

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

Ближневосточный респираторный синдром (далее – БВРС)

По данным Европейского центра профилактики и контроля заболеваний (ECDC), по состоянию на 29 сентября 2026 года новых случаев БВРС зарегистрировано не было. С начала 2026 года в мире официально сообщалось о двух лабораторно подтверждённых случаях заболевания, оба — в Саудовской Аравии; один из пациентов умер.

Согласно данным ECDC, с апреля 2012 года по 29 сентября 2026 года в мире было зарегистрировано 2649 лабораторно подтверждённых случаев БВРС, включая 960 летальных исходов. Большинство случаев исторически приходилось на страны Аравийского полуострова, прежде всего Саудовскую Аравию.

Для сравнения, по данным ВОЗ, за весь 2025 год в мире было зарегистрировано 19 случаев БВРС, в том числе четыре летальных исхода. Из них 17 случаев выявили в Саудовской Аравии, ещё два — во Франции у людей, недавно посещавших страны Аравийского полуострова. При расследовании французских случаев последующей передачи инфекции контактными лицам выявлено не было.

Несмотря на небольшое число новых случаев, БВРС сохраняет значение для международной эпидемиологической безопасности из-за тяжести возможного заболевания, продолжающейся циркуляции вируса среди верблюдов и риска завоза инфекции путешественниками. Отдельную опасность представляют внутрибольничные вспышки, возникающие при несвоевременном распознавании заболевания, задержках лабораторной диагностики и недостаточном соблюдении мер инфекционного контроля. В декабре 2025 года выявление двух завозных случаев во Франции продемонстрировало возможность переноса инфекции за пределы эндемичного региона, хотя дальнейшего распространения в этих эпизодах не зарегистрировали.

В связи с сохраняющейся циркуляцией вируса ВОЗ рекомендует поддерживать эпидемиологический надзор за тяжёлыми острыми респираторными инфекциями, своевременно обследовать пациентов с подозрением на БВРС с учётом эпидемиологического анамнеза, обеспечивать раннюю изоляцию подозрительных случаев и строго соблюдать меры инфекционного контроля в медицинских организациях. Для снижения риска заражения рекомендуется избегать контакта с больными верблюдами, соблюдать гигиену рук и не употреблять сырое верблюжье молоко и другие продукты, не прошедшие достаточную

термическую обработку. По состоянию на конец сентября 2026 года ECDC не сообщал об изменении общей оценки риска для ЕС/ЕЭЗ.

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)

Эпидемиологическая ситуация в июле — октябре 2026 года:

В рассматриваемый период наиболее значимым событием в области эпидемиологического надзора за БВВЭ стало масштабное распространение инфекции, вызванной вирусом Бундибуджио (*Bundibugyo virus*), на территории Демократической Республики Конго (ДРК).

Вспышка была выявлена в мае 2026 года и впоследствии приобрела характер крупной эпидемии с интенсивной передачей возбудителя среди населения, высокой летальностью и распространением заболевания за пределы первоначально затронутых территорий. По оценке ВОЗ, данная вспышка стала крупнейшей зарегистрированной вспышкой БВВЭ в истории ДРК независимо от вида возбудителя.

Демократическая Республика Конго:

Согласно официальному сообщению Всемирной организации здравоохранения от 8 октября 2026 года, по состоянию на 6 октября 2026 года в Демократической Республике Конго было зарегистрировано 8728 подтверждённых случаев, 4205 летальных исходов, летальность – 48,2%.

Показатели относятся к накопленной статистике вспышки с мая 2026 года, а не только к случаям, выявленным с июля.

Лабораторно подтверждённые случаи заболевания выявлены в 64 зонах здравоохранения семи провинций страны: Итури, Северное Киву, Южное Киву, Верхнее Уэле, Нижнее Уэле, Чопо и Южное Убанги.

Наиболее неблагоприятная эпидемиологическая обстановка сохранялась в восточной части ДРК. Основным эпицентром являлась провинция Итури, где зарегистрировано 6480 подтверждённых случаев

заболевания, включая 2989 летальных исходов. В провинции Северное Киву выявлено 1755 случаев и 1013 летальных исходов. Летальность среди подтверждённых случаев в Северном Киву составляла 57,7%, что превышало средний показатель по стране.

В провинции Верхнее Уэле зарегистрировано 364 случая, включая 153 летальных исхода; в провинции Чопо — 51 случай и 17 летальных исходов. В остальных затронутых провинциях количество зарегистрированных заболеваний было значительно ниже, однако отдельные очаги передачи инфекции продолжали сохраняться.

В период между официальными сообщениями ВОЗ от 25 сентября и 8 октября 2026 года в стране дополнительно выявлено 775 лабораторно подтверждённых случаев заболевания и 379 летальных исходов. Распространение инфекции охватило новую зону здравоохранения Алимбонго в провинции Северное Киву, где зарегистрировано 4 подтверждённых случая, включая 2 летальных исхода.

По состоянию на 6 октября передача инфекции сохранялась в 48 из 64 затронутых зон здравоохранения, где новые случаи выявлялись в течение предшествовавшего 21 дня. В остальных 16 зонах за указанный период новые случаи не регистрировались.

Существенную обеспокоенность вызывала высокая доля смертей, происходивших вне специализированных лечебных учреждений. Из 372 летальных исходов 264 произошли непосредственно в сообществах и 108 — в лечебных центрах. Данное обстоятельство свидетельствовало о сохраняющихся проблемах своевременного выявления заболевших, обращения за медицинской помощью и изоляции пациентов.

Дополнительным фактором риска являлись трудности наблюдения за контактными лицами. По состоянию на 4 октября из 29535 установленных контактных лиц под наблюдением находились 23741 человек, что соответствовало охвату 80,4%. Недостаточный охват контактных лиц повышал вероятность сохранения невыявленных цепочек передачи возбудителя.

Кения:

В октябре 2026 года зарегистрирован случай международного завоза инфекции из Демократической Республики Конго в Кению.

6 октября Министерство здравоохранения Кении сообщило о первом лабораторно подтверждённом завозном случае заболевания, вызванного вирусом Бундибуджио. Заболевшим являлся взрослый человек, проживавший на территории ДРК. Перед прибытием в Кению он находился на лечении в нескольких медицинских учреждениях Конго.

Пациент проследовал автомобильным транспортом из ДРК в Кампалу (Уганда), после чего 3 октября прибыл авиарейсом в Найроби. По прибытии в Кению заболевший был доставлен в медицинское

учреждение и изолирован. Образцы биологического материала, полученные 5 октября, дали положительный результат на вирус Бундибуджио в национальных референсных лабораториях Кении.

Несмотря на проведение поддерживающей терапии, 5 октября пациент умер.

После подтверждения диагноза органы здравоохранения Кении и Уганды приступили к противоэпидемическим мероприятиям, включая выявление и наблюдение за контактными лицами, в том числе пассажирами международного авиарейса.

Выявление данного случая подтвердило реальную возможность трансграничного распространения инфекции на фоне продолжающейся эпидемии в ДРК. При этом на дату публикации сообщения ВОЗ факт дальнейшей передачи инфекции на территории Кении не был установлен.

Нидерланды:

1 октября 2026 года органы здравоохранения Нидерландов сообщили о медицинской эвакуации медицинского работника, у которого инфекция, вызванная вирусом Бундибуджио, была лабораторно подтверждена во время работы в Демократической Республике Конго.

Пациент участвовал в мероприятиях по ликвидации вспышки БВВЭ на территории ДРК. После установления диагноза его транспортировали в Нидерланды с соблюдением специальных мер биологической безопасности и инфекционного контроля.

Сравнение с эпидемиологической ситуацией в 2025 году:

В 2025 году в Демократической Республике Конго также регистрировалась вспышка болезни Эбола, однако её масштабы были существенно меньше.

4 сентября 2025 года в провинции Касаи была официально объявлена вспышка заболевания, вызванного вирусом Эбола вида *Orthoebolavirus zairense*. За весь период вспышки зарегистрировано 64 случая заболевания, из которых 53 были лабораторно подтверждены и 11 классифицированы как вероятные. Число летальных исходов составило 45, летальность — 70,3%.

1 декабря 2025 года Министерство здравоохранения ДРК официально объявило о завершении вспышки после истечения двух максимальных инкубационных периодов (42 дня) без выявления новых случаев заболевания.

Таким образом, по состоянию на 6 октября 2026 года количество лабораторно подтверждённых случаев при текущей вспышке более чем в 160 раз превышало общее число подтверждённых случаев во время вспышки 2025 года. Однако необходимо учитывать, что вспышки были вызваны различными видами эболавирусов.

Международные меры реагирования и оценка рисков:

17 мая 2026 года Генеральный директор ВОЗ определил вспышку заболевания, вызванного вирусом Бундибуджио, в Демократической Республике Конго и Уганде как чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения, имеющую международное значение (PHEIC), в соответствии с Международными медико-санитарными правилами (2005 г.).

По результатам оценки ВОЗ от 14 августа 2026 года эпидемиологический риск классифицировался следующим образом:

Демократическая Республика Конго — очень высокий;
 страны, имеющие сухопутные границы с ДРК — высокий;
 остальные страны Африканского региона — низкий;
 глобальный уровень — низкий.

На основании имеющейся информации ВОЗ не рекомендовала вводить общие ограничения на международные поездки и торговлю с затронутыми странами.

По состоянию на 11 октября 2026 года вспышка остаётся активной и требует продолжения интенсивных противоэпидемических мероприятий, международного взаимодействия и усиленного эпидемиологического надзора.

У человека БВВЭ является редким, но тяжёлым 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)

Эпидемиологическая ситуация в июле — октябре 2026 года:

В рассматриваемый период случаи ККГЛ регистрировались в эндемичных регионах Азии и Европы. Особое внимание привлекли сообщения из Афганистана, Испании и Албании, а также выявление завозного случая в Австрии. В европейском регионе продолжался сезонный эпидемиологический надзор, направленный на выявление

местных случаев заболевания и оценку риска дальнейшего распространения вируса.

Афганистан:

В июле 2026 года в Афганистане зарегистрировано 302 новых предполагаемых случая ККГЛ и 9 связанных с заболеванием летальных исходов. По сравнению с июнем, когда сообщалось о 483 случаях и 21 смерти, количество предполагаемых случаев снизилось на 37,5%.

В целом с начала 2026 года по состоянию на конец июля в стране было зарегистрировано 1258 предполагаемых случаев и 55 летальных исходов. Эти данные указывают на сохранение существенной эпидемиологической нагрузки, несмотря на снижение числа новых сообщений в июле.

Афганистан остаётся территорией, где распространение ККГЛ связано с контактом населения с сельскохозяйственными животными и клещами-переносчиками, а риск заражения повышается при выполнении животноводческих работ и обработке туш.

Ирак:

В июле — августе 2026 года поступали сообщения об увеличении числа случаев ККГЛ в Ираке. По данным британского обзора эпидемиологических угроз, опубликованного в августе в стране сообщалось о 313 случаях заболевания, включая 24 летальных исхода. Наибольшее число случаев отмечалось в провинции Ди-Кар, где зарегистрировано 119 случаев, в том числе девять летальных.

Для сравнения, в 2025 году в Ираке было зарегистрировано 247 случаев ККГЛ за весь год; на провинцию Ди-Кар приходилось 96 случаев.

Испания:

В Испании в 2026 году продолжали регистрироваться местные случаи ККГЛ, связанные с укусами клещей. По данным ECDC, к 7 октября было зарегистрировано четыре местных случая заболевания, включая один летальный исход.

Один случай был выявлен в провинции Сьюдад-Реаль: начало заболевания отмечено 22 июля. Ещё три случая были зарегистрированы в провинции Саламанка, где даты начала заболевания охватывали период с 11 июня по 7 августа. Все четыре случая были связаны с укусами клещей; случаев передачи инфекции в медицинских учреждениях в этой группе не зарегистрировано.

ECDC оценивает риск заражения для населения в целом в районах Испании, где известно присутствие вируса, как низкий. При этом риск выше для людей, чья деятельность связана с повышенной вероятностью укусов клещей: работников лесного и сельского хозяйства, охотников, туристов и лиц, занимающихся наблюдением за дикими и сельскохозяйственными животными. В Испании основными

переносчиками рассматриваются клещи рода *Hyalomma*, включая *H. marginatum* и *H. lusitanicum*.

Албания:

В августе 2026 года был подтверждён случай ККГЛ у фермера из округа Тропоя на севере Албании. Первые симптомы заболевания появились 22 июля, а 24 июля пациент был госпитализирован. Впоследствии он выздоровел и был выписан из медицинского учреждения.

Случай имел эпидемиологическое значение, поскольку округ Тропоя не относится к территориям, традиционно рассматриваемым как эндемичные по ККГЛ, хотя случаи заболевания ранее регистрировались в более широком регионе Кулес. В связи с выявлением инфекции проводились энтомологические исследования для уточнения распространения клещей-переносчиков. Вид *Hyalomma marginatum*, имеющий важное значение в передаче вируса, обнаружен практически во всех регионах Албании.

Австрия:

28 августа 2026 года медицинские органы Вены сообщили о лабораторно подтверждённом случае ККГЛ у пациента, недавно вернувшегося из поездки на Ближний Восток. Страна, в которой произошло заражение, в опубликованном сообщении не уточнялась. Пациент был госпитализирован и изолирован; на момент сообщения его состояние оценивалось как стабильное.

Этот случай стал первым официально зарегистрированным случаем ККГЛ в Австрии. По имеющимся сведениям, он рассматривался как завозной, а не как свидетельство местной передачи инфекции на территории страны.

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)

30 июня 2026 года Уганда уведомила ВОЗ о лабораторно подтверждённом случае болезни, вызванной вирусом Марбург, в округе Кьегегва. Случай был выявлен в рамках усиленного эпидемиологического надзора, проводившегося в связи с другими вспышками вирусных геморрагических лихорадок в регионе. Информация о случае была включена в обновление британского Агентства по безопасности здравоохранения (UKHSA) от 3 июля 2026 года.

Обнаружение инфекции в Уганде имело эпидемиологическое значение в связи с наличием на территории страны природных очагов вируса. Египетские летучие собаки, рассматриваемые в качестве природного резервуара вируса Марбург, обитают в отдельных районах западной Уганды, в том числе в пещерах и горнодобывающих зонах. Последняя крупная вспышка болезни Марбург в стране до этого эпизода была зарегистрирована в 2017 году в округе Квен, где возникла небольшая цепочка связанных случаев.

Эфиопия – завершение вспышки, начавшейся в 2025 году:

Хотя основная вспышка в Эфиопии возникла в ноябре 2025 года, её итоги имеют значение для оценки эпидемиологической ситуации в начале рассматриваемого периода.

26 января 2026 года Министерство здравоохранения Эфиопии объявило о завершении первой в истории страны вспышки БВМ. По данным ВОЗ, за время вспышки было зарегистрировано 19 случаев, включая 14 лабораторно подтверждённых и 5 вероятных. Среди подтверждённых случаев умерли девять человек, а все пять вероятных случаев завершились летальным исходом. Летальность среди подтверждённых случаев составила 64,3%.

Последний подтверждённый пациент умер 14 декабря 2025 года. После этого в течение 42 дней новых подтверждённых случаев не выявляли. К 25 января 2026 года наблюдение завершили все 857 установленных контактных лиц, находившихся под медицинским наблюдением в течение 21 дня. Завершение вспышки было объявлено в соответствии с рекомендациями ВОЗ после истечения двух последовательных инкубационных периодов без выявления новых случаев.

В период с июля по октябрь 2026 года в рассмотренных международных источниках новых подтверждённых случаев, связанных с эфиопской вспышкой, не отмечалось.

Распространение вируса, вызывающего лихорадку Марбург, происходит в результате:

контакта с лицом, имеющим симптомы, не исключаяющие 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 (фруктовыми 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 ВОЗ, с января по май 2026 года в Африке было зарегистрировано 16 лабораторно подтвержденных случаев жёлтой лихорадки в трёх странах — Буркина-Фасо, Центральноафриканской Республике и Камеруне. Дополнительно 32 предполагаемых случая в пяти странах — Анголе, Кот-д’Ивуаре, Габоне, Гане и Нигерии — находились на расследовании. Эти предполагаемые случаи не следует приравнивать к подтверждённым заболеваниям.

Продолжение циркуляции вируса в регионе связано преимущественно с лесным циклом передачи и последующим заражением людей в сельских районах, где охват вакцинацией остаётся недостаточным. Дополнительными факторами риска являются

перемещение населения, наличие подходящих для переносчиков природных условий и недостаточная доступность лабораторной диагностики в отдельных районах.

В опубликованном в октябре 2026 года обзоре ВОЗ также представлены уточнённые данные за 2025 год: тогда в Африканском регионе зарегистрировали 120 лабораторно подтверждённых случаев и 17 летальных исходов в 14 странах. Наибольшее число случаев пришлось на Буркина-Фасо — 44, Камерун — 37 и Анголу — 11. В течение года две вспышки были подтверждены в Анголе и Центральноафриканской Республике; в пяти странах также проводились мероприятия реагирования на события с эпидемическим потенциалом, включая вакцинацию.

Регион Америки:

В странах Центральной и Южной Америки активность жёлтой лихорадки сохранялась и в начале 2026 года. По данным ВОЗ, с 1 января по 26 мая 2026 года шесть стран — Боливия, Бразилия, Колумбия, Эквадор, Перу и Венесуэла — сообщили в общей сложности о 79 подтверждённых случаях заболевания. Вирус продолжал циркулировать в природных очагах, а заражение людей связывали преимущественно с пребыванием в лесных и сельских районах.

Особое значение имело распространение инфекции за пределы традиционных очагов Амазонии, отмечавшееся в предыдущие годы. Выявление случаев в новых районах, неоднородный охват вакцинацией и перемещение людей между эндемичными и ранее менее затронутыми территориями повышают вероятность появления новых очагов. При этом наличие лесного цикла передачи не означает, что в конкретном регионе уже возникла городская передача инфекции.

Для сравнения, в 2025 году в Регионе Америки было зарегистрировано 348 подтверждённых случаев жёлтой лихорадки, включая 148 летальных исходов, в семи странах. В 2024 году сообщалось о 61 случае и 30 смертях. Таким образом, в 2025 году число подтверждённых случаев увеличилось примерно в 5,7 раза по сравнению с 2024 годом. Вспышки и расширение географии передачи отмечались, в частности, в Бразилии, Колумбии, Перу и Венесуэле.

Основными направлениями профилактики остаются:

поддержание высокого охвата вакцинацией в эндемичных районах и своевременное проведение кампаний в ответ на вспышки;

усиление эпидемиологического надзора, включая лабораторное подтверждение подозрительных случаев;

мониторинг случаев гибели и заболеваний нечеловеческих приматов как возможного раннего индикатора циркуляции вируса;

энтомологический надзор и контроль численности комаров-переносчиков;

информирование населения и путешественников о рисках заражения и необходимости вакцинации перед посещением эндемичных районов;
своевременное выявление и лечение пациентов с тяжёлым течением заболевания.

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)

В летне-осенний период 2026 года в Европе наблюдалась интенсивная циркуляция вируса Западного Нила. По данным Европейского центра профилактики и контроля заболеваний (ECDC), сезон характеризовался широким географическим распространением инфекции, увеличением количества затронутых территорий и регистрацией случаев в странах, где передача вируса ранее выявлялась редко либо не регистрировалась в течение нескольких лет.

Согласно еженедельному обзору ECDC, опубликованному 9 октября 2026 года, с начала сезона передачи инфекции в 18 европейских странах было зарегистрировано 1855 случаев местного заражения человека. Всего выявлено 208 территорий, в которых подтверждена местная передача вируса.

Италия оставалась наиболее затронутой страной Европы. По состоянию на 7 октября 2026 года ECDC зарегистрировал 748 случаев местного заражения. На страну приходилась значительная часть совокупной заболеваемости в европейском регионе. Вирус выявлялся в нескольких административных областях, включая Лацио, Венето, Ломбардию, Пьемонт, Эмилию-Романью и Кампанию.

Продолжительная циркуляция вируса в Италии связана с наличием благоприятных климатических условий для комаров рода *Culex*,

циркуляцией возбудителя среди птиц и возможностью заражения людей в населённых пунктах и сельских районах. Эпидемиологическое значение имеют не только случаи заболевания людей, но и выявление вируса у птиц и лошадей, позволяющее обнаруживать активность возбудителя до появления новых случаев заболевания человека.

Греция занимала второе место среди стран Европы по числу зарегистрированных случаев. По состоянию на 7 октября 2026 года было выявлено 445 случаев местного заражения, включая случаи, для которых место инфицирования оставалось неизвестным.

Особое значение имеет наличие в стране природных условий, благоприятных для циркуляции вируса между птицами и комарами. В 2026 году случаи местного заражения продолжали регистрироваться во Франции и Испании.

По состоянию на 7 октября во Франции было зарегистрировано 144 случая, в Испании — 139 случаев. В обоих государствах выявлялись новые территории с местной передачей вируса, что указывало на расширение географии циркуляции инфекции по сравнению с началом сезона.

По состоянию на 7 октября 2026 года в Румынии было зарегистрировано 117 случаев, в Северной Македонии — 70 случаев, в Нидерландах — 59 случаев местного заражения.

В Нидерландах были зарегистрированы первые с 2020 года случаи заражения людей. Одновременно сообщалось о выявлении вируса у птиц и лошадей на значительной территории страны. Эти данные свидетельствуют о расширении географии передачи вируса в Европе и подчёркивают важность интегрированного эпидемиологического надзора, объединяющего сведения о заболеваемости людей, животных и циркуляции вируса среди переносчиков.

По данным ECDC, к 7 октября 2026 года случаи местного заражения также регистрировались в Сербии — 57 случаев, Хорватии — 16, Бельгии — 15, на Кипре — 13, в Австрии — 8, в Косово — 8, Венгрии — 5, Албании — 4, Германии — 4, Болгарии — 2 и Молдове — 1 случай.

Особое внимание привлекала Бельгия, где ранее случаи заболевания людей не регистрировались, несмотря на наличие циркуляции вируса среди птиц и лошадей. В 2026 году выявление случаев у людей подтвердило возможность перехода от эпизоотической циркуляции вируса к заражению населения.

В Германии к 7 октября было зарегистрировано четыре случая местного заражения.

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 размножаться 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

Эпидемиологическая ситуация в июле — октябре 2026 года:

В рассматриваемый период оспа обезьян продолжала распространяться в нескольких регионах мира. Наиболее значимая эпидемиологическая нагрузка сохранялась в странах Африки, при этом случаи местной передачи вируса кланды I регистрировались также в Европе и Северной Америке. Одновременно в ряде стран продолжалась циркуляция кланды II.

Согласно докладу ВОЗ от 14 сентября 2026 года, в июле в 32 странах четырёх регионов ВОЗ было зарегистрировано 1370 лабораторно подтверждённых случаев трох и семь летальных исходов. Показатель летальности среди подтверждённых случаев составил 0,5%. На Африканский регион пришлось 1025 случаев, или 74,8% от общемирового числа за месяц.

С 1 января 2025 года по 31 июля 2026 года в мире было зарегистрировано в общей сложности 65784 подтверждённых случая и 264 летальных исхода в 105 странах.

Африка оставалась основным регионом распространения трох. По данным ВОЗ, с 6 июля по 16 августа 2026 года в 11 африканских странах сохранялась активная передача инфекции. За этот период было зарегистрировано 1153 подтверждённых случая и семь летальных исходов. Наибольшее число случаев отмечалось на Мадагаскаре, в Анголе, Кении, Демократической Республике Конго и Камеруне.

Мадагаскар. По состоянию на 16 августа 2026 года было зарегистрировано 3 436 подтверждённых случаев и 22 летальных исхода. Геномное секвенирование выявило циркуляцию клады Ib. Заболевание распространилось на 75 из 115 административных округов страны.

В последнюю неделю было выявлено 156 новых подтверждённых случаев, а доля положительных результатов тестирования достигала 67%.

Ангола. По состоянию на 16 августа 2026 года в стране было зарегистрировано 274 подтверждённых случая и один летальный исход. Рост заболеваемости отмечался с середины мая. Случаи выявлялись в восьми из 21 провинции, причём основная часть приходилась на провинцию Кабинда, где зарегистрировано 193 случая — около 70% от общего количества.

Кения и Демократическая Республика Конго. За шесть недель с 6 июля по 16 августа в Кении было зарегистрировано 94 подтверждённых случая, в ДРК — 41.

В странах Европейского союза и Европейской экономической зоны продолжалась передача обеих основных клад вируса. По данным ECDC, в августе 2026 года в 16 странах было зарегистрировано 209 случаев, вызванных кладой I, по сравнению с 276 случаями в июле и 170 в июне. Наибольшее число случаев в августе зарегистрировано в Германии — 56.

В то же время количество случаев клады II продолжало сокращаться: в августе было зарегистрировано три случая в трёх странах — Франции, Нидерландах и Испании. Для сравнения, в июле было зарегистрировано 23 случая, а в июне — 32.

За период с сентября 2025 года по август 2026 года в странах ЕС/ЕЭЗ было зарегистрировано 1420 случаев клады I и 828 случаев клады II. Среди случаев с доступной информацией о сексуальном поведении около 90% в обеих группах приходилось на мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. Доля госпитализированных составляла 12% среди случаев клады I и 8% среди случаев клады II. За указанный 12-месячный период было зарегистрировано два летальных исхода среди пациентов с кладой II; летальных исходов среди зарегистрированных случаев клады I в этом отчёте не отмечалось.

В июле 2026 года первый случай клады Ib был зарегистрирован в Чили, а в конце июля — начале августа о таком случае сообщила Венгрия. Оба эпизода указывали на расширение географии выявления данной подклады за пределами первоначальных очагов.

По данным Центров по контролю и профилактике заболеваний США (CDC), к сентябрю 2026 года в США было зарегистрировано более 80 случаев трох клады I как минимум в 22 штатах. Если первоначально значительная часть таких случаев была связана с поездками в страны Центральной и Восточной Африки или контактами с путешественниками,

то с августа увеличилась доля случаев без недавних международных поездок и без установленной связи с прибывшими из-за рубежа людьми.

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

По глобальным данным Всемирной организации здравоохранения, к концу августа 2026 года в мире было зарегистрировано около 2,2 млн случаев денге и более 1 100 летальных исходов в 97 странах, территориях и районах. ВОЗ отмечала, что совокупное число случаев за январь — август 2026 года было самым низким за аналогичный период с начала работы глобальной системы почти оперативного мониторинга в 2024 году.

Для сравнения, за январь — август 2024 года в мире было зарегистрировано около 12,7 млн случаев, а за тот же период 2025 года — около 4,4 млн. Таким образом, в 2026 году глобальная заболеваемость существенно снизилась по сравнению с двумя предыдущими годами. Вместе с тем эта тенденция не была одинаковой во всех регионах:

отдельные страны продолжали сталкиваться с крупными вспышками и регистрировали больше случаев, чем за сопоставимые периоды 2024 и 2025 годов.

По данным Панамериканской организации здравоохранения (РАНО/ВОЗ), к 35-й эпидемиологической неделе 2026 года, завершившейся 30 августа, в странах Американского региона было зарегистрировано 1 658 783 предполагаемых случая денге, включая 508 160 лабораторно подтверждённых случаев. Было выявлено 3 290 случаев тяжёлой денге и зарегистрировано 552 летальных исхода.

Бразилия оставалась наиболее затронутой страной Американского региона. К 35-й эпидемиологической неделе в стране было зарегистрировано около 1,28 млн предполагаемых случаев. Значительное количество заболеваний также отмечалось в Колумбии, Перу, Мексике и Эквадоре. На Бразилию приходилась основная часть зарегистрированных случаев региона, несмотря на общую тенденцию к снижению заболеваемости по сравнению с 2025 годом.

В странах Юго-Восточной Азии денге продолжала оставаться значимой причиной инфекционной заболеваемости. По данным ВОЗ, с июля 2025 года случаи заболевания регистрировались в Бангладеш, Бутане, Индии, на Мальдивах, в Мьянме, Непале, Шри-Ланке, Таиланде и Тиморе-Лешти.

В Европе в летне-осенний период 2026 года продолжали регистрироваться местные случаи денге, связанные с передачей вируса комарами-переносчиками. По данным ECDC, по состоянию на 7 октября в Италии было зарегистрировано 68 случаев местного заражения, во Франции — 6. Все случаи относились к местной передаче инфекции, а не к заболеваниям, завезённым из других стран.

Таким образом, глобальная динамика в 2026 году характеризовалась снижением общего числа случаев относительно 2024 и 2025 годов при сохранении локальных вспышек и расширении географии местной передачи в отдельных регионах.

В большинстве случаев течение лихорадки денге схоже с гриппом и острыми респираторными инфекциями, но иногда фиксируются тяжёлые, 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

Эпидемиологическая ситуация в июле — октябре 2026 года:

В рассматриваемый период наиболее значимая эпидемиологическая ситуация по лихорадке Ласса сохранялась в Нигерии, где заболевание ежегодно вызывает сезонные вспышки и регистрируется в течение всего года. В 2026 году национальные органы здравоохранения сообщали о высокой заболеваемости, значительном числе летальных исходов и заражениях медицинских работников. С начала года в стране было зарегистрировано 7 938 предполагаемых случаев, 1 086 лабораторно подтверждённых случаев, 6 вероятных случаев и 259 летальных исходов среди подтверждённых случаев. Показатель летальности среди подтверждённых случаев составлял 23,9%.

Среди заболевших преобладали лица в возрасте 21–30 лет; возраст пациентов варьировал от одного года до 93 лет. Отдельную обеспокоенность вызывало заражение медицинских работников. По состоянию на 6 сентября с начала года было зарегистрировано 54 случая заболевания среди работников здравоохранения.

Лихорадка Ласса не ограничивается территорией Нигерии. ВОЗ относит к эндемичным также Бенин, Гану, Гвинею, Либерию, Мали, Сьерра-Леоне и Того.

К началу сентября 2026 года по сравнению с аналогичным периодом 2025 года:

число предполагаемых случаев увеличилось с 7 523 до 7 938;

число подтверждённых случаев выросло с 884 до 1 086 — примерно на 22,9%;

количество летальных исходов среди подтверждённых случаев увеличилось со 164 до 259 — примерно на 57,9%;

показатель летальности вырос с 18,6% до 23,9%.

Эти данные свидетельствуют о более высокой зарегистрированной заболеваемости и смертности в Нигерии в 2026 году.

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

Эпидемиологическая ситуация в мире в июле–октябре 2026 года:

В рассматриваемый период сохранялась значительная международная активность вируса чикунгунья. По данным Европейского центра профилактики и контроля заболеваний (ECDC), в августе 2026 года за пределами стран и территорий ЕС/ЕЭЗ было зарегистрировано 29268 случаев заболевания и два связанных с ним летальных исхода в девяти странах. Для сравнения, в июле сообщалось о 6748 случаях и четырёх летальных исходах.

По сводным данным ECDC, за период с начала 2026 года по конец августа за пределами ЕС/ЕЭЗ было зарегистрировано 250051 случай чикунгуньи и 87 связанных с заболеванием летальных исходов.

В Европе в летне-осенний сезон 2026 года особое внимание привлекла местная передача инфекции во Франции и Италии.

Американский регион оставался основным очагом распространения чикунгуньи в 2026 году. По данным ECDC, с начала года в странах региона было зарегистрировано 197497 случаев заболевания и 87 летальных исходов. Наибольшая нагрузка приходилась на Южную Америку, прежде всего Бразилию.

Бразилия. По состоянию на конец 34-й эпидемиологической недели, охватывавшей период до 23 августа 2026 года, в стране было зарегистрировано 127676 случаев чикунгуньи. Заболевание выявлялось во всех пяти крупных регионах страны, при этом наибольшее число случаев за последние недели наблюдения приходилось на Центрально-Западный, Юго-Восточный и Северо-Восточный регионы. Среди зарегистрированных случаев преобладали женщины — около 59%; наиболее часто заболевание отмечалось в возрастной группе 20–29 лет.

Боливия. С начала 2026 года случаи заболевания регистрировались в нескольких департаментах. Наиболее затронутым оставался департамент Санта-Крус; также случаи выявлялись в Кочабамбе, Тарихе и Ла-Пасе. По оценке ECDC, в конце августа число зарегистрированных случаев в стране увеличивалось.

Коста-Рика. За 2026 год к концу августа было зарегистрировано 300 случаев. Во второй половине августа отмечалось заметное увеличение числа сообщений о заболевании; местная передача инфекции была выявлена в провинциях Алахуэла и Гуанакасте. Для сравнения, за весь 2025 год в стране было зарегистрировано восемь случаев.

В других странах региона ситуация была неоднородной. В Парагвае к июлю было зарегистрировано 19 случаев против 48 за аналогичный период 2025 года. В Гондурасе к моменту подготовки обзора сообщалось о двух случаях против 11 за сопоставимый период предыдущего года. В

Сальвадоре было зарегистрировано 13 случаев, что близко к показателю аналогичного периода 2025 года — 12 случаев.

Индия. В августе дополнительные случаи заболевания регистрировались в штате Керала, преимущественно в городе Тируванантапурам. Местные органы здравоохранения связывали активизацию передачи инфекции с сезоном муссонов, способствующим размножению комаров-переносчиков.

Пакистан. В 2026 году было зарегистрировано 59 случаев. По данным ECDC, с июля число выявляемых случаев увеличилось примерно вдвое. Наиболее затронутыми территориями являлись провинции Синд, Хайбер-Пахтунхва и Белуджистан.

Филиппины. В июле 2026 года сообщалось о двух вспышках, суммарно включавших 84 случая заболевания.

По данным ECDC, с начала 2026 года в Африканском регионе было зарегистрировано приблизительно 6921 случай чикунгунии. Наибольшее число случаев приходилось на Маврикий.

Маврикий. С января 2026 года в стране было зарегистрировано 6891 случай заболевания на островах Маврикий и Родригес, причём основная часть случаев приходилась на главный остров Маврикий.

В июле–октябре 2026 года в Европе особое значение приобрела местная передача чикунгунии, поскольку случаи заболевания регистрировались не только у лиц, прибывших из эндемичных регионов, но и среди людей без соответствующих поездок.

По данным ECDC на 7 октября 2026 года, местные случаи заболевания были зарегистрированы во Франции и Италии.

Франция. К 7 октября было зарегистрировано 146 случаев местной передачи инфекции.

Италия. Был зарегистрирован один случай местной передачи инфекции в Риме. По состоянию на 7 октября новых местных случаев по сравнению с предыдущим еженедельным обновлением не сообщалось.

Вирус чикунгунии 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 чикунгунии, 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 чикугунья 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 октябрь 2026 года вирус Зика продолжал представлять эпидемиологическую значимость, несмотря на существенно более низкую интенсивность передачи по сравнению с глобальной эпидемией 2015–2016 годов.

Американский регион исторически являлся одним из наиболее затронутых распространением вируса Зика. После крупной эпидемии 2015–2016 годов интенсивность передачи значительно снизилась, однако сохраняется риск повторного возникновения локальных вспышек в странах, где распространены комары-переносчики *Aedes aegypti* и *Aedes albopictus*.

В ряде стран Африки присутствуют экологические условия, благоприятные для существования комаров-переносчиков, однако эпидемиологическая ситуация по вирусу Зика освещается менее полно, чем по некоторым другим трансмиссивным заболеваниям.

В материковой Европе лихорадка Зика не считается эндемичным заболеванием. Основную часть регистрируемых случаев традиционно составляют инфекции, приобретённые за пределами региона. Вместе с тем наличие комаров-переносчиков в отдельных европейских странах требует учитывать теоретическую возможность местной передачи при завозе вируса.

За 12–18 апреля 2026 года Франция сообщила о 11 случаях инфекции, связанных с поездками в Индонезию в период с июля 2025 года по март 2026 года; четыре случая были выявлены в начале 2026 года. При этом другие страны ЕС/ЕЭЗ не сообщали о соответствующем увеличении числа завозных случаев на фоне роста туристического потока из Индонезии.

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

Эпидемиологическая ситуация в мире в июле–октябре 2026 года:

Главным международным событием, связанным с хантавирусами в 2026 году, стала вспышка инфекции, вызванной вирусом Андес, среди пассажиров и членов экипажа круизного судна MV Hondius. Случай был доведён до сведения Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 2 мая 2026 года после выявления на борту группы тяжёлых респираторных заболеваний.

По данным ВОЗ на 2 июля 2026 года, в рамках этой вспышки было зарегистрировано 13 случаев заболевания, включая 12 лабораторно подтверждённых и один вероятный; три случая завершились летальным исходом.

2 июля 2026 года ВОЗ объявила вспышку завершённой. Все выявленные контакты завершили предусмотренный период наблюдения; новых связанных с этим событием случаев не было зарегистрировано с 25 мая. По оценке ВОЗ, дальнейшая передача инфекции в рамках данного эпизода не ожидалась.

Южная Америка остаётся основным регионом распространения вируса Андес, для которого, в отличие от большинства хантавирусов, подтверждена возможность ограниченной передачи между людьми. Природными резервуарами вируса являются определённые виды грызунов; заражение человека обычно происходит при контакте с инфицированными животными или загрязнённой ими средой.

Вспышка на круизном судне в мае–июне 2026 года привлекла особое внимание к Аргентине и Чили, где вирус Андес циркулирует в природных

очагах. По данным ВОЗ, расследование предполагало, что первоначальное заражение одного или нескольких пассажиров могло до посадки на судно. При этом точный источник инфекции на момент публикации итогового сообщения ВОЗ не был окончательно установлен.

Франция и Испания. В начале августа 2026 года французские органы здравоохранения сообщили о подтверждённом случае инфекции вирусом Андес у путешественника, прибывшего из Аргентины. Пациент находился во Франции с 19 июля по 2 августа и испытывал лёгкие симптомы заболевания.

Данный эпизод следует отличать от вспышки на MV Hondius: по данным ECDC, августовский случай не был связан с круизным судном.

Помимо вируса Андес, эпидемиологическое значение сохраняют хантавирусы, вызывающие геморрагическую лихорадку с почечным синдромом. Такие инфекции встречаются в ряде европейских и азиатских стран и обычно связаны с контактом с инфицированными грызунами.

В отличие от событий, связанных с вирусом Андес, вспышки европейских и азиатских хантавирусов не характеризуются подтверждённой устойчивой передачей от человека к человеку. Основное значение имеют природные очаги, численность грызунов и вероятность контакта людей с загрязнённой средой.

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

Африканский регион продолжал оставаться территорией с наиболее высокой заболеваемостью малярией и наибольшим числом связанных с ней летальных исходов. Основное бремя заболевания приходится на страны Африки к югу от Сахары, где сочетаются высокая численность комаров-переносчиков, благоприятные климатические условия и значительная доля населения, подверженного риску заражения.

Наиболее значительный вклад в глобальную заболеваемость вносят Нигерия и Демократическая Республика Конго, а также Уганда, Эфиопия и Мозамбик. Особенно тяжёлые последствия инфекция имеет для детей младше пяти лет, беременных женщин и населения районов с ограниченным доступом к медицинской помощи.

Особое внимание в 2026 году было уделено ситуации на Майотте — французской заморской территории в Индийском океане, где после периода отсутствия местной передачи вновь были зарегистрированы случаи малярии.

По данным ECDC, с начала 2026 года по 21 мая на Майотте было зарегистрировано 171 случай малярии, из которых 97 были завозными, 63 предположительно связаны с местной передачей, а происхождение ещё 11 случаев оставалось неизвестным. Все случаи были подтверждены методом ПЦР и вызваны *P. falciparum*.

В 2025 году на Майотте зарегистрировали 111 случаев, включая пять предполагаемых местных случаев. Эти пять случаев стали первым выявлением местной передачи на острове после четырёхлетнего периода без зарегистрированных автохтонных случаев в 2021–2024 годах.

Европейский регион ВОЗ сохраняет статус региона, свободного от местной передачи малярии. Однако в странах ЕС/ЕЭЗ ежегодно регистрируются завозные случаи, преимущественно у людей, посещавших эндемичные территории Африки и Азии. В редких случаях возможна передача инфекции местными комарами после завоза паразита либо заражение вследствие попадания инфицированных комаров на транспортных средствах.

Наиболее значимым событием в Европе в июле–октябре 2026 года стала вспышка так называемой аэропортовой малярии во Франкфурте-на-Майне, Германия.

По данным ECDC на 28 августа 2026 года, среди сотрудников международного аэропорта Франкфурта было зарегистрировано шесть случаев малярии, вызванной *P. falciparum*. Пять человек заболели в начале июля, ещё один — в середине августа. Ни один из заболевших не сообщал о поездках в эндемичные по малярии страны. Два человека умерли, остальные четверо выздоровели и были выписаны из медицинских учреждений.

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

В 2019–2025 годах в мире было зарегистрировано 3860 подозрительных случаев чумы, из которых 2646 были учтены как подтверждённые; сообщалось о 423 смертях. При этом 97,7% подтверждённых случаев приходились на Демократическую Республику Конго и Мадагаскар. ВОЗ подчёркивает, что эти показатели отражают зарегистрированные случаи, а не полную оценку глобальной заболеваемости: охват эпидемиологическим надзором и критерии подтверждения различаются между странами.

В октябре 2026 года дополнительное внимание привлекла смерть сотрудницы Иркутского противочумного научно-исследовательского института в России после тяжёлой пневмонии. ВОЗ опубликовала сообщение 10 октября, указав, что российские органы здравоохранения сообщили об отсутствии зарегистрированных случаев чумы в Иркутской области, а обследование контактных лиц не выявило возбудителей особо опасных инфекций из числа исследованных. Причина смерти осталась неустановленной; случай чумы подтверждён не был.

Демократическая Республика Конго. Страна относится к территориям с наиболее устойчивой циркуляцией возбудителя. Основной природный очаг расположен в высокогорных районах провинции Итури на северо-востоке страны, где вспышки документируются с 1928 года. По данным ВОЗ за 2019–2025 годы, ежегодное число зарегистрированных случаев колебалось от 48 в 2019 году до 641 в 2022 году. В 2025 году было зарегистрировано 54 случая. Эти колебания отражают динамику зарегистрированных событий и не позволяют без дополнительных сведений однозначно определить изменение риска заражения населения.

На Мадагаскаре в сезон повышенной передачи инфекции 2025/2026 годов случаи продолжали регистрироваться в начале 2026 года. Согласно опубликованному эпидемиологическому бюллетеню за 14-ю неделю 2026 года, за период с 29-й недели 2025 года по 14-ю неделю 2026 года было учтено 68 случаев чумы, летальность среди зарегистрированных случаев составляла 52,9%. В 14-ю неделю новых случаев не сообщалось.

Монголия и Китай. В этих странах также сохраняются природные очаги, однако выявление случаев носит эпизодический характер. В 2025 году в Монголии был зарегистрирован один подтверждённый случай,

тогда как в Китае подтверждённых случаев за этот год не зарегистрировано. Отсутствие зарегистрированных случаев в отдельном году не означает полного исчезновения возбудителя из природной среды.

Основными факторами риска являются:

контакт с природными очагами инфекции и заражёнными грызунами;

укусы инфицированных блох;

контакт с тканями и биологическими жидкостями заражённых животных;

тесный контакт с больным лёгочной чумой;

позднее обращение за медицинской помощью;

недостаточная эффективность эпидемиологического надзора в эндемичных районах.

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

В рассматриваемый период сибирская язва сохраняла значение актуальной зоонозной угрозы, прежде всего в странах Африки, где повторяющиеся вспышки среди животных создают условия для заражения людей при разделке туш, обработке сырья и употреблении мяса инфицированных животных.

Уганда. В 2026 году сибирская язва оставалась значимой проблемой общественного здравоохранения. Согласно данным национального эпидемиологического надзора, к 6 сентября лабораторные исследования выявили 86 положительных образцов среди 248 исследованных проб от людей с подозрением на заболевание. Случаи регистрировались в нескольких районах страны, включая территории, где ранее уже проводились мероприятия по ликвидации вспышек.

В округе Kazo противоэпидемические мероприятия были начаты ещё в октябре 2024 года. По сведениям, опубликованным в сентябре 2026 года со ссылкой на Министерство здравоохранения Уганды, к 6 сентября в округе было зарегистрировано 157 случаев, включая 87 подтверждённых, и два летальных исхода. В других районах в июле и августе также

активизировались мероприятия реагирования: в Лянтонде — с 11 июля, в Мбараре и Шееме — с 20 июля, в Ракаи — с 15 августа.

Распространение инфекции связывали прежде всего с контактом с заражёнными животными и употреблением мяса, полученного от животных, внезапно погибших. В ответ проводились выявление заболевших, лабораторное обследование, информирование населения и координация действий медицинских и ветеринарных служб.

Замбия. В округе Мпика провинции Мучинга в конце августа 2026 года началось расследование предполагаемой вспышки сибирской язвы. На 14 сентября сообщалось о 21 предполагаемом случае заболевания у людей, включая 18 вероятных и один подтверждённый случай; летальных исходов среди людей в этой сводке не указывалось.

По информации, собранной в ходе расследования, в районе зарегистрировали гибель более 90 животных, предположительно от сибирской язвы. Сообщалось также об употреблении населением мяса павших животных. Территория отличается высокой представленностью диких животных и наличием водных объектов, что создаёт возможности для контакта людей, домашнего скота и диких животных.

Южный Судан. В стране продолжалось реагирование на ранее выявленную вспышку. Согласно бюллетеню системы интегрированного эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения Южного Судана, опубликованному весной 2026 года, с начала года по 5 апреля было зарегистрировано 25 случаев заболевания людей без летальных исходов. С момента выявления вспышки в 2024 году совокупное число зарегистрированных случаев достигло 402, включая пять смертей.

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, к концу августа 2026 года в мире сохранялась масштабная эпидемическая активность холеры, прежде всего в странах Африки и Восточного Средиземноморья. При этом совокупное число зарегистрированных случаев и летальных исходов за первые восемь месяцев года было ниже, чем за аналогичный период 2025 года.

Согласно обновлению ВОЗ, с 1 января по 30 августа 2026 года в 28 странах четырёх регионов ВОЗ регистрировали 275284 случая холеры и острой водянистой диареи (ОВД), а также 2601 летальный исход. По сравнению с аналогичным периодом 2025 года, когда было зарегистрировано 480199 случаев и 6180 смертей в 32 странах, число случаев уменьшилось на 43%, а число летальных исходов — на 58%.

В августе 2026 года было зарегистрировано 41915 новых случаев холеры и ОВД в 17 странах трёх регионов ВОЗ. Это на 25% меньше, чем в июле, и на 37% меньше, чем за август 2025 года, когда было зарегистрировано 66365 случаев в 26 странах. За август 2026 года сообщалось о 348 летальных исходах, что на 28% ниже показателя предыдущего месяца.

Африканский регион оставался одним из двух наиболее затронутых регионов мира. По данным ВОЗ, с 1 января по 30 августа 2026 года в 19 странах региона было зарегистрировано 154064 случая холеры и ОВД и 2287 летальных исходов. Таким образом, на Африку приходилось более половины всех случаев и подавляющее большинство зарегистрированных смертей в глобальной статистике.

В августе в регионе регистрировали 20743 новых случая в 12 странах — на 39% меньше, чем в июле. Однако снижение совокупного показателя не означало прекращения передачи инфекции: в ряде государств сохранялись активные вспышки.

Нигерия. С начала года по 30 августа было зарегистрировано 69263 случая и 439 летальных исходов. В августе выявили 10807 новых случаев и 62 смерти. Основным очагом оставался штат Борно, на который приходилось около 97% зарегистрированных в стране случаев. Среди наиболее затронутых территорий указывались Майдугури, Монгуно и Джере. В условиях конфликта и перемещения населения доступ к чистой воде и медицинской помощи оставался серьёзной проблемой.

Демократическая Республика Конго (ДРК). К 30 августа регистрировали 44773 случая и 1303 смерти. В августе было выявлено 6691 новое заболевание и 154 летальных исхода. ДРК имела наибольшее абсолютное число зарегистрированных смертей от холеры среди стран

мира в приведённой сводке ВОЗ. Высокая заболеваемость в сочетании с ограниченным доступом к медицинской помощи в отдельных районах создавала значительную нагрузку на систему здравоохранения.

Южный Судан. С начала года по 30 августа было зарегистрировано 14190 случаев и 122 смерти. В августе выявили 975 новых случаев. Заболеваемость оставалась значимой на фоне гуманитарных проблем, перемещения населения и ограниченного доступа к безопасной воде и санитарным услугам.

Чад. За первые восемь месяцев 2026 года зарегистрировали 699 случаев и 20 летальных исходов. При этом в августе было выявлено 465 случаев и 11 смертей.

Камерун. К 30 августа зарегистрировали 2016 случаев и 56 летальных исходов. В августе было выявлено 890 новых случаев и 24 смерти. По сравнению с предыдущим месяцем количество случаев увеличилось на 8%, а число смертей — на 14%. Вспышка продолжалась в Крайнесеверном регионе; число затронутых административных районов увеличилось с 10 до 12. Наиболее пострадавшим оставался район Мада.

Судан. С начала года по 30 августа зарегистрировали 2887 случаев и 247 летальных исходов. В августе выявили 845 новых случаев и 77 смертей. Несмотря на уменьшение числа случаев на 29% по сравнению с июлем, количество смертей увеличилось на 45%.

Афганистан. За январь–август было зарегистрировано 103838 случаев ОВД и 50 летальных исходов. В августе сообщалось о 18329 случаях ОВД и четырёх смертях. Важно подчеркнуть, что данные по Афганистану в сводке ВОЗ относятся к ОВД и не должны напрямую трактоваться как подтверждённые случаи холеры.

Йемен. С начала года было зарегистрировано 6861 случай и 15 летальных исходов. В августе в стране зарегистрировали 727 новых случаев и семь смертей.

Пакистан. За первые восемь месяцев 2026 года зарегистрировали 6353 случая. В августе было выявлено 1270 новых случаев. Доступная сводка не указывает летальные исходы по стране за этот месяц.

В целом в Восточном Средиземноморье высокая зарегистрированная заболеваемость сохранялась на фоне гуманитарных кризисов, перемещения населения, повреждения инфраструктуры и ограниченного доступа к безопасной воде.

В августе 2026 года в Американском регионе ВОЗ был зарегистрирован один новый случай холеры на Гаити; летальных исходов за этот месяц не сообщалось. С начала года по 30 августа суммарно было зарегистрировано 722 случая и две смерти.

В августе 2026 года ВОЗ не получила сообщений о новых случаях холеры или ОВД из стран Юго-Восточной Азии в рамках

соответствующей глобальной сводки. При этом с начала года по 30 августа в регионе было зарегистрировано 326 случаев в трёх странах:

Мьянма — 272 случая;

Индия — 36 случаев;

Бангладеш — 18 случаев.

За этот период летальных исходов в региональной сводке не указывалось.

*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

Эпидемиологическая ситуация в мире в июле–октябре 2026 года:

В рассматриваемый период особое внимание уделялось пищевым вспышкам листериоза в США и Великобритании, а также сохраняющейся высокой заболеваемости в Европейском союзе.

В августе 2026 года Центры по контролю и профилактике заболеваний США (CDC) и Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств (FDA) завершили расследование многоштатной вспышки листериоза, связанной с мягким сыром *quesón*, напоминающим рикотту, производства Clover Hill Dairy, LLC.

По состоянию на 26 августа было зарегистрировано 15 случаев заболевания в четырёх штатах, 14 госпитализаций и один летальный исход. Даты начала заболеваний охватывали период с 6 марта 2023 года по 8 июля 2026 года.

В августе 2026 года Агентство по безопасности здравоохранения Великобритании (UKHSA) опубликовало обновлённый отчёт о расследовании кластера *Listeria monocytogenes* CC4 t5.248, связанного с охлаждёнными готовыми блюдами, которые доставлялись потребителям на дом.

В рамках расследования были подтверждены два случая заболевания с началом в марте 2025 года. Оба пациента были госпитализированы, один умер. Лабораторные исследования выявили возбудителя в образце гарнира из петрушки, а также на нескольких поверхностях производственного предприятия. Генетическое сопоставление изолятов указывало на общий источник загрязнения.

Согласно последнему доступному годовому эпидемиологическому отчёту ECDC, в 2023 году 30 стран ЕС/ЕЭЗ сообщили о 2993 подтверждённых случаях листериоза. Это был наибольший годовой показатель с начала общеевропейского надзора.

Основными факторами риска в регионе остаются употребление готовых к употреблению продуктов, недостаточная термическая обработка, перекрёстное загрязнение при производстве и хранении пищи, а также длительное сохранение бактерии на оборудовании пищевых предприятий.

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 тяжёлых 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

Эпидемиологическая ситуация в мире в июле–октябре 2026 года:

В рассматриваемый период наиболее заметные события, связанные с ботулизмом, были зарегистрированы в США и Дании. Они относились к различным формам заболевания и не имели установленной общей причины.

В США расследовалась многоштатная вспышка младенческого ботулизма, связанная с сухой детской смесью Nara Organics Whole Milk Organic Infant Formula.

По итогам расследования CDC, опубликованным 27 августа 2026 года, было подтверждено четыре случая заболевания в трёх штатах — Калифорнии, Пенсильвании и Вашингтоне. Все четверо детей были госпитализированы; летальных исходов не зарегистрировано. Начало заболеваний пришлось на апрель–май 2026 года.

13 июня 2026 года производитель отозвал всю указанную линейку продукции. Эпидемиологические и лабораторные данные позволили связать заболевания с употреблением этой смеси. 27 августа CDC объявил вспышку завершённой: новых случаев не добавлялось с 3 июля.

При этом расследование FDA по установлению первопричины загрязнения продолжалось. Генетическое сопоставление образцов выявило связь между одним клиническим образцом из вспышки 2026

года, образцами, связанными со вспышкой 2025 года, и отдельными образцами сухой детской смеси. В обоих расследованиях фигурировали общие поставщики молочных ингредиентов. Однако точное место и механизм загрязнения окончательно установлены не были.

Дальнейшее расследование FDA выявило *Clostridium botulinum* в образцах сухого молочного ингредиента, а генетический анализ показал совпадение отдельных образцов из цепочки поставок с клиническими образцами. Эти результаты, наряду с данными расследования вспышки Nara Organics в 2026 году, указывали на общий источник загрязнения в цепочке поставок.

9 сентября 2026 года Управление по безопасности пациентов Дании сообщило о шести случаях тяжёлого отравления после процедур с применением ботулинического токсина. Процедуры проводились по косметическим показаниям или для лечения повышенной потливости. Все шесть пациентов были госпитализированы.

По информации датских органов здравоохранения, предполагалось, что случаи могли быть связаны с применением неразрешённого препарата в незарегистрированной клинике либо с проведением процедуры неуполномоченным специалистом. Однако на момент публикации не было окончательно установлено, связаны ли все шесть случаев между собой и какой именно препарат стал источником воздействия.

В отчёте ECDC за 12–18 сентября 2026 года риск для населения ЕС/ЕЭЗ в целом оценивался как низкий. Вместе с тем риск для людей, проходящих косметологические или медицинские процедуры в неофициальных учреждениях, мог быть выше. Расследование продолжалось.

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 затруднённое 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 октябрь 2026 года эпидемиологическая ситуация по легионеллезу остается стабильной. Крупных международных вспышек заболевания за истекший период 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.

По состоянию на октябрь 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 июля по октябрь 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 истекшем периоде 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.

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 оценке ВОЗ, бешенство ежегодно приводит примерно к 59 тыс. случаев смерти людей в мире. Более 95% смертей, связанных с бешенством, приходится на страны Африки и Азии. Около 40% пострадавших от укусов потенциально заражённых животных составляют дети в возрасте до 15 лет. При этом фактическое бремя заболевания, вероятно, выше официально зарегистрированного: во многих эндемичных странах сохраняются проблемы с выявлением и лабораторным подтверждением случаев, регистрацией смертей и доступностью медицинской помощи.

В обновлённом информационном материале от 17 сентября 2026 года ВОЗ вновь подтвердила, что основная доля заражений людей связана с укусами и царапинами собак, а ключевыми мерами профилактики остаются вакцинация животных, предотвращение контактов с потенциально заражёнными животными и своевременная постконтактная профилактика.

В Европейском союзе эпидемиологическая обстановка характеризуется преимущественно отсутствием местных случаев бешенства у людей при сохранении рисков, связанных с инфицированными животными, завозом заражённых домашних животных и циркуляцией родственных вирусов у летучих мышей.

В Европе также сохраняется риск заражения вирусами группы Lyssavirus, связанными с летучими мышами. Поэтому отсутствие классического бешенства среди наземных млекопитающих в отдельных странах не означает полного отсутствия риска заражения вирусами, вызывающими бешенство-подобное заболевание.

Американский регион. В странах, где передача вируса от собак в значительной степени контролируется, важным источником заражения людей остаются летучие мыши, в том числе кровососущие виды. В связи с этим профилактические мероприятия должны учитывать не только контакты с домашними животными, но и профессиональные или случайные контакты с дикими млекопитающими.

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

Глобальная эпидемиологическая ситуация в июле–октябре 2026 года:

В рассматриваемый период корь продолжала представлять значимую угрозу международному здравоохранению. По данным Центров по контролю и профилактике заболеваний США (CDC), вспышки кори регистрировались во всех регионах мира. Международные перемещения населения способствовали распространению вируса между странами, особенно в сообществах с недостаточным охватом вакцинацией.

По данным ECDC, в июле 2026 года 29 стран ЕС/ЕЭЗ представили данные о заболеваемости корью. В 13 странах было зарегистрировано в общей сложности 118 случаев, а 16 стран не сообщили о случаях заболевания. Наибольшее число случаев отмечено в Болгарии — 61, Италии — 29, Испании — 7, Польше — 7 и Бельгии — 4.

В августе 2026 года в 10 странах региона зарегистрировано 143 случая; 18 стран сообщили об отсутствии случаев. Наибольшие показатели отмечены в Болгарии — 62 случая, Швеции — 41, Италии — 18, Испании — 9 и Германии — 6.

с 1 сентября 2025 года по 31 августа 2026 года страны ЕС/ЕЭЗ сообщили о 2 335 случаях кори. Дети младше пяти лет составляли 27,2% заболевших, а лица в возрасте 15 лет и старше — 51,5%. Среди случаев с известным возрастом и прививочным статусом 71,9% приходились на непривитых, 16,5% — на получивших одну дозу вакцины, 9,3% — на получивших две и более дозы. Наибольшие показатели регистрации отмечались среди младенцев до года и детей 1–4 лет.

В США в 2026 году наблюдался существенный рост зарегистрированной заболеваемости. По данным CDC, по состоянию на 8 октября 2026 года было подтверждено 4080 случаев кори, зарегистрированных в 47 штатах и других юрисдикциях. За год было зарегистрировано 42 вспышки, а 96% подтверждённых случаев были связаны со вспышками. Для сравнения: за весь 2025 год в стране было зарегистрировано 2 289 подтверждённых случаев и 48 вспышек. Следовательно, к началу октября 2026 года число подтверждённых случаев уже существенно превысило показатель за весь предыдущий год.

CDC связывает повышенный риск распространения инфекции, в частности, со снижением охвата вакцинацией детей в отдельных сообществах. В учебном году 2025/2026 охват вакцинацией против кори, паротита и краснухи среди детей, поступающих в детские сады, составил 92,4%, что ниже целевого уровня 95%. При этом национальные средние значения могут скрывать локальные группы населения с существенно более низким охватом.

В октябре 2026 года продолжалось развитие крупных вспышек в отдельных штатах. Например, по данным Reuters от 13 октября, власти Пенсильвании сообщили о 1136 случаях и пяти связанных с ними смертях по состоянию на 9 октября.

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

Эпидемиологическая ситуация в июле–октябре 2026 года:

В рассматриваемый период основное эпидемиологическое значение сохраняли отдельные случаи и ограниченные вспышки инфекции в Южной Азии. По доступным официальным материалам ВОЗ, в 2026 году случаи заболевания были зарегистрированы в Индии и Бангладеш.

В Индии в июне 2026 года был подтверждён единичный случай инфекции в округе Кожикод, штат Керала. По данным ВОЗ от 25 июня, пациентом был взрослый мужчина, у которого заболевание началось в конце мая; в июне он был госпитализирован с преимущественно неврологическими проявлениями. К 18 июня выявили 104 контактных лица, включая медицинских работников. На дату последнего обновления ВОЗ вторичных случаев среди них не зарегистрировали. Источник заражения установить не удалось, поэтому дополнительные случаи, в том числе вследствие повторного перехода вируса от животных к человеку, полностью исключить было нельзя.

В январе 2026 года в штате Западная Бенгалия, Индия, ранее были выявлены два лабораторно подтверждённых случая среди медицинских работников одной больницы. Более 190 контактных лиц прошли обследование, и на момент публикации ВОЗ новых случаев выявлено не было. Эти события демонстрируют риск передачи инфекции в медицинских учреждениях и важность раннего распознавания заболевания, изоляции пациентов и строгого соблюдения мер инфекционного контроля.

В Бангладеш в январе 2026 года был подтверждён один случай инфекции у женщины, употреблявшей сырой сок финиковой пальмы. Пациентка умерла. обследование 35 контактных лиц не выявило дальнейшего распространения инфекции на момент публикации ВОЗ 6 февраля 2026 года. Данный случай относится к периоду до июля, однако имеет значение для характеристики эпидемиологической обстановки в стране, где заражения регулярно связаны с контактом с загрязнёнными пищевыми продуктами и периодически сопровождаются передачей вируса между людьми.

Индия. В стране сохраняется риск повторного возникновения очагов инфекции, прежде всего в штатах Керала и Западная Бенгалия. По данным ВОЗ, вспышки в Керале регистрируются с 2018 года; повторные события отмечались также в 2019, 2021, 2023, 2025 и 2026 годах. В июне 2026 года ВОЗ оценивала риск на субнациональном уровне как умеренный, а национальный, региональный и глобальный риски — как низкие. Такая оценка отражала ограниченный характер выявленного события и отсутствие подтверждённого международного распространения, но не исключала дальнейшего появления спорадических случаев.

Бангладеш. Страна остаётся одной из наиболее значимых территорий эндемичного распространения вируса Нипах. Вспышки обычно регистрируются в период с декабря по апрель, что связано, в частности, со сбором и употреблением сырого сока финиковой пальмы. Передача вируса от человека человеку также документирована. По сведениям ВОЗ, с 2001 года в Бангладеш было зарегистрировано 348 случаев заболевания, включая 250 смертей; эти накопленные данные относятся к периоду до публикации соответствующего отчёта в феврале 2026 года и не являются статистикой за июль–октябрь 2026 года.

Другие страны Азии. Ранее случаи инфекции регистрировались в Малайзии, Сингапуре и на Филиппинах. Однако исторические вспышки в этих странах не следует трактовать как подтверждение активной передачи вируса в рассматриваемый период. По доступным материалам ВОЗ, в июле–октябре 2026 года не удалось подтвердить новые вспышки за пределами Индии и Бангладеш.

Основные факторы риска:

- контакт с плодоядными летучими мышами и заражёнными животными;

- употребление сырого сока финиковой пальмы и других продуктов, загрязнённых выделениями инфицированных летучих мышей;

- тесный контакт с заболевшими, особенно при уходе за ними;

- заражение медицинских работников при недостаточном соблюдении мер инфекционного контроля;

- позднее распознавание инфекции из-за неспецифических ранних симптомов;

- наличие природных резервуаров вируса в районах, где регулярно возникают случаи заболевания.

К основным мерам профилактики относятся исключение употребления сырого сока финиковой пальмы в эндемичных районах, тщательное мытьё и очистка фруктов, предотвращение контакта с летучими мышами и другими потенциально заражёнными животными, раннее выявление подозрительных случаев и изоляция пациентов. При оказании медицинской помощи необходимы соответствующие меры инфекционного контроля, включая средства индивидуальной защиты и наблюдение за контактными лицами.

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.

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).