**Холера**

Холера − особо опасная острая инфекционная болезнь, характеризующаяся сильнейшим обезвоживанием организма, которое при отсутствии своевременного лечения может привести к смертельному исходу.

Страны, в которых в 2015-2018 г. зарегистрировано данное заболевание:

**Африка:** Демократическая Республика Конго, Танзания, Кения, Замбия, Малави, Мозамбик, Уганда, Нигерия, Сомали, Либерия, Бенин, Бурунди, Зимбабве, Кот-д’Ивуар, Южный Судан, Гана, Нигер, Того, Камерун, Ангола, Эфиопия, Судан, Намибия

**Американский регион:** Гаити, Доминиканская Республика, Куба, Эквадор.

**Южная Азия:** Индия, Непал, Бангладеш.

**Центральная Азия:** Ирак, Сирия, Афганистан, Пакистан.

**Юго-Восточная Азия:** Таиланд, Мьянма, Южная Корея

**Юго-Западная Азия:** Йемен.

Инкубационный (скрытый) период заболевания, от момента инфицирования до появления первых клинических признаков, составляет от нескольких часов до 5 дней.

Возбудители холеры проникают в организм человека при употреблении инфицированных продуктов питания и воды. Наиболее опасными являются продукты, которые не подвергаются термической обработке.

Заражение может произойти также во время купания в случайных водоемах.

Характерные признаки холеры − многократный жидкий стул и рвота, что приводит к обезвоживанию организма. При появлении первых признаков заболевания необходимо немедленно обратится к врачу.

При возникновении лихорадочного состояния, тошноты, рвоты, жидкого стула, кашля с кровавой мокротой, сыпи на кожных покровах и слизистых Вам следует немедленно обратиться к врачу для медицинского осмотра и обследования на инфекционные и паразитарные заболевания.

**Лихорадка Денге**

Для этого, заболевания характерны взрывные эпидемии в городах, связанные с заносом типа вируса, ранее не циркулировавшего в данной местности. Максимум заболеваний совпадает с периодом муссонов (с мая по октябрь).

Наряду с больным человеком, являющимся резервуаром и источником возбудителя, возможным резервуаром могут быть обезьяны, лемуры, белки, летучие мыши. Основной переносчик- комар Aedec aegypti, в меньшей степени- комары родов Aedec, Culex и Anopheles. В отсутствии переносчика больной человек эпидемиологической опасности не представляет.

Естественная восприимчивость людей к вирусу Денге высокая, чаще болеют дети и приезжие. После перенесенного заболевания типоспецифический иммунитет сохраняется не более 2х лет.

В целях предупреждения заражения лихорадкой Денге лицам выезжающим в страны, где возможно заражение этой инфекцией, следует рекомендовать использование средств индивидуальной защиты от укусов комаров (применение репеллентов, защитных сеток, иметь инсектицидные препараты для уничтожения комаров в помещениях), а также закрывать открытые поверхности тела (надевать брюки, носки, рубашку с длинными рукавами, закрытую обувь). В случае возникновения заболевания необходимо сразу обратиться к врачу.

Около 40 % населения земного шара проживает на территориях, где возможна передача вируса лихорадки Денге.

Страны, в которых в 2015-2018 г. зарегистрировано данное заболевание:

**Юго-Восточная Азия:** все страны региона, но особенно Таиланд, Вьетнам, Малайзия, Камбоджа, Филиппины, Лаос, Сингапур, Китай.

**Океания:** Папуа-Новая Гвинея, Соломоновы острова, Новая Каледония, Острова Кука, Фиджи, Вануату, Австралия, Новая Зеландия.

**Южная Азия:** Индия, Шри-Ланка, Мальдивская Республика.

**Центральная Азия:** Пакистан, Йемен.

**Восточное Средиземноморье:** Саудовская Аравия, Джибути, Сомали.

**Центральная и Южная Америка, страны Карибского бассейна:** Коста-Рика, Мексика, Сальвадор, Гватемала, Пуэрто-Рико, Аргентина, Перу, Колумбия, Боливия, Бразилия, Венесуэла, Парагвай, Доминиканская Республика, США, Каймановы острова, Сент-Люсия, Тринидад и Тобаго.

**Африка:** Судан, Ангола, Мозамбик, Танзания, Сейшельские острова, Код-дИвуар, Кабо Верде, Кения

**Европейский регион:** Грузия

**Малярия**

Тяжелое, паразитарное заболеваний, широко распространенное в странах с тропическим и субтропическим климатом.

Заражение происходит при укусах малярийных комаров. Известны 4 формы малярии, из которых наиболее тяжелая − тропическая, распространенная в странах Африки.

Инкубационный период составляет от 7 дней до 1 месяца при тропической малярии и до 3-х лет при других формах.

Симптомы заболевания − повышение температуры, озноб, сильное потоотделение, головная боль, слабость.

При тропической малярии без проведения своевременного лечения возможен смертельный исход в очень короткий срок от начала заболевания.

С целью профилактики необходимо регулярно принимать противомалярийные препараты. Прием препаратов надо начинать за 1 неделю до выезда в зарубежные страны, продолжать весь период пребывания и 1 месяц после возвращения.

Страны, в которых в 2015-2018 г. зарегистрировано данное заболевание:

**Африка:** страны Африки южнее Сахары Ангола, Бенин, Гана, Гвинея, Гвинея-Бисау, Демократическая Республика Конго, Камерун, Кения, Конго, Кот-д’Ивуар, Либерия, Мали, Мозамбик, Нигерия, Руанда, Сенегал, Сьерра-Леоне, Судан, Танзания, Уганда, Центрально-Ариканская Республика, Чад, Экваториальная Гвинея, Южный Судан, Намибия, Бурунди, Ботсвана, ЮАР.

**Юго-Восточная Азия:** Таиланд, Индонезия, Мьянма, Камбоджа, Вьетнам, Северная Корея, Малайзия.

**Центральная Азия:** Афганистан, Йемен, Пакистан, Иран.

**Южная Азия:** Индия.

**Южная Америка и страны Карибского бассейна:** Гайана, Перу, Доминиканская Республика, Венесуэла, Куба, Коста Рика.

**Океания:** Папуа-Новая Гвинея.

**Чума**

Чума − природно-очаговая инфекция, которой болеют люди и животные, переносчиками являются блохи, паразитирующие на грызунах и других животных.

Страны, в которых в 2015-2018 г. зарегистрировано данное заболевание:

**Африка:** Демократическая Республика Конго, Мадагаскар, Танзания, Уганда

**Азия**: Китай, Монголия

**Американский регион:** Перу, Боливия, США

Источники инфекции − больные животные и больной человек. Естественная инфицированность чумой выявлена почти у 250 видов животных, среди которых имеются представители 8 отрядов класса Млекопитающих. Основными носителями в природных очагах чумы являются: в Евразии − сурки, суслики, песчанки, полевки, пищухи, крысы; в Северной Америке − суслики, луговые собачки, хомяки, полевки; в Южной Америке − хомяки, кролики, морские свинки, опоссумы; в Северной и Западной Африке - песчанки и крысы; в Южной Африке − многососковая и другие виды крыс, песчанки; в Тропической Африке − крысы. Переносчиками чумы являются эктопаразиты животных и человека (блохи, иксодовые и гамазовые клещи).

Чрезвычайную опасность для людей представляют больные чумой сельскохозяйственные и дикие промысловые животные (верблюды, сурки, зайцеобразные, лисы и др.), а также сырье животного происхождения (мясо, субпродукты, шкуры, кожа, шерсть).

Продолжительность инкубационного периода легочной, септической формами чумы − 1−3 суток, бубонной чумы 3−6 суток, в исключительных случаях, при заражении вакцинированных, инкубационный период может увеличиться до 8−10 суток.

Для чумы характерны: внезапное начало, резкий подъем температуры (до 39°С и выше), слабость, головная и мышечные боли, тошнота, рвота, бред. На фоне интоксикации развивается сердечная недостаточность. Различают: бубонную, кожную, септическую, легочную и кишечную формы чумы. Чаще всего наблюдается бубонная, затем легочная, септическая и редко − кишечная и кожная формы заболевания. Летальность зависит от клинической формы, срока начала лечения и составляет от 10 до 50 %

При появлении указанных признаков заболевания необходимо немедленно обратиться к врачу.

**Желтая лихорадка**

Желтая лихорадка передается комарами рода «Египти», заразиться которой можно как в природных условиях, так и в городах.

Страны, в которых в 2015-2018 г. зарегистрировано данное заболевание:

**Африка:** страны, эндемичные по желтой лихорадке: Ангола, Бенин, Буркина-Фасо, Бурунди, Габон, Гамбия, Гана, Гвинея, Гвинея-Бисау, Демократическая Республика Конго, Камерун, Кения, Конго, Кот д’Ивуар, Либерия, Мавритания, Мали, Нигер, Нигерия, Руанда, Сенегал, Сьерра-Леоне, Судан, Южный Судан, Того, Уганда, Центрально-Африканская Республика, Чад, Экваториальная Гвинея, Эфиопия

**Южная Америка:** страны, эндемичные по желтой лихорадке: Аргентина, Боливия, Бразилия, Венесуэла, Гайана, Колумбия, Панама, Парагвай, Перу, Суринам, Тринидад и Тобаго, Французская Гвиана, Эквадор.

При поездках в эти страны обязательно наличие международного свидетельства о вакцинации против желтой лихорадки.

Инкубационный период, от момента заражения до первых признаков заболевания, составляет до 6 дней.

Заболевание характеризуется высокой лихорадкой, геморрагической сыпью, поражением почек, печени, с развитием желтухи и острой почечной недостаточности. Течение болезни крайне тяжелое и в большинстве случаев имеет смертельный исход.

Летальность составляет 5 − 10%, но может повышаться до 25 − 40%.

При выезде в страны Южно-Американского и Африканского континентов, где требуется обязательное проведение профилактических прививок, являющихся единственной мерой предупреждения этого опасного заболевания, необходимо получить однократную прививку, которая проводится не позднее, чем за 10 дней до выезда, иммунитет сохраняется в течение 10 лет, после чего проводится повторная прививка.

Без международного свидетельства о вакцинации против желтой лихорадки выезд в неблагополучные страны запрещается.

**Лихорадка Зика**

Лихорадка Зика (ЛЗ) − зоонозная природно-очаговая арбовирусная инфекция с трансмиссивным механизмом передачи возбудителя.

Эпидемиологически различают 2 типа лихорадки Зика: лесной (энзоотический), при котором основным источником и резервуаром вируса в биотопах влажных тропических лесов являются виды низших приматов, и городской (антропонозный, эпидемический), в котором роль основного резервуара возбудителя играет человек.

Переносчиками вируса Зика (ВЗ) являются комары рода Aedes. Основное эпидемиологическое значение имеет вид Aedes aegypti. и Aedes albopictus. Основной риск распространения ЛЗ связан с расширяющимся ареалом комаров

Основной механизм передачи ВЗ − транмиссивный, через укус комара.

Кроме трансмиссивного механизма передачи ВЗ, документированы случаи трансплацентарной передачи ВЗ от инфицированной матери, половой передачи (заражение от инфицированного партнера/партнерши), передачи ВЗ при гемотрансфузии, лабораторного заражения. Не исключается передача вируса при трансплантации органов, грудном вскармливании.

Инкубационный период ЛЗ составляет от 3 до 12 суток после инфицирования. Продолжительность заболевания ЛЗ составляет 2-7 суток при отсутствии осложнений. В большинстве случаев (до 80 %) ЛЗ протекает бессимптомно, либо со слабо выраженной симптоматикой. Среди наиболее часто встречаемых симптомов ЛЗ отмечаются макулопапулезные высыпания, лихорадка, повышение температуры тела до 38,5°С, миалгии и артралгии, сопровождающиеся отеками суставов конечностей, головная боль, негнойный конъюнктивит, ретро-орбитальные боли. ЛЗ по клинической симптоматике сходна с лихорадками денге, чикунгунья и другими арбовирусными инфекциями.

К группам населения, имеющим повышенный риск заражения ЛЗ, относятся:

− лица, посещающие регионы, неблагополучные по ЛЗ (проживающие на территории данных регионов);

− лица, получающие медицинскую помощь с инвазивным вмешательством в клиниках стран, неблагополучных по ЛЗ;

− персонал воздушных и морских транспортных средств, совершающих международные рейсы в страны, неблагополучные по ЛЗ;

− персонал международных аэро- и морских портов с интенсивным транспортным сообщением со странами, неблагополучными по ЛЗ;

− новорожденные от женщин, больных ЛЗ;

− семьи (супруги) больных ЛЗ;

− лица, имевшие половой контакт с больным ЛЗ.

Основой профилактических мероприятий в борьбе с ЛЗ является неспецифическая профилактика. Неспецифические профилактические мероприятия осуществляют посредством комплекса методов и средств дезинсекции и индивидуальной защиты.

Страны, в которых в 2015-2018 г. зарегистрировано данное заболевание:

**Американский регион:**

**Северная Америка:** Мексика, Пуэрто-Рико, США (Флорида, Техас, Род-Айленд, Джорджия, Невада).

**Центральная Америка:** Гватемала, Гваделупа, Гондурас, Коста-Рика, Никарагуа, Панама, Сальвадор, Сен-Мартен, Синт- Мартен, Сен-Бартелеми, Белиз.

**страны Карибского бассейна:** Ангилья, Аруба, Барбадос, Гренада, Ямайка, Сент-Винсент и Гренадины, Тринидад и Тобаго, Белиз, Доминика, Гайана, Сент- Люсия, Французская Гвиана, Гаити, Мартиника, Доминиканская Республика, Куба, Суринам, Виргинские острова (США), Бонэйр, Синт-Эстатиус, Кюрасао, Антигуа и Барбуда, Теркс и Кайкос, Багамские острова, Бонайре, Сент-Эстатиус и Саба, Каймановы острова, Ямайка, Монтсеррат, Сент Ките и Невис, Синт Мартен, Виргинские острова(Англия).

**Южная Америка:** Аргентина, Боливия, Бразилия, Венесуэла, Колумбия, Парагвай, Перу, Эквадор.

**Восточная Азия:** Южная Корея

**Юго-Восточная Азия:** Индонезия, Таиланд, Филиппины, Сингапур, Вьетнам, Малайзия.

**Океания:** Самоа, Американское Самоа, Фиджи, Федеративные штаты Микронезии, Тонга, Маршалловы острова, Новая Зеландия.

**Африканский регион:** Кабо-Верде, Г винея-Бисау, Ангола.

**Полиомиелит**

Полиомиелит представляет собой инфекционную болезнь вирусной этиологии, возникающую в результате инфицирования одним из трех типов вируса полиомиелита, который поражает центральную нервную систему с развитием периферических параличей.

Случай острого вялого спинального паралича, при котором выделен "дикий" вирус полиомиелита, классифицируется как острый паралитический полиомиелит, вызванный "диким" завезенным вирусом полиомиелита (1, 2 или 3 тип) или острый паралитический полиомиелит, вызванный "диким" местным (эндемичным) вирусом полиомиелита (1, 2 или 3 тип).

Возбудитель − РНК-содержащий вирус.

В настоящее время в центре внимания инициативы по ликвидации полиомиелита являются районы с устойчивой передачей полиомиелита в северной Индии, северной Нигерии и на границе между Афганистаном и Пакистаном.

До тех пор, пока в мире останется хоть один инфицированный ребенок, риску заражения полиомиелитом будут подвергаться дети во всех странах.

Страны, в которых в 2015-2018 г. зарегистрировано данное заболевание: **Центральная Азия:** Афганистан, Пакистан, Сирия; **Африка:** Нигерия, Демократическая Республика Конго.

**Основные эпидемиологические признаки**

Инкубационный период − от 2 до 35 дней (в среднем 5-12 дней).

Источник инфекции: больной человек, особенно легкими и стертыми формами заболевания.

Механизм передачи возбудителя инфекции:

− фекально-оральный;

− аспирационный. (Полиовирус появляется в отделяемом носоглотки больного через 36 часов, а в испражнениях − через 72 часа после заражения и продолжает обнаруживаться в носоглотке в течение одной, а в испражнениях − в течение 3-6 недель. Наибольшее выделение вируса происходит в течение первой недели заболевания).

Условия заражения:

− контакт с больным полиомиелитом за 3 недели до появления первых симптомов заболевания;

− пребывание в течение последних 1,5 месяцев на неблагополучных по полиомиелиту территориях.

**Лихорадка Эбола**

Лихорадка Эбола − зоонозная природно-очаговая вирусная инфекционная болезнь.

Страны, в которых в 2015-2018 г. зарегистрировано данное заболевание: **Центральная и Западная Африка:** Демократическая Республика Конго, Уганда, Гвинея, Сьерра- Леоне, Либерия.

Источник инфекции − больной человек, природный резервуар неизвестен. Установлено наличие непатогенного для человека вируса Эбола у обезьян семейства Cerconitecoceae с Филиппин, а также у одичавших морских свинок. Обезьяны, вероятно, не являются резервуаром возбудителя в природе, поскольку у них, как и у людей, развивается острое, нередко с летальным исходом, заболевание.

Механизмы передачи возбудителя инфекции аналогичны таковым при лихорадке Марбург. Для лихорадки Эбола характерны 5 − 15 последовательных передач вируса, развитие внутрибольничных вспышек.

Инкубационный период для человека составляет от 4 до 21 суток (чаще 7 − 8 суток).

Для лихорадки Эбола характерна высокая контагиозность, острое начало заболевания, сопровождающееся развитием тяжелой интоксикации.

Летальность − от 50 до 88 %, при внутрибольничных вспышках достигает 100 %.

**Лихорадка Марбург**

Лихорадка Марбург − зоонозная природно-очаговая вирусная инфекционная болезнь.

Страны, в которых в 2015-2018 г. зарегистрировано данное заболевание: **Африка:** Демократическая Республика Конго, Уганда, Ангола

Природный резервуар инфекции неизвестен. Источник инфекции - больной человек. При вспышке лихорадки Марбург в 1967 г. в ФРГ и Югославии предполагали, что источником инфекции была африканская зеленая мартышка Cercopithecus aethiops.

Передача вируса лихорадки Марбург осуществляется контактным путем через поврежденные кожу и слизистые оболочки при попадании на них контаминированных крови, мочи, носоглоточного отделяемого. Вирус Марбург может сохраняться до 2 месяцев в семенной жидкости реконвалесцентов.

Инкубационный период заболевания составляет от 3 до 16 суток (как правило, от 3 до 9).

Продолжительность заболевания примерно 2 недели. Летальность − 26%.

**Лихорадка Ласса**

Лихорадка Ласса − зоонозная природно-очаговая вирусная инфекционная болезнь.

Страны, в которых в 2015-2018 г. зарегистрировано данное заболевание: **Западная Африка:** Нигерия Бенин, Того Сьерра-Леоне, Либерия, Гвинея, Гана, Буркина-Фасо.

Источник инфекции в природных очагах − многососковая крыса, как правило, обитающая вблизи поселений человека, а также черная крыса, мыши Mus minitoides и летучие мыши семейства Кожановых. Больной человек также является источником инфекции.

Вирус Ласса − вызывает у грызунов длительную персистирующую инфекцию, во время которой инфицируется моча, секреты в полости носа и рта. Попадание их в пищу человека и воду, а также высыхание в составе пыли может обусловить реализацию фекально-орального механизма с пищевым и водным путями передачи и аспирационного механизма с воздушно-пылевым путем передачи инфекции.

Возможна контактная или парентеральная передача вируса от человека человеку при контаминации предметов обихода выделениями (кровавая мокрота, кровавые рвотные массы) или кровью больных.

Инкубационный период у человека составляет от 3 до 21 суток, чаще 7 − 10 суток.

Продолжительность заболевания от 7 до 30 суток в зависимости от тяжести процесса. Летальность от 1 − 2 до 16 %.

**Лихорадка Рифт-Валли**

Лихорадка Рифт-Валли (ЛРВ) − зоонозная арбовирусная природно-очаговая инфекционная болезнь людей, овец и крупного рогатого скота с трансмиссивным механизмом передачи возбудителя, характеризуется лихорадкой, общей интоксикацией, поражением центральной нервной системы, органов зрения, геморрагическими проявлениями и желтухой. Болезнь у домашних животных обычно проявляется в виде эпизоотий.

Вирус был впервые выявлен в 1931 году во время расследования эпидемии среди овец на одной ферме в Рифтовой долине (Rift Valley), Кения. С тех пор эпидемии регистрировались в Африке к югу от Сахары и в Северной Африке. В 1997-1998 годах крупная вспышка болезни произошла в Кении, Сомали и Танзании, а в сентябре 2000 года случаи заболевания ЛРВ были подтверждены в Саудовской Аравии и Йемене. Это было первое зарегистрированное появление болезни за пределами африканского континента, что вызвало опасения относительно ее возможного распространения в другие части Азии и Европы. Заболевания людей регистрировали странных Северной, Восточной и южной Африки (Кения, Сомали и Танзания, Уганда, ЮАР) и Латинской Америки.

Летальность в этих случаях достигает 3,3%.

Инкубационный период: 6 суток (от 4 до 6 суток).

Источник инфекции − крупный и мелкий рогатый скот, верблюды, лошади, антилопы, обезьяны в период вирусемии больной человек может быть источником возбудителя для комара.

Механизм передачи возбудителя:

− трансмиссивный, переносчики − комары родов Culex, Aedes и др;

− контактный −  при разделке туши больного животного.

Страны, в которых в 2015-2018 г. зарегистрировано данное заболевание: **Западная Африка:** Мали, Египет, Уганда, Южный Судан.

**Лихорадка Западного Нила**

Лихорадка Западного Нила (ЛЗН) − зоонозная, природно-очаговая, арбовирусная инфекция с трансмиссивным механизмом передачи возбудителя, протекающая у человека в виде острого лихорадочного заболевания с симптомами общей интоксикации, головными болями, миалгией, артралгией, сыпью, в тяжелых случаях − с развитием серозного менингита и менингоэнцефалита.

Впервые вирус лихорадки западного Нила был выделен из крови больного человека в 1937 г. в Уганде. В последующем появились указания на широкое распространение заболевания в Африке и Азии. Наиболее часто заболевание встречается в странах Средиземноморья, особенно в Израиле и Египте. Описаны случаи болезни во Франции − на побережье Средиземного моря и на Корсике, а также в Индии и Индонезии. Существуют природные очаги заболевания в Армении, Туркмении, Таджикистане, Азербайджане, Казахстане, Молдавии. На территории России заболевания регистрируются в Астраханской, Волгоградской, Ростовской областях. В последние годы наблюдается расширение ареала вируса − зафиксированы эпидемические вспышки ЛЗН в Румынии, США, Канаде.

Инкубационный период − 3-6 суток (от 2 до 14 суток).

Источник инфекции: птицы (вороны, голуби, птицы водного и околоводного комплекса).

Механизм передачи возбудителя: трансмиссивный (комарами рода Culex и Aedes.

Документированы случаи передачи возбудителя при переливании крови, трансплантации органов, через материнское молоко. Описаны случаи внутрилабораторного заражения.

Условия заражения − пребывание в эндемичной по лихорадке Западного Нила местности.

Заболевание начинается остро с быстрого повышения температуры тела до 38°С - 40°С, сопровождающегося ознобом. Лихорадочный период продолжается в среднем 5-7 дней, хотя может быть и очень коротким - 1-2 дня.

Заболевание характеризуется резко выраженными явлениями общей интоксикации: сильная мучительная головная боль с преимущественной локализацией в области лба и глазниц, боли в глазных яблоках, генерализованные мышечные боли. Особенно сильные боли отмечаются в мышцах шеи и поясницы. Практически у всех больных выявляются выраженная гиперемия конъюнктивы век и равномерная инъекция сосудов конъюнктивы глазных яблок. Надавливание на глазные яблоки болезненно. У большинства больных определяются гиперемия и зернистость слизистых оболочек мягкого и твердого неба. Часто наблюдается увеличение периферических лимфатических узлов. Лимфатические узлы слабо болезненны при пальпации.

**Лихорадка цуцугамуши.**

Лихорадка цуцугамуши **−** острая природно-очаговая инфекционная болезнь, которая вызывается одноименной риккетсией.

Резервуаром инфекции в природе являются червонотилкови клещи. Дополнительный резервуар инфекции − мелкие грызуны, сумчатые, насекомоядные.

Лихорадка цуцугамуши распространена в районах с тропическим и субтропическим климатом: в большинстве стран Юго-Восточной Азии и на островах Тихого океана, в Японии, Китае, Бирме, Вьетнаме, Тайване, Лаосе, Новой Гвинее, Северной Австралии, Шри-Ланке, Малайзии, Пакистане, Корее, Таджикистане, а также в России − в Приморье и на Курильских островах.

Человек заражается в природных очагах болезни через кожу от личинок червонотилкових клещей.

Сезонность летняя, связанная с активностью клещей. Возможно заражение при работе в лаборатории аэрогенным путем, а также при попадании риккетсий на конъюнктиву.

Иммунитет нестойкий, у 2-5% больных возможны повторные случаи заболевания.

**Инкубационный период длится от 5 до 21 дня, чаще всего 6-11 дней.**

Если лечение не проводится, летальность колеблется в различных регионах от 1 до 40%. При применении антибиотиков летальные случаи почти не наблюдаются.

Профилактические мероприятия включают борьбу с клещами при помощи акарицидов путем обработки местности в эндемических районах. Индивидуальная защита достигается применением специальной одежды и использованием репеллентов.

**Лихорадка чикунгунья**

Чикунгунья− арбовирус, то есть вирус передающийся от насекомых, посредством укусов комаров рода кусаков.

Получить заражение можно на Индийском субконтиненте, в Африке или Азии, а также комары-переносчики в наше время распространились и в Европе и Северной Америке.

В среднем болезнь появляется на 4-8 день после укуса инфицированным комаром, но период может составлять от 2 до 12 дней.

Имеются фактические данные о том, что переносчиками могут быть некоторые животные, включая приматов.

Лихорадка чикунгунья обычно длится от пяти до семи дней и часто вызывает сильные и ограничивающие функции боли в суставах, которые иногда продолжаются более длительное время.

Эта болезнь редко принимает угрожающую для жизни форму. Специального лечения этой болезни нет, но для облегчения боли и против опухания можно использовать обезболивающие средства и нестероидные противовоспалительные лекарства. Не следует принимать аспирин.

Профилактические меры заключаются в предотвращении комариных укусов, которые случаются, главным образом, в дневное время, и уничтожении мест размножения комаров.

**Оспа**

**Оспа натуральная** (variola vera) − антропонозная вирусная инфекционная болезнь с аспирационным механизмом передачи инфекции, характеризующаяся интоксикацией, лихорадкой, пустулезно-папулезной сыпью и высокой летальностью.

Болезнь ликвидирована в октябре 1977 г., что было сертифицировано Генеральной Ассамблеей ВОЗ в мае 1980 г.

Вместе с тем мероприятия по эпидемиологическому надзору за натуральной оспой продолжаются, в частности проводятся исследования поксвирусов животных (например, возбудителей оспы обезьян, белой оспы), которые могут в результате мутации стать вирулентными для человека, хотя вероятность этого представляется возможной в весьма отдаленном будущем.

Возбудитель − ДНК-содержащий вирус

При тяжелой геморрагической оспе («черная оспа») летальность равна 70-100 %, при сливной − 50-70 %, среднетяжелой − 5-10 %, при легкой (вариолоид, оспа у привитых) − 2-3 %. При доброкачественной форме натуральной оспы летальность составляет менее 2 %.

**Оспа обезьян** − зоонозная природно-очаговая вирусная инфекционная болезнь, характеризующаяся лихорадкой, общей интоксикацией и появлением экзантемы, сходной с высыпаниями при натуральной оспе.

Возбудитель − вирус, относящийся к семейству поксвирусов.

Вирус впервые был выделен в 1958 г. от больных обезьян. По своим свойствам сходен с другими представителями группы оспы. В антигенном отношении вирус оспы обезьян стоит ближе к вирусу натуральной оспы, чем к вирусам коровьей оспы и осповакцины.

Заболевания наблюдались в ряде стран Западной и Центральной Африки (Заир, Либерия, Сьерра-Леоне, Нигерия и др.). В основном регистрировались спорадические случаи, иногда − небольшие групповые заболевания. Около 10% всех случаев составляют заболевания, вызванные заражением человека от человека. Были случаи оспы обезьян, в семьях заболевших (протекали легко), третичной передачи не наблюдалось. Заболели лица, не получавшие прививок против натуральной оспы.

Инкубационный период длится около 2 недель. Клиническая симптоматика оспы обезьян весьма сходна с проявлениями натуральной оспы. Заболевание протекает легче, чем при натуральной оспе. Летальность составляет 10-15 %.

Инкубационный период - 22 дня (от 5 до 22 суток). У привитых противооспенной вакциной - от 15 до 17 суток.

Источник инфекции - больной человек или труп умершего от оспы.

Пути передачи возбудителя инфекции:

− воздушно-капельный и воздушно-пылевой (при рассеивании вируса с капельками слизи и слюны, особенно при кашле и чихании, при разговоре с больным);

− контактно-бытовой (при контакте с вещами больного или предметами обстановки, загрязненными слизью, гноем и корочками с пораженной кожи, содержащими вирус).

Условия заражения:

− при общении с больным, при соприкосновении с его вещами или предметами обстановки, загрязненными слизью, гноем и корочками с пораженной кожи, фекалиями, мочой больного, содержащими вирус;

− при вскрытии трупа.

**Оспа обезьян, Камерун.** Вспышка оспы обезьян в Камеруне продолжается. Случаи заболевания регистрируются в ранее не затронутых районах. За период с 18 мая по 30 мая 2018 года зарегистрировано 9 новых подозрительных на оспу обезьян случаях заболевания. По состоянию на 30 мая 2018 года, всего с начала вспышки зарегистрировано 16 случаев (по данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека).

**Энтеровирусная инфекция и меры профилактики**

Энтеровирусные (неполио) инфекции (ЭВИ) представляют собой группу острых инфекционных заболеваний вирусной этиологии, вызываемые различными представителями энтеровирусов.

Основными возбудителями ЭВИ являются вирусы Коксаки А (24 серотипа), Коксаки В (6 серотипов), ЕСНО (34 серотипа) и неклассифицированные энтеровирусы человека 68-71 типов.

Энтеровирусы отличаются высокой устойчивостью во внешней среде, способны сохранять жизнеспособность в воде поверхностных водоемов и влажной почве до 2-х месяцев.

ЭВИ свойственна высокая контагиозность для неиммунных лиц.

Источником инфекции является человек (больной или носитель). Инкубационный период составляет в среднем от 1 до 10 дней. Среди заболевших ЭВИ преобладают дети.

Передача ЭВИ осуществляется при реализации фекально-орального механизма (водным, пищевым и контактно-бытовым путями) и аэрозольного механизма (воздушно-капельным и пылевым путями).

Эпидемиологическую значимость представляет вода открытых водоемов, загрязненная сточными водами, как в качестве источников питьевого водоснабжения, так и используемая в качестве рекреационных зон для купания населения. Факторами передачи являются плохо промытые овощи, фрукты, ягоды, зелень или вымытые водой, загрязненной энтеровирусом.

Отмечается, преимущественно, летне-осенняя сезонность заболеваемости ЭВИ. Локальные вспышки ЭВИ могут регистрироваться в течение всего года, часто − вне зависимости от сезонного эпидемического подъема заболеваемости.

ЭВИ характеризуются полиморфизмом клинических проявлений и множественными поражениями органов и систем: серозный менингит, геморрагический конъюнктивит, увеит, синдром острого вялого паралича (ОВП), заболевания с респираторным синдромом и другие.

Один и тот же серотип энтеровируса способен вызывать развитие нескольких клинических синдромов и, наоборот, различные серотипы энтеровирусов могут вызвать сходные клинические проявления болезни. Наибольшую опасность представляют тяжелые клинические формы с поражением нервной системы.

Учитывая возможные пути передачи, меры личной профилактики должны заключаться в соблюдении правил личной гигиены, соблюдении питьевого режима (кипяченая вода, бутилированная вода), тщательной обработке употребляемых фруктов, овощей и последующим ополаскиванием кипячѐной водой.

Следует избегать посещения массовых мероприятий, мест с большим количеством людей (общественный транспорт, кинотеатры и т.д.).

Рекомендуется влажная уборка жилых помещений не реже 2 раз в день, проветривание помещений.

Ни в коем случае не допускать посещения ребенком в случае заболевания организованного детского коллектива (школа, детские дошкольные учреждения, кружки, секции).

**Норовирусная инфекция**

Норовирусная инфекция – это острая кишечная инфекция. Возбудителем является норовирус – один из разновидностей энтеровирусов.

Резервуаром и источником инфекции является больной человек или бессимптомный носитель вируса.

Механизм передачи инфекции – фекально-оральный, реализуемый контактно-бытовым, пищевым и водным путем передачи.

Инкубационный (скрытый) период норовирусной инфекции составляет 12-48 часов, продолжительность заболевания – 2-5 дней. Заболевание проявляется в виде тошноты, рвоты, диареи до 8 раз в сутки, незначительного повышения температуры тела, симптомов общей интоксикации, проявляющихся слабостью и бледностью кожных покровов. Самочувствие нормализуется через несколько дней, но человек может быть заразен до 1 месяца после выздоровления.

Норовирус очень заразен. Даже мельчайшие частицы пыли с норовирусом вызывают заболевание. Вирус весьма жизнестоек: влажная уборка с обычными моющими средствами не обеспечивает его уничтожение, вирус устойчив к высыханию, замораживанию, нагреванию до 60 градусов, погибает только от хлорсодержащих дезинфицирующих средств.

Норовирусы поражают население всех возрастных групп. Наиболее опасен норовирус для физически ослабленных лиц, престарелых и детей в возрасте до 5 лет. Специфического лечения и вакцины против норовируса нет.

Основные меры профилактики:

– соблюдение правил личной гигиены;

– тщательная обработка овощей и фруктов, употребление в пищу термически обработанных продуктов;

– употребление кипяченой воды и напитков в фабричной упаковке;

– при купании не допускать попадания воды в рот.

В целях профилактики норовирусной инфекции необходимо выполнение санитарно-эпидемиологических требований в отношении:

– обеспечения населения качественным водоснабжением;

– содержания открытых водоемов, использующихся для рекреации и хозяйственно-питьевого водопользования;

– обеспечения населения качественным продовольствием;

– содержания объектов общественного питания и пищевой промышленности;

– содержания территории, её благоустройства, функционирования очистных сооружений;

– обеспечения социально-бытовых условий проживания населения;

– содержания, эксплуатации, соблюдения противоэпидемического режима лечебно-профилактических, детских дошкольных, образовательных и других учреждений;

– условий воспитания и обучения.

В целях профилактики НВИ проводится гигиеническое обучение работников отдельных профессий, производств и организаций, связанных непосредственно с процессом производства, приготовления, хранения, транспортировки и реализации пищевых продуктов, водоподготовки, обучением и воспитанием детей и подростков с занесением в индивидуальные медицинские книжки.

Осуществляется выявление больных НВИ (подозрительных на заболевание) в период формирования детских коллективов, при приеме в детские организованные коллективы, во время утренних приемов детей в ДДУ, а также раннее выявление, клиническая и лабораторная диагностика, изоляция, лечение, диспансеризация больных при всех видах медицинской помощи, эпидемиологическое расследование случаев.

Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 5 декабря 2017 г. № 149 «О внесены изменения в санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.1.3108-08 «Профилактика острых кишечных инфекций»,определен перечень сотрудников оздоровительных организаций для детей, которые перед началом оздоровительного сезона (также при поступлении на работу в течение оздоровительного сезона) подлежат однократному лабораторному обследованию с целью определения возбудителей острых кишечных инфекций бактериальной и вирусной этиологии. Это поступающие на работу на пищеблоки; сотрудники, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой, реализацией пищевых продуктов и питьевой воды; лица, эксплуатирующие водопроводные сооружения.

**Корь**

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в текущем году в ряде регионов мира регистрируется эпидемическое неблагополучие по кори. На территории Европы распространение кори наблюдается в 28-ми странах, при этом, 76% составляют случаи местной передачи инфекции.

По информации Центра общественного здоровья Министерства здравоохранения Украины показатель заболеваемости корью населения Украины в 2017 году в 70 раз превысил уровни 2016 года. Всего с начала 2018 года в Украине зарегистрировано 20553 случая заболевания корью, из них 8331 − среди взрослых и 12222 − среди детей, от осложнений кори умерло 11 человек.

Наибольшее число случаев в текущем году регистрируется в Львовской, Закарпатской, Ивано-Франковской, Одесской, Черновицкой областях, в г. Киеве.

Причиной распространения инфекции в первую очередь является низкий охват населения прививками против кори.

С сентября 2017 г. в стране принимаются усиленные меры по иммунизации против кори детского населения. В 2017 г. было привито 65,5% детей от числа запланированных, что всё-таки ниже уровней, рекомендуемых ВОЗ, составляющих не менее 95 %.

Также, корь распространяется на Американском континенте. В текущем году очаги регистрировались в Аргентине, Бразилии, Колумбии, Эквадоре, Мексике, Перу, а также в Канаде и США.

По данным Панамериканского бюро ВОЗ, одна из наиболее сложных ситуаций складывается в Венесуэле, где в 2017 г. было зарегистрировано 952 лабораторно подтвержденных случая заболевания, из них большинство - в штате Боливар.

В текущем году распространение инфекции продолжается, зарегистрировано более 900 случаев кори, имеются сведения о нескольких десятках летальных исходах. Наиболее высокая заболеваемость регистрируется в штатах Ансоатеги, Боливар, Дельта-Амакуро, Монагас, Сулия.

Основной причиной эпидемического неблагополучия также являются низкие охваты иммунизацией.

**Корь** – острое вирусное антропонозное заболевание, характеризующееся выраженной интоксикацией, катаральным и катарально-гнойным ринитом, ларингитом, конъюнктивитом.

Источник инфекции – только больной человек в последние дни инкубационного периода, в максимальной степени в продромальный (катаральный) период и в значительно меньшей степени – в период высыпания.

Механизм передачи возбудителя – аэрогенный, доминирующий путь распространения – воздушно-капельный, который реализуется при кашле, чиханье, крике, плаче, разговоре.

После перенесенного заболевания остается стойкий, напряженный иммунитет, у 99 % переболевших – пожизненный. Повторная корь – редкое исключение.

Инкубационный период продолжается обычно 9, чаще 11 дней.

Корь в типичной форме характеризуется совокупностью следующих клинических проявлений:

− кашель и/или насморк, конъюнктивит;

− общая интоксикация, температура 38°С и выше;

− поэтапное высыпание пятнисто-папулезной сливной сыпи с 4-5 дня болезни (1 день − лицо, шея; 2 день − туловище; 3 день − ноги, руки) и пигментация.

Болезнь опасна такими осложнениями, как пневмония, воспаление среднего уха, энцефалит.

Российский национальный календарь прививок устанавливает сроки проведения прививок: **против кори необходимо прививать детей в возрасте 1 года и повторно – в 6 лет**.

**Двухкратная иммунизация с интервалом не менее 3 месяцев необходима всем в возрасте до 35 лет, у кого нет достоверных сведений о сделанной коревой прививке или перенесенной в прошлом кори**. С 2016 года в календарь профилактических прививок внесены изменения: прививкам против кори подлежат взрослые в возрасте **с 36 лет до 55 лет**, относящиеся к группам риска (работники медицинских и образовательных организаций, организаций торговли, транспорта, коммунальной и социальной сферы; лица, работающие вахтовым методом и сотрудники государственных контрольных органов в пунктах пропуска через государственную границу) не привитые, привитые однократно и не имеющие сведений о прививках

Кроме этого лица, имеющие в анамнезе только одну коревую прививку, также должны пройти ревакцинацию.