых тропических болезней, и угрожает половине мирового населения –

приблизительно 3,2 млрд. человек, из которых 1,2 млрд. подвергаются высокому риску заражения. Передача малярии в 2014 году продолжалась в 97 странах и территориях мира.

В 2013 году, по оценочным данным, в мире зарегистрировано 198 млн. случаев малярии (диапазон 124-283 млн.) и 584 тыс. случаев смерти (367-755 тыс.). На Африканский регион приходится 85% всех случаев заболевания малярией и 90% всех случаев смерти от малярии. В двух странах Африки – Демократической Республике Конго и Нигерии – в общей сложности зарегистрировано около 40 % общемирового числа смертей от малярии.

Заболеваемость населения Российской Федерации малярией имеет тенденцию к снижению на протяжении уже многих лет. Но в 2014 году отмечен рост числа заболеваний по сравнению с предыдущим годом на 6,3 % (101 случай в 33 субъектах против 95 случаев в 34 субъектах в 2013 году).

Несмотря на явное улучшение ситуации по малярии, ежегодно в Российскую Федерацию происходят случаи завоза, преимущественно из стран дальнего зарубежья – Африки, Азии и в последние годы Южной Америки и Океании. Завозы малярии из стран ближнего зарубежья – Таджикистана и Азербайджана – в последние годы резко сократились. В 2003 году завозов из Республики Таджикистан было 199 случаев, из Азербайджанской Республики – 126, в 2014 г. – ни одного случая из Таджикистана и 1 – из Азербайджана.

Из дальнего зарубежья завозы малярии происходят преимущественно из стран Африки: в 2014 году – из 24 стран. Отмечено увеличение числа завозных случаев из Индии с 6 случаев в 2012 году до 31 случая в 2014 году, в т.ч. 13 завезено из Гоа. Зарегистрированы завозные случаи из Вьетнама, Мьянмы, Пакистана, Северной Кореи. В последние годы регистрируют завозные случаи из Южной Америки, в частности из Доминиканской Республики.

Завозы малярии происходят в основном в крупные города – максимальное число завозов зарегистрировано в Москве, Санкт-Петербурге и Ханты-Мансийске.

В 2014 году в Москве выявлен вторичный от завозного случай 3-дневной малярии. Летальные исходы от тропической малярии зарегистрированы в Москве и Приморском крае.

С момента открытия вируса Эбола до эпидемии 2014 года были зарегистрированы 23 вспышки и отдельные случаи инфицирования человека – всего около 2,5 тыс. заболеваний, из которых приблизительно 1,5 тыс. имели летальный исход.

Распространение нынешней эпидемии лихорадки Эбола в Гвинее началось с заболевания и смерти в декабре 2013 года 1,5-годовалого ребенка в провинции Гекеду на юго-востоке Гвинеи. Ребенок мог заразиться вирусом Эбола подняв с земли и съев загрязненный выделениями летучих мышей фрукт, либо после игры с летучими мышами, населявшими огромное дупло дерева.

В настоящее время наиболее вероятным природным резервуаром вируса Эбола в Африке являются питающиеся фруктами летучие мыши семейства *Pteropodidae*. Многие виды летучих мышей потенциально могут выступать в качестве резервуаров для вируса Эбола подтипа *Zaire*, но три вида были определены в качестве наиболее вероятных видов-резервуаров – молотоголовый крылан *Hypsignathus monstrosus*, ошейниковый крылан *Myonycteris torquata* и эполетовый крылан Франке *Epomops franqueti*, поскольку их ареал обитания шире и именно у них чаще выделяли РНК вируса Эбола. Специфические антитела к вирусу Эбола обнаруживали также у египетского крылана *Rousettus aegyptiacus*, пальмового крылана *Eidolon helvum*, большого эполетового крылана *Epomophorus gambianus*.

Эпидемия началась в Гвинее. Затем стала распространяться очень быстро. Меньше чем за месяц вирус добрался до соседней Либерии, затем попал в Сьерра-Леоне.

Возникновение вспышки именно в этом регионе – результат сочетания целого ряда факторов. Климатические условия могут способствовать распространению лихорадки Эбола, но наиболее значительную роль играют социально-экономические причины.

Страны, затронутые эпидемией, относятся к беднейшим и наименее благополучным в мире, для них характерна политическая нестабильность и экономический упадок.

В регионе Лесной Гвинеи сохранились влажные тропические леса, что определяет наличие характерного животного мира, в том числе и носителей вируса Эбола. Но большая часть лесов в этой местности (по оценкам более 80% лесного покрова) была вырублена, что привело к приближению мест обитания потенциально инфицированных диких животных и некоторых видов летучих мышей к жилью человека.

В этом регионе сходятся границы трех стран, границы условны, население чрезвычайно мобильно – ежедневно большое количество людей беспрепятственно переходят из одной страны в другую.

Распространению инфекции способствовали местные обычаи и верования. Население игнорировало принятый закон о кремации жертв лихорадки. Соблюдение традиционных похоронных обрядов и практики погребения умерших и

приводило к резкому увеличению числа новых случаев заражения. В странах Западной Африки деятельность по борьбе с лихорадкой Эбола встречала сопротивление со стороны местных общин.

В странах Западной Африке, где вспышек лихорадки Эбола никогда не случалось, врачи не были готовы к раннему выявлению случаев заболевания, к организации ответных мер, не было опыта ведения пациентов с лихорадкой Эбола, отсутствовала лабораторная база. В самом начале была упущена возможность локализовать и ограничить вспышку и прервать распространение инфекции.

В течение нынешней эпидемии отмечается беспрецедентно высокое число случаев заражения лихорадкой Эбола медицинского персонала. По данным на 24 июня 2015: 872 заболели и 507 из них умерли (58,1%).

Всего по официальной информации ВОЗ общее число лиц, пострадавших от эпидемии лихорадки Эбола в Западной Африке, составляет 27479 человек, в том числе 11222 случаев с летальным исходом. Последний случай в Либерии зарегистрирован 27 марта, 9 мая ВОЗ объявила об окончании эпидемии лихорадки Эбола в этой стране. В настоящее время в Либерии сохраняется трехмесячный режим повышенной бдительности.

В Гвинее и Сьерра-Леоне заболевания продолжают регистрировать, с конца мая и по 21 июня тенденции к снижению заболеваемости не наблюдается: еженедельно отмечается от 20 до 27 случаев заболевания. В Гвинее 12 новых подтвержденных случаев заболевания лихорадкой Эбола зарегистрированы в префектурах на западе и северо-западе страны и в столице Сонакру. В Сьерра-Леоне 8 новых подтвержденных заболеваний – в трех округах, включая столицу Freetown.

В странах Западной Африки в настоящее время действует 21 лечебный центр и 23 лаборатории, имеющие возможность подтверждать случаи лихорадки Эбола.

Кроме Гвинеи, Либерии и Сьерра-Леоне случаи заболевания лихорадкой Эбола отмечены в Нигерии, Сенегале, Мали, США, Испании и Великобритании. В мае лабораторно подтвержденный случай заболевания зарегистрирован в Италии. В настоящее время все 19 контактировавших с ним лиц завершили 21-дневный период медицинского наблюдения. 9 июня получен второй отрицательный результат лабораторного исследования материала от пациента на вирус Эбола, 10 июня пациент был выписан.

Корь относится к числу болезней, которые потенциально могут вызывать чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения. Несмотря на значительные успехи в борьбе с корью, достигнутые во многих странах мира, с 2010 года регистрируется рост заболеваемости в различных регионах мира, в том

числе в 2011 году стала осложняться эпидемиологическая ситуация в некоторых странах Европы, что стало причиной роста заболеваемости и в Российской Федерации. По данным ВОЗ отмечается ухудшение эпидемиологической ситуации по кори в странах Европы и Азии. В некоторых регионах ситуация с заболеваемостью корью становится угрожаемой.

Хотя с 2013 по 2014 год число случаев кори в Европейском регионе снизилось на 50%, но по данным регионального бюро ВОЗ в течение 2014 и 2-х месяцев 2015 года отмечен резкий всплеск заболеваемости – в 7 странах Европы и Средней Азии зарегистрировано более 22 тыс. случаев заболевания корью (в период 2013-2014 годов в этих странах заболеваемость корью была в 2 раза ниже). Более 5 тыс. случаев выявлено в Боснии, более 3 тыс. – в Грузии, более 1,5 тыс. больных – в Италии. В Германии вспышка кори началась в октябре 2014 года, всего по апрель 2015 г. зарегистрировано 1944 случая (значительная часть заболевших – взрослые люди). Завозные случаи кори из Германии были зарегистрированы в Норвегии, Франции, Швеции и Хорватии.

Вспышки продолжаются в Австрии, Боснии и Герцеговине, Сербии.

Вспышка зарегистрирована в Китае (в январе 2015 г. уровень заболеваемости в 1,5 раза превышал уровень прошлого года). На Тайване – 4 случая заболевания.

В 2014 году в США было зарегистрировано рекордное количество случаев заболевания корью – 644 в 27 штатах. В начале 2015 года в США зарегистрирована вспышка кори, начавшаяся с массового заражения в калифорнийском Диснейленде. Сейчас заболевания регистрируют в 17-ти штатах и столице Вашингтоне. Это самая крупная за 15 лет вспышка в США. Наблюдается рост заболеваемости корью у подростков и взрослых (25% зараженных корью – дети).

Вспышки и случаи заболевания корью зарегистрированы в Африканском регионе – в ДРК Конго (395 сл.), Судане (4197 сл.), Гвинее (1866 сл.), Мали (16 сл.), Либерии (363 сл.) и в Южной Америке – в Бразилии (около 200 сл.), Чили (5 сл.), в Австралии (40 сл.), Монголии (более 400 сл.), Ираке (842 сл.).

Заболеваемость корью в Казахстане значительно увеличилась в 2014 г., в первом квартале 2015 года число заболевших корью было в 13 раз больше по сравнению с аналогичным периодом прошлого года – всего зарегистрирован 1121 случай заболеваемости корью, против 84 случаев в 2014 году.

Заболеваемость корью в Кыргызстане стала расти в начале 2014 г., а к концу года вспышки кори были зарегистрированы в 5 регионах страны. В начале 2015 года отмечен всплеск заболеваний, переросший по масштабам в эпидемию кори (за 3 месяца – более 16 тыс. случаев с подозрением на корь, у почти 5 тыс. заболевание лабораторно подтверждено). Количество случаев с подозрением на корь за 5 месяцев увеличилось и составило уже более 20,5 тыс. случаев. В насто-

ящее время регистрируются 10-12 случаев ежедневно. Минздрав провел национальную кампанию иммунизации против кори и краснухи на территории всех областей и Бишкека (среди лиц в возрасте от 1 года до 20 лет включительно), которая охватила более 2 млн. жителей страны (96 % от общей целевой группы).

В России в 2014 году в 71 субъекте зарегистрировано 3247 случаев кори. От заболевания пострадали все возрастные группы, но особенно – лица в возрасте 20 лет и старше. За 5 мес. 2015 года в России отмечено снижение заболеваемости корью в 5,9 раз по сравнению с аналогичным периодом прошлого года. Зарегистрировано 678 случаев кори. Наиболее высокие показатели заболеваемости зарегистрированы в Республике Саха, Алтайском крае, Кабардино-Балкарской Республике, Республике Северная Осетия-Алания, Ставропольском крае.

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