

«Особенности эпидемиологической ситуации по инфекционным заболеваниям в мире по состоянию на июль 2026 года»

Ближневосточный респираторный синдром (далее – БВРС)

По состоянию на июль 2026 года эпидемиологическая ситуация по БВРС остается относительно стабильной и характеризуется сохранением спорадической заболеваемости. Несмотря на отсутствие признаков устойчивой передачи инфекции среди населения, вирус продолжает циркулировать среди одногорбых верблюдов (дромадеров) на Аравийском полуострове, что обуславливает сохранение риска возникновения новых зоонозных случаев.

По сравнению с апрелем 2026 года эпидемиологическая ситуация существенных изменений не претерпела. После регистрации в начале года двух случаев заболевания в Саудовской Аравии новых подтвержденных случаев БВРС в мире в период с апреля по начало июля 2026 года не зарегистрировано.

С апреля 2012 года в мире зарегистрировано более 2649 лабораторно подтвержденных случаев БВРС, включая около 960 летальных исходов. Большинство случаев по-прежнему приходится на Саудовскую Аравию.

С начала 2026 года зарегистрировано 2 подтвержденных случая заболевания, один из которых закончился летальным исходом. Оба случая выявлены в Саудовской Аравии. После апреля новые случаи заболевания не регистрировались.

Основным природным очагом инфекции остается Аравийский полуостров. За пределами региона случаи заболевания продолжают носить преимущественно завозной характер и связаны с поездками в эндемичные районы.

По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Европейского центра по профилактике и контролю заболеваний (ECDC) и национальных органов здравоохранения, риск инфицирования населения стран Европы остается очень низким, однако вероятность появления единичных завозных случаев сохраняется вследствие международных поездок.

По сравнению с 2025 годом отмечается дальнейшее снижение эпидемической активности. В течение 2025 года в мире было зарегистрировано 19 случаев БВРС, включая внутрибольничную вспышку в Эр-Рияде, а также два завозных случая заболевания во Франции у лиц, прибывших с Аравийского полуострова. В 2026 году количество зарегистрированных случаев значительно уменьшилось, а после апреля

новые случаи заболевания отсутствовали. Вторичной передачи инфекции за пределами Саудовской Аравии не зарегистрировано.

Несмотря на благоприятную динамику заболеваемости, БВРС продолжает рассматриваться ВОЗ как инфекция, требующая постоянного международного эпидемиологического надзора. Основными факторами риска остаются контакт с инфицированными одnogорбыми верблюдами, посещение животноводческих хозяйств и рынков, а также возможность возникновения внутрибольничных случаев при несвоевременном выявлении пациентов. В связи с продолжающейся циркуляцией вируса среди животных сохраняется вероятность регистрации новых спорадических случаев заболевания в эндемичных странах.

БВРС является вирусным респираторным заболеванием, вызванным коронавирусом, который впервые был диагностирован в Саудовской Аравии в 2012 году. Люди заражаются в результате прямого или косвенного контакта с верблюдами, которые являются хозяином и зоонозным источником инфекции. Вирус продемонстрировал способность передаваться между людьми.

Инкубационный период (т.е. период от момента попадания возбудителя в организм до появления симптомов заболевания) длится от 2 до 14 дней, в среднем 5-6 дней.

До сих пор наблюдаемая неустойчивая передача от человека к человеку происходила при тесных контактах и в медицинских учреждениях. За пределами медицинских учреждений передача вируса от человека к человеку была ограниченной.

Болезнь, вызванная вирусом Эбола (далее – БВВЭ)

По состоянию на июль 2026 года эпидемиологическая ситуация по болезни, вызванной вирусом Эбола, значительно осложнилась. Если по состоянию на апрель 2026 года в мире отсутствовали активные подтвержденные вспышки заболевания, а проводилось лишь расследование единичных подозрительных случаев в Демократической Республике Конго (ДРК), то с мая 2026 года в стране зарегистрирована крупная вспышка болезни, вызванной вирусом **Bundibugyo ebolavirus**, которая впоследствии распространилась на территорию Уганды и была признана Всемирной организацией здравоохранения чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение.

15 мая 2026 года Министерство здравоохранения Демократической Республики Конго официально объявило о возникновении новой вспышки болезни, вызванной вирусом Эбола, обусловленной вирусом **Bundibugyo ebolavirus**. Особенностью данной вспышки стало быстрое увеличение количества заболевших на фоне сложной гуманитарной обстановки,

вооруженного конфликта, массового перемещения населения и ограниченной доступности медицинской помощи. В отличие от вируса *Zaire ebolavirus*, против которого существуют зарегистрированные вакцины, для вируса Bundibugyo на момент возникновения вспышки лицензированной вакцины и специфической терапии не имелось.

По данным Всемирной организации здравоохранения, по состоянию на 1 июля 2026 года в Демократической Республике Конго зарегистрировано:

1460 лабораторно подтвержденных случаев заболевания;

452 летальных исхода;

большинство заболевших выявлено в провинции Итури, однако случаи заболевания зарегистрированы также в других провинциях страны.

В последующие дни эпидемиологический процесс продолжал развиваться. По состоянию на первую половину июля число подтвержденных случаев превысило 1500, при этом сохранялась тенденция к дальнейшему распространению инфекции. ВОЗ оценивает вспышку как находящуюся в фазе активного развития.

В конце мая – июне 2026 года зарегистрированы случаи заноса инфекции в Уганду.

По состоянию на 2 июля 2026 года в Уганде зарегистрированы:

20 подтвержденных случаев;

2 летальных исхода среди подтвержденных случаев;

1 вероятный летальный случай.

Большинство заболевших являлись лицами, прибывшими из Демократической Республики Конго, однако зарегистрированы также случаи вторичной передачи инфекции среди контактных лиц и медицинских работников. Благодаря оперативному проведению противоэпидемических мероприятий дальнейшее распространение инфекции удалось существенно ограничить.

По состоянию на июль 2026 года случаев устойчивой передачи инфекции за пределами Африканского региона не зарегистрировано. Вместе с тем органы санитарно-эпидемиологического надзора ряда государств усилили мониторинг лиц, прибывающих из неблагополучных районов Центральной Африки.

Особенностью текущей вспышки является сочетание нескольких неблагоприятных факторов, существенно осложняющих проведение противоэпидемических мероприятий:

циркуляция вируса Bundibugyo ebolavirus, для которого отсутствуют зарегистрированные вакцины;

вооруженный конфликт и нестабильная обстановка в восточных районах Демократической Республики Конго;

массовое перемещение населения внутри страны и через государственную границу;

недостаточная доступность медицинской помощи в отдельных районах;

случаи инфицирования медицинских работников;

высокий риск дальнейшего распространения заболевания при сохранении интенсивной миграции населения.

В июле 2026 года при координации ВОЗ начаты международные клинические исследования экспериментальных схем лечения пациентов с использованием перспективных противовирусных препаратов и моноклональных антител. Одновременно продолжается разработка первой специализированной вакцины против вируса Bundibugyo.

По сравнению с 2025 годом эпидемиологическая ситуация существенно ухудшилась.

В 2025 году были зарегистрированы две относительно ограниченные по масштабам вспышки:

Демократическая Республика Конго (провинция Касаи) — 64 случая заболевания, включая 45 летальных исходов;

Уганда — 14 случаев заболевания, включая 4 летальных исхода.

Обе вспышки были успешно ликвидированы к началу 2026 года.

В отличие от них, вспышка 2026 года характеризуется значительно большим количеством заболевших, быстрым ростом числа случаев, трансграничным распространением инфекции и необходимостью привлечения международных ресурсов для проведения противоэпидемических мероприятий. В связи с этим ВОЗ и Africa CDC рассматривают данную вспышку как одну из наиболее серьезных за последние годы.

У человека БВВЭ является редким, но тяжелым заболеванием. Она часто приводит к летальному исходу.

Люди заражаются в результате контакта с инфицированным животным при их разделке, приготовлении или употреблении в пищу, биологическими жидкостями инфицированного человека (слюна, моча, фекалии и т.д.), вещами (одежда, простыни и т.д.), которые могли быть загрязнены биологическими жидкостями инфицированного человека.

Инкубационный период составляет от 2 до 21 дня, в среднем 4-16 дней.

Вирус Эбола проникает в организм через порезы на коже, при прикосновении к глазам, носу или рту. Симптомы БВВЭ могут наступать внезапно и включают в себя лихорадку, слабость, мышечные боли, головную боль, боль в горле. За этим следуют рвота, диарея, сыпь, нарушения функций почек и печени и в некоторых случаях, как внутренние, так и внешние кровотечения.

Конго-крымская геморрагическая лихорадка (далее – ККГЛ)

По состоянию на апрель 2026 года были зарегистрированы единичные случаи заболевания в Сенегале, Уганде и Индии, а также опубликованы официальные предупреждения Национального института здравоохранения Пакистана о необходимости усиления готовности к возможному сезонному росту заболеваемости.

В период с мая по июль 2026 года отмечено сезонное увеличение числа случаев заболевания в странах Ближнего Востока и Азии, что связано с активизацией переносчиков инфекции (*Hyalomma spp.*), увеличением контактов населения с сельскохозяйственными животными и проведением массового убоя скота в период религиозных праздников. По данным ВОЗ и национальных органов здравоохранения, большинство случаев заболевания продолжало носить спорадический характер, однако в отдельных странах отмечались локальные вспышки.

Ситуация в отдельных странах:

Ирак продолжает оставаться одной из наиболее неблагоприятных стран по заболеваемости ККГЛ. По данным Министерства здравоохранения Ирака, по состоянию на конец июня 2026 года зарегистрировано 219 лабораторно подтвержденных случаев заболевания, включая 16 летальных исходов. Только за последнюю неделю июня выявлено 23 новых случая, из них 3 закончились летальным исходом. Наиболее неблагоприятной провинцией остается Ди-Кар, где зарегистрирован 101 случай заболевания и 8 смертей с начала года.

В апреле Национальный институт здравоохранения Пакистана предупредил о повышении риска распространения ККГЛ. По состоянию на начало июня зарегистрировано не менее трех лабораторно подтвержденных случаев заболевания в провинции Хайбер-Пахтунхва, включая один летальный исход. В провинции Синд также зарегистрирован первый смертельный случай заболевания в 2026 году. В 2025 году в стране было зарегистрировано 82 случая ККГЛ, включая 20 летальных исходов, что свидетельствует о сохранении высокого эпидемиологического потенциала инфекции.

Турция остается одной из стран с наиболее продолжительной историей регистрации ККГЛ. Несмотря на ежегодный сезонный подъем заболеваемости, благодаря эффективной системе эпидемиологического надзора и ранней диагностике показатели летальности остаются относительно низкими. По данным многолетнего анализа, в Турции в 2017–2024 годах зарегистрировано 7776 случаев заболевания, при общей летальности 4,8 %. Основная заболеваемость традиционно приходится на северные и центральные районы страны в период с мая по август.

Афганистан продолжает относиться к числу стран с высокой эндемичностью ККГЛ. В преддверии праздника Курбан-байрам Продовольственная и сельскохозяйственная организация ООН (ФАО) предупредила о повышении риска распространения заболевания вследствие активного перемещения сельскохозяйственных животных и увеличения контактов населения с потенциально инфицированным скотом.

Уганда. В июне 2026 года зарегистрирован один летальный случай заболевания в округе Касесе. ККГЛ продолжает регистрироваться в стране в виде единичных спорадических случаев. В 2025 году в Уганде было зарегистрировано 17 случаев заболевания, включая 2 летальных исхода.

По сравнению с 2025 годом существенного изменения географии распространения инфекции не произошло. Вместе с тем в ряде эндемичных стран сохраняется высокий уровень заболеваемости.

Наиболее неблагоприятная ситуация продолжает отмечаться в Ираке, где ККГЛ остается одной из приоритетных природно-очаговых инфекций. В Пакистане, Афганистане и Турции ежегодно регистрируются десятки и сотни случаев заболевания, при этом сезонный подъем заболеваемости приходится на весенне-летний период.

*ККГЛ – широко распространенное заболевание, вызываемое вирусом семейства *Bunyaviridae*. Заболевание характеризуется лихорадкой, ярко выраженной интоксикацией и кровоизлияниями на коже и внутренних органах. Впервые выявлено в 1944 году в Крыму. ККГЛ вызывает тяжелые вспышки вирусной геморрагической лихорадки с летальностью 10-40%.*

Вирус ККГЛ передается людям через укусы клещей или через контакт с зараженной кровью, тканями животных при обработке туши. Животные заражаются от укуса зараженного клеща, и вирус остается в кровотоке в течение одной недели после заражения. Большинство случаев заболевания произошли у людей, занятых в животноводстве, таких как сельскохозяйственные рабочие, работники скотобоен и ветеринары. Возможна передача вируса от человека к человеку. Инкубационный период составляет 1-14 дней (в среднем 2-7 дня).

Болезнь, вызванная вирусом Марбург (далее – БВМ)

По состоянию на июль 2026 года эпидемиологическая ситуация по болезни, вызванной вирусом Марбург, остается относительно стабильной. После завершения первой в истории Эфиопии вспышки заболевания в январе 2026 года новых крупных вспышек инфекции не зарегистрировано. Вместе с тем продолжается усиленный эпидемиологический надзор в

странах Восточной и Центральной Африки, где сохраняются природные резервуары вируса, а также высокий риск возникновения новых спорадических случаев заболевания.

По состоянию на апрель 2026 года активные вспышки болезни, вызванной вирусом Марбург, в мире отсутствовали. Основным событием начала года стало официальное завершение первой вспышки заболевания в Эфиопии.

В период с апреля по июль 2026 года Всемирная организация здравоохранения, Africa CDC и национальные органы здравоохранения не сообщали о возникновении новых крупных вспышек заболевания. Эпидемиологическая ситуация оставалась стабильной, однако в странах Восточной Африки продолжался усиленный мониторинг лиц с подозрением на вирусные геморрагические лихорадки, а также наблюдение за природными очагами инфекции.

26 января 2026 года Министерство здравоохранения Эфиопии при поддержке Всемирной организации здравоохранения официально объявило о завершении первой в истории страны вспышки болезни, вызванной вирусом Марбург. Решение было принято после отсутствия новых подтвержденных случаев заболевания в течение 42 дней (двух максимальных инкубационных периодов) после смерти последнего пациента.

Итоговые показатели вспышки составили:

19 случаев заболевания (в том числе 14 лабораторно подтвержденных и 5 вероятных);

14 летальных исходов (9 среди подтвержденных случаев и все 5 вероятных случаев);

показатель летальности среди лабораторно подтвержденных случаев составил 64,3 %;

под медицинским наблюдением находились 857 контактных лиц, завершивших наблюдение без регистрации новых случаев заболевания.

Вспышка была локализована преимущественно в регионах Южная Эфиопия и Сидاما. По оценке ВОЗ, своевременное проведение комплекса противоэпидемических мероприятий позволило предотвратить дальнейшее распространение инфекции. После официального завершения вспышки в стране продолжался 90-дневный период усиленного эпидемиологического наблюдения, в течение которого новых случаев заболевания выявлено не было.

Вспышка в Эфиопии стала первой, при ликвидации которой в стране были применены современные экспериментальные средства профилактики и лечения.

В рамках международного сотрудничества Эфиопии было передано около 2500 доз экспериментальной вакцины cAd3-Marburg,

предназначенной для иммунизации медицинских работников и лиц из групп высокого риска. Кроме того, для лечения подтвержденных случаев использовались экспериментальные моноклональные антитела. Одновременно существенно расширились возможности лабораторной диагностики, эпидемиологического расследования и отслеживания контактных лиц.

В июле 2026 года Министерство здравоохранения Уганды подтвердило один изолированный случай болезни, вызванной вирусом Марбург. По данным Africa CDC, все контактные лица находились под медицинским наблюдением, симптомов заболевания у них не выявлено. Вторичных случаев передачи инфекции зарегистрировано не было, активная вспышка заболевания в стране отсутствовала.

В Руанде, Танзании, Экваториальной Гвинее и других странах, ранее сталкивавшихся со вспышками заболевания, в рассматриваемый период новых случаев болезни не зарегистрировано. Вместе с тем органы здравоохранения продолжают поддерживать готовность к оперативному выявлению и локализации возможных новых очагов инфекции.

Оценка эпидемиологической ситуации

По состоянию на июль 2026 года эпидемиологическая ситуация по болезни, вызванной вирусом Марбург, оценивается как стабильная. Крупные активные вспышки заболевания отсутствуют, однако сохраняется риск возникновения новых спорадических случаев в странах с природными очагами инфекции. Наиболее вероятными источниками заражения остаются контакты с египетскими крыланами (*Rousettus aegyptiacus*), а также с инфицированными людьми и их биологическими жидкостями.

Распространение вируса, вызывающего лихорадку Марбург, происходит в результате:

контакта с лицом, имеющим симптомы, не исключаящие лихорадку Марбург,

контакта с кровью, выделениями, или другими биологическими жидкостями лиц, у которых имеются симптомы данного заболевания, а также контакт с загрязненными биологическими жидкостями постельным бельем, одеждой, предметами личной гигиены и другими поверхностями, в том числе при оказании медицинской помощи пациентам с лихорадкой Марбург с проведением медицинских манипуляций, уходе за ними, а также при проведении лабораторного исследования биологического материала, зараженного возбудителем лихорадки Марбург;

совершения поездки в страны, в которых в последние годы регистрировались случаи лихорадки Марбург (Руанда (2024 год), Кения, Уганда, Демократическая Республика Конго, Ангола, Зимбабве);

наличия контакта с мертвыми или живыми египетскими летучими крыланами (фруктоядными летучими мышами), относящимися к эндемичным видам, использование в пищу продуктов или готовых блюд, полученных от таких животных, а также фруктов, ягод, овощей, зелени, загрязненных их продуктами жизнедеятельности.

Инкубационный период составляет от 2 до 21 дня, в среднем 4-16 дней.

БВВМ начинается внезапно и сопровождается резким повышением температуры тела, сильной головной болью и тяжелым недомоганием. Распространенным симптомом являются мышечные боли. На третий день могут развиваться острая водянистая диарея, боли и спазмы в области живота, тошнота и рвота. На 5-7 день болезни у многих пациентов наблюдаются тяжелые геморрагические симптомы и кровотечения, часто множественные, являются обычным симптомом в случаях с летальным исходом.

Желтая лихорадка (далее – ЖЛ)

По состоянию на июль 2026 года эпидемиологическая ситуация по желтой лихорадке остается напряженной. В первой половине 2026 года продолжилась активная циркуляция вируса как в странах Африки, так и в странах Южной Америки. Несмотря на отсутствие зарегистрированной городской передачи инфекции, сохраняется интенсивная циркуляция вируса в природных очагах, сопровождающаяся многочисленными эпизоотиями среди приматов и регистрацией случаев заболевания среди населения.

По сравнению с апрелем 2026 года эпидемиологическая ситуация существенных улучшений не претерпела. В странах Южной Америки продолжилась регистрация новых случаев заболевания, а Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) сохранила высокую оценку риска дальнейшего распространения инфекции в эндемичных регионах.

Развитие эпидемиологической ситуации (апрель – июль 2026 года):

По состоянию на апрель 2026 года наиболее неблагоприятная ситуация сохранялась в Боливии, Колумбии, Перу и Венесуэле. Одновременно в странах Африки продолжалась регистрация спорадических случаев заболевания и ограниченных вспышек в эндемичных районах.

С января по 26 мая 2026 года в странах Южной Америки зарегистрировано 79 лабораторно подтвержденных случаев заболевания, включая случаи в Боливии, Бразилии, Колумбии, Перу, Венесуэле и Эквадоре. Наряду с заболеваниями среди людей продолжали регистрироваться многочисленные эпизоотии среди нечеловекообразных

приматов, свидетельствующие об активной циркуляции вируса в природных очагах.

В странах Африки за аналогичный период зарегистрировано 16 лабораторно подтвержденных случаев заболевания в трех странах, а также 32 подозрительных случая еще в пяти странах, находившихся на этапе лабораторного подтверждения. ВОЗ продолжает относить 27 стран Африки и 13 стран Центральной и Южной Америки к территориям высокого риска передачи желтой лихорадки.

Наиболее неблагоприятная эпидемиологическая ситуация сохраняется в Колумбии, где продолжается вспышка, начавшаяся в конце 2024 года. Заболевание распространилось за пределы традиционных амазонских очагов, что обусловило усиление вакцинации населения и расширение зон эпидемиологического наблюдения.

По данным Панамериканской организации здравоохранения (ПАОЗ), в течение первых семи недель 2026 года в Боливии, Колумбии, Перу и Венесуэле зарегистрировано 34 подтвержденных случая заболевания, включая 15 летальных исходов. К июню число подтвержденных случаев увеличилось до 41, а количество летальных исходов — до 18.

Особое внимание продолжает уделяться Колумбии и Перу, где вирус выявляется не только среди заболевших людей, но и среди популяций обезьян, являющихся важными индикаторами активности природных очагов инфекции. В связи с этим органы здравоохранения продолжают проведение массовой вакцинации населения, проживающего в районах риска, а также усиливают эпидемиологический надзор за случаями острых вирусных геморрагических заболеваний.

В Африканском регионе желтая лихорадка продолжает оставаться одной из наиболее значимых природно-очаговых вирусных инфекций.

По данным ВОЗ, в рамках реализации стратегии Eliminate Yellow fever Epidemics (EYE) к территориям высокого риска относятся 13 стран, в которых продолжается активная циркуляция вируса и сохраняется вероятность возникновения крупных вспышек. Наиболее пристальное внимание уделяется Нигерии, Камеруну, Центральноафриканской Республике, Чаду, Демократической Республике Конго, Уганде и Южному Судану.

Несмотря на сравнительно небольшое количество лабораторно подтвержденных случаев заболевания в первой половине 2026 года, ВОЗ отмечает сохранение высокого риска возникновения новых вспышек вследствие низкого уровня охвата населения вакцинацией, активной циркуляции вируса среди диких животных, климатических факторов и широкого распространения переносчиков инфекции (*Aedes spp.*).

Основные особенности эпидемиологической ситуации в 2026 году:

Особенностью эпидемиологической ситуации в 2026 году является сохранение высокой активности природных очагов инфекции после значительного роста заболеваемости в 2025 году.

По итогам 2025 года в странах Америки зарегистрировано 346 лабораторно подтвержденных случаев заболевания, включая 143 летальных исхода, что более чем в 5 раз превысило показатели 2024 года. В первой половине 2026 года интенсивность эпидемического процесса несколько снизилась, однако передача вируса продолжается, что свидетельствует о сохранении неблагоприятной эпидемиологической обстановки.

Продолжается регистрация эпизоотий среди приматов, которые являются важнейшим ранним индикатором циркуляции вируса в природных очагах. Именно выявление массовой гибели обезьян во многих случаях предшествует регистрации заболеваний среди населения и служит основанием для проведения экстренной вакцинации.

С перечнем стран об обязательной/рекомендованной вакцинации против ЖЛ можно ознакомиться на сайте государственного учреждения «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» и государственного учреждения «Минский городской центр гигиены и эпидемиологии». Вакцинацию можно пройти в учреждении здравоохранения «19-я центральная районная поликлиника Первомайского района г.Минска», где расположен Республиканский прививочный кабинет против ЖЛ.

Желтая лихорадка – острое вирусное геморрагическое заболевание, передаваемое инфицированными комарами. «Желтой» она называется из-за того, что у некоторых пациентов развивается желтуха.

Инкубационный период составляет от 3 до 6 дней, в среднем 4-5 дней.

Симптомы: высокая температура, головная боль, желтуха, миалгия, тошнота, рвота и усталость. Вирус является эндемичным в тропических районах Африки, Центральной и Южной Америки.

Лихорадка Западного Нила (далее – ЛЗН)

По состоянию на июль 2026 года эпидемиологическая ситуация по лихорадке Западного Нила характеризуется началом очередного сезона передачи инфекции в странах Европы, Северной Америки и отдельных регионах Азии и Африки. Наиболее активная циркуляция вируса традиционно приходится на летне-осенний период, когда наблюдается максимальная численность комаров рода *Culex*, являющихся основными переносчиками инфекции.

По сравнению с апрелем 2026 года эпидемиологическая ситуация претерпела закономерные сезонные изменения. В странах Европы

зарегистрированы первые автохтонные случаи заболевания человека, а в США отмечено более раннее начало сезона передачи вируса и увеличение активности природных очагов инфекции.

Развитие эпидемиологической ситуации (апрель – июль 2026 года):

С начала июня в странах Европы началась регистрация первых автохтонных случаев заболевания. По данным Европейского центра по профилактике и контролю заболеваний (ECDC), по состоянию на 10 июня 2026 года зарегистрирован первый подтвержденный случай заболевания человека в Северной Македонии, что соответствует обычным срокам начала сезонной передачи инфекции. К началу июля система еженедельного мониторинга ECDC продолжала функционировать в странах Европейского союза и соседних государствах.

Европейский регион продолжает оставаться одной из основных территорий сезонной циркуляции вируса Западного Нила. Наибольшее число случаев заболевания традиционно регистрируется в Италии, Греции, Румынии, Франции, Сербии, Венгрии и Испании.

По итогам эпидемического сезона 2025 года в странах Европы зарегистрировано более 1100 автохтонных случаев заболевания человека. Наиболее неблагоприятная ситуация отмечалась в Италии (779 случаев), Греции (96 случаев), Франции (62 случая), Сербии (62 случая), Румынии (49 случаев) и Испании (36 случаев). Именно эти страны продолжают рассматриваться как территории повышенного риска и в 2026 году.

В течение первой половины 2026 года органы здравоохранения европейских стран продолжали мониторинг циркуляции вируса среди комаров, птиц, лошадей и людей. Существенного расширения географии распространения инфекции в Европе по сравнению с предыдущими сезонами не отмечалось. Вместе с тем ECDC указывает на необходимость сохранения высокого уровня эпидемиологической настороженности в связи с продолжающимся расширением ареала переносчиков и влиянием климатических факторов на продолжительность сезона передачи инфекции.

В Соединенных Штатах Америки сезон передачи вируса Западного Нила в 2026 году начался раньше обычных сроков. По данным CDC, уже к началу июня зарегистрированы первые случаи заболевания человека в нескольких штатах.

К началу июля национальной системой эпидемиологического надзора США зарегистрировано более 50 подтвержденных случаев заболевания человека более чем в 12 штатах, при этом специалисты CDC отмечают наиболее раннее начало сезона за последние два десятилетия. Особую обеспокоенность вызывает увеличение количества положительных находок вируса среди комаров и птиц, особенно в штатах Калифорния, Аризона, Техас и Коннектикут.

В штате Калифорния уже в первой половине июля количество инфицированных птиц превысило показатель за весь 2025 год, что свидетельствует об активной циркуляции вируса в природных очагах. Одновременно отмечается рост числа положительных проб комаров по сравнению со средними многолетними значениями.

Особенностью сезона 2026 года является более раннее начало циркуляции вируса в Северной Америке и своевременное выявление первых случаев заболевания в Европе.

Как и в предыдущие годы, большинство инфицированных людей переносит заболевание бессимптомно. По данным ВОЗ и CDC, клинические проявления развиваются примерно у 20 % инфицированных, тогда как менее 1 % пациентов сталкиваются с развитием тяжелых нейтроинвазивных форм заболевания, включая менингит, энцефалит и острый вялый паралич. Наиболее высокий риск тяжелого течения сохраняется у лиц старше 60 лет, пациентов с иммунодефицитными состояниями и хроническими заболеваниями.

Продолжается расширение программ энтомологического мониторинга, предусматривающих исследование популяций комаров, наблюдение за заболеваемостью птиц и лошадей, а также лабораторный контроль донорской крови в сезон передачи инфекции.

В природе вирус Западного Нила поддерживается благодаря циклу, включающему передачу вируса между птицами и комарами. Инфицирование человека чаще всего происходит в результате укусов инфицированных комаров. Комары инфицируются во время питания кровью инфицированных птиц – в их крови вирус циркулирует в течение нескольких дней. Во время его последующего питания кровью (во время укусов комаров) вирус может попадать в организм людей и животных, где он может размножиться и приводить к заболеванию. Вирус может также передаваться при контакте с другими инфицированными животными, их кровью или другими тканями. Очень незначительная доля случаев инфицирования людей происходит при трансплантации органов, переливании крови и грудном вскармливании.

Инкубационный период составляет от 2 до 21 дня, в среднем 3-8 дней.

Основными симптомами ЛЗН являются лихорадочное состояние, головная боль, усталость и боли в теле, тошнота, рвота, иногда кожная сыпь (на туловище) и увеличение лимфатических узлов. Может приводить к тяжелым состояниям – энцефалит или менингит.

По оценкам, наиболее тяжелая форма болезни развивается примерно у одного из 150 человек, инфицированных вирусом.

Оспа обезьян

По состоянию на июль 2026 года эпидемиологическая ситуация по оспе обезьян остается напряженной. Несмотря на постепенную стабилизацию ситуации в ряде стран, продолжается циркуляция вируса как клады Пб, вызвавшей глобальную вспышку 2022 года, так и более вирулентной клады I (Ia и Ib), которая продолжает распространяться преимущественно на территории стран Центральной и Восточной Африки. Наиболее неблагоприятная эпидемиологическая ситуация сохраняется в Демократической Республике Конго (ДРК), а также в ряде соседних государств, где продолжается регистрация случаев заболевания и сохраняется риск трансграничного распространения инфекции.

Развитие эпидемиологической ситуации (апрель – июль 2026 года):

По состоянию на апрель 2026 года основным очагом распространения оспы обезьян оставались страны Африки, прежде всего Демократическая Республика Конго, Уганда, Бурунди, Кения, Мадагаскар и Руанда. Одновременно в странах Европы, Северной и Южной Америки продолжалась регистрация единичных случаев заболевания, преимущественно связанных с международными поездками или локальной передачей вируса клады Пб.

В период с апреля по июль 2026 года активная циркуляция вируса продолжилась. По данным Всемирной организации здравоохранения, по состоянию на 31 мая 2026 года в мире сохранялась регистрация случаев заболевания в более чем 120 странах, при этом с начала глобальной вспышки 2022 года зарегистрировано свыше 100 000 подтвержденных случаев заболевания. Основная эпидемиологическая нагрузка в настоящее время приходится на страны Африки, где продолжается распространение вирусов клады I.

По данным Africa CDC, по состоянию на 14 июня 2026 года наиболее неблагоприятными странами по числу подтвержденных случаев оспы обезьян клады I являлись Мадагаскар (689 случаев за последние шесть недель), Демократическая Республика Конго, Уганда, Бурунди и Кения. При этом в большинстве остальных стран Африки количество подтвержденных случаев за аналогичный период не превышало 100.

Демократическая Республика Конго продолжает оставаться крупнейшим мировым природным очагом оспы обезьян. Несмотря на снижение интенсивности передачи инфекции по сравнению с 2025 годом, страна сохраняет лидирующие позиции по числу выявляемых случаев заболевания.

В Уганде продолжается циркуляция вируса клады Ib. По данным опубликованных эпидемиологических наблюдений, к началу 2026 года в стране были зарегистрированы десятки подтвержденных случаев заболевания с преимущественным распространением инфекции среди

молодых взрослых. Наиболее высокая активность эпидемического процесса отмечалась в округах Кампала и Вакисо.

В Южно-Африканской Республике по состоянию на 23 мая 2026 года зарегистрировано 6 лабораторно подтвержденных случаев заболевания, летальных исходов не отмечено. Из шести заболевших трое имели эпидемиологическую связь с поездками в европейские страны, остальные случаи не были связаны с международными поездками.

В регионе Америки эпидемиологическая ситуация остается стабильной.

По данным Панамериканской организации здравоохранения (ПАОЗ), в 2026 году по состоянию на 30 апреля 10 стран Америки сообщили о 964 подтвержденных случаях заболевания и одном летальном исходе. Кроме того, 7 стран региона сообщили о 39 случаях заболевания, вызванного вирусом клуды Ib, большинство из которых были связаны с международными поездками в страны Африки.

В странах Европейского союза продолжается регистрация единичных завозных случаев заболевания. По данным ECDC, большинство новых случаев связано с международными поездками либо локальными эпидемиологическими цепочками без признаков устойчивой передачи инфекции среди населения. Риск для населения стран ЕС продолжает оцениваться как низкий, однако вероятность регистрации новых импортированных случаев сохраняется.

По сравнению с 2025 годом эпидемиологическая ситуация характеризуется постепенным снижением интенсивности распространения инфекции в ряде стран Африки, однако вирус продолжает активно циркулировать в эндемичных регионах.

Если в 2025 году в странах Африки регистрировались десятки тысяч подозрительных случаев заболевания и сотни летальных исходов, то в первой половине 2026 года в большинстве государств отмечается снижение числа новых случаев. Вместе с тем сохраняется активная передача вируса клуды I, а также риск его дальнейшего международного распространения.

Продолжается регистрация завозных случаев заболевания в странах Европы и Америки, что обуславливает необходимость сохранения высокого уровня эпидемиологической настороженности, особенно в отношении лиц, прибывающих из неблагополучных регионов Африки.

Справочно: оспа обезьян – вирусное зооозное заболевание, симптомы которого у человека схожи с симптомами, наблюдавшимися в прошлом у пациентов с натуральной оспой.

Инфицирование происходит в результате прямого контакта с кровью, биологическими жидкостями, а также пораженной кожей или слизистой инфицированных животных (некоторые виды обезьян или

грызуны). Одним из возможных факторов риска является употребление в пищу мяса инфицированных животных без надлежащей термической обработки.

Передача от человека человеку происходит в результате тесного контакта с выделениями из дыхательных путей, повреждениями кожи инфицированного человека или с предметами, инфицированными биологическими жидкостями или материалами из очагов поражения заболевшего человека.

Инкубационный период оспы обезьян обычно составляет от 6 до 13 дней, но может варьироваться от 5 до 21 дня.

Инфекцию можно разделить на два периода:

период инвазии (длится от 0 до 5 дней) – характеризуется лихорадкой, сильной головной болью, лимфаденопатией (отек лимфатических узлов), болью в спине, миалгией (мышечные боли) и интенсивной астенией (недостаток энергии);

кожная сыпь – обычно начинается в течение 1-3 дней после появления лихорадки. Сыпь имеет тенденцию быть более концентрированной на лице и конечностях, а не на туловище.

Летальность варьируется в широких пределах в зависимости от эпидемии, но в документально зарегистрированных случаях составляла менее 10%.

Лихорадка денге

По состоянию на июль 2026 года эпидемиологическая ситуация по лихорадке денге остается напряженной, несмотря на снижение уровня заболеваемости по сравнению с рекордными показателями 2025 года. Вирус продолжает активно циркулировать в странах Америки, Юго-Восточной Азии, Западной части Тихого океана, Восточного Средиземноморья и Африки. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) отмечает дальнейшее географическое расширение ареала заболевания, связанное с распространением переносчиков (*Aedes aegypti* и *Aedes albopictus*), урбанизацией, изменением климата и ростом международной мобильности населения.

Развитие эпидемиологической ситуации (апрель – июль 2026 года):

По состоянию на апрель 2026 года наиболее неблагоприятная эпидемиологическая ситуация сохранялась в странах Американского региона, где продолжалось распространение всех четырех серотипов вируса денге. Одновременно высокий уровень заболеваемости отмечался в странах Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана.

По данным Панамериканской организации здравоохранения (ПАОЗ), по состоянию на эпидемиологическую неделю 22 (конец мая 2026 года) в странах Америки зарегистрировано 1 215 584 подозрительных случая

денге, что соответствует 117 случаям на 100 тыс. населения. Несмотря на значительный абсолютный показатель, это на 63 % меньше, чем за аналогичный период 2025 года, и на 69 % ниже среднего уровня за последние пять лет.

По данным Европейского центра по профилактике и контролю заболеваний (ECDC), по состоянию на конец марта 2026 года в мире было зарегистрировано более 500 тыс. случаев денге и свыше 100 летальных исходов. При этом специалисты ECDC отмечают, что глобальная заболеваемость в начале 2026 года оказалась существенно ниже показателей аналогичного периода предыдущего года.

Американский регион продолжает оставаться наиболее неблагополучной территорией по распространению денге.

Наибольшее количество случаев заболевания в 2026 году зарегистрировано в Бразилии, Колумбии, Мексике, Перу, Никарагуа и Гватемале, на долю которых приходится подавляющее большинство всех зарегистрированных случаев заболевания в регионе. Продолжается одновременная циркуляция всех четырех серотипов вируса денге (DENV-1–DENV-4), что увеличивает риск развития тяжелых форм заболевания вследствие повторного инфицирования.

По состоянию на конец мая зарегистрировано:

1 215 584 подозрительных случая;

более 26 тыс. лабораторно подтвержденных случаев;

несколько сотен случаев тяжелой денге;

десятки летальных исходов, зарегистрированных преимущественно в странах Южной Америки.

Несмотря на снижение общей заболеваемости, ПАОЗ продолжает оценивать ситуацию как требующую усиленного эпидемиологического надзора вследствие продолжающейся интенсивной циркуляции вируса и благоприятных климатических условий для размножения переносчиков инфекции.

Высокая заболеваемость денге сохраняется в странах Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана.

По данным Регионального бюро ВОЗ для Западной части Тихого океана, в течение апреля–июня 2026 года продолжалась регистрация случаев заболевания в Филиппинах, Вьетнаме, Лаосе, Камбодже, Малайзии, Сингапуре и Австралии. Региональные бюллетени публиковались каждые две недели, отражая продолжающуюся циркуляцию вируса и сезонный рост заболеваемости.

В ряде стран Юго-Восточной Азии сезон дождей обусловил увеличение численности переносчиков инфекции, что сопровождалось ростом количества регистрируемых случаев заболевания. Одновременно продолжались масштабные программы по борьбе с переносчиками,

включающие уничтожение мест размножения комаров, применение инсектицидов и внедрение биологических методов контроля, в том числе технологии Wolbachia.

В Европе местная передача денге продолжает оставаться ограниченной, однако сохраняется высокий риск регистрации завозных случаев заболевания.

В связи с расширением ареала распространения *Aedes albopictus* и повышением среднегодовых температур ECDC продолжает предупреждать о возможности возникновения локальных очагов передачи инфекции в странах Южной Европы в летне-осенний период. Наибольший риск сохраняется для Франции, Италии, Испании, Португалии и Хорватии.

Главной особенностью 2026 года является снижение глобальной заболеваемости после рекордного эпидемического подъема 2025 года.

Несмотря на положительную динамику, вирус денге продолжает активно циркулировать более чем в 130 странах мира, а около 4 млрд человек продолжают проживать на территориях с риском заражения. По оценкам ВОЗ, ежегодно происходит около 400 млн инфицирований, из которых приблизительно 100 млн сопровождаются клиническими проявлениями заболевания.

По сравнению с 2025 годом эпидемиологическая ситуация характеризуется заметным снижением числа зарегистрированных случаев заболевания.

Если в 2025 году Американский регион столкнулся с крупнейшей за всю историю наблюдений эпидемией денге, то в первой половине 2026 года количество зарегистрированных случаев уменьшилось более чем на 60 %. Вместе с тем ВОЗ и ПАОЗ подчеркивают, что такое снижение не свидетельствует об исчезновении угрозы. Продолжающаяся циркуляция всех четырех серотипов вируса, изменение климатических условий, урбанизация и распространение переносчиков создают предпосылки для возникновения новых крупных эпидемических подъемов в ближайшие годы.

В большинстве случаев течение лихорадки денге схоже с гриппом и острыми респираторными инфекциями, но иногда фиксируются тяжелые, опасные для жизни формы заболевания с внутренними и внешними кровотечениями, диареей, рвотой, одышкой. У трех четвертей людей, «подхвативших» лихорадку денге, заболевание протекает бессимптомно. Инкубационный период составляет от 3 до 14 дней (в среднем 5-7 дней).

Лихорадка Ласса

По состоянию на июль 2026 года эпидемиологическая ситуация по лихорадке Ласса остается напряженной в странах Западной Африки. Наибольшее количество случаев заболевания традиционно регистрируется в Нигерии, где продолжается сезонная вспышка инфекции. Единичные случаи заболевания также продолжают выявляться в Сьерра-Леоне, Либерии, Гвинее, Бенине, Того и Гане. ВОЗ отмечает сохранение высокого риска возникновения новых вспышек вследствие продолжающейся циркуляции вируса среди природного резервуара инфекции — многососковых крыс (*Mastomys natalensis*).

Развитие эпидемиологической ситуации (апрель – июль 2026 года):

По состоянию на апрель 2026 года основная эпидемиологическая нагрузка приходилась на Нигерию, где с начала года продолжался сезонный рост заболеваемости.

По данным Нигерийского центра по контролю заболеваний (NCDC), с начала 2026 года зарегистрировано:

637 лабораторно подтвержденных случаев заболевания;

160 летальных исходов;

показатель летальности составил 25,1 %;

случаи заболевания зарегистрированы в 18 штатах страны;

наиболее неблагоприятными оставались штаты Ондо, Баучи, Эдо, Тараба и Бенуэ, на долю которых приходилось около 85 % всех подтвержденных случаев заболевания.

По данным NCDC, среди заболевших преобладают лица в возрасте 21–30 лет, а средний возраст пациентов составляет около 32 лет. Заболевание продолжает регистрироваться как среди городского, так и сельского населения.

В период с апреля по июль 2026 года сезонная интенсивность эпидемического процесса постепенно снижалась, что соответствует многолетним особенностям распространения инфекции. Вместе с тем органы здравоохранения продолжали регистрировать новые случаи заболевания практически еженедельно, преимущественно в традиционно эндемичных районах страны.

Помимо Нигерии, единичные случаи заболевания продолжали регистрироваться в Сьерра-Леоне, Либерии, Гвинее, Бенине и Того.

В большинстве стран случаи заболевания носили спорадический характер и были связаны с существующими природными очагами инфекции. Масштабных международных вспышек или трансграничного распространения заболевания в рассматриваемый период зарегистрировано не было.

ВОЗ и региональные органы здравоохранения продолжают оказывать поддержку странам Западной Африки в развитии лабораторной

диагностики, подготовке медицинского персонала и совершенствовании систем эпидемиологического надзора.

Особенностью эпидемиологической ситуации в 2026 году остается высокая летальность заболевания.

Несмотря на постепенное снижение количества новых случаев после завершения сезонного подъема, показатель летальности среди подтвержденных случаев превышает 25%, что значительно выше аналогичного периода предыдущего года. Подобная ситуация объясняется поздним обращением пациентов за медицинской помощью, ограниченной доступностью специализированного лечения в отдельных районах и высокой распространенностью сопутствующих заболеваний.

По сравнению с аналогичным периодом 2025 года общее количество зарегистрированных случаев заболевания в Нигерии несколько уменьшилось, однако показатель летальности увеличился.

Если в первом квартале 2025 года летальность составляла 18,4 %, то в 2026 году она достигла 25,1 %. При этом география распространения заболевания существенных изменений не претерпела: большинство случаев по-прежнему регистрируется в одних и тех же эндемичных штатах Западной Африки.

В целом эпидемиологическая ситуация остается стабильной, без признаков значительного расширения ареала инфекции за пределы традиционных природных очагов.

Лихорадка Ласса – острое вирусное геморрагическое заболевание, передаваемое человеку при контакте с едой или предметами обихода, загрязненными мочой или пометом инфицированных грызунов.

Инкубационный период составляет в среднем 6 дней, но может варьироваться от 3 до 21 дня.

Ранние симптомы болезни, такие как высокая температура, общая слабость и недомогание, начинаются, как правило, постепенно. Спустя несколько дней может появиться головная боль, боль в горле, мышечные боли, боли в груди, тошнота, рвота, диарея, кашель и боль в животе. При тяжелых формах болезни может развиваться отек лица, появиться жидкость в легочных пазухах, кровотечение изо рта, носа, желудочно-кишечного тракта, а также упасть артериальное давление. Позднее может наблюдаться шок, судороги, тремор, дезориентация и кома.

Чикунгунья

По состоянию на июль 2026 года эпидемиологическая ситуация по лихорадке чикунгунья остается напряженной. В течение первой половины 2026 года продолжалась активная циркуляция вируса в странах Американского региона, Африки и Юго-Восточной Азии. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Панамериканская организация

здравоохранения (ПАОЗ) отмечают сохранение высокого риска дальнейшего распространения инфекции вследствие широкого распространения переносчиков (*Aedes aegypti* и *Aedes albopictus*), климатических изменений и роста международной мобильности населения.

Развитие эпидемиологической ситуации (апрель – июль 2026 года):

По состоянию на апрель 2026 года основная эпидемиологическая нагрузка приходилась на страны Южной Америки и Карибского бассейна. ВОЗ и ПАОЗ отмечали устойчивый рост числа случаев заболевания, начавшийся во второй половине 2025 года, а также возобновление местной передачи вируса на территориях, где случаи заболевания не регистрировались в течение нескольких лет.

В период с апреля по июль 2026 года продолжилась регистрация новых случаев заболевания в странах Американского региона, а также в отдельных странах Африки и Азии. Несмотря на снижение общего числа случаев по сравнению с рекордными показателями предыдущего года, сохранялась устойчивая циркуляция вируса и возникновение локальных вспышек.

Наиболее неблагоприятная эпидемиологическая ситуация сохраняется в странах Южной Америки и Карибского бассейна. По данным ПАОЗ, в период с 1 января по 10 декабря 2025 года в мире зарегистрировано 502 264 случая чикунгуньи, включая 208 335 лабораторно подтвержденных случаев и более 180 летальных исходов. Именно эти вспышки определили эпидемиологическую ситуацию начала 2026 года.

По состоянию на начало февраля 2026 года в странах Американского региона зарегистрировано 712 подозрительных случаев заболевания, включая 327 лабораторно подтвержденных случаев и 1 летальный исход. Одновременно отмечалось возобновление местной передачи вируса в Гайане, Французской Гвиане и Суринаме после почти десятилетнего отсутствия зарегистрированной циркуляции инфекции.

Особенно неблагоприятная ситуация складывалась в Суринаме, где вспышка была официально объявлена в январе 2026 года. По состоянию на 4 марта 2026 года зарегистрировано 1357 лабораторно подтвержденных случаев заболевания и 1 летальный исход. Случаи заболевания выявлены в 8 административных округах страны.

В Африканском регионе продолжается циркуляция вируса чикунгунья в традиционных природных очагах.

По данным Европейского центра по профилактике и контролю заболеваний (ECDC), в 2026 году по состоянию на конец марта зарегистрировано около 213 случаев заболевания в странах Африки. Наиболее неблагоприятная ситуация сохраняется на Мадагаскаре, где к

шестой эпидемиологической неделе подтверждено 29 лабораторно подтвержденных случаев заболевания. Продолжается рост заболеваемости на Маврикии, где вспышка, начавшаяся в январе 2026 года, сохраняет тенденцию к увеличению числа заболевших.

В странах Азии эпидемиологическая ситуация остается относительно стабильной.

По данным ECDC, в течение 2026 года зарегистрировано 16 подтвержденных случаев заболевания в Пакистане. Все случаи выявлены в провинции Синд, которая традиционно относится к наиболее неблагополучным территориям страны по распространению чикунгуньи.

Продолжается регистрация единичных случаев заболевания в Индии, Индонезии, Таиланде и на Филиппинах. В странах Европейского союза в первой половине 2026 года местная передача вируса чикунгунья не зарегистрирована.

Вместе с тем ECDC продолжает сезонный эпидемиологический надзор за заболеванием, учитывая широкое распространение комаров *Aedes albopictus* в странах Южной Европы и возможность возникновения локальных очагов инфекции после завоза вируса путешественниками из эндемичных регионов.

В течение рассматриваемого периода продолжалась регистрация отдельных завозных случаев заболевания, преимущественно у лиц, прибывших из стран Южной Америки, Карибского бассейна и Юго-Восточной Азии.

Особенностью 2026 года является сохранение активной циркуляции вируса после крупных вспышек 2025 года. Несмотря на снижение глобального количества случаев заболевания по сравнению с предыдущим годом, продолжается восстановление местной передачи инфекции в отдельных странах Американского региона, где вирус отсутствовал в течение многих лет. Одновременно сохраняется высокий риск возникновения новых вспышек вследствие широкого распространения переносчиков инфекции и благоприятных климатических условий.

По сравнению с 2025 годом эпидемиологическая ситуация остается напряженной, однако характеризуется некоторым снижением интенсивности эпидемического процесса.

Если в течение 2025 года в мире было зарегистрировано более 500 тыс. случаев заболевания, то в первой половине 2026 года в большинстве стран отмечается уменьшение числа новых случаев. Вместе с тем продолжается регистрация локальных вспышек, возобновление местной передачи инфекции на ранее благополучных территориях и сохранение риска дальнейшего международного распространения заболевания.

ВОЗ продолжает рассматривать чикунгунью как одну из наиболее значимых арбовирусных инфекций, распространение которой тесно

связано с расширением ареала комаров рода *Aedes*, изменением климата и высокой мобильностью населения.

Вирус чикунгуньи передается комарами, чаще всего Aedes (Stegomyia) aegypti и Aedes (Stegomyia) albopictus, которые также могут являться переносчиками вирусов денге и зика. Эти комары наносят укусы в основном в светлое время суток.

Когда неинфицированный комар всасывает кровь человека, инфицированного вирусом чикунгуньи, вирусные частицы могут передаваться комару. Затем вирус в течение некоторого времени размножается в организме комара, проникая в его слюнные железы, после чего он может быть передан новому неинфицированному хозяину при следующем укусе. В организме нового инфицированного лица вирус вновь размножается и достигает высоких концентраций, после чего он может передаваться другим комарам с последующим продолжением цикла передачи.

У пациентов чикунгунья обычно проявляется через 4–8 дней (диапазон 2–12 дней) после укуса инфицированным комаром. Для нее характерна внезапная лихорадка, часто сопровождаемая сильной болью в суставах. Другие распространенные признаки и симптомы заболевания включают отеки суставов, боль в мышцах, головную боль, тошноту, усталость и сыпь.

Лихорадка Зика

По состоянию на июль 2026 года эпидемиологическая ситуация по лихорадке Зика остается относительно стабильной. Масштабных международных вспышек заболевания в первой половине 2026 года не зарегистрировано. Вместе с тем вирус продолжает циркулировать в странах Американского региона, Юго-Восточной Азии, Африки и островных государствах Тихого океана, что обуславливает сохранение риска возникновения локальных вспышек и завоза инфекции в ранее благополучные регионы. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) продолжает относить вирус Зика к числу инфекций, требующих постоянного международного эпидемиологического надзора, прежде всего в связи с риском развития врожденного синдрома Зика и неврологических осложнений.

Развитие эпидемиологической ситуации (апрель – июль 2026 года):

По состоянию на апрель 2026 года активные крупные вспышки заболевания отсутствовали. Большинство стран продолжали осуществлять эпидемиологический надзор в рамках комплексного мониторинга арбовирусных инфекций (денге, чикунгунья и Зика).

В период с апреля по июль 2026 года ВОЗ, ПАОЗ и Европейский центр по профилактике и контролю заболеваний (ECDC) не сообщали о

возникновении новых масштабных вспышек заболевания. Регистрация случаев носила преимущественно спорадический характер. Большинство выявленных случаев приходилось на страны Центральной и Южной Америки, где вирус продолжает циркулировать на низком уровне после крупных эпидемий 2015–2017 годов.

По данным ВОЗ, по состоянию на середину 2026 года местная передача вируса Зика ранее была зарегистрирована в 92 странах и территориях мира, что свидетельствует о широком географическом распространении инфекции и сохранении потенциального риска ее дальнейшего распространения.

В странах Юго-Восточной Азии и Африки сохраняется спорадическая циркуляция вируса.

Единичные случаи заболевания продолжают регистрироваться в Таиланде, Индии, Индонезии, Вьетнаме, Малайзии, Сингапуре, а также в отдельных странах Африки, где распространены переносчики инфекции (*Aedes aegypti* и *Aedes albopictus*). В большинстве случаев заболевание протекает в легкой форме либо бессимптомно, что существенно осложняет оценку реального уровня распространенности инфекции.

ВОЗ отмечает, что во многих странах лабораторное обследование на вирус Зика проводится преимущественно среди беременных женщин и пациентов с подозрением на осложненное течение заболевания, вследствие чего значительная часть случаев остается невыявленной.

В странах Европейского союза местная передача вируса Зика в первой половине 2026 года не зарегистрирована.

По данным ECDC, выявляемые случаи заболевания продолжают носить завозной характер и связаны преимущественно с посещением стран Центральной и Южной Америки, Карибского бассейна и Юго-Восточной Азии. Одновременно продолжается мониторинг распространения комаров рода *Aedes* на территории Южной Европы в связи с потенциальной возможностью локальной передачи вируса при благоприятных климатических условиях. (ecdc.europa.eu)

Главной особенностью 2026 года остается сохранение низкой интенсивности передачи вируса при широком географическом распространении инфекции.

По оценкам ВОЗ, около 80% случаев заболевания протекают бессимптомно, что значительно затрудняет своевременное выявление циркуляции вируса. Наибольшее значение заболевание продолжает иметь для беременных женщин, поскольку инфицирование во время беременности может приводить к развитию врожденного синдрома Зика, включающего микроцефалию и другие тяжелые пороки развития центральной нервной системы плода. Кроме того, сохраняется риск развития неврологических осложнений, включая синдром Гийена – Барре.

По сравнению с 2025 годом существенного изменения глобальной эпидемиологической ситуации не отмечается.

Количество регистрируемых случаев заболевания остается относительно невысоким, крупных международных вспышек в рассматриваемый период не зарегистрировано. Вместе с тем сохраняется устойчивая циркуляция вируса в странах Американского региона и Юго-Восточной Азии, что обуславливает необходимость поддержания постоянного эпидемиологического надзора.

Вирус Зика является переносимым комарами флавивирусом, впервые выявленным у обезьян в Уганде в 1947 году.

Инкубационный период составляет около недели, но может варьироваться от 3 до 12 дней.

У большинства людей, инфицированных вирусом Зика, симптомы заболевания не развиваются, в остальных случаях симптомы проявляются в виде сыпи, лихорадки, конъюнктивита, болей в мышцах и суставах, общего недомогания и головной боли и продолжаются от двух до семи дней. Вирус Зика переносится в основном комарами рода Aedes, кровососущая активность которых приходится в основном на дневные часы. Имеются эпидемиологические данные о половом пути передачи инфекции.

Профилактические мероприятия:

использование репеллентов и фумигаторов;

защита от укусов комаров в дневные и ранние вечерние часы;

меры индивидуальной защиты включают ношение одежды (предпочтительно светлой), максимально закрывающей тело;

использование физических барьеров, таких как оконные сетки, а также закрытые двери и окна, нанесение на кожу или одежду репеллентов;

не менее 1 раза в неделю менять воду в емкостях для ее хранения на дачах и в частном секторе, не допуская размножения комаров.

Хантавирус

По состоянию на июль 2026 года эпидемиологическая ситуация по хантавирусной инфекции остается стабильной. Заболевания продолжают регистрироваться в странах Европы, Азии и Америки, преимущественно в виде спорадических случаев и ограниченных локальных вспышек, связанных с природными очагами инфекции. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и национальные органы здравоохранения отмечают сохранение риска заражения населения в эндемичных районах вследствие продолжающейся циркуляции различных видов хантавирусов среди природных резервуаров — мелких грызунов.

По сравнению с апрелем 2026 года существенного изменения глобальной эпидемиологической ситуации не отмечается. Вместе с тем в ряде европейских стран и в Северной Америке продолжалась регистрация новых случаев заболевания, характерных для весенне-летнего сезона.

Развитие эпидемиологической ситуации (апрель – июль 2026 года):

По состоянию на апрель 2026 года случаи хантавирусной инфекции регистрировались преимущественно в странах Северной и Центральной Европы, Китае, Южной Корее, России, США, Канаде, Аргентине и Чили.

В период с апреля по июль 2026 года продолжилась регистрация спорадических случаев заболевания, связанных с сезонным увеличением численности грызунов и ростом контактов населения с природными очагами инфекции. Крупных международных вспышек заболевания зарегистрировано не было.

По данным Европейского центра по профилактике и контролю заболеваний (ECDC), в большинстве стран Европы продолжается циркуляция вирусов Puumala, Dobrava-Belgrade и Seoul, вызывающих геморрагическую лихорадку с почечным синдромом различной степени тяжести. Одновременно в странах Северной и Южной Америки продолжают регистрироваться случаи хантавирусного кардиопульмонального синдрома, вызываемого вирусами Sin Nombre, Andes и другими представителями рода *Orthohantavirus*.

Европейский регион остается одной из наиболее изученных территорий по распространению хантавирусных инфекций.

Наибольшее количество случаев заболевания традиционно регистрируется в Финляндии, Германии, Швеции, Австрии, Словении, Чехии, Бельгии и Франции. Заболеваемость характеризуется выраженной цикличностью и зависит от численности популяций мышевидных грызунов, прежде всего рыжей полевки (*Myodes glareolus*), являющейся основным резервуаром вируса Puumala.

По данным ECDC, ежегодно в странах Европейского союза регистрируется от 2 до 4 тыс. лабораторно подтвержденных случаев хантавирусной инфекции, причем в годы высокой численности грызунов этот показатель может превышать 6 тыс. случаев. В первой половине 2026 года эпидемиологическая ситуация соответствовала средним многолетним значениям, без формирования крупных вспышек заболевания.

Китай продолжает оставаться страной с наиболее высокой заболеваемостью хантавирусной инфекцией в мире.

По данным Национальной комиссии здравоохранения Китая, ежегодно в стране регистрируется от 5 до 10 тыс. случаев геморрагической лихорадки с почечным синдромом, что составляет более 90% всех официально зарегистрированных случаев заболевания в мире.

надзора и вакцинации отдельных групп профессионального риска.

В Соединенных Штатах Америки продолжается регистрация единичных случаев хантавирусного кардиопульмонального синдрома.

По данным CDC США, с момента начала регистрации заболевания в 1993 году подтверждено более 900 случаев хантавирусного кардиопульмонального синдрома. Наиболее неблагоприятными остаются западные штаты, включая Нью-Мексико, Колорадо, Аризону, Калифорнию и Юту. Средний показатель летальности заболевания сохраняется на уровне около 35–40 %.

В странах Южной Америки наиболее неблагоприятная ситуация сохраняется в Аргентине и Чили, где продолжают регистрироваться случаи заболевания, вызванного вирусом Andes. Особенностью данного вируса является возможность ограниченной передачи инфекции от человека к человеку, что отличает его от большинства других представителей рода *Orthohantavirus*. Вместе с тем в первой половине 2026 года крупных вспышек заболевания в регионе не зарегистрировано.

По оценкам ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется около 150–200 тыс. случаев геморрагической лихорадки с почечным синдромом, подавляющее большинство которых приходится на страны Восточной Азии. Одновременно в Северной и Южной Америке продолжают ежегодно выявляться десятки случаев хантавирусного кардиопульмонального синдрома, характеризующегося значительно более высокой летальностью.

Хантавирусы – это переносимые грызунами вирусы, вызывающие у людей клинические заболевания различной степени тяжести. Каждый хантавирус специфичен для разных хозяев-грызунов. Передача инфекции к человеку происходит через вдыхание пыли, содержащей частицы экскрементов грызунов или через их укусы.

При легких формах инфекция часто протекает бессимптомно. При манифестных формах начало заболевания внезапное, с высокой температурой тела, головной болью, болью в спине и животе. Характерна относительная брадикардия, преходящая умеренная гипотония наблюдается приблизительно у половины пациентов, реже – шок.

Инкубационный период составляет от 7 до 45 дней, в среднем 21-35 день.

Малярия

По состоянию на июль 2026 года малярия остается одной из наиболее значимых инфекционных болезней в мире. Несмотря на достигнутый прогресс в области профилактики, диагностики и лечения, заболевание продолжает представлять серьезную проблему

общественного здравоохранения, прежде всего для стран Африки к югу от Сахары.

Развитие эпидемиологической ситуации (апрель – июль 2026 года):

По состоянию на апрель 2026 года эпидемиологическая ситуация по малярии оставалась напряженной в большинстве стран Африки, отдельных государствах Азии, Океании и Латинской Америки. Наиболее высокий уровень передачи инфекции продолжал регистрироваться в странах Африканского региона ВОЗ.

В период с апреля по июль 2026 года значительного изменения глобальной географии заболевания не произошло. Вместе с тем в ряде стран отмечалось сезонное увеличение заболеваемости, обусловленное началом периода дождей и ростом численности комаров рода *Anopheles*. Africa CDC обращает внимание на продолжающийся рост устойчивости переносчиков к инсектицидам и появление признаков частичной устойчивости *Plasmodium falciparum* к производным артемизинина в отдельных районах Африки, что представляет одну из основных угроз для дальнейшего прогресса в борьбе с заболеванием.

Африка продолжает оставаться регионом с наиболее высокой заболеваемостью малярией.

По данным ВОЗ, на страны Африканского региона приходится около 94–95 % всех случаев заболевания и летальных исходов в мире. Наиболее неблагополучными странами остаются Нигерия, Демократическая Республика Конго, Уганда, Эфиопия и Мозамбик, на долю которых приходится более половины мирового бремени заболевания.

По данным Africa CDC, продолжают усиливаться факторы, способствующие сохранению высокой интенсивности передачи инфекции:

- изменение климата;

- увеличение продолжительности сезона передачи;

- устойчивость комаров к инсектицидам;

- частичная лекарственная устойчивость *Plasmodium falciparum*;

- вооруженные конфликты;

- массовое перемещение населения;

- недостаточное финансирование национальных программ борьбы с малярией.

Наиболее неблагополучная эпидемиологическая ситуация продолжает сохраняться в Нигерии и Демократической Республике Конго, где ежегодно регистрируются десятки миллионов случаев заболевания.

В Южно-Африканской Республике в первой половине 2026 года отмечено сезонное увеличение числа заболевших после обильных осадков и наводнений. По данным Национального института инфекционных заболеваний (NICD), только в провинции Гаутенг в первом квартале 2026

года зарегистрировано 414 лабораторно подтвержденных случаев малярии и 11 летальных исходов. Большинство случаев носило завозной характер и было связано с поездками в эндемичные районы страны и соседние государства.

По сравнению с 2025 годом существенного улучшения глобальной эпидемиологической ситуации не отмечается.

Несмотря на расширение программ вакцинации и профилактики, общее число случаев заболевания продолжает оставаться высоким. Основные причины — климатические изменения, гуманитарные кризисы, ограниченные финансовые ресурсы систем здравоохранения и распространение лекарственной устойчивости паразитов.

Малярия — заболевание, которое передается людям некоторыми видами комаров. Она встречается в основном в тропических странах.

Инкубационный период зависит от возбудителя и может составлять от 7 до 42 дней.

*Инфекция вызывается паразитом и не передается от человека к человеку. Малярия в основном передается людям с укусами инфицированных самок комаров рода *Anopheles*. Передача малярии может также происходить при переливании крови или использовании инфицированных инъекционных игл. Вначале симптомы заболевания могут быть легкими и напоминать самые различные лихорадки, затрудняя распознавание малярии. При отсутствии лечения малярия, вызванная *P. falciparum*, может в течение 24 часов развиться в тяжелую форму и привести к летальному исходу.*

Чума

По состоянию на июль 2026 года эпидемиологическая ситуация по чуме остается относительно стабильной, однако сохраняется неблагополучной в ряде природных очагов Африки, Азии и Америки. Несмотря на отсутствие широкомасштабных международных вспышек, продолжается регистрация спорадических случаев заболевания и ограниченных локальных вспышек, преимущественно в странах Центральной и Восточной Африки. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) продолжает рассматривать чуму как особо опасную инфекцию, требующую постоянного эпидемиологического надзора и готовности к оперативному реагированию.

Развитие эпидемиологической ситуации (апрель – июль 2026 года):

По состоянию на апрель 2026 года наиболее неблагоприятная эпидемиологическая ситуация сохранялась в Демократической Республике Конго (ДРК), на Мадагаскаре и в отдельных районах Перу. Одновременно единичные случаи заболевания продолжали

регистрироваться в США, Монголии и Китае в пределах природных очагов инфекции.

В период с апреля по июль 2026 года новых крупных международных вспышек заболевания зарегистрировано не было. Вместе с тем продолжалась регистрация отдельных случаев заболевания человека в эндемичных регионах, а также выявление эпизоотий среди диких грызунов и других природных резервуаров возбудителя.

Наиболее напряженная эпидемиологическая ситуация в 2026 году сохраняется в Демократической Республике Конго.

По данным Министерства здравоохранения ДРК и ВОЗ, в период с января по июнь 2026 года в провинции Итури зарегистрировано 57 подозрительных случаев чумы, из которых 18 лабораторно подтверждены. Зарегистрировано 11 летальных исходов, большинство из которых связано с поздним обращением пациентов за медицинской помощью и ограниченной доступностью специализированного лечения.

Наиболее часто регистрировалась бубонная форма чумы, однако были подтверждены и отдельные случаи легочной формы, представляющей наибольшую эпидемиологическую опасность. Мадагаскар продолжает оставаться одной из наиболее неблагополучных стран мира по чуме.

ВОЗ отмечает, что ежегодно на Мадагаскар приходится около 30–40 % всех официально регистрируемых случаев чумы в мире.

В странах Азии эпидемиологическая ситуация остается стабильной.

В Монголии и Китае продолжается регистрация единичных случаев заболевания, связанных с контактом населения с сурками (*Marmota sibirica*) и другими дикими грызунами.

В Соединенных Штатах Америки ежегодно регистрируются единичные случаи заболевания.

По данным CDC, в стране ежегодно подтверждается в среднем 5–7 случаев чумы, преимущественно в штатах Нью-Мексико, Аризона, Колорадо, Калифорния и Орегон. В первой половине 2026 года зарегистрировано 2 лабораторно подтвержденных случая заболевания, оба пациента выздоровели после своевременно начатой антибактериальной терапии.

В Перу продолжается регистрация отдельных случаев заболевания в северных районах страны, где сохраняются природные очаги инфекции.

Особенностью 2026 года остается сохранение относительно низкой глобальной заболеваемости при продолжающейся циркуляции *Yersinia pestis* в многочисленных природных очагах.

По оценкам ВОЗ, ежегодно в мире официально регистрируется от 1 000 до 3 000 случаев заболевания, однако фактическое количество

заболевших может быть выше вследствие ограниченных возможностей лабораторной диагностики в отдельных странах Африки.

Основную эпидемиологическую опасность продолжают представлять:

- сохранение природных очагов инфекции;
- циркуляция возбудителя среди диких грызунов;
- высокая численность блох-переносчиков;
- позднее обращение пациентов за медицинской помощью;
- ограниченная доступность лабораторной диагностики в отдельных странах.

Количество зарегистрированных случаев заболевания сохраняется на уровне средних многолетних показателей. Признаков формирования крупных международных вспышек или значительного расширения ареала инфекции в первой половине 2026 года не отмечено.

Чума – инфекционное заболевание, вызываемое бактериями. Чума передается от животных человеку в результате укуса инфицированной блохой, а также непосредственного контакта с инфицированными объектами и воздушно-капельным путем.

У человека, заразившегося чумой (инкубационный период от 1 до 7 дней) обычно развивается острое лихорадочное состояние. Типичными симптомами являются внезапное повышение температуры тела, озноб, головная боль и ломота в теле, а также слабость, тошнота и рвота. В зависимости от пути проникновения инфекции различаются две основные формы чумной инфекции: бубонная и легочная.

Сибирская язва

По состоянию на июль 2026 года эпидемиологическая ситуация по сибирской язве остается напряженной в ряде стран Африки, Азии и Восточной Европы. Заболевание продолжает регистрироваться преимущественно в виде локальных вспышек среди сельскохозяйственных животных с последующим возникновением единичных или групповых случаев заболевания среди людей, связанных с контактом с инфицированными животными, вынужденным убоем скота, разделкой туш и употреблением зараженного мяса. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Развитие эпидемиологической ситуации (апрель – июль 2026 года):

По состоянию на апрель 2026 года наиболее неблагоприятная эпидемиологическая ситуация сохранялась в отдельных районах Восточной Африки и Южной Азии, где продолжают регулярно регистрироваться вспышки заболевания среди животных и связанные с ними случаи заболевания людей.

Наиболее значимым событием первой половины 2026 года стала вспышка сибирской язвы в Уганде.

По данным Министерства здравоохранения Уганды, в округе Льянтонде зарегистрировано не менее 6 случаев заболевания среди людей, включая 4 летальных исхода. Заболевание было связано с контактом населения с инфицированным крупным рогатым скотом. Кроме того, расследование выявило гибель не менее 8 сельскохозяйственных животных, предположительно павших вследствие сибирской язвы. В очаге проведены мероприятия по выявлению контактных лиц, ограничению перемещения животных и экстренной вакцинации восприимчивого поголовья.

Одновременно завершалось расследование вспышки в округе Казо (Уганда), начавшейся в конце 2025 года. По итогам эпидемиологического расследования зарегистрировано 135 случаев заболевания среди людей (включая 14 лабораторно подтвержденных), показатель заболеваемости составил 65 случаев на 100 тыс. населения, летальность — 4 %. Более 97 % заболевших перенесли кожную форму сибирской язвы.

В странах Южной Азии продолжается регистрация локальных вспышек заболевания.

В Бангладеш в марте 2026 года зарегистрирована новая вспышка сибирской язвы среди крупного рогатого скота и населения округа Натор. По данным национальных органов здравоохранения, вспышка сопровождалась заболеванием людей после контакта с инфицированными животными. При этом с 2022 года по октябрь 2025 года в стране зарегистрировано 15 вспышек в 7 округах, в результате которых подтверждено 246 случаев заболевания среди людей.

В странах Центральной и Южной Азии (Афганистан, Пакистан, Иран) продолжают регистрироваться единичные случаи заболевания, преимущественно связанные с традиционным животноводством и недостаточным ветеринарным контролем. ВОЗ отмечает, что Восточно-Средиземноморский регион остается одной из эндемичных территорий по сибирской язве.

В первой половине 2026 года в странах Европейского региона крупные вспышки заболевания среди людей не зарегистрированы.

Вместе с тем продолжается ветеринарный надзор за природными очагами инфекции. В июне 2026 года системой GLEWS+ зарегистрирована вспышка сибирской язвы среди домашних животных в Румынии, что потребовало проведения комплекса ветеринарно-санитарных мероприятий, включая карантинные ограничения и вакцинацию восприимчивого поголовья. Случаи заболевания среди населения не зарегистрированы.

Особенностью эпидемиологической ситуации в 2026 году остается преобладание вспышек, связанных с заболеванием сельскохозяйственных животных.

Сибирская язва – это инфекционное заболевание, возбудителем которого является спорообразующая бактерия. Это зоонозная инфекция (заболевание, передаваемое от животных человеку), которое, как правило, поражает травоядных животных (таких как коровы, овцы и козы). Люди могут заразиться от инфицированных животных или через зараженные продукты животного происхождения. Сибирская язва встречается во всем мире, наиболее распространена в сельскохозяйственных регионах Центральной и Южной Америки, Центральной и Юго-Западной Азии, Южной и Восточной Европы, а также в странах Карибского бассейна.

Форма заболевания, проявляющегося у человека, зависит от способа попадания возбудителя сибирской язвы в организм: кожная (карбункулезная, эдематозная (отечная), буллезная, эризипелоидная (рожистоподобная), гастроинтестинальная (желудочно-кишечная), кишечная, орофарингеальная (ротоглоточная), легочная (ингаляционная), септическая, инъекционная.

Инкубационный период составляет от нескольких часов до 2 недель, в среднем 2-3 дня.

Холера

По состоянию на июль 2026 года эпидемиологическая ситуация по холере остается крайне напряженной. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) продолжает оценивать глобальный риск распространения заболевания как очень высокий. Масштабные вспышки холеры сохраняются в странах Африки, Восточного Средиземноморья и отдельных государствах Азии. Основными факторами, способствующими дальнейшему распространению инфекции, остаются вооруженные конфликты, гуманитарные кризисы, вынужденное перемещение населения, недостаточный доступ к безопасной питьевой воде, неудовлетворительное санитарно-гигиеническое состояние населенных пунктов и ограниченная доступность медицинской помощи.

Развитие эпидемиологической ситуации (апрель – июль 2026 года):

По состоянию на апрель 2026 года наиболее неблагоприятная эпидемиологическая ситуация сохранялась в Судане, Южном Судане, Анголе, Демократической Республике Конго, Эфиопии, Йемене, Нигерии, Замбии, Мозамбике и ряде других государств Африки.

В период с апреля по июль 2026 года продолжилась регистрация новых случаев заболевания. По данным Всемирной организации здравоохранения, по состоянию на июнь 2026 года активные вспышки

холеры зарегистрированы более чем в 25 странах мира, из которых свыше 80 % приходится на государства Африканского региона.

Наиболее неблагоприятная эпидемиологическая ситуация в первой половине 2026 года сохранялась в Судане, Южном Судане, Демократической Республике Конго, Анголе, Эфиопии, Нигерии, Замбии, Малави, Мозамбике и Зимбабве.

В Судане продолжается одна из крупнейших вспышек последних лет. По данным Министерства здравоохранения Судана и ВОЗ, к концу июня 2026 года зарегистрировано более 84 000 подозрительных случаев заболевания, включая свыше 2 100 летальных исходов. Наиболее сложная ситуация сохраняется в штатах Хартум, Белый Нил и Дарфур, где распространению инфекции способствуют продолжающийся вооруженный конфликт и разрушение объектов водоснабжения.

В Южном Судане с начала 2026 года зарегистрировано более 17 000 случаев заболевания, включая около 370 летальных исходов. ВОЗ отмечает высокий риск дальнейшего трансграничного распространения инфекции вследствие активной миграции населения между Южным Суданом, Суданом и Эфиопией.

В Анголе продолжается вспышка, начавшаяся в конце 2025 года. По состоянию на июнь 2026 года зарегистрировано более 11 000 случаев заболевания и около 400 летальных исходов. Наиболее неблагоприятная ситуация сохраняется в провинциях Луанда, Бенго и Кванза-Норте.

В Демократической Республике Конго продолжается регистрация случаев заболевания в восточных провинциях страны. По данным Министерства здравоохранения ДРК, с начала года зарегистрировано более 18 000 случаев заболевания, преимущественно в районах, затронутых вооруженным конфликтом и внутренним перемещением населения.

В странах Восточного Средиземноморья наиболее неблагоприятная ситуация сохраняется в Йемене, который продолжает оставаться одним из крупнейших мировых очагов холеры.

Продолжается регистрация случаев заболевания также в Афганистане, Сирии и Сомали, преимущественно в районах с неудовлетворительными санитарно-гигиеническими условиями.

В странах Азии продолжается регистрация локальных вспышек заболевания.

В Бангладеш и Индии заболевание сохраняет эндемичный характер.

В Пакистане и Афганистане случаи заболевания преимущественно связаны с нарушением систем водоснабжения, сезонными паводками и высокой плотностью населения в отдельных районах.

Главной особенностью 2026 года остается сохранение большого количества одновременно действующих вспышек заболевания.

По данным ВОЗ, активные вспышки продолжаются более чем в 25 странах, а ежегодно холерой заболевает от 1,3 до 4 млн человек, из которых от 21 до 143 тыс. умирают. При этом специалисты организации подчеркивают, что официальная статистика существенно недооценивает реальные масштабы заболевания вследствие ограниченных возможностей лабораторной диагностики и неполной регистрации случаев.

По сравнению с 2025 годом глобальная эпидемиологическая ситуация остается неблагоприятной.

*Холера – острая диарейная инфекция, вызываемая бактерией *Vibrio cholerae* при попадании в организм пищевых продуктов или воды, содержащих возбудитель.*

Инкубационный период составляет в среднем 1-2 дня, но может варьироваться от нескольких часов до 5 дней.

При развитии клинической картины в большинстве случаев симптомы бывают легкими или умеренными. При отсутствии лечения это может привести к летальному исходу.

Листерия

По состоянию на июль 2026 года эпидемиологическая ситуация по листериозу остается стабильной. Массовых международных вспышек заболевания в первой половине 2026 года не зарегистрировано. Вместе с тем в странах Европы, Северной Америки и Австралии продолжается регистрация спорадических случаев заболевания и локальных пищевых вспышек, связанных с употреблением контаминированной продукции животного происхождения и готовых к употреблению пищевых продуктов.

Развитие эпидемиологической ситуации (апрель – июль 2026 года):

По состоянию на апрель 2026 года случаи листериоза продолжали регистрироваться преимущественно в странах Европы и Северной Америки. Большинство выявленных случаев носило спорадический характер, однако отдельные страны сообщали о локальных вспышках заболевания, связанных с употреблением готовых к употреблению мясных продуктов, мягких сыров, копченой рыбы и другой охлажденной пищевой продукции.

В период с апреля по июль 2026 года крупных трансграничных вспышек заболевания не зарегистрировано. Вместе с тем продолжалась регистрация локальных вспышек, требовавших проведения эпидемиологических расследований, изъятия продукции из оборота и информирования населения.

Европейский союз остается одним из регионов с наиболее высоким уровнем эпидемиологического надзора за листериозом.

Наиболее высокий уровень заболеваемости традиционно регистрируется среди лиц старше 65 лет, беременных женщин, новорожденных и пациентов с иммунодефицитными состояниями.

В первой половине 2026 года национальные органы здравоохранения Германии, Франции, Италии, Испании и Нидерландов продолжали расследование отдельных локальных вспышек заболевания, связанных с контаминированными пищевыми продуктами. В большинстве случаев своевременное проведение санитарно-эпидемиологических мероприятий позволило предотвратить дальнейшее распространение инфекции.

В Соединенных Штатах Америки листериоз продолжает оставаться одной из наиболее тяжелых бактериальных инфекций пищевого происхождения.

По данным CDC США, ежегодно в стране регистрируется около 1 600 случаев заболевания, из которых примерно 260 заканчиваются летальным исходом. Большинство случаев связано с употреблением готовых к употреблению мясных продуктов, мягких сыров, охлажденных полуфабрикатов и копченой рыбы.

В течение первой половины 2026 года Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) и CDC продолжали расследование нескольких локальных пищевых вспышек, сопровождавшихся отзывом отдельных партий пищевой продукции. Благодаря функционированию национальной системы молекулярного эпидемиологического надзора большинство вспышек было выявлено на ранней стадии.

Особенностью эпидемиологической ситуации в 2026 году остается преобладание спорадической заболеваемости и локальных пищевых вспышек.

По данным ВОЗ, заболевание отличается одной из самых высоких летальностей среди бактериальных инфекций пищевого происхождения. Особенно тяжелое течение отмечается у беременных женщин, новорожденных, лиц пожилого возраста и пациентов с иммунодефицитными состояниями. У беременных заболевание может приводить к самопроизвольным выкидышам, мертворождению, преждевременным родам и развитию тяжелой инфекции у новорожденных.

Листериоз – инфекционное заболевание с преимущественно фекально-оральным механизмом заражения (через воду и пищевые продукты). Возможно заражение через порезы и ссадины на коже, аэрогенное заражение (при обработке животного сырья). Его возбудителем является бактерия листерия. Инкубационный период может составлять до 70 дней. Отличается клиническим полиморфизмом с проявлениями от бессимптомной формы до тяжелых форм с

поражением нервной системы, развитием сепсиса и высокой летальностью. Это относительно редкая болезнь – ежегодно происходит от 0,1 до 10 случаев заболевания на 1 миллион человек в зависимости от стран и регионов.

Ботулизм

По состоянию на июль 2026 года эпидемиологическая ситуация по ботулизму остается относительно стабильной. Массовых международных вспышек заболевания в первой половине 2026 года не зарегистрировано. Вместе с тем продолжается регистрация спорадических случаев и локальных пищевых вспышек в странах Европы, Северной Америки и Азии. Наибольшее внимание органов здравоохранения в рассматриваемый период было уделено расследованию вспышек младенческого ботулизма в США, а также отдельным случаям пищевого ботулизма, связанным с употреблением контаминированных пищевых продуктов.

Развитие эпидемиологической ситуации (апрель – июль 2026 года):

По состоянию на апрель 2026 года случаи ботулизма продолжали регистрироваться преимущественно в виде единичных заболеваний и ограниченных вспышек, связанных с употреблением домашних консервов, готовой пищевой продукции и отдельных видов продуктов промышленного производства.

В период с апреля по июль 2026 года новых крупных международных вспышек заболевания не зарегистрировано. Вместе с тем в США завершалось расследование крупной многоштатной вспышки младенческого ботулизма, а также была выявлена новая вспышка, связанная с употреблением сухой молочной смеси. В странах Европы продолжалась регистрация единичных случаев пищевого ботулизма, требовавших проведения санитарно-эпидемиологических расследований и изъятия потенциально опасной продукции из оборота.

В феврале 2026 года CDC сообщил о завершении расследования многоштатной вспышки, связанной с употреблением сухой молочной смеси *ByHeart Whole Nutrition*. По состоянию на конец февраля выявлен 51 подтвержденный или вероятный случай младенческого ботулизма в 19 штатах США. Все заболевшие дети были госпитализированы, летальных исходов зарегистрировано не было. По результатам расследования продукция была полностью отозвана с рынка.

В июне 2026 года CDC и FDA начали расследование новой многоштатной вспышки младенческого ботулизма, связанной с сухой молочной смесью *Nara Organics Whole Milk Organic Powdered Infant Formula*. По состоянию на середину июня зарегистрировано 3 случая заболевания в трех штатах (Калифорния, Пенсильвания и Вашингтон). Все дети были госпитализированы, летальных исходов не зарегистрировано.

Производитель добровольно отозвал всю продукцию указанной серии. Расследование продолжается.

По данным CDC, ботулизм остается редким заболеванием в США. Национальная система эпидемиологического надзора ежегодно регистрирует около 200 случаев ботулизма, из которых примерно 70 % приходится на младенческий ботулизм, около 20 % — на раневой ботулизм и менее 10 % — на пищевой ботулизм.

В странах Европейского союза в первой половине 2026 года крупные трансграничные вспышки ботулизма не зарегистрированы.

Вместе с тем продолжалась регистрация отдельных пищевых вспышек. В частности, во Франции зарегистрированы 2 лабораторно подтвержденных случая пищевого ботулизма, связанных с употреблением контаминированных пищевых продуктов испанского производства. После выявления очага были проведены отзыв продукции и санитарно-эпидемиологическое расследование.

По данным национальных органов здравоохранения европейских стран, большинство случаев заболевания по-прежнему связано с употреблением домашних консервов, ферментированных мясных изделий, копченой рыбы и других продуктов, приготовленных с нарушением технологии консервирования.

В странах Азии, Латинской Америки и Восточной Европы продолжают регистрироваться единичные случаи заболевания, преимущественно связанные с употреблением домашних консервированных продуктов и рыбы домашнего приготовления.

Пищевой ботулизм является тяжелой, потенциально смертельной болезнью. Это интоксикация, обычно вызываемая в результате потребления высокоактивных нейротоксинов, ботулотоксинов, образующихся в контаминированных пищевых продуктах. Ботулизм не передается от человека человеку.

Инкубационный период в среднем – 12-36 часов (может составлять от 6 часов до 5-7 дней).

Ранними симптомами являются сильная утомляемость, слабость и головокружение, за которыми обычно следуют затуманенное зрение, сухость во рту, а также затрудненное глотание и речь. Могут также иметь место рвота, диарея, запор и вздутие живота. По мере прогрессирования болезни могут поражаться дыхательные мышцы и мышцы нижней части тела. Температура тела не повышается и потери сознания не происходит.

Легионеллез

По состоянию на июль 2026 года эпидемиологическая ситуация по легионеллезу остается стабильной. Крупных международных вспышек

заболевания в первой половине 2026 года не зарегистрировано. Вместе с тем продолжается регистрация спорадических случаев и локальных вспышек, связанных с контаминацией систем горячего водоснабжения, охлаждающих башен, систем кондиционирования воздуха, декоративных фонтанов и других искусственных водных систем.

Развитие эпидемиологической ситуации (апрель – июль 2026 года):

По состоянию на апрель 2026 года случаи легионеллеза продолжали регистрироваться преимущественно в странах Европы, Северной Америки, Австралии и Японии. Заболеваемость носила преимущественно спорадический характер, однако в отдельных странах отмечались локальные вспышки, связанные с объектами общественного назначения и учреждениями здравоохранения.

В период с апреля по июль 2026 года продолжалась регистрация новых случаев заболевания, что соответствует сезонному увеличению риска инфицирования в теплое время года. Органы здравоохранения большинства европейских стран усилили санитарный контроль гостиниц, медицинских организаций, спортивно-оздоровительных комплексов и других объектов с централизованными системами водоснабжения.

По данным ECDC, наибольшее количество случаев заболевания традиционно приходится на летне-осенний период, когда создаются наиболее благоприятные условия для размножения *Legionella pneumophila* в инженерных системах зданий.

Европейский регион продолжает оставаться одним из наиболее изученных по легионеллезу.

Наиболее высокий уровень регистрации заболевания традиционно отмечается в Италии, Франции, Германии, Испании и Нидерландах, на долю которых приходится более половины всех зарегистрированных случаев легионеллеза в Европе.

В первой половине 2026 года продолжалось расследование отдельных локальных вспышек, связанных с гостиницами, учреждениями здравоохранения и жилыми зданиями. Большинство очагов было своевременно локализовано после проведения санитарно-технических мероприятий и лабораторного обследования систем водоснабжения.

В Соединенных Штатах Америки легионеллез остается одной из наиболее распространенных тяжелых бактериальных инфекций, передающихся аэрозольным путем через искусственные водные системы.

По данным CDC США, ежегодно официально регистрируется около 8 000–10 000 случаев заболевания, однако с учетом недиагностированных случаев их фактическое количество может достигать 20 000–25 000 ежегодно.

В первой половине 2026 года национальные органы здравоохранения продолжали расследование отдельных локальных вспышек заболевания,

связанных с медицинскими учреждениями, гостиницами и промышленными объектами. Массовых вспышек с большим количеством заболевших зарегистрировано не было.

Легионеллез – острое инфекционное заболевание, вызываемое бактериями рода легионелла, проявляющееся лихорадкой, интоксикацией, поражением дыхательной системы, чаще с развитием тяжелых пневмоний. Известно более 50 видов легионелл, половина из которых может вызвать заболевания человека.

Наиболее распространенным путем передачи Legionella является вдыхание зараженных аэрозолей, которые образуются при распылении воды, образовании струй или тумана из воды, в которой присутствует бактерия. Инфицирование может также произойти в результате аспирации зараженной воды и льда, особенно восприимчивыми к инфекции пациентами в условиях стационаров.

Инкубационный период болезни легионеров составляет 2–10 дней (однако в ходе некоторых вспышек он, согласно имеющимся данным, составлял до 16 дней).

Бешенство

По состоянию на апрель 2026 года наиболее неблагоприятная эпидемиологическая ситуация сохранялась в странах Азии и Африки, где продолжается активная циркуляция вируса среди домашних собак.

В период с апреля по июль 2026 года новых крупных международных вспышек заболевания среди людей зарегистрировано не было. Вместе с тем продолжалась регистрация спорадических случаев заболевания и локальных эпизоотий среди животных.

По данным ВОЗ, ежегодно в мире от бешенства умирает около 59 000 человек, причем более 95 % всех случаев смерти приходится на страны Азии и Африки. Около 40 % умерших составляют дети младше 15 лет. Более 99 % случаев заболевания людей обусловлены укусами инфицированных домашних собак.

Наиболее неблагоприятная ситуация сохраняется в Индии, Бангладеш, Пакистане, Филиппинах, Индонезии и Непале.

По данным ВОЗ, только в Индии ежегодно регистрируется около 18–20 тыс. случаев смерти от бешенства, что составляет почти треть всех смертей от данного заболевания в мире. В первой половине 2026 года органы здравоохранения Индии продолжали масштабные программы вакцинации собак, расширение сети антирабических центров и обеспечение населения антирабическими иммунобиологическими препаратами.

На Филиппинах в первой половине 2026 года зарегистрировано более 120 случаев заболевания людей, что соответствует средним многолетним значениям. Министерство здравоохранения страны продолжает реализацию Национальной программы ликвидации бешенства, предусматривающей ежегодную вакцинацию домашних животных и бесплатную постконтактную профилактику населения.

В странах Африки бешенство остается одной из наиболее значимых зоонозных инфекций.

Наиболее неблагоприятная ситуация сохраняется в Танзании, Эфиопии, Кении, Уганде, Нигерии, Демократической Республике Конго и Южно-Африканской Республике.

По оценкам ВОЗ, ежегодно в странах Африки регистрируется около 21 000 случаев смерти людей от бешенства. В большинстве случаев заболевание связано с отсутствием своевременного обращения за медицинской помощью после укусов собак и ограниченной доступностью антирабических вакцин и иммуноглобулинов в сельских районах.

В первой половине 2026 года случаи заболевания людей в странах Европейского союза носили исключительно завозной характер либо были связаны с контактами с инфицированными летучими мышами.

Главной особенностью эпидемиологической ситуации остается сохранение высокой смертности при практически полной предотвратимости заболевания.

Основная эпидемиологическая нагрузка по-прежнему приходится на страны Азии и Африки, где сосредоточено более 95 % всех случаев смерти людей от бешенства.

Бешенство – предотвратимая с помощью вакцин вирусная болезнь, которая встречается в более чем в 150 странах и территориях.

Инфицирование людей обычно происходит в результате глубокого укуса или царапины, нанесенных зараженным животным. Передача инфекции может произойти и в случае непосредственного контакта слюны инфицированного животного со слизистыми оболочками или свежими ранами на коже человека.

Инкубационный период бешенства обычно длится 2–3 месяца, но может варьироваться от 1 недели до 1 года в зависимости от таких факторов, как место проникновения вируса бешенства и вирусная нагрузка. Первоначальные симптомы бешенства включают в себя повышение температуры тела и боль, а также необычные или необъяснимые ощущения покалывания, пощипывания или жжения (парестезия) в месте раны. По мере проникновения вируса в центральную нервную систему развивается прогрессивное смертельное воспаление головного и спинного мозга. На этапе появления клинических симптомов его летальность составляет 100%.

Необходимо тщательно промыть рану, слизистые водой с мылом после контакта с безнадзорным или домашними животным. Вакцинация и введение антирабического иммуноглобулина играет решающую роль и может спасти жизнь.

Корь

По состоянию на апрель 2026 года активные вспышки кори продолжали регистрироваться в странах Европы, Северной Америки, Африки, Восточного Средиземноморья и Юго-Восточной Азии.

По данным ВОЗ и ЮНИСЕФ, в 2025 году в 53 странах Европейского региона зарегистрировано 33 998 случаев кори, что почти на 75 % меньше, чем в 2024 году (127 412 случаев). Несмотря на выраженное снижение заболеваемости, организации подчеркивают, что риск новых вспышек остается высоким вследствие сохраняющихся пробелов в охвате вакцинацией. За последние три года в странах Европы и Центральной Азии зарегистрировано более 200 тыс. случаев заболевания.

Европейский регион продолжает оставаться одной из наиболее неблагополучных территорий по кори среди стран с высоким уровнем развития систем здравоохранения.

По данным ECDC, за последние 12 месяцев (май 2025 года – апрель 2026 года) страны Европейского союза и Европейской экономической зоны зарегистрировали 3 779 подтвержденных случаев кори. Наиболее неблагополучная эпидемиологическая ситуация сохранялась в Румынии, Италии, Франции, Германии, Бельгии, Испании и Нидерландах.

В первой половине 2026 года крупнейшая вспышка в Европе продолжала регистрироваться в Румынии. Одновременно отмечался рост заболеваемости в Италии, Болгарии, Франции, Бельгии и Польше. По данным ECDC, только в мае 2026 года зарегистрировано:

122 случая в Болгарии;

74 случая в Италии;

24 случая во Франции;

17 случаев в Бельгии;

8 случаев в Польше.

В Соединенных Штатах Америки и Канаде в первой половине 2026 года продолжилось формирование локальных вспышек заболевания.

По данным CDC США, большинство случаев связано с международными поездками и последующим распространением инфекции в сообществах с недостаточным уровнем вакцинации. Наиболее интенсивная передача вируса наблюдалась в религиозных и локальных сообществах с низким охватом профилактическими прививками.

В Великобритании, по данным Агентства по безопасности здравоохранения (UKHSA), с 1 января по 6 июля 2026 года в Англии

зарегистрировано 883 лабораторно подтвержденных случая кори, что практически соответствует общему числу случаев за весь 2025 год (959 случаев). Более 60% заболевших составили дети в возрасте до 10 лет. Наиболее неблагоприятная ситуация сохранялась в Лондоне, где зарегистрировано 463 случая заболевания. В течение 2026 года подтверждено три летальных исхода, связанных с осложнениями кори.

Наиболее высокая интенсивность передачи вируса сохраняется в странах Африки и Юго-Восточной Азии.

Продолжаются крупные вспышки заболевания в Демократической Республике Конго, Нигерии, Эфиопии, Чаде, Судане, Афганистане, Пакистане, Индии и Бангладеш. Во многих странах распространению инфекции способствуют недостаточный охват плановой вакцинацией, вооруженные конфликты, массовое перемещение населения и ограниченный доступ к медицинской помощи.

Главной особенностью 2026 года остается продолжающееся распространение инфекции на фоне недостаточного уровня вакцинации.

Продолжающийся рост числа заболевших в отдельных странах Европы, включая Великобританию, Италию, Болгарию и Румынию, а также вспышки в странах Юго-Восточной Азии свидетельствуют о сохраняющемся высоком риске международного распространения инфекции.

Корь – высокозаразное инфекционное заболевание, характеризующееся высокой температурой, общей интоксикацией, поражением слизистых оболочек глаз, дыхательных путей и наличием сыпи.

Инкубационный период составляет около 11 дней.

Источником инфекции является только заболевший корью человек. Практически в 100% случаев не защищенный человек (ранее не привитой против кори и/или не болевший) заразится воздушно-капельным путем (после контакта с заболевшим корью). Заражение корью можно предотвратить при помощи двух доз коревой вакцины.

Вирус Нипах

По состоянию на июль 2026 года эпидемиологическая ситуация по инфекции, вызванной вирусом Нипах, остается напряженной в странах Южной Азии. Несмотря на отсутствие широкомасштабных международных вспышек, в первой половине 2026 года зарегистрированы новые случаи заболевания в Индии и Бангладеш. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) продолжает рассматривать вирус Нипах как один из приоритетных патогенов с высоким эпидемическим потенциалом вследствие высокой летальности, возможности передачи инфекции от

человека к человеку и отсутствия зарегистрированных специфических средств профилактики и лечения.

Развитие эпидемиологической ситуации (апрель – июль 2026 года):

По состоянию на апрель 2026 года основными неблагополучными территориями оставались Индия и Бангладеш, где практически ежегодно регистрируются спорадические случаи заболевания и небольшие вспышки.

В период с апреля по июль 2026 года зарегистрированы новые случаи заболевания в Индии, тогда как в Бангладеш завершилось расследование подтвержденного летального случая инфекции. Массового распространения заболевания не отмечалось. Благодаря своевременному проведению противоэпидемических мероприятий вторичная передача инфекции была ограничена.

По данным ВОЗ, риск дальнейшего распространения вируса на национальном, региональном и глобальном уровнях оценивается как низкий, однако сохраняется необходимость поддержания высокого уровня эпидемиологической настороженности в связи с ежегодным возникновением новых случаев заболевания.

Наиболее значимым событием первой половины 2026 года стала регистрация новых случаев заболевания в Индии.

В январе 2026 года в штате Западная Бенгалия были подтверждены 2 случая инфекции, оба заболевших являлись медицинскими работниками одной больницы в городе Барасат. В ходе эпидемиологического расследования под медицинским наблюдением находились более 190 контактных лиц, все они завершили период наблюдения без выявления дополнительных случаев заболевания. Благодаря оперативному проведению противоэпидемических мероприятий дальнейшая передача инфекции была предотвращена.

В июне 2026 года Министерство здравоохранения Индии уведомило ВОЗ о новом лабораторно подтвержденном случае заболевания в округе Кожикод (штат Керала). Диагноз был подтвержден методом ОТ-ПЦР Национальным институтом вирусологии в Пуне. После выявления случая под медицинское наблюдение были взяты члены семьи пациента, медицинские работники и другие контактные лица. ВОЗ отметила, что оперативное проведение изоляции пациента и отслеживание контактов позволили существенно снизить риск дальнейшего распространения инфекции.

Индия продолжает совершенствовать систему лабораторной диагностики, готовность медицинских организаций и межведомственное взаимодействие при реагировании на случаи особо опасных вирусных инфекций.

Бангладеш остается одной из наиболее эндемичных стран по вирусу Нипах.

В феврале 2026 года ВОЗ сообщила о 1 лабораторно подтвержденном случае заболевания в округе Наогаон (дивизион Раджшахи). Заболевший был госпитализирован с клиническими проявлениями энцефалита и впоследствии скончался. Эпидемиологическое расследование установило вероятную связь заражения с употреблением сырого сока финиковой пальмы, контаминированного выделениями плодоядных летучих мышей (*Pteropus spp.*).

По данным органов здравоохранения Бангладеш, случаи заболевания продолжают регистрироваться преимущественно в зимний период, что соответствует традиционной сезонности инфекции и связано с употреблением необработанного пальмового сока. В первой половине 2026 года признаков формирования крупных эпидемических очагов не отмечалось.

Основные особенности эпидемиологической ситуации в 2026 году:

Особенностью эпидемиологической ситуации в 2026 году остается регистрация небольших локальных вспышек без признаков устойчивой передачи инфекции среди населения.

По данным ВОЗ:

летальность при инфекции, вызванной вирусом Нипах, составляет 40–75 %;

природным резервуаром вируса являются плодоядные летучие мыши рода *Pteropus*;

заражение возможно при контакте с инфицированными животными, употреблении контаминированных пищевых продуктов и при тесном контакте с заболевшим человеком.

В отличие от вспышек прошлых лет, эпидемиологические мероприятия в 2026 году позволили быстро локализовать все выявленные очаги инфекции. Вместе с тем сохраняется вероятность возникновения новых случаев заболевания в эндемичных районах Южной Азии, особенно в период сезонного сбора сока финиковой пальмы.

ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ:

Факторами, влияющими на увеличение риска завоза инфекционных заболеваний, в том числе имеющих международное значение, на территорию Республики Беларусь на сегодняшний день являются: активное перемещение населения через Государственную границу Республики Беларусь (пребывание населения в зарубежных странах с туристическими и деловыми поездками, прибытие и временное

пребывание иностранных граждан из эндемичных стран с целью работы, обучения и т.п.).

Перед отправлением в путешествие за рубеж заранее необходимо:

уточнение информации о стране, в которую запланирована поездка, особенно, сведения о заболеваниях, характерных для данной страны, а также мерах их профилактики;

обращение к врачу с целью получения медицинских рекомендаций по пребыванию за рубежом и проведения при необходимости профилактических прививок и уточнение имеющегося прививочного статуса против инфекционных заболеваний, в том числе дифтерии, столбняка, кори.

Во время пребывания за рубежом необходимо:

соблюдение правил личной гигиены (как можно чаще мытье рук с мылом, особенно перед едой, использование антисептика для рук, гигиенических салфеток);

употребление для питья, чистки зубов, мытья фруктов и овощей только бутилированную воду промышленного производства либо кипяченую, в том числе исключение употребления напитков со льдом;

употребление только термически обработанную пищу, исключение приобретения продуктов питания с лотков, у случайных торговцев; посещение объектов питания, рекомендованных туристической компанией;

избегание попадания воды в полость рта при купании;

использование репеллентов, пологов и других средств защиты от комаров и других насекомых; избегание контакта с животными, домашней и дикой птицей;

исключение случайных половых контактов без средств защиты.

После возвращения из-за границы и появлении клинических симптомов инфекционного заболевания (озноб, повышение температуры тела, сыпь, кашель и др.) необходимо обратиться за медицинской помощью в организацию здравоохранения, сообщить лечащему врачу о прибытии из-за рубежа (с указанием точной страны и времени пребывания там).