

*Обзор эпидемиологической обстановки по актуальным инфекционным болезням в рамках ММСП (2005 г.) и СП 3.4.2318-08 «Санитарная охрана территории Российской Федерации»*

В России в соответствии с Международными медико-санитарными правилами (2005 г.) и Санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.4.2318-08 «Санитарная охрана территории Российской Федерации», регламентирован перечень инфекционных (паразитарных) болезней, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации. Этот список, включает 16 нозологических форм инфекционных болезней: оспа; полиомиелит, вызванный диким полиовирусом; человеческий грипп, вызванный новым подтипом вируса; тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС); холера; чума; желтая лихорадка; лихорадка Ласса; болезнь, вызванная вирусом Марбург; болезнь, вызванная вирусом Эбола; малярия; лихорадка Западного Нила; Крымская геморрагическая лихорадка; лихорадка Денге; менингококковая инфекция; лихорадка Рифт-Валли (долины Рифт).

Обстановка по чуме в мире остается напряженной, поскольку чума представляет значительную угрозу в связи с существованием природных очагов, особенно в странах Африки, Азии и Американского континента. Наиболее неблагоприятная ситуация складывается в странах Африканского континента: в Демократической Республике Конго и Мадагаскаре, где регистрируют интенсивные вспышки со значительным числом больных. На протяжении 2009 – первой половины 2012 годов вспышки чумы отмечены в Китае (2009), Ливии (2009, 2011), Мадагаскаре (2009, 2010, 2011), Демократической Республике Конго, Боливии, Перу. Ежегодно заболевания людей чумой отмечают в США. Всего в мире было зарегистрировано в 2009 году 958 заболеваний, в 2010 году – 507, в 2011 году – 312 случаев чумы.

В 2009 г. на северо-западе Китая в провинции Цинхай зарегистрирована вспышка легочной чумы (12 случаев заболевания, в том числе 3 летальных).

В 2010 г. на Мадагаскаре имела место вспышка (16 случаев легочной чумы, в том числе – 10 летальных. В 2011 г. эпидемические осложнения были зарегистрированы в период с января по апрель в центральной и северной провинциях (Антананариву и Анциранана) страны. В январе-феврале 2011 г. – 76 случаев заболевания чумой, в том числе 32 летальных. В марте-апреле 2011 г. общее число случаев с начала года достигло 200, в том числе 60 летальных.

В 2011 г. опубликованы были сообщения о заболеваниях чумой в Ливии (4-х случая заболевания и 17 – с подозрением). Эти данные не получили дальнейшего подтверждения или опровержения. В 2009 г. в сельском пригороде, расположенном недалеко от границы с Египтом, отмечалась вспышка чумы в поселении полукочевников. Всего выявлено 5 больных, в том числе 1 больной с легочной формой чумы, который впоследствии скончался.

На территории СНГ действуют 45 природных очагов чумы, расположенных в 8 из 11 стран Содружества: Российской Федерации, Республики Казахстан, Азербайджане, Армении, Кыргызстане, Таджикистане, Туркмении, Узбекистане. Природные очаги чумы есть и на территории Грузии.

В Российской Федерации расположены 11 природных очагов, в странах Средней Азии и Казахстана – 34 природных очага. Угроза чумы также связана с ее природными очагами в граничащих с Россией Китае и Монголии.

В Республике Казахстан расположены 20 природных очагов чумы, которые занимают почти половину всей территории страны и являются наиболее активными из всех очагов СНГ. Энзоотичными по чуме являются приграничные Западно-Казахстанская, Атырауская, Актюбинская области. Последние заболевания чумой были выявлены в 2003 году в Кызылординской (1) и Мангистауской (3) областях Казахстана. С 2004 года случаи заболевания людей в странах СНГ не регистрируются.

По данным ФКУЗ «Противочумный центр» Роспотребнадзора в 2011 году на территории Российской Федерации эпизоотии чумы зарегистрированы в 4 природных очагах чумы (Центрально-Кавказском высокогорном, Алтайском горном, Тувинском горном и Восточно-Кавказском высокогорном) на территориях Карачаево-Черкесской Республики, Республики Алтай, Республики Тыва и Республики Дагестан. Наибольшая эпизоотическая активность отмечена в Алтайском горном природном очаге.

В Республике Казахстан в 2011 году эпизоотии чумы выявлены в 12 природных очагах (Предустюртском, Устюртском, Арыкумско-Дариялытакирском (Зааральском), Мангышлакском, Приаральско-Каракумском, Кызылкумском, Мойынкумском, Таукумском, Прибалхашском, Восточно-Приалакольском, Илийском межгорном, Бетпакдалинском). Эпизоотии регистрировали в Мангистауской, Карагандинской, Кызылординской, Жамбылской, Южно-Казахстанской, Алматинской областях. Природные очаги на территории Казахстана характеризуются высокой эпизоотической и эпидемической активностью. Наибольшая эпизоотическая активность в 2011 году выявлена в Прибалхашском, Илийском, Устюртском и Мойынкумском природных очагах.

В 2012 году по информации, поступившей в РосНИПЧИ "Микроб" из ФКУЗ «Противочумный центр» Роспотребнадзора («Информационное сообщение о выявлении эпизоотий чумы в природных очагах стран Содружества Независимых Государств», июль-август 2012 года), эпизоотии чумы зарегистрированы в Российской Федерации в Горно-Алтайском природном очаге на территории Республики Алтай, в Тувинском горном очаге на территории Республики Тыва и Восточно-Кавказском горном природном очаге чумы на территории Республики Дагестан. В Республике Казахстан эпизоотии чумы выявлены в Прибалхашском и Илийском межгорном природных очагах чумы на территории Алматинской области.

Одним из главных рисков для здоровья человека в мире является холера, и эпидемиологическая обстановка по этой инфекции признана серьезной проблемой мирового здравоохранения.

Самое значимое событие последних лет – широкомасштабная эпидемия на Гаити, которая стала результатом заноса возбудителя из Непала. В 2010 году в стране было зарегистрировано 179379 больных, в 2011 – более 345 тысяч, и за первое полугодие текущего года – около 55 тысяч больных. Общее число больных с момента возникновения заболеваний в октябре 2010 года составляет в настоящее время 607587 (на 30.10.2012).

Из Гаити заносы холеры зарегистрированы в Доминиканскую Республику с последующим распространением инфекции в 28 из 32 провинций, США, Канаду, Чили, Великобрита-

нию и Германию. Из Доминиканской Республики – в США, Венесуэлу, Мексику и Испанию. Всего с 2010 года в Доминиканской Республике выявлено 27797 больных холерой.

В начале 2012 года темпы распространения эпидемии холеры замедлились, однако начавшийся в Карибском бассейне в апреле сезон дождей, привел к увеличению числа заболеваний в Гаити и Доминиканской Республике. Ураган «Сэнди» в октябре 2012 г. нанес колоссальный материальный ущерб на территории острова Гаити, где введено чрезвычайное положение. Затоплены территории южных департаментов, что негативно отразится на эпидемиологической ситуации, как следствие приведет к увеличению числа заболеваний холерой.

В июле 2012 года вспышка холеры зарегистрирована на Кубе, которая завершилась в конце августа. Всего холерой переболели более 500 человек, 3 умерли.

Несмотря на то, что доля Африканских стран в мировой структуре заболеваемости холерой уменьшилась за счет эпидемии на Гаити, эпидемиологическая ситуация по холере в регионе, по-прежнему остается неблагополучной.

В 2011 году по данным ВОЗ в 27 странах Африки зарегистрировано 18867 больных холерой, причем 91,7% случаев отмечены в 6 странах – Сомали, Нигерии, Камеруне, Демократической Республике Конго, Чаде и Гане. По итогам 8 месяцев 2012 года в 23 странах зарегистрировано более 62 тыс. больных, наиболее неблагополучная ситуация в Демократической Республике Конго, где вспышка продолжается с 2011 года и выявлено уже более 21,5 тыс. случаев заболевания и по оценкам экспертов из ООН уровень заболеваемости в текущем году может превысить уровень прошлого года (22000 больных). Проблема холеры остро проявляется и в других странах западной и центральной Африки: Гана, Уганда, Сьерра-Леоне, Ангола, Нигер, Мали, Конго, Мозамбик. В Сьерра-Леоне с начала года вспышкой холеры охвачено 12 из 13 районов страны, зарегистрировано более 20 тысяч случаев заболевания холерой. Более 50% всех заболеваний отмечены в западной части Сьерра-Леоне, где располагается столица Фритаун. Большую обеспокоенность ВОЗ вызывает ситуация в Сомали, где зарегистрировано 639 подозрительных на холеру случаев заболевания, однако проведенный экспресс-тест выявил 6 положительных результатов на заболевание холерой среди 10 случайно выбранных пациентов одного из госпиталей.

В странах Азии неблагоприятная ситуация по холере складывается в Афганистане, Иране и Йемене, где в 2011 году было зарегистрировано 3733, 1187 и 31789 больных холерой. Эти страны переживают целый ряд гуманитарных проблем. Кризисная ситуация неблагоприятно воздействует на слабые системы здравоохранения, повышает риск возникновения и распространения таких инфекционных заболеваний как холера, а также полиомиелит и корь.

В 2011 году в Украине имела место чрезвычайная ситуация в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения – вспышка холеры в г. Мариуполь Донецкой области, всего было отмечено 32 случая заболевания холерой и 22 случая вибрионосительства.

В Российской Федерации за последние 10 лет (2001-2010) неоднократно регистрировали завозы холеры: в 2004-2006, 2008, 2010 гг. Всего 9 случаев (из Индии – 7, из Таджикистана

– 2). В 2001 году первоисточник инфекции не установлен, но вероятно произошел завоз холеры на территорию Республики Татарстан из-за рубежа.

Завоз на неэндемичные территории экзотических болезней, к которым можно отнести желтую лихорадку, высококонтагиозные вирусные лихорадки Эбола, Марбург и Ласса, представляет реальную опасность и может привести к серьезным эпидемическим осложнениям. Завоз может возникнуть в результате прибытия больных с явными признаками болезни и находящихся в инкубационном периоде, а также импорта инфицированных комаров и грызунов.

Основным показателем неблагополучия территории является регистрация случаев заболевания человека. Высоко контагиозные лихорадки Эбола и Марбург распространены в зоне влажных тропических лесов в сельской местности Центральной и Западной частей Африки. Вспышки и отдельные случаи инфицирования человека вирусом Эбола были зарегистрированы в Демократической Республике Конго (1976, 1977, 1995, 2007, 2008-2009, 2012), Судане (1976, 1979, 2004), Габоне (1994, 1996-1997, 2001-2002), Республике Конго (2001-2003), Кот-д'Ивуаре (1994) и Уганде (2000-2001, 2007-2008, 2011, 2012).

Вспышки и отдельные случаи инфицирования человека вирусом Марбург отмечены в Германии и бывшей Югославии (1967 год – завозная вспышка), Кении (1980, 1987), Демократической Республике Конго (1998-2000), Анголе (2004-2005), Уганде (2007, 2012).

В июле 2012 г. в западной провинции Уганды (округ Кибале) зарегистрирована вспышка лихорадки Эбола. Вспышка завершилась, последний больной выписан 24 августа, за все время вспышки было зарегистрировано 24 случаев заболевания (11 из них – подтверждены лабораторно), 17 – закончились смертельным исходом.

17 августа вспышка лихорадки Эбола зарегистрирована на востоке Демократической Республики Конго (ДРК). По состоянию на 24 октября 2012 года всего отмечено 52 случая (35 лабораторно подтверждено), из них 25 закончились смертельным.

Эти две вспышки лихорадки Эбола не связаны между собой и вызваны двумя разными подтипами вируса Эбола: в Уганде – подтипом Судан, в Демократической Республике Конго – подтипом Бундибуджио.

В октябре 2012 г. в Уганде зафиксирована вспышка геморрагической лихорадки Марбург, жертвами которой стали девять человек, в том числе один сотрудник органов здравоохранения. По состоянию на 29 октября общее число заболевших составляет 19 человек в пяти регионах на юго-западе Уганды, заболевания отмечены в столице страны Кампале. В девяти случаях наличие вируса подтверждено лабораторно.

Лихорадка Ласса является эндемичным заболеванием в Нигерии, Либерии, Сьерра-Леоне и Гвинее, где в настоящее время регистрируются спорадические случаи заболевания и вспышки. В регионе Западной Африки около 58 миллионов человек проживают в районах, где существует риск заражения лихорадкой Ласса. Ежегодно в эндемичных районах наблюдается от 300 до 500 тысяч случаев заболевания, а число смертельных исходов в среднем составляет примерно 5000. Вспышки регистрировали в течение 2011 года в Нигерии, Сьерра-Леоне и Ли-

берии, всего более 880 случаев заболевания, первый случай лихорадки Ласса отмечен в 2011 году в Гане. В 2012 году заболевания регистрируются в Нигерии – 933 случая.

Свыше 30 раз регистрировались заносы геморрагической лихорадки Ласса из эндемичных стран в государства, свободные от этого заболевания случаи (чаще в Великобританию, а также в Германию, Нидерланды, США, Канаду, Японию, ЮАР, Швецию). Завозные случаи чаще всего заканчиваются летальным исходом.

Природные очаги желтой лихорадки расположены в Экваториальной Африке и Южной Америке. Риск подвергается население 32 африканских стран и 14 стран Латинской Америки, насчитывающее, в общей сложности, более 900 миллионов человек.

В Африке природные очаги желтой лихорадки занимают огромную территорию от южной оконечности пустыни Сахара на севере до Анголы на юге. В Американском регионе наибольшему риску подвергается население Боливии, Бразилии, Колумбии, Перу и Эквадора.

В 2010 году на африканском континенте было официально зарегистрировано 714 случаев заболевания желтой лихорадкой в 12 странах, наиболее неблагоприятная ситуация в Демократической Республике Конго, Гане, Чаде и Уганде. В 2011 году произошло резкое увеличение заболеваний желтой лихорадкой в странах Африки – отмечено более 2,5 тысячи случаев в 14 странах. Наиболее сложная обстановка в Нигерии, Сьерра-Леоне, Буркина-Фасо, Южном Судане, Чаде, Конго и Демократической Республике Конго.

В настоящее время вспышка желтой лихорадки отмечена в Судане (провинция Дар-фур) – число заболевших составило 194 человека, из которых 67 умерли.

В странах Южной Америки в 2010 году отмечен самый низкий показатель заболеваемости желтой лихорадкой с 1967 года – всего зарегистрировано 23 случая в 3-х странах: Боливии, Бразилии и Перу. В 2011 году также отмечен невысокий уровень заболеваемости в 3 странах 17 случаев желтой лихорадки.

Лихорадка Денге – инфекционная болезнь, которая в последние десятилетия стала одной из основных проблем международного здравоохранения. Денге распространена в тропических и субтропических районах мира и в настоящее время эндемична более чем для 100 стран в Африке, Америке, Восточном Средиземноморье, Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана. Около 2,5 млрд. человек подвержены риску заболевания – каждые двое из пяти жителей мира. Ежегодно в мире заражаются лихорадкой Денге от 50 до 100 млн. человек и умирают – около 25 тысяч человек.

В 2010 году наиболее напряженная ситуация складывалась на Филиппинах, во Вьетнаме, Малайзии, Лаосе, Индонезии, Таиланде, Шри-Ланке, Мьянме, Индии. В Американском регионе наиболее неблагоприятная ситуация в странах Южной Америки и вспышка лихорадки Денге зарегистрирована в США, где случаев заражения не наблюдалось в течение 65 лет. Впервые местная передача Денге была зарегистрирована во Франции и Хорватии.

В 2011 году в Америке, Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана было зарегистрировано около 1,5 млн. случаев заболевания (по официальным данным ВОЗ). В Американском регионе число случаев заболевания и смерти в 2010-2011 гг. стало рекордным.

Завозные случаи заболевания лихорадкой Денге были выявлены в течение 2010-2011 гг. в трех европейских странах, в т.ч. и Российской Федерации, всего по данным Роспотребнадзора 63 случая.

По данным ProMED в апреле-июле 2012 года завозные случаи лихорадки Денге зарегистрированы в Челябинской (3 случая из Таиланда), Новосибирской (4 случая из Таиланда) областях и Приморском крае (1 случай из Китая). Всего за 9 месяцев текущего года по данным ЦНИИ эпидемиологии было отмечено 46 случаев завоза лихорадки Денге (в том числе в Москву и Санкт-Петербург).

В 2010-2011 годах в Таиланде наблюдался эпидемический подъем заболеваемости лихорадкой Денге, в 2012 году в течение 10 месяцев уровень заболеваемости только на 6% ниже уровня прошлого года, число заболевших превышает 53,5 тыс. человек, 49 случаев закончились летальным исходом. Крайне напряженная ситуация складывается в Индии, на Шри-Ланке, в Таиланде, Вьетнаме, Камбодже, на Филиппинах. В Американском регионе лихорадка Денге регистрируется в виде вспышек и эпидемий различной интенсивности в Мексике, Доминиканской Республике, Колумбии, Перу, Парагвае, Бразилии. Наиболее неблагоприятная ситуация в Бразилии (более 547 тыс. больных), Мексике (более 90 тыс. больных), Боливии (более 38 тыс. больных), Парагвае (более 29 тыс. больных).

На Мадейре (Португалия) зарегистрирована вспышка лихорадки денге. В общей сложности по состоянию на 31 октября 2012 г. зарегистрировано 62 подтвержденных и 463 вероятных случаев заболевания. В Великобритании, Франции и Швеции зарегистрированы 4 случая заражения лихорадкой Денге после пребывания на Мадейре.

В последние годы существенной эпидемиологической проблемой стала лихорадка Западного Нила. Активизации природных очагов этой инфекции стало следствие глобального потепления климата. Природные очаги ЛЗН зарегистрированы практически повсеместно в Африке, а также в странах Средиземноморья, Ближнего Востока, Средней Азии, на Кавказе, Индии, в Юго-Восточной Азии. Лихорадка Западного Нила, смещаясь относительно традиционного нозоареала (север африканского континента), распространяется по всему земному шару, включая области с нетрадиционным климатом как, например, Западная Европа и Северная Америка.

На евроазиатском континенте ареал распространения вируса охватывает европейскую часть России, часть Западной Сибири и Юго-Восточной Азии. В последние 20 лет заболеваемость лихорадкой Западного Нила отмечена в большинстве стран СНГ.

В 2010-2011 гг. заболевания лихорадкой Западного Нила зарегистрированы в Греции, Румынии, Португалии, Италии, Венгрии, Израиле, Албании, Югославии с Македонией, Украине, Тунисе, Турции и России.

Для Северной Америки характерны ежегодно повторяющиеся, начиная с 1999 года вспышки ЛЗН. В последние 3 года в США и Канаде наблюдалось снижение уровня заболеваемости, однако в 2012 году в США отмечено самое значительное число заболевших – на 6 ноября в 48 штатах 5054 случая (228 летальных), более 80 % больных выявлены в 12 штатах –

Техас, Калифорния, Миссисипи, Луизиана, Южная Дакота, Мичиган, Оклахома, Небраска, Иллинойс, Колорадо, Огайо и Аризона. Более половины (51%) всех случаев с нейроинвазивной симптоматикой (менингит, энцефалит).

В Российской Федерации первая крупная трансмиссивная вспышка лихорадки Западного Нила, была зарегистрирована в южных регионах в 1999 году. В 2010 г. вспышки были зарегистрированы в Волгоградской (413 больных), Ростовской (59) и Воронежской (27) областях. Кроме этого заболевания были выявлены в Астраханской области (12 случаев), Краснодарском крае – 5, по одному случаю в Челябинской области и Республике Калмыкия. Завозные случаи в Республику Татарстан (1 из Иркутской области) и Москву (из Индии, Украины, Волгоградской и Ростовской областей). Общее число больных – 524. Вспышка в Волгоградской области – самая крупная в России (1999 г. – 380 случаев, 38 летальных).

В 2011 году в 10 регионах Российской Федерации было зарегистрировано 163 случая заболевания лихорадкой Западного Нила: в Волгоградской (61), Воронежской (50), Астраханской (18), Ростовской (16) областях, Краснодарском крае (7), Республике Татарстан (4), Челябинской (2), Тамбовской(1) областях и Республике Калмыкия (1). Три завозных случая (из Венесуэлы, Таиланда и из эндемичных районов России) были выявлены в Москве.

В 2012 году по состоянию на октябрь месяц в России зарегистрировано 440 случаев заболевания в 21 субъекте: Волгоградской (210), Ростовской (48), Астраханской (72), Воронежской (38), Липецкой (35), Новосибирской (1), Саратовской (6), Белгородской (5), Самарской (4), Омской (1), Курской (1), Московской (1), Ульяновской (1) областях, республиках Татарстан (2), Адыгея (4), Калмыкия (3), Краснодарском (3), Пермском (1), Ставропольском (2) краях. В Санкт-Петербурге зарегистрирован 1 завозной случай из Доминиканской Республики, в Республике Мордовия – из Египта. В Астраханской области отмечены 7 завозных случаев из Узбекистана, Казахстана, Волгоградской области, Краснодарского края и Чеченской Республики.

Лихорадка Западного Нила относится к климато-зависимым инфекционным болезням. И прогноз эпидемической ситуации по этой инфекции зависит в том числе и от метеорологических изменений. В связи с потеплением климата ареал обитания переносчиков и резервуаров инфекции существенно расширился к северу Российской Федерации, высокая температура воздуха благоприятно повлияла на взаимодействие вируса Западного Нила с переносчиками. В 2012 году заболевания лихорадкой Западного Нила впервые зарегистрированы в Республике Адыгея, Ставропольском крае, Липецкой, Саратовской, Самарской, Белгородской, Курской, Омской, Новосибирской областях, Пермском крае.

Природные очаги КГЛ располагаются на обширной территории Европы, Азии и Африки. В настоящее время ареал вируса КГЛ включает такие территории Российской Федерации, как Краснодарский и Ставропольский края, Республики Калмыкия и Дагестан, Волгоградская, Астраханская и Ростовская области.

Проблема Крымской геморрагической лихорадки приобрела особую актуальность для региона юга России с 1999 года после активизации природного очага инфекции, последующе-

го расширения его границ, связанного с расширением ареала основного переносчика в северном направлении. В период с 1999 (начало активизации очага) по 2012 год случаи заболевания КГЛ зарегистрированы в 7 из 13 субъектов Южного и Северо-Кавказского федеральных округов (Республики Калмыкия, Дагестан и Ингушетия, Ставропольский край, Ростовская, Астраханская и Волгоградская области). Отмечены 2 заносных случая заболевания КГЛ из Ставропольского края в Карачаево-Черкесской республике.

В 2011 г. в Российской Федерации выявлено 99 случаев заболевания КГЛ с 5 летальными исходами (0,07 на 100 тыс. населения): в Ростовской области – 48, Ставропольском крае – 26, Республике Калмыкия -11, Астраханской области – 10, Волгоградской области – 2, Республике Дагестан – 2. Отмечен рост заболеваемости на 43,5 % по сравнению с 2010 годом. Случаи смерти отмечены в Республике Дагестан (1), Волгоградской области (1) и Ростовской области (3). В 2012 году зарегистрировано 74 случая заболевания в Ставропольском крае (24), Республике Калмыкия (3), Астраханской (6) и Ростовской (41 с 1 летальным) областях.

В настоящее время эндемичными по полиомиелиту остаются лишь три страны, где никогда не прекращалась передача полиомиелита – это Афганистан, Нигерия и Пакистан. Эндемическая передача инфекции в каком-либо регионе создает угрозу для всего мира.

В 2010 году в Европейском регионе произошел первый случай завоза полиомиелита после сертификации его в 2002 году как свободного от полиомиелита. В Таджикистане была зарегистрирована вспышка полиомиелита, когда в 35 из 67 районов страны было выявлено 706 заболевших, у 458 диагноз полиомиелита подтвержден лабораторно. Заболевания были вызваны диким полиовирусом 1 типа (происходящим из Северной Индии). В настоящее время Таджикистан по итогам мониторинга ситуации вновь получил сертификат как страна, свободная от полиомиелита.

Из Таджикистана распространение вируса, вызвавшего вспышку, произошло в Российскую Федерацию, Туркменистан, Казахстан и, возможно, Узбекистан.

В Российской Федерации, впервые с 1996 года, зарегистрировано 14 случаев заболевания полиомиелитом, вызванным «диким» полиовирусом, а также случаи транзитного носительства как среди иностранных граждан, так и среди граждан Российской Федерации, проживающих преимущественно на территории Республики Дагестан и Чеченской Республики. Всего заболевания полиомиелитом отмечены в 8 субъектах Российской Федерации. Случаи, зарегистрированные в Чечне в августе-начале сентября, связаны с завозом из Узбекистана.

В Казахстане зарегистрирован завозной случай полиомиелита у 7-летнего ребенка в Южно-Казахстанской области Республики Казахстан. В Туркменистане отмечено 3 случая заболевания.

В 2011 году произошел завоз вируса полиомиелита из Пакистана в Китай. Китай ликвидировал полиомиелит в 1994 году и с тех пор был полностью свободен от этой болезни, за исключением одного ввезенного случая заболевания в 1999 году. В августе-октябре 2011 г. зарегистрирован 21 случай заболевания с 1 летальным исходом. В настоящее время заболевания в Китае прекратились.



До недавнего времени эндемичных стран было четыре. По решению ВОЗ Индия больше не входит в число стран, неблагополучных по заболеваемости полиомиелитом. Последний случай заболевания полиомиелитом в Индии был зарегистрирован у девочки 2-х лет из штата Западная Бенгалия 13 января 2011 года.

По данным на 31 октября 2012 г. в мире зарегистрировано 177 случаев полиомиелита, из них в трех эндемичных странах 172 и 5 случаев отмечены в Чаде, который не является эндемичным по полиомиелиту.

Несмотря на то, что заболеваемость населения малярией снижается из года в год уже на протяжении уже 10 лет, ежегодно в Российскую Федерацию происходят случаи завоза малярии. Малярию на территорию субъектов Российской Федерации завозят из стран СНГ (Таджикистан и Азербайджан) и дальнего зарубежья (Африка, Азия, Южная Америка).

Завозы малярии из Таджикистана и Азербайджана в последние годы резко сократились до единичных случаев. Из дальнего зарубежья завозы малярии происходят преимущественно из стран Африки (Камерун, Либерия, Демократическая Республика Конго, Нигерия, Гвинея, Габон, Гана, Сьерра-Леоне, Судан, Мали, Мозамбик, Кот-д'Ивуар, Уганда, Гвинея-Биссау).

Среди завозов из стран Азии преобладают случаи из стран Центральной (Афганистан, Пакистан, Йемен), Юго-Восточной (Таиланд, Индонезия, Мьянма, Камбоджа) и Южной Азии (Индия). Отмечены в последние годы завозные случаи из Океании (Папуа-Новая Гвинея, Соломоновы острова) и Южной Америки (Гайана, Перу, Доминиканская Республика).

В 2012 году после 38-летнего перерыва зарегистрирована вспышка малярии в Греции, которая считается благополучной по этой инфекции. Опасность, в плане заражения малярией представляет пребывание на юге страны (особенно актуально для туристов, которых ежегодно приезжает около 16 миллионов). Возможно, что вспышка болезни возникла из-за сокращения затрат на борьбу с малярией в кризисное время для экономики страны.

Лихорадка Рифт-Валли является вирусным зооозом, поражающим, главным образом, животных, но имеющим способность инфицировать людей. Подавляющее большинство случаев инфицирования людей происходит в результате прямых или косвенных контактов с кровью или органами инфицированных животных. Инфицирование людей происходит также в результате укусов инфицированных комаров, чаще всего комаров вида *Aedes*. Эпидемии лихорадки Рифт-Валли регистрировались в Африке к югу от Сахары и в Северной Африке. В 1997-1998 годах крупная вспышка произошла в Кении, Сомали и Танзании, а в сентябре 2000 года случаи заболевания были подтверждены в Саудовской Аравии и Йемене. Это было первое зарегистрированное появление болезни за пределами африканского континента, что вызвало опасения относительно ее возможного распространения в другие части Азии и Европы. В течение последних 10 лет крупные вспышки лихорадки Рифт-Валли были зарегистрированы на Африканском континенте: в 2006-2007 гг. – в Кении, Сомали и Танзании, 2007-2008 гг. – в Судане и на Мадагаскаре, 2010 г. – в ЮАР и Мавритании. В середине сентября 2012 года вспышка лихорадки отмечена в Мавритании, которая еще продолжается и на 1 ноября 2012 г. в 6 районах

выявлено 34 случая заболевания, 17 из которых закончились смертельным исходом (во всех случаях заболевания имел место контакт с животными).

Таким образом, в целом прогноз по инфекционным болезням, актуальным в рамках ММСП (2005 г.) и СП 3.4.2318-08 «Санитарная охрана территории Российской Федерации», является неблагоприятным.

Высокая эпизоотическая активность природных очагов чумы и регистрация случаев заболевания чумой людей в целом ряде стран создает реальную угрозу завоза чумы, прежде всего из стран, на территории которых располагаются природные очаги инфекции и регистрируются эпидемические осложнения: страны Африки, Китай, Монголия, страны Южной Америки.

Сохраняющаяся неблагоприятная обстановка по холере в мире, устойчивая тенденция роста заболеваемости, регистрация крупных вспышек и эпидемий в ряде стран мира способствуют сохранению высокого риска завозов холеры, прежде всего из стран неблагополучных по этой инфекционной болезни: страны Африки и Юго-Восточной Азии, Гаити и Доминиканская Республика.

Существует реальная опасность завоза на эндемичные территории вирусных геморрагических лихорадок Эбола, Марбург и Ласса, желтой лихорадки представляет реальную опасность и может при выявлении даже единичного случая привести к серьезным эпидемическим осложнениям.

Неблагоприятная ситуация по лихорадке Денге в мире делает реальной вероятность завоза случаев заболевания на территорию России, в первую очередь из стран Юго-восточной Азии и Южной Америки.

Осложнение эпидемиологической ситуации по лихорадке Западного Нила в США и регистрация на протяжении нескольких лет вспышек в Европейском регионе, в том числе активизация природных очагов на территории России, создают реальный риск завоза заболевания.

Сохраняющееся неблагополучие по полиомиелиту в трех эндемичных странах, создает потенциальную угрозу его распространения в страны свободные от заболевания.

Существует реальный риск завоза малярии на территорию, особенно из стран Африки и Юго-Восточной Азии.

В Российской Федерации наибольшую опасность имеют природно-очаговые инфекционные болезни с расширяющимся ареалом возбудителя (лихорадка Западного Нила, Крымская геморрагическая лихорадка).

*Обзор подготовили: О.В. Кедрова, В.П. Топорков*

*ФКУЗ «Российский научно-исследовательский противочумный институт «Микроб», Саратов.*