

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

Ближневосточный респираторный синдром (далее – БВРС)

С 2012 года по декабрь 2025 года во всем мире зарегистрировано 2635 лабораторно подтвержденных случаев БВРС, включая 964 связанных с ними летальных исходов. На долю Саудовской Аравии приходится 84% зарегистрированных в мире случаев и 91% умерших от вируса. На Ближнем Востоке, в Африке и Южной Азии выявлена циркуляция вируса БВРС среди одногорбых верблюдов, вызвавшая случаи заражения людей.

В 2025 году в общей сложности во всем мире Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) было зарегистрировано 19 лабораторно подтвержденных случаев БВРС, включая 4 случая со смертельным исходом.

Ключевые эпидемиологические особенности в 2025 году:

географическое распределение – подавляющее большинство случаев (17) было зарегистрировано в Королевстве Саудовская Аравия (далее – КСА). Случаи в КСА были зарегистрированы в пяти регионах: Эр-Рияд, Таиф, Наджран, Хаиль и город Хафр-эль-Батин. Два случая, связанных с поездками, также были зарегистрированы во Франции у лиц, недавно посетивших Аравийский полуостров;

передача – случаи в КСА представляли собой сочетание первичных инфекций (зоонозный перенос от одногорбых верблюдов) и вторичных инфекций (передача от человека к человеку). Заметный кластер в Эр-Рияде включал 6 медицинских работников, заразившихся от одного пациента, причем 4 из них были бессимптомными. Случаи заболевания во Франции были завозными, и тщательное отслеживание контактов не выявило вторичных случаев, что подчеркивает эффективность мер общественного здравоохранения в неэндемичных регионах. Коэффициент летальности для зарегистрированных случаев в 2025 году составил приблизительно 21% (4 смерти среди 19 случаев).

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)

Крупнейшая вспышка БВВЭ произошла в трех странах Западной Африки (Гвинея, Либерия и Сьерра-Леоне) в период с 2014 по 2016 годы, когда было зарегистрировано более 28 тыс. случаев заболевания и 11 тыс. летальных исходов.

В сентябре 2022 года Министерство здравоохранения Уганды сообщило о вспышке болезни, вызванной вирусом Эбола вариантом «Судан». Географический охват ограничен пятью районами в центральной части страны. С 2000 года это пятая вспышка инфекции. За время вспышки было зарегистрировано в общей сложности 164 случая заболевания, в т.ч. у 19 медработников (142 подтвержденных, 22 вероятных), включая 77 случаев смерти (55 случаев смерти при подтвержденном диагнозе и 22 случая – при вероятном), и 87 случаев выздоровления.

В 2024 году в Республике Бурунди от неустановленной инфекции умерла 9-летняя девочка, прибывшая из соседнего государства – Демократической Республики Конго (ДРК). Врачи подозревают, что причиной смерти стала лихорадка Эбола. Ребенка доставили в больницу в городе Бужумбура с симптомами геморрагической лихорадки. Девочка умерла через несколько часов после госпитализации.

В 2025 году в Африке произошли две отдельные вспышки лихорадки Эбола: одна была вызвана вирусом Судан в Уганде, а другая — вирусом Заир в ДРК.

Вспышка в ДРК была объявлена 4 сентября 2025 года в зоне здравоохранения Булапе провинции Касаи и официально завершена 1 декабря 2025 года. Всего было зарегистрировано 64 случая (53 подтвержденных, 11 вероятных), в результате чего погибло 45 человек (коэффициент летальности составил приблизительно 70,3%). Вспышка началась с вероятного нового зоонозного случая заражения, связанного с беременной женщиной, которая умерла в августе 2025 года. Первоначальная передача была усилена внутрибольничным распространением в медицинском учреждении и небезопасным похоронным собранием. Пять медицинских работников были инфицированы, трое из них умерли.

Последняя вспышка БВВЭ зарегистрирована в Уганде 30 января 2025 года и была связана с суданским видом ортоэболавируса, широко известным как вирус Судана (SUDV). 26 апреля 2025 года органы

здравоохранения Уганды объявили об окончании вспышки. В результате вспышки было зарегистрировано в общей сложности 14 случаев (12 подтвержденных, 2 вероятных случая) и четыре случая смерти (два подтвержденных, два вероятных случая).

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)

В 2025 году заболеваемость ККГЛ характеризовалась значительной продолжающейся вспышкой в Ираке и спорадическими случаями в различных эндемичных регионах, включая Южную и Восточную Европу. Вирус остается приоритетным патогеном из-за его широкого географического распространения и высокого уровня смертности.

Ключевые региональные вспышки и случаи заболевания в 2025 году:

Ирак пережил наиболее значительную вспышку, число случаев заболевания росло в течение года. По состоянию на 22 июля 2025 года было зарегистрировано в общей сложности 231 случай заболевания и 30 смертей. Вспышка была сосредоточена в провинции Ди-Кар, и передача инфекции была в основном связана с небезопасным обращением с животными и нерегулируемыми методами забоя, проблема, которая усугублялась во время культурных и религиозных праздников.

Европа: Европейский центр по профилактике и контролю заболеваний (ECDC) сообщил о 5 случаях заболевания в двух странах по состоянию на 8 октября 2025 года:

Испания: сообщается о трех случаях в регионах Кастилия и Леон и Кастилия-Ла-Манча, что было ожидаемо из-за известной циркуляции вируса в местных популяциях клещей и животных.

Греция: сообщается о двух случаях в регионе Фессалия, что было сочтено необычным, поскольку в этом районе ранее не было

зарегистрировано случаев заболевания среди людей или известной циркуляции вируса. Один случай касался медицинского работника, что подчеркивает риск внутрибольничной передачи. Это были первые случаи в Греции с 2008 года.

Афганистан: сообщается о 1011 предполагаемых случаях заболевания и 76 смертях в 2025 году, причем случаи сосредоточены в западном регионе.

Казахстан: в Кызылординской области отмечен необычный сезонный рост, по состоянию на 14 октября 2025 года зарегистрировано 12 лабораторно подтвержденных случаев.

Пакистан: по состоянию на середину 2025 года зарегистрировано 5 смертей от Крымской геморрагической лихорадки.

*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. Возможна передача вируса от человека к человеку. Инкубационный период составляет 1-14 дней (в среднем 2-7 дня).

Болезнь, вызванная вирусом Марбург (далее – БВВМ)

В 2025 году эпидемиология БВВМ характеризовалась в основном двумя отдельными вспышками в Африке: второй вспышкой в Танзании в начале года и первой в истории вспышкой в Эфиопии в конце года. Обе вспышки подчеркнули сохраняющиеся проблемы в раннем выявлении и контроле.

Вспышка в Танзании была объявлена в регионе Кагера в Танзании 20 января 2025 года в районе Бихарамуло. Вспышка была официально объявлена завершённой 13 марта 2025 года после 42 дней без новых случаев заболевания. Всего было зарегистрировано 10 случаев (два подтвержденных и восемь вероятных), все из которых закончились летальным исходом, что привело к 100% летальности. Вспышка характеризовалась тем, что 70% случаев приходилось на женщин, что потенциально связано с обязанностями по уходу за больными и традиционными похоронными обычаями. Задержки в первоначальной диагностике и более длительный интервал (37 дней) от появления симптомов до объявления вспышки затруднили оперативное

реагирование. Передача включала как вероятный зоонозный перенос (летучие мыши), так и контакт между людьми, включая внутрибольничное распространение в медицинских учреждениях.

Эфиопия сообщила о своей первой в истории вспышке вируса БВВМ в Южном регионе, подтвержденной 14 ноября 2025 года в городе Джинка. По состоянию на конец декабря 2025 года было зарегистрировано в общей сложности 14 подтвержденных случаев, включая 9 смертельных исходов (летальность составила приблизительно 64%). Первоначальные расследования показали, что вероятным источником были местные популяции летучих мышей, известные как резервуары вируса. Среди заболевших были медицинские работники, что указывает на потенциальное профессиональное заражение, а все первоначальные смертельные исходы были связаны с захоронениями без надзора, что представляло высокий риск распространения вируса в сообществе. США предоставили дозы экспериментальной вакцины и экспериментальной терапии моноклональными антителами для оказания помощи в борьбе с эпидемией. Меры по реагированию на вспышку включали масштабное отслеживание контактов, в результате которого было выявлено более 300 человек, с которыми велось наблюдение.

В 2024 году международную обеспокоенность вызвала вспышка лихорадки Марбург в Руанде в связи с возможностью распространения ее за пределы страны. Под медицинским наблюдением находилось более 700 человек. Вирус поразил 66 человек, из них 15 умерли.

Предыдущая вспышка лихорадки Марбург произошла в Африке в период с февраля по июнь 2023 года и затронула Танзанию и Экваториальную Гвинею. До этого вспышки лихорадки Марбург отмечались в Анголе, Гане, Гвинее, Кении и ЮАР.

Природные очаги лихорадки Марбург – страны Южной, Западной и Центральной Африки: ЮАР, Габон, Судан, ДРК, Либерия, Гвинея, Зимбабве, Кения.

Распространение вируса, вызывающего лихорадку Марбург, происходит в результате:

контакта с лицом, имеющим симптомы, не исключая 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 (фруктовоядными 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 данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 2025 года вирус ЖЛ стал эндемичным в тропических районах Африки и странах Америки, включая такие, как Бразилия и Колумбия.

В 2025 году в нескольких странах Северной и Южной Америки и Африки были зарегистрированы подтвержденные вспышки жёлтой лихорадки. Ключевую обеспокоенность вызывает распространение вируса за пределы типичной среды обитания в Амазонии в Южной Америке, что повышает риск вспышек в городах.

В 2025 году во многих странах Северной и Южной Америки наблюдался значительный всплеск жёлтой лихорадки:

в Колумбии тяжёлая вспышка заболевания вынудила власти объявить чрезвычайную ситуацию в области здравоохранения. К началу августа 2025 года в Колумбии было зарегистрировано 125 подтвержденных случаев заболевания, включая 53 смертельных исхода, большинство из которых пришлось на департамент Толима;

в Бразилии к концу мая 2025 года было зарегистрировано большое количество случаев заболевания: 111 подтвержденных случаев заражения и 44 смертельных исхода. Вирус был обнаружен за пределами Амазонии, в том числе в штате Сан-Паулу, что вызвало опасения по поводу его возможного распространения в городах.

В Перу сообщается о резком росте числа случаев заболевания в регионе Амазонки: к концу мая 2025 года было подтверждено 38 случаев заболевания и 13 смертей;

в Эквадоре к июню 2025 года в провинциях Морона-Сантьяго и Самора-Чинчипе было зарегистрировано 10 подтвержденных случаев со смертельным исходом;

в Боливии к концу мая 2025 года было зарегистрировано 4 подтвержденных случая заболевания, в том числе 2 со смертельным исходом.

По состоянию на июль 2025 года в Анголе было зарегистрировано 7 подтвержденных случаев желтой лихорадки в пяти провинциях.

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)

Лихорадка Западного Нила относится к широко распространенным инфекционным болезням, эндемичным более чем в 90 странах мира. Наиболее сложная обстановка складывается в Европейском регионе и странах Северной Америки (США, Канада).

В последние годы ЛЗН все активнее распространяется в более северные регионы России в связи с потеплением климата. Это создает благоприятные условия для миграции птиц, в том числе зараженных, а также для развития самого вируса. При этом основными переносчиками инфекции являются комары, которые кормятся кровью зараженных птиц.

Первую крупную вспышку лихорадки Западного Нила зарегистрировали в России в 1999 году с общим числом заболевших 475 человек (в Волгоградской и Астраханской областях). Эпидемический процесс ЛЗН в Российской Федерации характеризуется выраженными

пиками заболеваемости населения в 1999 – 475 случаев, 2010 – 527, 2012 – 447, 2019 – 352 случая. Всего за период 1997–2020 годы было зарегистрировано 2964 случая заболевания ЛЗН в 35 субъектах Российской Федерации.

По данным Роспотребнадзора в 2024 году случаи заболевания ЛЗН зарегистрированы в 22 регионах России. Уровень заболеваемости составил 0,08 на 100 тыс. населения, что на 13% выше среднелетнего показателя.

В 2025 году эпидемиология ЛЗН отличалась высоким числом случаев заболевания в Европе — четвертым по величине показателем за всю историю наблюдений — и значительной активностью в Соединенных Штатах. Эта тенденция соответствовала продолжающемуся географическому распространению вируса, вероятно, обусловленному климатическими условиями, благоприятствующими активности комаров.

В Европе наблюдался значительный сезон передачи вируса: зарегистрировано 1112 случаев заболевания среди людей в 14 странах ЕС/ЕЭЗ и соседних регионах.

Общее число смертей: 95, коэффициент летальности приблизительно 9% среди зарегистрированных случаев.

Наиболее пострадавшие страны:

Италия пострадала сильнее всего, зарегистрировав 773 случая (около 70% от общего числа), за ней следуют Греция (95 случаев), Сербия (62), Франция (59) и Румыния (49).

Географическое распространение: вирус продолжал расширять свой ареал, и в 35 регионах разных стран впервые были зарегистрированы случаи заболевания людей или животных. В том числе первое в истории обнаружение вируса у диких птиц в Бельгии и вспышка среди лошадей в Нидерландах. Случаи заболевания появились в крупных мегаполисах, таких как Париж. Проявления заболевания: В 56% случаев отмечались неврологические проявления (менингит или энцефалит), что свидетельствует о том, что системы эпидемиологического надзора преимущественно выявляют тяжелые случаи. Пик заболеваемости пришелся на август.

В США также наблюдался высокий уровень активности вируса Западного Нила в 2025 году, что подтверждает тенденцию к увеличению числа случаев передачи вируса в последующие годы. По состоянию на середину января 2026 года в 47 штатах было зарегистрировано 2076 случаев заболевания людей за сезон 2025 года. 1434 случая были классифицированы как нейроинвазивные заболевания (поражающие головной или спинной мозг). Среди штатов с наибольшим числом случаев заболевания оказались Колорадо (285), Иллинойс (149), Техас (127) и Миннесота (122). Миннесота объявила 2025 год «годом вспышки» из-за

большого числа случаев заболевания, второго по величине в истории штата. Вспышки были связаны с благоприятными условиями окружающей среды (жаркая, влажная погода), которые продлили сезон размножения и передачи комаров.

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

Всемирная организация здравоохранения 14.08.2024 объявила эпидемию оспы обезьян в Африке чрезвычайной ситуацией.

Более 120 стран сообщили о случаях заболевания оспой обезьян в период с января 2022 года по август 2024 года, при этом было зарегистрировано более 100 000 лабораторно подтвержденных случаев и более 220 смертей среди подтвержденных случаев.

29 декабря 2024 года в Косово (Сербия) выявили первый в стране случай оспы обезьян (Мрoх). Заболевание обнаружили у 30-летнего мужчины, недавно вернувшегося из Западной Африки. По возвращении домой у мужчины появились жар, озноб и поражения кожи на лице и руках. В настоящий момент его состояние оценивается как стабильное.

В 2025 году эпидемиология оспы обезьян характеризовалась двойным кризисом общественного здравоохранения: крупной, тяжелой вспышкой клады I в Африке и устойчивой, низкоуровневой передачей клады IIb во всем мире, главным образом среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами (МСМ). Ключевым событием стало

подтверждение устойчивой локальной передачи более вирулентной клады Ib в странах за пределами Африки впервые.

Данные за 2025 год:

общее число случаев заболевания в мире (январь-декабрь 2025 г.): примерно 44 542 подтвержденных случая зарегистрировано только в Африке, и стабильно меньшее число в остальном мире (например, ~19 000 случаев клады II в 2025 году за пределами Африки). Более 198 смертей зарегистрировано в Африке.

Справочно: оспа обезьян – вирусное зоонозное 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

Вирус денге является наиболее распространенной арбовирусной инфекцией и вызывает наибольшее число случаев арбовирусных заболеваний в регионе стран Америки, в котором эпидемии происходят циклически с интервалом каждые три–пять лет. Локальные очаги

групповой заболеваемости денге также были зарегистрированы в Европейском регионе.

В 2025 году лихорадка денге вызвала значительные вспышки в Северной и Южной Америке и продолжила эндемическое распространение в Азии и Африке, с заметным числом случаев заражения внутри страны в Европе. В глобальном масштабе было зарегистрировано более 5 миллионов случаев заболевания и 3000 смертей.

Сводка по региональным вспышкам:

Регион Северной и Южной Америки оставался наиболее пострадавшим, на него приходилось подавляющее большинство случаев заболевания в мире, хотя общее число случаев было ниже рекордного показателя 2024 года. В Панамериканскую организацию здравоохранения (ПАНО) поступило более 4,45 миллионов сообщений о предполагаемых случаях заболевания. Ключевые страны вспышки: Бразилия и Колумбия сообщили о наибольшем числе случаев. В начале года ПАНО выпустила предупреждение об усилении циркуляции серотипа DENV-3, который может привести к более тяжелому течению заболевания у восприимчивых групп населения. Перу, Эквадор и Боливия также сообщили о значительном числе случаев заболевания. В США зарегистрировано 62 случая заражения внутри страны во Флориде и многочисленные случаи, связанные с поездками, в основном из Кубы и Пуэрто-Рико.

Азиатско-Тихоокеанский регион:

Лихорадка денге является эндемическим заболеванием во многих частях Азиатско-Тихоокеанского региона, характеризующимся стабильно высоким уровнем заболеваемости. Страны, где произошли основные вспышки: Филиппины – по состоянию на начало декабря зарегистрировано более 140 000 случаев заболевания и 437 смертей. Вьетнам – наблюдается тенденция к росту заболеваемости: к концу ноября зарегистрировано более 156 000 случаев и 32 смерти. Индонезия, Малайзия, Таиланд и Шри-Ланка сообщили о десятках тысяч случаев заболевания в течение года.

Тихоокеанские острова: вспышки были объявлены на Островах Кука, в Кирибати, Самоа и Тувалу, где были диагностированы тысячи случаев заболевания.

Европа: в континентальной Европе были зарегистрированы случаи заражения внутри страны, что вызывает растущую обеспокоенность в связи с распространением комаров *Aedes albopictus*. По состоянию на ноябрь 2025 года Франция сообщила о 29 случаях местного заражения в нескольких очагах, а Италия — о четырех. В январе 2025 года на Мадейре, Португалии были подтверждены два случая местного заражения.

Африка: более 58 000 случаев было зарегистрировано в 11 африканских странах, включая Сенегал, Мали и Буркина-Фасо.

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

Лихорадка Ласса наиболее широко распространена в Западной Африке (в Нигерии, Либерии, Гане, Гвинее и Сьерра-Леоне). Ежегодно в этих странах лихорадкой Ласса болеют до 500 тыс. человек, число погибших составляет около 5 тыс. человек.

В 2025 году вспышки лихорадки Ласса представляли собой постоянную угрозу для общественного здравоохранения в Западной Африке, особенно в Нигерии, где наблюдалась продолжающаяся круглогодичная вспышка с высоким числом смертей и тревожно высоким коэффициентом летальности. Другие страны Западной Африки, включая Сьерра-Леоне, Либерию и Гвинею, также сообщали о случаях заболевания.

В Нигерии наблюдался обычный сезонный пик в сухой сезон (с ноября по март), но случаи заболевания продолжали регистрироваться в течение всего года. Общее число случаев (январь-декабрь 2025 г.): 1148 подтвержденных случаев из 9389 предполагаемых. Общее число смертей (январь-декабрь 2025 г.): 215 смертей среди подтвержденных случаев. Коэффициент летальности: 18,7%, что выше, чем на 16,3%, зарегистрированные в 2024 году, что указывает на ухудшение прогноза для пациентов. Географическое распределение: случаи заболевания были зарегистрированы в 22 штатах страны, при этом 89% подтвержденных случаев сосредоточены всего в четырех штатах: Ондо, Баучи, Эдо и Тараба. Затронутая демографическая группа: наиболее пострадавшей возрастной группой является группа 21-30 лет, вероятно, из-за их повышенной социальной и экономической активности и контакта с зараженными грызунами.

Вспышки в других странах Западной Африки: в период с января по сентябрь 2025 года другие страны Западной Африки также сообщили о случаях лихорадки Ласса:

Либерия: 22 подтвержденных случая и 6 смертей.

Сьерра-Леон: 9 подтвержденных случаев и 5 смертей.

Гвинея: 2 подтвержденных случая, оба закончились летальным исходом.

Гана: в 2025 году крупных вспышек не зарегистрировано, в отличие от вспышки 2023 года, которая была быстро локализована, что подчеркивает эффективность мер общественного здравоохранения.

Данные за 2025 год выявили ряд сохраняющихся проблем:

сезонные пики: передача инфекции часто носит сезонный характер, достигая пика, когда грызуны ищут пищу и убежище в населенных пунктах в засушливый сезон;

инфекции среди медицинских работников: по меньшей мере 23 медицинских работника были инфицированы в Нигерии в 2025 году, что подчеркивает сохраняющиеся риски внутрибольничной передачи инфекции в медицинских учреждениях, если не соблюдаются надлежащие протоколы профилактики и контроля инфекций;

задержки в лечении и диагностике высокий уровень смертности часто был связан с тем, что пациенты обращались за медицинской помощью слишком поздно из-за неправильного поведения в отношении обращения за медицинской помощью, высоких затрат на лечение и плохих санитарных условий;

отсутствие лицензированных методов лечения: по состоянию на конец 2025 года не было лицензированной вакцины для использования человеком, а эффективность противовирусного препарата рибавирин оставалась под вопросом, что подчеркивает необходимость продолжения исследований.

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

Заболевания, вызванные вирусом чикунгунья, зарегистрированы во всем мире (в Северной и Южной Америке, Азии, Африке, Океании и Европе). Чикунгунья не является эндемичным заболеванием в Европе.

В 2025 году активность вируса чикунгунья была широко распространена по всему миру: к декабрю было зарегистрировано более

500 000 случаев заболевания. Этот год ознаменовался крупными вспышками в Северной и Южной Америке, на островах Индийского океана, в Китае и Европе, часто в районах с исторически низким или нулевым уровнем передачи инфекции. Эта тенденция объясняется изменением климата, расширением ареала распространения переносчиков и миграцией населения.

Ключевые вспышки и региональные данные:

Северная и Южная Америка: в этом регионе было зарегистрировано наибольшее количество случаев заболевания в мире – почти 300 000 случаев и более 141 случая смерти. На Бразилию пришлось подавляющее большинство случаев в регионе (более 243 000 подтвержденных случаев и 116 смертей), при этом случаи были сосредоточены в южных и центральных штатах. Вспышки также были зарегистрированы в Боливии, Уругвае, Мексике и на Кубе, среди прочих стран.

Азиатско-Тихоокеанский регион: в регионе было зарегистрировано более 136 000 случаев. В китайской провинции Гуандун произошла крупная и беспрецедентная вспышка, в результате которой было зарегистрировано более 29 000 случаев заболевания, что стало крупнейшей задокументированной вспышкой чикунгуньи в стране на сегодняшний день. В Индии также зафиксировано большое количество случаев, превышающее 108 000 предполагаемых случаев в 2025 году, в основном в штатах Махараштра, Карнатака и Гуджарат.

Европа: в Европе зафиксировано рекордное количество случаев заболевания и очагов, связанных с распространением комара *Aedes albopictus*. Франция сообщила о 788 случаях заболевания, Италия сообщила о 384 случаях заболевания в основном в северных регионах. В континентальной Европе случаи заболевания часто были вызваны путешественниками, возвращающимися из эндемичных районов.

Острова в Индийском океане: крупные вспышки заболевания в начале сезона произошли во французском заморском департаменте Реюньон (более 54 000 случаев и 43 смертельных исхода) и на Майотте (более 1200 случаев), что ознаменовало первую значительную передачу вируса на этих островах после крупной эпидемии 2005-2006 годов.

Глобальное возобновление эпидемии было вызвано:

расширением популяции переносчиков: распространением компетентных комаров рода *Aedes* в новые географические регионы, включая умеренные зоны Европы и Китая;

изменением климата: благоприятными условиями окружающей среды (более высокие температуры, обильные осадки), которые способствуют размножению комаров и передаче вируса;

ограниченным популяционным иммунитетом: вспышки в ранее незатронутых или спокойных районах произошли из-за увеличения численности восприимчивых популяций.

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

В 2025 году активность вируса Зика оставалась на низком, но не устойчивом эндемическом уровне, главным образом в Северной и Южной Америке и Юго-Восточной Азии. Хотя крупномасштабные вспышки, наблюдавшиеся в 2015-2016 годах, не повторились, в ряде стран было зарегистрировано значительное количество случаев заболевания, что подчеркивает сохраняющийся риск для общественного здравоохранения, особенно для беременных женщин и их будущих детей.

Северная и Южная Америка оставались регионом с наибольшим количеством зарегистрированных случаев, хотя общее число случаев было ниже, чем в предыдущие пиковые годы. По состоянию на декабрь 2025 года в Северной и Южной Америке было зарегистрировано более 25 800 предполагаемых случаев заболевания вирусом Зика, из которых 1808 подтвержденных случаев и один летальный исход.

Бразилия: эта страна лидировала в регионе с 22 831 случаем заболевания, зарегистрированным к ноябрю 2025 года, большинство из которых были в крупных городах, таких как Рио-де-Жанейро. Несмотря на большое количество случаев, органы здравоохранения отметили снижение

числа подтвержденных случаев по сравнению с 2024 годом и предыдущими годами.

Боливия и Аргентина: в этих странах также зарегистрировано значительное количество случаев заболевания: 1024 случая в Боливии и 892 в Аргентине.

Соединенные Штаты: в США в 2025 году было зарегистрировано 6 случаев, связанных с поездками, и один случай на территориях США, но случаев местной передачи через комаров на континентальной части США зарегистрировано не было. В мае 2025 года на Гавайях было расследовано два случая, связанных с поездками.

Азиатско-Тихоокеанский регион: вирус Зика оставался эндемичным в некоторых частях Юго-Восточной Азии, передача продолжается.

Таиланд: по состоянию на июль 2025 года подтверждено 127 случаев. Случаи, связанные с поездками, зарегистрированные в Великобритании, часто указывали на Таиланд.

Китай: задокументирован как минимум один завозной случай из Таиланда в марте 2025 года.

Европа: в континентальной Европе были зарегистрированы только случаи, связанные с поездками, без доказательств эндемичной местной передачи. В Великобритании в первой половине 2025 года было зарегистрировано всего четыре случая заболевания вирусом Зика, все они были связаны с поездками.

Ключевые эпидемиологические аспекты:

врожденный синдром Зика (ВСЗ): Основная проблема, связанная с вирусом Зика, по-прежнему заключается в его высоком тератогенном потенциале, вызывающем микроцефалию и другие врожденные аномалии у младенцев, рожденных от инфицированных матерей. Исследования, опубликованные в начале 2025 года, выявили значительно более высокий риск смертности для маленьких детей, рожденных с ВСЗ.

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

В 2025 году эпидемия хантавируса была наиболее значительной в Северной и Южной Америке, особенно в странах Южного конуса — Аргентине, Боливии и Парагвае, где наблюдался значительный рост числа случаев заболевания и показателей смертности. Этот год подчеркнул сохраняющуюся угрозу передачи вируса грызунами и высокие показатели смертности, связанные с хантавирусным легочным синдромом (ХЛС).

Вспышки и случаи заболевания в Северной и Южной Америке:

В декабре 2025 года Панамериканская организация здравоохранения предупредила об увеличении числа случаев заражения хантавирусом в нескольких эндемичных странах. Пик передачи вируса в странах Южного конуса обычно приходится на период с октября по май, что совпадает с увеличением контактов человека с грызунами во время сельскохозяйственной и природоохранной деятельности. Статистические данные по восьми странам Северной и Южной Америки в 2025 году включали в общей сложности 229 случаев заболевания и 59 смертей, что представляет собой средний показатель летальности приблизительно в 26%.

Аргентина: зарегистрировано 86 подтвержденных случаев и 28 смертей (летальность 33%), что вдвое превышает средний показатель летальности за последние годы. Географически бремя заболевания сместилось в сторону Центрального региона и Большого Буэнос-Айреса. Хотя передача вируса от человека к человеку (связанная со штаммом вируса Анд) исторически имела место, в 2025 году подтвержденных случаев передачи от человека к человеку зарегистрировано не было.

Боливия: наблюдается значительный рост заболеваемости: 48 подтвержденных случаев и 11 смертей (летальность 22,9%), что вдвое превышает средний показатель за предыдущие два года. Большинство случаев заражения произошло в сельской местности, наиболее пострадавшим стал департамент Ла-Пас.

Парагвай: зарегистрировано 27 подтвержденных случаев и 6 смертей (летальность 22%). Отдельная вспышка из 15 случаев была связана с

профессиональным заражением во время дорожно-строительных работ в районе Марискаль Эстигаррибия.

Чили: подтверждено 35 случаев заболевания и 7 смертей (летальный риск 20%), случаи распределены по нескольким регионам.

Бразилия: сообщается о 20 подтвержденных случаях заболевания и 11 смертях, высокий летальный риск 55%.

США: сообщается о 7 подтвержденных случаях хантавирусного легочного синдрома и 2 смертях в нескольких штатах, что находится в пределах типичного диапазона 10-50 случаев, регистрируемых ежегодно в США.

Эпидемиологические данные за 2025 год подчеркнули, что хантавирус остается серьезным, часто смертельным, зоонозным заболеванием с продолжающимися вспышками, локализованными в определенных местах. Основной причиной по-прежнему остается контакт человека с инфицированными экскрементами грызунов, риск которого усиливается экологическими и профессиональными факторами.

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

Малярия является одной из самых широко распространенных инфекционных болезней. Ее возбудителями выступают одноклеточные простейшие из рода *Plasmodium*.

В 2025 году глобальная эпидемиология малярии характеризовалась значительными вспышками, вызванными изменением климата, в Африке и продолжающейся передачей инфекции в Северной и Южной Америке и Азии. Африка по-прежнему несла на себе самое тяжелое глобальное бремя.

Африка: глобальный эпицентр. На Африканский регион приходится подавляющее большинство (более 94%) случаев заболевания малярией и

смертей от нее в мире. В нескольких странах в 2025 году наблюдался всплеск заболеваемости:

Демократическая Республика Конго (ДРК): в марте 2025 года в провинции Экватор была подтверждена вспышка, в результате которой в этом конкретном очаге было зарегистрировано не менее 1100 случаев заболевания и более 60 смертельных исходов.

Зимбабве: сообщается о значительном росте заболеваемости по сравнению с предыдущим годом, достигнув к середине года более 111 000 случаев и 310 смертей. Всплеск был связан с продолжительными дождями и экологическими факторами.

Бурунди: в 2025 году в стране произошла крупная вспышка малярии, затронувшая более 5 миллионов случаев заболевания и 644 случая смерти, что составило примерно треть населения страны.

Намибия и Ботсвана: в этих странах также зафиксирован рост числа случаев заболевания по сравнению с 2024 годом. Позитивным событием в сфере общественного здравоохранения стало продолжение вакцинации против малярии RTS, S и R21 в 24 африканских странах к октябрю 2025 года с целью значительного снижения смертности среди маленьких детей.

Америка: передача малярии сохранялась в уязвимых районах Америки, в основном в бассейне Амазонки. Бразилия, Колумбия и Венесуэла зафиксировали наибольшее количество случаев заболевания в регионе. Локальная передача: Панамериканская организация здравоохранения и местные органы здравоохранения подтвердили локальную передачу малярии в Белизе в апреле 2025 года, что подчеркивает риск возобновления распространения в ранее очищенных от малярии районах.

В США к апрелю 2025 года было зарегистрировано 545 случаев малярии, связанных с поездками, но широкомасштабных локальных вспышек не наблюдалось.

Европа: Европейский регион ВОЗ свободен от малярии с 2015 года. Однако в июле 2025 года были зарегистрированы случаи заражения внутри страны на Майотте, французской заморской территории в Индийском океане.

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

Наиболее пораженными странами Африки являются ДРК, Мадагаскар, Уганда и Танзания, а также Мозамбик. Более 97% всех случаев чумы в мире приходится на эти Африканские страны и почти половина всех ежегодных случаев заболеваний чумой в Африке приходится на Мадагаскар.

Эпидемиологическое неблагополучие по чуме отмечается на территории Конго, Мадагаскара, Монголии, а так же стран СНГ: Казахстана, Узбекистана, Туркменистана, Кыргызстана, Российской Федерации.

С апреля 2025 года в провинции Итури (Демократическая Республика Конго) было зарегистрировано в общей сложности 24 случая бубонной и легочной чумы и 1 случай со смертельным исходом у 13-летней девочки.

Согласно сообщениям органов здравоохранения США, в 2025 году было подтверждено несколько случаев заболевания чумой среди людей и животных. Заболевание остаётся эндемичным среди грызунов на западе США, в том числе в Аризоне, Калифорнии, Колорадо и Нью-Мексико.

В Аризоне в июле житель Флагстаффа в округе Коконино умер от лёгочной чумы. Этот смертельный случай, первый в регионе за 18 лет, напомнил о том, что бактерия всё ещё циркулирует в США. В Калифорнии в августе у жителя района Саут-Лейк-Тахо была диагностирована чума. Власти полагают, что человек, вероятно, подвергся воздействию заражённой блохи во время кемпинга и в настоящее время выздоравливает. В ходе эпидемиологического надзора в округе Эльдorado в 2025 году в бассейне реки Тахо были выявлены четыре грызуна с положительным результатом теста на чуму. В Нью-Мексико органы здравоохранения штата сообщили о первом случае заболевания человека в этом году в августе. Им стал 43-летний мужчина из округа Валенсия, который разбил лагерь в округе Рио-Арриба. Второй случай заболевания человека был зарегистрирован в сентябре – у 77-летнего мужчины.

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 данным Роспотребнадзора, 29 ноября 2024 года житель монгольского региона Увс на северо-западе страны заразился сибирской язвой во время выпаса скота. А также в конце ноября зарегистрировано 3 случая заражения сибирской язвой в Казахстане (Атырауская область).

В 2025 году вспышки сибирской язвы произошли в нескольких странах Азии, Европы и Северной Америки, в основном связанные с контактом с зараженным скотом или загрязненной окружающей средой. Этот год был отмечен постоянной угрозой со стороны эндемичных спор *Bacillus anthracis* в почве, которые часто выявлялись в результате нарушений окружающей среды.

Ключевые вспышки и случаи заболевания в 2025 году:

Казахстан: в 2025 году наблюдалась значительная активность: в нескольких регионах, включая Акмолу, Жамбыл, Туркестан и Караганду, было выявлено 21 случай заболевания среди людей. Вспышка в Атбасарском районе (июнь-июль 2025 г.) привела к 13 случаям заболевания среди людей, связанным с контактом с зараженным скотом. Часто причиной вспышек становились неустановленные старые места захоронения сибирской язвы и норы грызунов.

Бангладеш: в период с августа по сентябрь 2025 года в округе Рангпур было зарегистрировано несколько очагов предполагаемых случаев заболевания среди людей (от 50 до 200), два случая закончились летальным исходом. Эти случаи были связаны с употреблением в пищу мяса зараженного скота, что привело к массовым кампаниям вакцинации скота в этом районе.

Таиланд: в мае 2025 года в провинции Мукдахан был зарегистрирован очаг из четырех подтвержденных случаев кожной формы сибирской язвы, один из которых закончился летальным исходом — это первый случай смерти от сибирской язвы в стране с 1994 года. Инфекции были связаны с забоем зараженного скота, и позже был подтвержден пятый случай.

Испания: в октябре 2025 года на животноводческих фермах в регионе Эстремадура, известном как эндемичный район, было зарегистрировано три вспышки заболевания. В одном только очаге произошло семь смертей скота, и были приняты меры контроля, включая карантин и обязательную вакцинацию.

Хорватия: в июле 2025 года в Сплитско-Далматинском округе было подтверждено два случая сибирской язвы на животноводческих фермах. Увеличение смертности крупного рогатого скота послужило поводом для расследования, 41 человек, контактировавший с потенциально зараженными животными, был помещен на профилактическое лечение антибиотиками.

Румыния: в сентябре 2025 года вспышка сибирской язвы на овцеводческой ферме в округе Вранча привела к одному случаю заболевания у человека — владельца фермы, который был госпитализирован.

Россия: в сентябре 2025 года в Красноярском крае был зарегистрирован случай сибирской язвы у крупного рогатого скота, что привело к карантину в этом районе. На момент составления отчета случаев заболевания у людей в этом конкретном случае зарегистрировано не было, хотя лица, контактировавшие с заболевшими животными, находились под наблюдением.

Северная Америка США: в эндемичных западных штатах было зарегистрировано несколько спорадических случаев заболевания у людей:

Аризона: в июле 2025 года от легочной чумы умер один человек — первая смерть от этого заболевания в штате за 18 лет.

Нью-Мексико: в августе и сентябре было зарегистрировано два случая заболевания у людей.

Калифорния: в августе был подтвержден один случай заболевания у жителя округа Эль-Дорадо.

Ключевые эпидемиологические факторы:

Вспышки 2025 года подчеркивают сохраняющийся риск сибирской язвы в эндемичных районах. Передача заболевания происходила преимущественно через прямой контакт с зараженным скотом, обработку туш животных или употребление в пищу зараженного мяса. Факторы окружающей среды, такие как нарушение целостности старых, загрязненных мест захоронения (как это наблюдалось в Казахстане) или загрязненные пастбища в Испании, способствовали повторному появлению спор.

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 данным ВОЗ наблюдается высокая активность эпидемического процесса в мире по холере, в т.ч. в эндемичных странах Азии (Индия, Бангладеш, Таиланд) и Африки (Южный Судан, Сомали, Бурунди, Замбия, Зимбабве, Нигерия, Эфиопия, Кения, Камерун, Демократическая Республика Конго, Мозамбик).

В 2025 году вспышки холеры представляли собой серьезный и расширяющийся глобальный кризис: по состоянию на 24 декабря 2025 года во всем мире было зарегистрировано более 601 000 случаев заболевания и более 7600 смертей. Общее число смертей превысило показатели 2024 года, что указывает на ухудшение состояния пациентов.

Вспышки были сосредоточены в Африке и Восточном Средиземноморье, что было вызвано конфликтами, массовым перемещением населения, изменением климата и плохой инфраструктурой водоснабжения и канализации.

Африка пережила самую масштабную вспышку холеры за 25 лет. Число случаев заболевания в 2025 году увеличилось более чем вдвое, а тревожно высокий показатель смертности во многих районах превысил международный показатель в 1%.

Демократическая Республика Конго (ДРК): ДРК столкнулась с самой масштабной вспышкой за более чем два десятилетия: к концу декабря было зарегистрировано 67 124 случая заболевания и 1939 смертей. Вспышка затронула 20 из 26 провинций, включая столицу Киншасу, и усугубилась продолжающимся конфликтом и перегруженной системой здравоохранения.

Южный Судан: зарегистрировано наибольшее количество случаев заболевания в африканском регионе — 79 633 случая и 1277 смертей. Вспышка носила широкомасштабный характер, затронув 55 из 80 округов, и высказывались опасения по поводу возможного всплеска заболеваемости из-за масштабных наводнений.

Судан: пережил одну из самых страшных эпидемий за последние годы: по состоянию на конец декабря зарегистрировано 72 057 случаев заболевания и 2077 смертей. Продолжающаяся гражданская война серьезно затруднила меры реагирования и разрушила жизненно важную инфраструктуру.

Ангола: пережила крупную вспышку заболевания — 36 077 случаев и 892 смерти, несмотря на то, что в 2024 году случаев заболевания не зарегистрировано.

Восточно-Средиземноморский регион:

В этом регионе зарегистрировано наибольшее количество случаев заболевания в мире.

Афганистан: зарегистрировано 161 791 случай острой водянистой диареи, включая 79 летальных исходов.

Йемен: зарегистрировано 92 352 случая и 243 летальных исхода, хотя это снижение по сравнению с предыдущим годом.

Юго-Восточная Азия: зарегистрировано более 6000 случаев, в основном в Мьянме, Индии и Непале.

Северная и Южная Америка: случаи в основном ограничивались Гаити, где к концу октября было зарегистрировано 5353 случая и 78 летальных исходов.

*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

В 2025 году эпидемиология листериоза характеризовалась значительными вспышками заболеваний, передающихся через пищу, в Соединенных Штатах и продолжающимся ростом числа случаев заболевания и смертей в Европе, связанных с готовыми к употреблению продуктами питания.

Центры по контролю и профилактике заболеваний США (CDC) и Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA) расследовали многочисленные вспышки в течение года: вспышка, связанная с готовыми блюдами из макаронных изделий: Это была самая значительная вспышка в США в 2025 году. Она началась в июне и была связана с готовыми блюдами из макаронных изделий и

салатами, содержащими макароны, поставляемые компанией Nate's Fine Foods.

Случаи заболевания и смерти (по состоянию на ноябрь 2025 года): 27 человек были инфицированы в 18 штатах, что привело к 25 госпитализациям, 6 смертям и одной гибели плода.

Вспышка, связанная с коктейлями-добавками: вспышка, связанная с коктейлями-добавками производства Prairie Farms, была объявлена завершённой в мае 2025 года. Это расследование, начавшееся в конце 2024 года, касалось случаев, в основном, в учреждениях длительного ухода. Случаи заболевания и смерти: было выявлено 42 пациента в 21 штате, все они были госпитализированы, и было зарегистрировано 14 смертей.

Вспышка, связанная с готовыми к употреблению продуктами питания: отдельная вспышка, связанная с готовыми к употреблению сэндвичами и закусками от Fresh & Ready Foods LLC, была объявлена завершённой в июле 2025 года.

Европейский центр по профилактике и контролю заболеваний (ECDC) и Европейское агентство по безопасности пищевых продуктов (EFSA) в декабре 2025 года предупредили о росте числа серьезных случаев заражения листерией в Европе.

Общая тенденция: в 2024 году (последние данные за полный год) листерия стала причиной наибольшей доли госпитализаций и смертей среди всех пищевых инфекций в ЕС. Эта тенденция к росту сохранилась и в 2025 году и была объяснена старением населения и увеличением потребления готовых к употреблению продуктов. Многогранная вспышка инфекции, связанной с сыром: в середине 2025 года во Франции (21 случай), Бельгии, Дании, Нидерландах и Норвегии была выявлена международная вспышка из 25 случаев заражения листерией моноцитогенез. Расследования показали, что причиной заражения стал пастеризованный сыр из коровьего и козьего молока из Франции, что привело к отзыву продукции.

Листерия – 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. Листерии крайне опасны для беременных: повышается вероятность выкидыша.

Ботулизм

В 2025 году эпидемиология ботулизма в Северной Америке и Европе характеризовалась двумя основными типами вспышек: крупной вспышкой детского ботулизма в США, связанной с детской молочной смесью, и многонациональной вспышкой ятрогенного ботулизма, связанной с нелегализованными косметическими инъекциями в Великобритании и других частях Европы.

США: вспышка детского ботулизма в США произошла крупная многоштатная вспышка детского ботулизма, связанная с загрязненной сухой детской молочной смесью. По состоянию на конец декабря 2025 года в общей сложности 51 младенец из 19 штатов был выявлен с подозрением на ботулизм или подтвержденным диагнозом, связанным со вспышкой. Все 51 младенец были госпитализированы, многим потребовалось лечение в отделении интенсивной терапии, а некоторым – респираторная поддержка, но смертельных случаев не было зарегистрировано благодаря своевременному медицинскому вмешательству. Вспышка была связана с сухой детской молочной смесью *ByHeart Whole Nutrition*. Бактерия *Clostridium botulinum* типа А была обнаружена как в открытых банках из домов больных младенцев, так и в нескрытых образцах готовой продукции с предприятия производителя. В Европе наблюдается рост случаев ятрогенного ботулизма, связанных с медицинскими и косметическими процедурами с использованием нелегализованных продуктов.

С начала июня по начало августа 2025 года в пяти регионах Англии было зарегистрировано 41 клинически подтвержденный случай заболевания. Все зарегистрированные случаи связаны с недавними эстетическими процедурами, включающими инъекции нелегализованных препаратов ботулинического токсина, причем многие процедуры проводились в домашних условиях немедицинскими работниками.

Континентальная Европа: также было зарегистрировано несколько случаев ботулизма, передающегося через пищу, связанных с различными зараженными продуктами питания, продаваемыми уличными торговцами или на фестивалях, включая готовые бутерброды, гуакамоле и консервированную морковь, что привело к многочисленным смертельным исходам и госпитализациям в Италии. Случаи, связанные с поездками: отдельная крупная вспышка ятрогенного ботулизма, связанная с поездками, была связана с внутрижелудочными инъекциями ботулинического нейротоксина для снижения веса, проведенными в

Турции, и затронула пациентов как минимум из четырех европейских стран (Германия, Франция, Бельгия и Австрия).

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

Согласно статистическим данным ВОЗ, в Европе, Австралии и США в расчете на миллион жителей приходится около 10-15 случаев легионеллеза в год.

В 2025 году в Северной Америке, Европе и Австралии произошло несколько крупных вспышек легионеллеза (легионеллезной болезни). Эти вспышки были в основном связаны с загрязненными градирнями и другими системами водоснабжения зданий, что подчеркивает сохраняющуюся проблему контроля легионеллы в водопроводной инфраструктуре.

В течение летних месяцев в США и Канаде было зарегистрировано несколько вспышек заболевания в масштабах целых сообществ:

Центральный Гарлем, Нью-Йорк, США: летом 2025 года произошел крупный очаг заболевания. Случаи заболевания и смерти: В результате вспышки заболели 114 человек, 7 умерли. Вспышка была связана с загрязненными градирнями на крыше больницы Гарлема и расположенного неподалеку городского здания общественного здравоохранения.

Онтарио, Канада: вспышка 2025 года привела к 96 случаям заболевания и 5 смертельным исходам по состоянию на сентябрь 2025 года. Подтип *Legionella* совпал с бактериями, обнаруженными в градирнях мясоперерабатывающего завода Sofina Foods, который был определен как вероятный источник вспышек 2024 и 2025 годов.

Маршаллтаун, Айова, США: вспышка была подтверждена в августе 2025 года, в основном сосредоточенная в северной части города. Вспышка

разрослась до 74 случаев заболевания и 2 смертельных исходов. Предполагаемым источником были загрязненные градирни, и несколько из них были продезинфицированы в качестве меры предосторожности, хотя единый источник окончательно не подтвержден.

Округ Вестчестер, штат Нью-Йорк, США: еще одна вспышка заболевания в сообществе привела к 37 случаям заражения и 2 смертельным исходам в период с июня по сентябрь 2025 года.

Европа также столкнулась с несколькими значительными вспышками заболевания в сообществах:

Альбертвиль, Франция: в сентябре 2025 года Франция сообщила о самой значительной вспышке легионеллёза за последние два десятилетия. За короткий период было выявлено 50 лабораторно подтвержденных случаев. Предполагался общий точечный источник массового заражения, но конкретный источник не был установлен, несмотря на проведенные расследования.

Форарльберг, Австрия: вспышка в западном штате Форарльберг в феврале и марте 2025 года привела к 47 случаям заболевания. Власти предположили, что источником является градирня в долине Нижнего Рейна, и приняли меры по борьбе с распространением инфекции.

Центральный деловой район Сиднея, Австралия: в марте и апреле 2025 года в центральном деловом районе недалеко от станции Уиньярд был выявлен кластер случаев заболевания. В первом кластере было выявлено 14 случаев. Отдельный кластер возник в декабре 2025 года, в нем было зарегистрировано не менее 4 пациентов. Источник: градирня в северной части центрального делового района была дезинфицирована после того, как в ней был обнаружен положительный результат на легионеллу, и штамм оказался геномно схожим с образцами пациентов.

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

В Волгоградской области Российской Федерации в ноябре 2024 года зарегистрирован случай бешенства у человека, закончившийся летально. Зарегистрирован случай заболевания бешенством у женщины 44 лет после укуса лисы. Пострадавшая не обращалась за экстренной профилактикой, обращение зафиксировано с началом симптоматики гидрофобии, несмотря на помощь врачей, пациентка скончалась.

В Канаде впервые с 1967 года выявили случай бешенства у человека. Житель округа Брант был госпитализирован после контакта с летучей мышью в регионе Тимискаминг на севере провинции. Заражение произошло в результате прямого контакта с летучей мышью.

В 2024 году в Кейптауне (ЮАР) зарегистрировано 5 случаев бешенства у тюленей.

28 марта 2025 г. житель Мичигана умер от бешенства после трансплантации донорского органа. Операция по пересадке была проведена в одной из больниц Огайо. В США ежегодно фиксируется менее 10 случаев смерти от бешенства. Инфицирование через трансплантацию органов происходит крайне редко. Последний подобный случай был зарегистрирован в 2013 году.

Таиланд: к июлю 2025 года было зарегистрировано семь случаев смерти людей от бешенства, что втрое больше, чем за тот же период 2024 года. В сентябре части Бангкока и Самут-Пракана были объявлены временными эпидемическими зонами из-за зараженных животных.

В Европе в целом наблюдается низкое число случаев заболевания, но в октябре 2025 года в Румынии был зарегистрирован смертельный случай заболевания у человека, связанный с укусом свободно гуляющей собаки несколькими месяцами ранее, которая не получила постконтактную профилактику. Это подчеркнуло риски ослабления программ контроля.

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 прогрессирующее 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

Во всем мире эпидемиологическая ситуация по кори остается напряженной уже несколько лет подряд.

В 2025 году вспышки кори резко возросли во всем мире из-за снижения уровня вакцинации, особенно в Африке, Северной и Южной Америке и Европе. В Соединенных Штатах и Канаде зафиксировано наибольшее количество случаев заболевания за последние десятилетия.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), по состоянию на июль 2025 года в мире было зарегистрировано более 108 000 подтвержденных случаев заболевания, что свидетельствует о тревожной ситуации на шести континентах. Основной причиной повсеместно стало снижение охвата вакцинацией, тенденция, ускорившаяся из-за пандемии COVID-19 и нежелания вакцинироваться.

В регионе Северной и Южной Америки, который был объявлен свободным от эндемической кори в 2016 году, наблюдался значительный всплеск заболеваемости. Канада официально утратила статус страны, свободной от кори, в ноябре 2025 года из-за продолжающейся передачи инфекции.

США: Зарегистрировано в общей сложности 2255 случаев заболевания в 45 штатах, что является самым высоким годовым показателем с момента объявления о ликвидации заболевания в 2000 году. В США зафиксировано 3 летальных исхода. Большинство случаев (89%) были связаны с 49 отдельными вспышками, в основном в сплоченных сообществах с низким уровнем вакцинации в Техасе, Нью-Мексико и Оклахоме.

Канада: зарегистрировано более 4500 случаев, что делает ее страной с наибольшим числом случаев в Северной и Южной Америке в 2025 году. Основная вспышка, начавшаяся в октябре 2024 года, распространилась на несколько провинций и привела к одному смертельному случаю врожденной инфекции.

Мексика: зарегистрировано более 3900 случаев и 14 летальных исходов, в основном в штате Чиуауа, связанных с трансграничными вспышками в США и Канаде.

Аргентина, Боливия, Бразилия, Белиз, Парагвай, Перу и Коста-Рика сообщили о подтвержденных случаях заболевания.

В Европе наблюдался значительный всплеск заболеваемости корью, передача вируса продолжалась. Больше всего пострадала Румыния, и другие европейские страны также сообщили о сотнях случаев заболевания внутри страны.

В Африке произошли широкомасштабные вспышки, особенно в регионах с уязвимыми системами здравоохранения. В Демократической Республике Конго и Марокко были зарегистрированы десятки тысяч случаев заболевания и сотни смертей. Южная Африка также подтвердила тысячи лабораторных случаев.

На регион Восточного Средиземноморья пришла большая часть случаев заболевания в мире. В Афганистане и Индонезии произошли вспышки с зарегистрированными случаями смерти детей.

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

В 2025 году вспышки вируса Нипах (NiV) продолжали представлять серьезную угрозу для общественного здравоохранения в эндемичных районах Южной и Юго-Восточной Азии, прежде всего в Индии и Бангладеш, с неизменно высоким уровнем смертности. Вспышки характеризовались спорадическими случаями передачи вируса от естественного резервуара — летучих мышей, и эпизодической передачей от человека к человеку.

Ключевые вспышки и случаи заболевания в 2025 году:

В Индии с 2001 года произошла девятая вспышка вируса Нипах, центром которой стал штат Керала. Случаи заболевания и смерти: В период с мая по июль 2025 года в округах Малаппурам и Палаккад штата Керала было зарегистрировано четыре подтвержденных случая заболевания. В результате двух случаев погибли, а третий пациент по состоянию на сентябрь 2025 года оставался в критическом состоянии. Прямых эпидемиологических связей между пациентами обнаружено не было, что предполагает множественные случаи контакта с естественным

резервуаром. Эта вспышка также ознаменовала собой первые случаи заболевания в округе Палаккад. Органы здравоохранения провели интенсивное отслеживание контактов, выявив более 700 контактных лиц для мониторинга.

В Бангладеш продолжают регистрироваться почти ежегодные вспышки вируса Нипах с высоким уровнем смертности. В четырех разных округах (Пабна, Бхола, Фаридпур и Наогаон) было зарегистрировано в общей сложности четыре случая смерти среди людей. Три из четырех случаев произошли в типичный сезон с декабря по апрель и были связаны с употреблением сырого сока финиковой пальмы, распространенной культурной практикой. Примечательный случай «вне сезона» в августе, восьмилетний ребенок, был связан с употреблением фруктов, частично съеденных летучими мышами, что указывает на изменение типичного сезона и пути передачи вируса. В этом году вирус также был впервые обнаружен в округе Бхола.

В январе 2026 года в восточном индийском штате Западная Бенгалия была подтверждена вспышка вируса Нипах (NiV), первая крупная вспышка в этом штате почти за два десятилетия. Вспышка в Западной Бенгалии, Индия (январь 2026 г.). По состоянию на конец января 2026 года было зарегистрировано пять подтвержденных случаев заболевания среди людей. Местоположение: кластер случаев возник в частной больнице недалеко от Барасата и распространился в Калькутту, где пациенты были переведены в инфекционную больницу. Вспышка включала значительную передачу вируса от человека к человеку, причем все пять подтвержденных случаев касались медицинских работников (врачей и медсестер), которые подверглись воздействию вируса во время лечения первоначально предполагаемого пациента, который умер до подтверждения диагноза.

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 незащищенных половых контактов.

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).